

BUKU REFERENSI :

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN ISLAMI:
PELAYANAN BERFOKUS PASIEN DAN *SAFETY*

Penyusun:

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK

ISBN

Arlina Dewi, Dr. dr. M.Kes

Hak Cipta dilindungi undang-undang

All rights reserved

Desain cover:

Junior Hendri Wijaya

Diterbitkan oleh New Elmatara Publisher (Anggota IKAPI)

Ringroad Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta, Indonesia 55183

ISBN: 978-623-223-111-5

Cetakan pertama, 2020

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak cipta

Pasal 2

1. Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan di lahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

1. Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1),atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan /atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00(satu juta rupiah),atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun Dan/atau dendapaling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar lainnya).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan,memamerkan mengedarkan ,atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kata Pengantar

Bismillahirrahmaanirrahiim, segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku referensi yang berjudul **“Manajemen Pelayanan Kesehatan Islami: Pelayanan Berfokus Pasien dan Safety”**. Buku ini telah dinanti-nanti bagi para manajer Rumah Sakit dan tenaga kesehatan, khususnya pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit atau klinik Islami. Karena buku ini disusun berdasarkan kebutuhan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara holistik mencakup bio-psiko-sosial-spiritual.

Buku ini menyediakan informasi secara jelas dan padat tentang bagaimana mewujudkan pelayanan kesehatan yang berlandaskan nilai-nilai Islam dan *safety* dalam asuhan pasien. Penulisan pada buku ini disusun dengan terstruktur dalam 5 bab. Setiap bab menjelaskan berdasarkan bukti-bukti penelitian dan sumber pustaka lainnya dengan jelas.

Setelah membaca buku ini diharapkan dapat membantu manajer dan petugas kesehatan (dokter/bidan/perawat/staf pelayanan kesehatan) untuk mengimplementasikan nilai-nilai Islam dalam setiap tindakan keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan dan kesehatan pasien. Semoga buku ini menjadi amal shaleh dan bernilai ibadah bagi penulis di sisi Allah SWT.

Yogyakarta, 2020

Penerbit

Prakata



Segala puji penulis panjatkan kepada Allah SWT atas ridho-Nya buku referensi ini dapat diselesaikan. Penulis benar-benar tertantang untuk mewujudkan naskah buku ini sebagai bagian dari tanggungjawab sebagai tenaga edukatif. Buku ini ditulis berdasarkan keinginan penulis untuk memberikan referensi tentang manajemen Rumah Sakit yang mewujudkan pelayanan *patient safety* dan Islami.

Patient safety saat ini telah banyak diajarkan dan diteliti, termasuk penelitian-penelitian yang dilakukan penulis dengan tim peneliti, sehingga penulis merasakan pentingnya menulis rangkuman hasil-hasil penelitian yang telah dipublikasikan di jurnal nasional dan internasional. Buku ini mengutamakan hasil-hasil penelitian yang mendorong para pembaca buku untuk memahami tentang pentingnya dan strategi untuk membangun pelayanan yang “*safety*”, karena untuk mewujudkan budaya keselamatan pasien di pelayanan kesehatan bukanlah hal yang mudah untuk diwujudkan.

Buku ini juga membahas tentang pelayanan Islami, khususnya di Rumah Sakit. Hal ini dimaksudkan agar pembaca dapat memahami pelayanan kesehatan yang bersifat holistik, yaitu memberikan pelayanan kesehatan tidak hanya memperhatikan *safety*, namun juga kaidah dari pelayanan itu sendiri yang harus bersifat menyeluruh. Pada pelayanan bersifat holistik memperhatikan pasien secara bio-psiko-sosial-kultural dan religius. Di Indonesia dengan mayoritas penduduk muslim dan memiliki banyak rumah sakit Islam, seyogyanya perlu memperhatikan pelayanan Islami. Akreditasi pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, telah mampu meningkatkan pelayanan kessehatan yang bermutu dan aman. Tetapi, belum memasukkan unsur religius dalam pelayanan khususnya pelayanan Islami. Buku ini

berisikan materi praktis terkait apa saja pelayanan kesehatan yang harus dilakukan petugas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Saat ini, di Indonesia telah disusun dan diimplementasikan penilaian pelayanan Islami oleh organisasi non-Pemerintah. Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) telah mengeluarkan standar akreditasi Syariah dan Majelis Pembina Kesejahteraan Umat PP Muhammadiyah mengeluarkan standar akreditasi Islami Unggul. Buku ini membahas secara singkat tentang standar akreditasi ke-2 organisasi tersebut secara ringkas dan padat.

Buku ini disusun terstruktur dalam 5 bab. Bab 1 (pendahuluan) menjelaskan tentang pentingnya berdasarkan hasil-hasil penelitian. Bab 2 (manajemen pelayanan kesehatan Islami) berisi tentang standar Islami-Unggul dan standar Syariah. Bab 3 (implementasi pelayanan Islami di Rumah Sakit Islam, berisi tentang hasil penelitian yang melibatkan berbagai Rumah Sakit Islam di Indonesia untuk mengetahui persepsi karyawan terhadap penerapan pelayanan Islami. Bab 4 (membangun budaya keselamatan pasien di pelayanan kesehatan) menjelaskan tentang *safety culture*, *tools*, strategi, dan bukti-bukti tentang *patient safety*. Bab 5 (rekomendasi untuk mencapai *patient safety* sistem secara menyeluruh) berisi tentang 8 rekomendasi dari *National Patient Safety Foundation* untuk mewujudkan sistem keselamatan pasien di organisasi pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Penulis sangat berharap buku ini memberikan manfaat dan kemudahan bagi manajer, petugas kesehatan baik di tingkat Rumah Sakit maupun Puskesmas/Fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya sebagai upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang memperhatikan keselamatan pasien dan spiritual pasien. Selesaiannya penulisan buku panduan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ucapkan terima kasih atas masukan dan sarannya.

Terutama kepada Rektor Universitas Muhammadiyah Yogyakarta melalui LP3M yang telah memberikan bantuan dana dan dukungan menyeluruh sehingga buku ini dapat terbit dan beredar. Terima kasih dengan tulus penulis ucapkan kepada semua pihak yang telah memberikan *support* dan motivasi sehingga penulis menghasilkan karya ilmiah yang bermanfaat sebagai rujukan praktisi kesehatan untuk menerapkan nilai-nilai Islam dalam pelayanan kesehatan. Penulis menyadari dalam penyusunan buku panduan ini jauh dari kata sempurna, sehingga mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan buku ini di kemudian hari.

Yogyakarta, 2020

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	i
Prakata	ii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar	ix
I. PENDAHULUAN	1
II. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN ISLAMIS.....	9
A. Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah	12
1. Manajemen Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah.....	14
2. Manajemen Sumber Daya Insani.....	17
3. Manajemen Bangunan dan Fisik	19
4. Pelayanan RSMA.....	20
B. Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) .	30
1. Manajemen Rumah Sakit Syariah.....	30
2. Pelayanan Kesehatan Islami	36
3. Indikator Pelayanan Minimal Di Rumah Sakit Syariah	46
4. Indikator Pelayanan Wajib Rumah Sakit Syariah	51
C. <i>Patient Centered Care</i>	52
1. Definisi <i>Patient Centered Care</i>	52
2. Tujuan Pelayanan <i>Patient Centered Care</i>	54
3. <i>Patient Centered Care</i> dalam Pelayanan Kesehatan.....	55
4. <i>Patient Centered Care</i> dalam Pelayanan Kesehatan Islami	59
5. Hambatan dalam Melaksanakan <i>Patient Centered Care</i>	63
III. IMPLEMENTASI PELAYANAN ISLAMIS DI RUMAH SAKIT	
ISLAM	77
A. Latar Belakang	79

B. Metode	82
C. Hasil	83
D. Pembahasan	88
IV. MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN	99
A. Pengertian <i>Safety Culture</i>	101
B. <i>Tools</i> untuk menilai <i>Patient Safety Culture</i>	105
1. <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSPSC)	106
2. <i>Manchester Patient Safety Assessment Framework</i> (MaPSaF)	111
3. <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ)	134
C. Strategi Membangun <i>Patient Safety Culture</i>	136
D. Bukti-Bukti Tentang <i>Patient Safety</i>	139
V. REKOMENDASI UNTUK MENCAPAI <i>PATIENT SAFETY</i> <i>SYSTEM</i> SECARA MENYELURUH.....	155
1. Memastikan Para Pemimpin untuk Membangun dan Mempertahankan <i>Safety Culture</i>	157
2. Menciptakan Pengawasan <i>Patient Safety</i> yang Terpusat dan Terkoordinasi.....	160
3. Membuat Satu Set Matrik Keselamatan Umum yang Mencerminkan Hasil yang Bermakna.....	163
4. Meningkatkan Pendanaan Penelitian dalam Keselamatan Pasien dan Ilmu Implementasi.....	166
5. Keamanan Di Seluruh Rangkaian Perawatan.....	170
6. Mendukung Petugas Kesehatan.....	172
7. Bermitra dengan Pasien dan Keluarga untuk Perawatan yang Aman.....	173
8. Memastikan Teknologi yang Aman dan Mengoptimalkan untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien	177

Daftar Tabel

Tabel 1. Jenis Akad Syariah yang Diimplementasikan dalam Kegiatan Operasional Rumah Sakit	29
Tabel 2. Indikator Penilaian Pelayanan dengan Membaca Basmallah	42
Tabel 3. Indikator Penilaian Pelayanan untuk Mengajukan Pasien Mengenakan Hijab.....	43
Tabel 4. Indikator Penilaian Pelayanan Petugas Kesehatan yang Mendapatkan <i>Mandatory Training</i> Fiqih	43
Tabel 5. Indikator Penilaian Pelayanan Dengan Memberikan Edukasi Islami Kepada Pasien	44
Tabel 6. Indikator Penilaian Pelayanan Pemasangan EKG Sesuai Gender	44
Tabel 7. Indikator Penilaian Pelayanan Dalam Penggunaan Hijab Pada Ibu Menyusui	45
Tabel 8. Indikator Penilaian Pelayanan Penggunaan Hjab Pasien Dalam Tindakan Operasi.....	45
Tabel 9. Indikator Penilaian Pelayanan Dalam Penjadwalan Operasi Elektif.....	46
Tabel 10. Indikator Penilaian Pelayanan Pasien Sakaratul Maut Dengan Pendampingan.....	46
Tabel 11. Indikator Penilaian Pelayanan Mengingat Waktu Shalat	47
Tabel 12. Indikator Penilaian Pelayanan Pemasangan DC Sesuai Gender	47
Tabel 13. Distribusi Frekuensi Karakteristik Karyawan Di Rumah Sakit Islam Di Indonesia	76
Tabel 14. Kata-Kata Islami yang Terdapat Pada Visi, Misi dan Tujuan Di Rumah Sakit Islam Indonesia.....	77
Tabel 15. Sepuluh Tema yang Dikembangkan Menjadi 9 Pernyataan Sikap Berdasarkan Persepsi Karyawan Tentang Kinerja Islami Di Rumah Sakit Islam Dan Skor yang Diperoleh ..	78
Tabel 16. <i>Patient Safety Culture Composite Measures from Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)</i>	94

Tabel 17. Dimensi MaPSaF dan Definisi	100
Tabel 18. Bukti-Bukti <i>Patient Safety</i> Berdasarkan Hasil Penelitian Di Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.....	127

Daftar Gambar

Gambar 1. Framework RSMA menjadikan Rumah Sakit Islami Unggul	9
Gambar 2. Proses Pengadaan Barang dan Jasa Dalam RSMA.....	12
Gambar 3. Pelayanan yang Pasien Berhak Dapatkan Di Rumah Sakit Islam.....	17
Gambar 4. Metode Kontrasepsi dalam Islam	22
Gambar 5. Proses Pengadaan Obat	23
Gambar 6. Proses Makanan dan Minuman yang Disajikan Di RSMA	25
Gambar 7. Proses Kegiatan Manajemen Mutu Rumah Sakit Syariah	32
Gambar 8. Proses Penggunaan Obat, Kosmetik, dan Barang Lainnya untuk Pasien Sesuai dengan Ketentuan Syariah.....	34
Gambar 9. Perbedaan <i>Patient Centered Care</i> dan <i>Person Focused Care</i>	49
Gambar 10. Atribut dan Perilaku Perawatan dalam PCC.....	53
Gambar 11. Metode	75
Gambar 12. Hubungan <i>Culture</i> - Perilaku dan <i>Outcome</i>	89
Gambar 13. Definisi <i>Patient Safety</i>	90
Gambar 14. Faktor-Faktor Penentu Perilaku dan Penerapan Di Seluruh Level	91
Gambar 15. <i>Sub Culture</i> yang Berpengaruh dalam <i>Patient Safety Culture</i>	125
Gambar 16. Skema Strategi Potensi dalam Implementasi <i>Patient Safety Culture</i>	126
Gambar 17. Lima Fase Upaya untuk Mengurangi Bahaya	147
Gambar 18. Model Serah Terima Post Operasi - ICU	152
Gambar 19. Proses Diagnostik untuk Meminimalkan Kesalahan .	155
Gambar 20. Siklus Timbal Balik Keterlibatan Kesalahan, Tekanan Emosional yang Berdampak pada Kesalahan Di Masa Mendatang	157
Gambar 21. Model Konseptual Layanan Kesehatan	158



BAB

I. PENDAHULUAN

Pendahuluan

Indonesia merupakan negara mayoritas muslim berjumlah 88% dari keseluruhan jumlah penduduk [1]. Pemerintah bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan religiusitas masyarakat dengan mengaplikasikan nilai-nilai Islam yang salah satunya di bidang kesehatan. Penerapan nilai-nilai Islam atau syariah dalam bidang kesehatan dapat berupa prosedur pengobatan, dan diet makanan di Rumah Sakit, sehingga disebut Rumah Sakit syariah (*Shariah Compliant Hospital*) [2].

Penerapan prinsip-prinsip syariah di Rumah Sakit mencakup beberapa hal, diantaranya staf Rumah Sakit harus memahami prinsip syariah seperti menutup aurat, shalat, tidak merokok, dan bekerja dengan baik; memiliki penasihat syariah didalam struktur organisasi Rumah Sakit, kegiatan operasional karyawan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) berprinsip pada syariah, dan menggunakan teknologi sesuai ketentuan syariah terutama dalam hal aborsi, transgender, bank sperma, dan lain-lain [2].

Penerapan prinsip-prinsip syariah dalam pelayanan di Rumah Sakit berdampak positif. Rumah Sakit ramah Islam (*Islamic friendly hospital*) dapat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan dan kenyamanan pasien [3], meningkatkan kesembuhan fisik dan memenuhi kebutuhan spiritual pasien [4], sehingga pasien dapat mengambil hikmah dengan rasa sabar dan berdoa [5]. Hal ini karena kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan petugas Rumah Sakit, proses administrasi, proses klinis, tanggung jawab sosial dan sikap welas asih kepada keluarga [3]. Selain itu, penerapan prinsip syariah di Rumah Sakit dapat meningkatkan kesadaran pegawai untuk doa pagi, mengaplikasikan panduan beribadah kepada pasien dan menyediakan bacaan Islami [4].

Organisasi Islam di Indonesia pada tahun 2010-2015 memiliki amal usaha Rumah Sakit Islam berjumlah lebih dari 457 Rumah

Sakit dengan visi, misi dan tujuan berlandaskan nilai-nilai Islam untuk memberikan pelayanan kesehatan pasien. Namun, baru dua Rumah Sakit Islam yang bersertifikat syariah yaitu Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan Rumah Sakit Islam Bantul [6], dalam hal ini pelayanan dengan prinsip syariah dapat dilihat melalui visi Rumah Sakit Islam tersebut [7].

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu area penting dalam masyarakat. Pengobatan berdasarkan kacamata Islam tidak terbatas pada fisik namun juga psiko-spiritual yang bersifat holistik. Selain itu, sebagai pemberi pelayanan kesehatan harus mampu memberikan asuhan pelayanan kepada pasien yang aman (*patient safety*).

Patient safety menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 tahun 2017 adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya [8]. Hasil penelitian tentang insiden keselamatan pasien pada beberapa Puskesmas terakreditasi dibandingkan dengan yang belum terakreditasi, menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien lebih tinggi bermakna pada Puskesmas yang belum terakreditasi [9].

Keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh seluruh tenaga klinis dan non-klinis. Pimpinan pelayanan kesehatan harus mampu mendorong tercapainya pelayanan kesehatan yang *safety* melalui terwujudnya budaya keselamatan pasien. Penggunaan *tools* untuk menilai budaya keselamatan pasien telah banyak digunakan di pelayanan kesehatan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

Budaya keselamatan pasien (*Patient safety Culture*) yang telah terbentuk di suatu pelayanan kesehatan memiliki ciri, antara lain *blaming culture* (budaya untuk tidak menyalahkan), *safety learning* (budaya pembelajaran), dan *reporting culture* (budaya melaporkan). Salah satu penilaian budaya keselamatan pasien pada Rumah Sakit Islam yang telah terakreditasi madya oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit mendapatkan hasil dengan katagori cukup [10].

Pelayanan kesehatan yang sesuai syariah merupakan Rumah Sakit yang memiliki prinsip syariah baik dari pekerjaan, kebijakan, prosedur, dan penerimaan kepegawaian, sehingga tidak terfokus pada produk halal atau layanan yang sesuai syariah [11]. Prinsip syariah harus diterapkan secara adil untuk seluruh lapisan struktur Rumah Sakit Islam, sehingga staf mendapatkan hak yang sama baik perlakuan maupun *training* dalam upaya meningkatkan kualitas kerja berdasarkan syariah [12], sehingga staf dapat meningkatkan etos kerjanya. Etos kerja berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan [13].

Menurut Zawawi dan Othman, pasien muslim mengalami kondisi yang tidak nyaman selama perawatan di Rumah Sakit baik terkait privasi, interaksi *cross-gender*, dan pengobatan yang halal. Kondisi tersebut menjadikan pasien cenderung memilih Rumah Sakit dengan prinsip Islam dalam memberikan pelayanan kesehatan [14,15]. Pelayanan kesehatan berbasis spiritualitas mencakup rasa damai, hubungan manusia dengan manusia lain, dan keyakinan tentang makna hidup sebagai kebutuhan utama pasien berupa dukungan psiko-spiritual [16]. Rumah Sakit Islam yang dalam memberikan pelayanan berdasarkan prinsip-prinsip syariah akan berdampak positif, seperti lebih efisiensi dalam kegiatan operasional pelayanan, menjaga aurat, dan privasi pasien; mengingatkan waktu shalat, bimbingan spiritual, menjamin keamanan, dan halal makanan, serta obat-obatan [11].

Daftar Pustaka

1. Suryana A, Amri DrS, Keng DDrCH, Huat DrWC, Muhriz T 'Abidin. Tata Nilai Impian Cita-Cita Pemuda Muslim di Asia Tenggara Survei di Indonesia Dan Malaysia. GOETHE INSTITUT; 2011.
2. Yahaya RR. What is Shariah Compliant Hospital Criteria and Scope? IJARBSS. 2018 May 17;8(5):Pages 1071-1079.
3. Zailani S, Ali SM, Iranmanesh M, Moghavvemi S, Musa G. Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals. *Tourism Management*. 2016 Dec;57:159-67.
4. Shariff S, Mohtar S, Jamaludin R. A Practical Journey in Implementing a Shari'ah Compliant Hospital: An Nur Specialist Hospital's Experience. 2019;17(2):12.
5. Rassool GH. Cultural competence in nursing Muslim patients. 2015;111(14). Available from: www.nursingtimes.net
6. Farhan M. Penerapan Prinsip-Prinsip Syariah Dalam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. [Jakarta]: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2018.
7. Hafid HP. Pengaruh Pelayanan dengan Prinsip-Prinsip Syariah Terhadap Kepuasan Pasien Pada Rs Ibnu Sina Makassar. [Makasar]: UIN Alauddin Makasar; 2016.
8. Ismail SA, Hamid B, Sulistiadi W, Sagiran. Journey to Shariah Hospital:An Indonesian Experience. *International Journal of Human and Health Sciences*. 2018;02.

9. Rahman ARA, Shariff SM. Shari'ah Compliant Hospital; From Concept to Reality: A Malaysian Experience. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2016 Jan;Vol. 15 No. 01.
10. Tarim M, Zaim H, Torun Y. The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals. *TJBE*. 2015 Feb 28;7(2):135-51.
11. Zawawi M, Othman K. An Overview of Shari'ah Compliant Healthcare Services in Malaysia. *MALAYSIAN JOURNAL OF CONSUMER AND FAMILY ECONOMICS*. 2017;10.
12. Dargahi H. The implementation of the Sharia Law in medical practice: a balance between medical ethics and patients rights. *Br Dent J*. 2012 Feb;212(4):187-187.
13. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer*. 2012

CATATAN :



BAB

II. MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN ISLAMI

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَلْتَنْظُرْ نَفْسٌ مَّا قَدَّمَتْ لِغَدٍ ۖ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ

“Hai orang-orang yang beriman, bertakwalah kepada Allah dan hendaklah setiap diri memperhatikan apa yang telah diperbuatnya untuk hari esok (akhirat), dan bertakwalah kepada Allah, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan” (Qs. Al-Hasyr: 18).

Struktur isi:

- ✚ Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah
- ✚ Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia
- ✚ *Patient Centered Care*

Sertifikasi atau Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi KARS dan Joint Commission International (JCI) yang dilakukan di Rumah Sakit bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan *patient safety* [1]. Banyak penelitian tentang evaluasi akreditasi dilakukan di pelayanan kesehatan dan terbukti dapat mengurangi *patient safety incident* karena adanya penilaian tanggung jawab, pemahaman dan pengukuran karyawan Rumah Sakit sehingga mencapai tujuan peningkatan pelayanan yang berkualitas dan *safety* [2]. Selain itu, staf atau karyawan Rumah Sakit lebih reponsif dan meningkatnya kesadaran dalam pemberian layanan yang berkualitas [3].

Bagaimana dengan “Pelayanan Islami”?

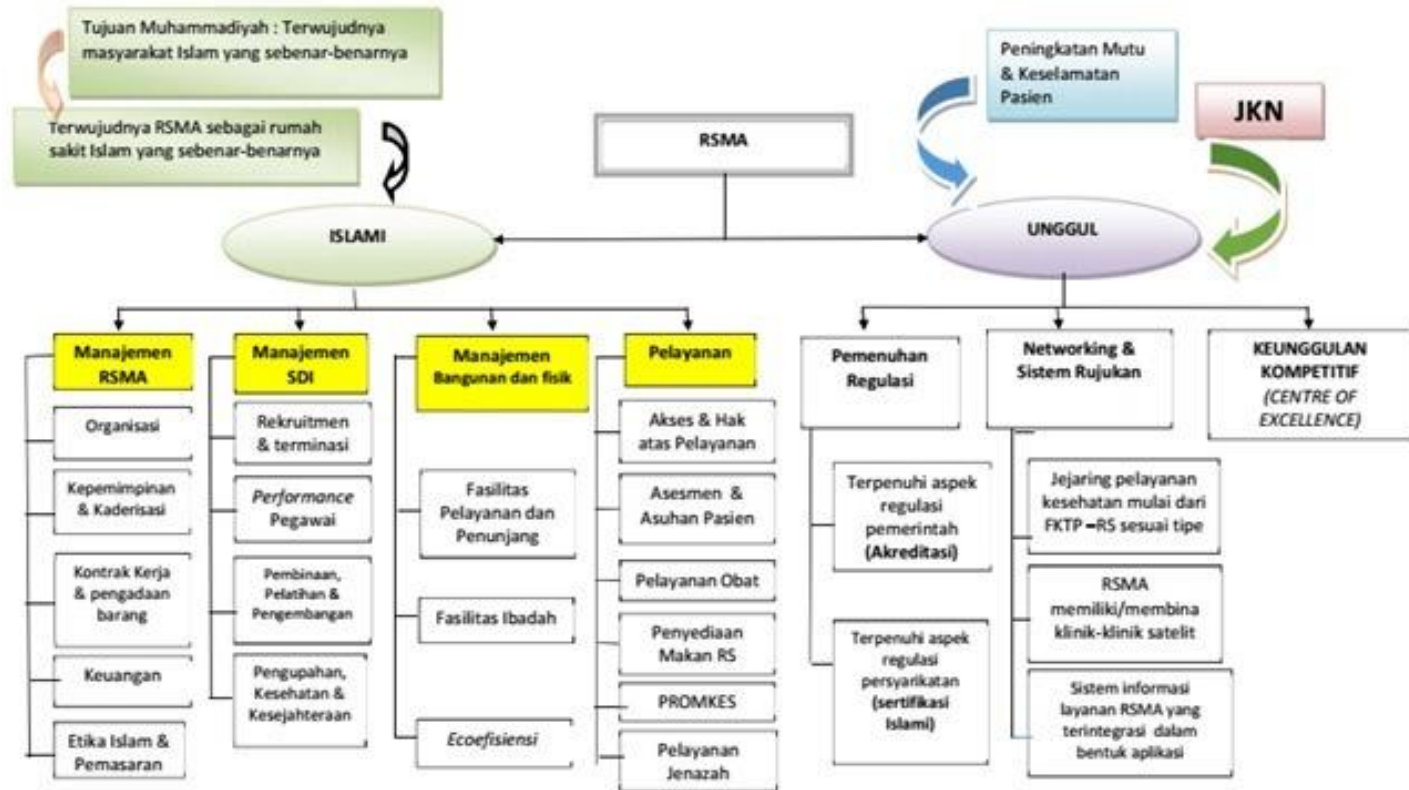
Pelayanan kesehatan Islami sebagai upaya proses perawatan kesehatan yang didasarkan prinsip ajaran Islam dan holistik [4,5]. Pelayanan kesehatan Islami, agama dapat mengambil peran dalam menyampaikan harapan dari pemberi pelayanan, mengarahkan dalam mengambil keputusan medis, mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan dalam tindakan perawatan medis [6], meningkatkan kesejahteraan spiritual pasien, kualitas hidup pasien, dan meningkatkan kesehatan pasien [7].

Di Indonesia untuk mencapai pelayanan Islami dapat dilakukan, melalui pengelolaan, pemantauan, dan penilaian baik dari manajemen dan pelayanan berdasarkan Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah (SIRMAS) atau Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI) untuk mencapai prinsip syariah atau Islami. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses perawatan kesehatan Islami sebagai upaya meningkatkan kepekaan kebutuhan spiritual pasien berdampak positif dalam komunikasi dan saling menghormati, sehingga mencapai perawatan medis yang berkualitas dan meningkatkan kepuasan serta penghargaan penyedia perawatan atau staf oleh pasien dan keluarga [8].

A. Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah

Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah (RSMA) merupakan lembaga yang mendasari terbentuknya masyarakat Islam yang sebenar-benarnya melalui lingkungan Rumah Sakit, sehingga ajaran Islam terpatri dalam setiap kegiatan dan perilaku *civitas* dalam mengelola Rumah Sakit. Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah (SIRSMA) disusun bertujuan menjadikan Al-Islam dan Kemuhammadiyah (AIK) menjadi jiwa bagi Rumah Sakit dan seluruh *civitas* Rumah Sakit [9].

Framework RSMA menjadikan Rumah Sakit Islami Unggul melalui beberapa manajemen pendukung sebagai berikut:



Gambar 1. Framework RSMA menjadikan Rumah Sakit Islami Unggul

Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah ISLAMI

Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah dalam mencapai standarisasi Islami dalam pelayanan maupun manajemen harus berdasarkan ajaran Islam sesuai Al-Qur’an dan assunnah untuk mencapai tujuan persyarikatan.

1. Manajemen Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah

Manajemen Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah terdiri dari beberapa standar [9] yaitu:

a. Standar organisais

RSMA berkewajiban untuk mengelola Rumah Sakit secara Islami dengan dibentuknya komite fatwa. Struktur organisasi komite fatwa terdiri dari orang yang kompeten dalam memahami dan mengamalkan ajaran Islam. Selain itu telah mengikuti pelatihan yang diadakan oleh Majelis Tarjih dan ditetapkan oleh direksi RSMA.

Komite fatwa berperan dalam memberikan pertimbangan terkait kasus pelayanan dan manajemen berdasarkan ajaran Islam, sehingga pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan nilai-nilai Islam. Selain itu, jika tidak dimungkinkan komite fatawa dapat melakukan konsultasi dengan Majelis Tarjih Pimpinan Muhammadiyah atau MUI.

Tata kelola penyelenggaraan RSMA harus mengacu pada pedoman Amal Usaha Kesehatan (AUK), meliputi lambang dan logo; penyelenggaraan AUMKES, pendirian, perizinan, dan pendaftaran, serta pelaporannya.

b. Standar kepemimpinan dan kaderisasi

Persyarikatan penyelenggara mengusulkan direksi RSMA melalui mekanisme seleksi dan kriteria kompetensi bagi calon direksi, sehingga mendapatkan direksi yang

kompeten dan amanah. Kompetensi yang harus dimiliki direksi RSMA adalah:

- 1) Profesional mengacu pada kebijakan pemerintah dan persyarikatan
- 2) AIK dan kekaderan ditunjukkan dengan kompetensi dasar keislaman, ideologi sejalan dengan Muhammadiyah, sertifikat Darul Arqam Khusus dan loyalitas.

RSMA berperan dalam kaderisasi sehingga menghasilkan kader yang memiliki integritas dan visioner yang dapat memperjuangkan misi persyarikatan di lingkungan Rumah Sakit. Perkaderan dilakukan secara terus menerus yang menjadi bagian dari manajemen RSMA, meliputi perkaderan utama pimpinan AUK (Baitul Arqam pejabat struktural, BPH, dan pimpinan/ dikreksi), dan perkaderan utama karyawan AUK (Baitul Arqam/ training keagamaan calon karyawan tetap dan karyawan tetap).

- c. Standar kontrak kerja dan pengadaan barang

Kontak kerja yang dilakukan oleh RSMA harus berdasarkan saling memberikan manfaat dan tercatat dalam dokumen. Selain itu dalam pengadaan barang dan jasa RSMA harus sesuai dengan prinsip-prinsip Islam.



Gambar 2. Proses Pengadaan Barang dan Jasa Dalam RSMA

RSMA dalam memenuhi kebutuhan operasional mengutamakan bermitra dengan Muhammadiyah dan umat Islam. Selain itu, upaya memenuhi kebutuhan *outsourcing*, RSMA mengutamakan dari perusahaan yang dikelola secara Islami. Hal ini bertujuan untuk menghidupkan ekonomi umat Islam, sehingga dari Islam untuk kalangan umat Islam dengan tetap mempertimbangkan kualitas terbaik.

d. Standar keuangan

Tata kelola keuangan RSMA berdasarkan akuntansi syariah sesuai dengan Al-Qur'an, hadits, dan ijma' ulama dengan mencegah riba dalam proses pengelolaannya. RSMA melakukan pembayaran dan menghimpun karyawan atau staf untuk membayar zakat, infaq, dan shodaqah (ZIS) melalui LAZISMU sebesar 2,5%.

Sistem tarif pelayanan disesuaikan dengan tindakan klinis maupun non-klinis yang diberikan Rumah Sakit selama proses perawatan berdasarkan asas kewajaran dan prinsip Islam. Pasien yang tidak mampu dan tidak

memiliki jaminan kesehatan, maka LAZISMU bergerak untuk meringankan biaya pasien. Selain itu, pelayanan kesehatan RSMA adalah kegiatan dakwah melalui menolong orang lain tanpa membedakan agama, suku, ras, dan status sosial (*not for profit*). Meskipun demikian, proses keuangan RSMA dikelola dengan baik sehingga RSMA berkembang dan tetap memberikan pelayanan yang berkualitas.

- e. Standar etika Islam dan pemasaran
RSMA menetapkan kebijakan etika Rumah Sakit berdasarkan ajaran Islam dengan tujuan tegaknya *akhlaqul karimah*. Selain itu, praktik pemasaran RSMA sesuai dengan manajemen Islami yang mengandung beberapa elemen, yaitu menjamin mutu pelayanan ke pasien, menjelaskan manfaat, risiko pelayanan dengan jujur kepada pasien, dan memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien, serta menghindari *supply induced demand* yang merugikan pasien.

2. Manajemen Sumber Daya Insani

Manajemen Sumber Daya Insani (SDI) terdiri dari beberapa standar [9] yaitu:

- a. Rekrutmen dan terminasi
Rekrutmen dan seleksi SDI RSMA telah dijelaskan bahwa prosesnya mempertimbangkan kompetensi profesional dan aspek legal, pemahaman dan pengamalan Islam (minimal kemampuan baca Al-Qur'an dan cara shalat), berkomitmen dengan Muhammadiyah, dan aktif di persyarikatan. Terminasi atau purna tugas karyawan dilakukan dengan akhlaq yang baik, adil dengan tetap menjalin silaturahmi, dan memberikan penghargaan atau santunan.

b. *Performance* pegawai

Performance pegawai RSMA terlihat dalam perilaku sehari-hari baik dengan sesama karyawan, pimpinan, dan pasien, serta lingkungan Rumah Sakit. Hal ini sebagai upaya keteladanan yang baik sehingga terwujudnya maksud dan tujuan Muhammadiyah.

Karyawan atau pegawai RSMA harus memiliki kebiasaan baik berdasarkan nilai-nilai Islam, seperti shalat 5 waktu dan berjama'ah di masjid, shalat dhuha, shalat tahajud, puasa sunnah, membayar ZIS (minimal 2,5%); berakhlaq karimah dalam setiap aktivitas; membaca Al-Qur'an setiap hari dan khatam setiap bulan, membaca buku yang berdampak positif (minimal 60 menit); mengikuti pengajian minimal 1x/ minggu, berjama'ah, dan berorganisasi; dan berpikir positif dalam segala hal, serta berpakaian sesuai dengan ajaran Islam. Selain itu, SDI berperan sebagai mubaligh/ mubalighat dalam pelayanan kesehatan dan dakwah.

c. Pembinaan, pelatihan, dan pengembangan SDI

RSMA melakukan pembinaan AIK kepada karyawan dan mitranya dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan pengamalan ajaran Islam, meliputi bimbingan baca Al-Qur'an, pelatihan shalat, pelatihan untuk menyelaraskan visi misi pribadi dengan persyarikatan, modul pembelajaran Islam, dan pengajian berkala di Rumah Sakit/ ranting/ cabang/ daerah, serta pengajian akbar, Darul Arqam/ Baitul Arqam, kursus *tafhimul qur'an* dan *spiritual care* yang ditunjukkan dengan bukti kehadiran.

Pendidikan dan pengembangan SDI difasilitasi untuk meningkatkan kompetensi profesional masing-

masing profesi, sehingga berdampak positif dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan yang dirasakan pasien.

d. Renumerasi , kesehatan dan kesejahteraan

Renumerasi karyawan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan tepat waktu serta memberikan kesejahteraan diluar gaji yang tidak bertentangan dengan ajaran Islam dan memberikan santuan kematian kepada karyawan dan keluarga serta memfasilitasi karyawan untuk membayar ZIS. Selain itu, RSMA telah memberikan jaminan kesehatan kepada karyawan dan keluarga dengan mengikutsertakan dalam asuransi kesehatan sehingga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

3. Manajemen Bangunan dan Fisik

Manajemen Bangunan dan Fisik (MBF) terdiri dari beberapa standar [9] yaitu:

a. Fasilitas pelayanan dan penunjang

RSMA dalam upaya mempengaruhi jiwa *civitas* Rumah Sakit, maka pada fasilitas umum Rumah Sakit dipasang berbagai atribut yang bernuansa Islam atau Muhamammadiyah, seperti: logo, tuntunan doa orang sakit dan minum obat serta kaligrafi Qs. Asy syuara: 80 (“...*dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku...*”) disetiap ruangan baik ruang pemeriksaan, tindakan dan ruang perawatan pasien. Selain itu, dilakukan pemasangan tanda arah kiblat di ruang perawatan.

Rumas Sakit Islam khususnya RSMA memiliki fasilitas dengan tata ruang atau bangunan bernuansa Islami. Hal ini, mempermudah pasien dan pengunjung dalam melaksanakan ibadah karena tersedia fasilitas toilet

untuk wudhu dan fasilitas ruang perawatan yang membedakan berdasarkan gender.

b. Fasilitas ibadah

RSMA harus memiliki fasilitas ibadah, yaitu masjid atau mushola yang wajib ada dalam Rumah Sakit dan dilengkapi dengan alat shalat yang bersih dan wangi. Hal ini bertujuan untuk terlaksananya ibadah shalat bagi karyawan atau staf secara berjama'ah sesuai ajaran Islam. Selain itu, RSMA menyediakan *reminder system* waktu shalat untuk menunjang kedisiplinan karyawan untuk shalat berjama'ah dan tepat waktu.

c. *ECO efficiency*

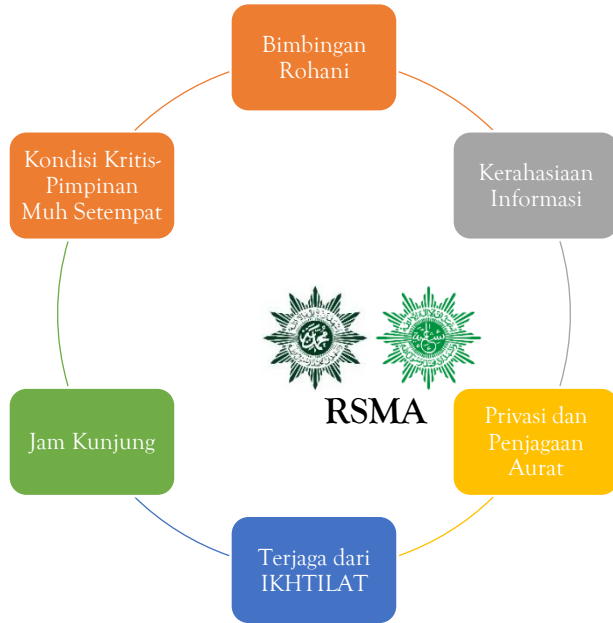
RSMA melakukan promosi dalam menghemat air atau mencegah *tabdzir* air dengan harapan seluruh *civitas* Rumah Sakit lebih efisien dalam memanfaatkan air. Selain itu, juga berlaku untuk pemanfaatan energi listrik sesuai kebutuhan.

4. Pelayanan RSMA

Pelayanan RSMA (PRSMA) terdiri dari beberapa standar [9] yaitu:

a. Akses dan hak pelayanan

Akses pelayanan yang disuguhkan oleh Rumah Sakit Islam tidak membatasi agama, suku maupun status sosial. Tujuan awal RSMA adalah menolong orang yang sengsara tanpa ada batasan. Meskipun demikian, RSMA tetap melakukan identifikasi agama dan suku untuk menyesuaikan bimbingan rohani, pelayanan yang tepat dan berkualitas.



Gambar 3. Pelayanan yang Berhak Pasien Dapatkan Di Rumah Sakit Islam

Pasien muslim yang melakukan perawatan di Rumah Sakit Islam berhak mendapatkan pelayanan seperti:

1) Bimbingan rohani

RSMA memberikan fasilitas pelayanan berupa bimbingan rohani sesuai dengan agama pasien. Pasien muslim berhak mendapatkan bimbingan rohani mencakup aqidah, akhlaq, ibadah, dan mu'amalah, sedangkan pasien non-muslim disesuaikan agamanya. RSMA berupaya memberikan pemahaman pasien agar ikhlas menerima sakitnya dan berdoa agar mendapatkan kesembuhan melalui pelayanan psiko-spiritual dan menerima buku

bimbingan kerohanian yang berisikan do'a kepada Allah SWT [10].

2) Kerahasiaan informasi

RSMA menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien baik perjalanan penyakit, diagnosa, aib, dan lain-lain, kecuali untuk kepentingan medis dan hukum.

3) Penjagaan privasi dan aurat pasien

RSMA dalam memberikan pelayanan kesehatan tetap menjaga adab bergaul dan berpakaian. Staf atau karyawan selama prosedur pelayanan harus memastikan aurat pasien terjaga dan sesuai gender kecuali alasan medis tertentu yang tidak dapat digantikan.

4) Terjaga dari *ikhtilat* (bercampur baur laki-laki dan perempuan)

RSMA telah menetapkan prosedur pelayanan bahwa pemeriksaan dan tindakan kepada pasien dengan dokter yang berbeda gender harus didampingi oleh petugas dan asuhan keperawatan pasien sebisa mungkin disesuaikan dengan gender.

5) Jam kunjung

Islam menganjurkan untuk umatnya mengunjungi orang sakit [11] yang merupakan tindakan peduli untuk memberikan dukungan psikologis kepada pasien [12] dan memberikan do'a kesembuhan [13]. Namun, RSMA mengatur jam kunjung keluarga atau mitra agar pasien tetap memiliki waktu untuk beristirahat, sehingga proses kesembuhan dan pemulihan pasien berjalan dengan baik.

6) Kondisi kritis pasien

RSMA menetapkan kebijakan tentang pasien kritis yang membutuhkan perhatian khusus (religiusitas) dengan merujukkan pasien dengan lembaga persyarikan setempat agar bimbingan rohani tetap berjalan pasca pemulangan. Tim bina rohani tetap melakukan monitoring rohani pasien.

b. Asesmen dan asuhan pasien

RSMA melakukan asesmen spiritual pasien untuk merancang pelayanan bimbingan rohani yang sesuai dengan kebutuhan pasien, meliputi aqidah (persepsi dan keyakinan tentang penyakit atau unsur syirik), akhlaq (keikhlasan menerima penyakit dan kemampuan berdoa), ibadah (pengetahuan dan amalan shalat), dan mu'amalah (hubungan keluarga dan tetangga) sebagai alternatif perawatan Islami yang menjadi bagian dalam praktik penyembuhan Islam [14]. Pasien dan keluarga diharapkan mampu memahami bahwa penyakit, penderitaan dan kematian merupakan bagian dari kehidupan dan ujian dari Allah [15].

Asuhan keparawatan RSMA tetap diberikan secara komprehensif (fisik-psiko-sosial-spiritual) dan Islami meskipun pasien tidak mengalami kegawatan meliputi pelayanan sesuai dengan gender, pengelompokan ruang perawatan sesuai dengan gender, menjaga aurat pasien, dan mencegah *ikhtilat*. Selain itu, pelayanan bedah RSMA dilakukan sesuai indikasi medis dan selama proses persiapan, pelaksanaan serta pasca operasi, petugas tetap menjaga aurat pasien. Hal ini karena pasien muslim memiliki kebutuhan privasi yang harus dihormati oleh petugas kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan perlu

mempertimbangkan perawatan yang diberikan, seperti perawatan sesuai gender, mengetuk pintu, menunggu izin masuk ruangan, dan adanya *dress code* Rumah Sakit yang menjaga kesopanan pasien [16].

Khusus asuhan ibu dan anak, RSMA memberikan pelayanan sesuai ajaran Islam yaitu:

1) Edukasi proses kehamilan sesuai Al-Qur'an.

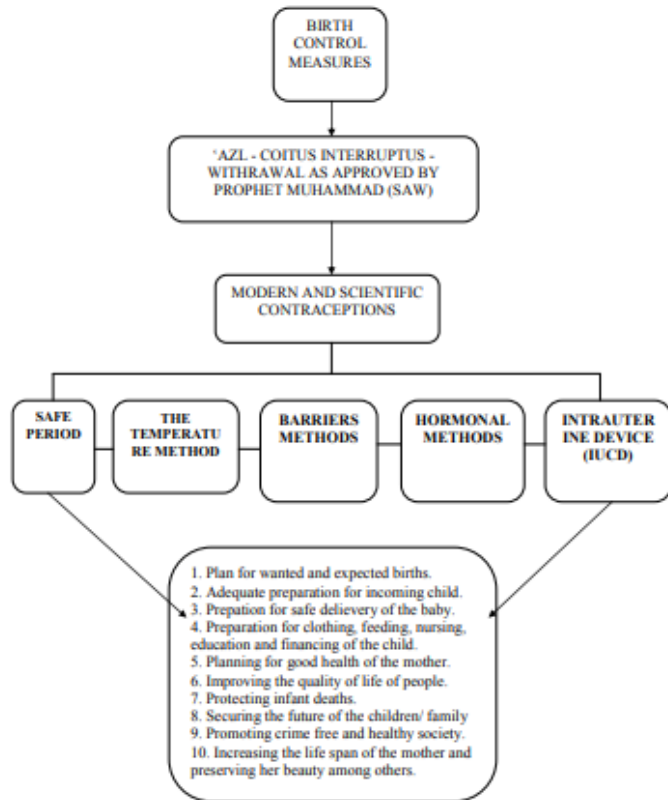
Pelayanan kesehatan berprinsip ajaran Islam khususnya untuk ibu dan anak dimulai dari pembuahan sel telur, perawatan selama kehamilan, dan persalinan, serta manajemen BBL mampu meningkatkan pemahaman dan kedekatan petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga, sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan prinsip spiritual dan budaya pasien [17].

Rumah Sakit dapat menyediakan pelayanan kelas antenatal Islam dan perawatan bayi baru lahir secara Islami, sehingga bayi mulai dikenalkan dengan aqidah Islam sejak kehamilan hingga perawatan di Rumah Sakit dengan pendampingan perawat atau bidan sebagai *Shariah Compliance Officer* (SCO) [10].

2) Edukasi pemberian ASI dan hak anak. Berdasarkan Qs. Al Baqarah: 233 menunjukkan bahwa anak berhak untuk mendapatkan ASI selama 2 tahun. Edukasi pemberian ASI yang dilakukan petugas kesehatan secara signifikan meningkatkan minat ibu untuk memberikan ASI eksklusif [18] dengan harapan ibu dapat memenuhi hak anak selama 2 tahun. Hal ini karena selama edukasi, ibu mendapatkan pengetahuan bahwa ASI memiliki banyak manfaat, yaitu meningkatkan kekebalan anak, melindungi dari

infeksi, sumber nutrisi untuk anak, dampak ASI eksklusif menjadikan ibu mengalami amenore laktasi (mencegah kehamilan), sehingga dapat mengatur jarak kehamilan selanjutnya [19].

- 3) Merencanakan kelahiran sesuai tuntunan Islam. Islam memperbolehkan perencanaan kelahiran dengan menggunakan kontrasepsi sesuai ketentuan tanpa melanggar aturan agama kecuali kondisi yang berakibat fatal pada kesehatan ibu tersebut [20].
- 4) Asuhan pasien ibu dan anak RSMA sesuai prinsip Islam, meliputi menyiapkan IMD, menyusui hingga 2 tahun, pemilihan metode Keluarga Berencana (KB), memotivasi untuk aqiqah, imunisasi, dan membimbing tentang fiqih haid/ nifas. Hospice Friendly Hospitals Programme memaparkan bahwa metode kontrasepsi yang boleh diberikan pelayanan kesehatan untuk mengatur rencana kehamilan [21,22] kecuali kondisi tertentu (MOW/MOP dan aborsi).



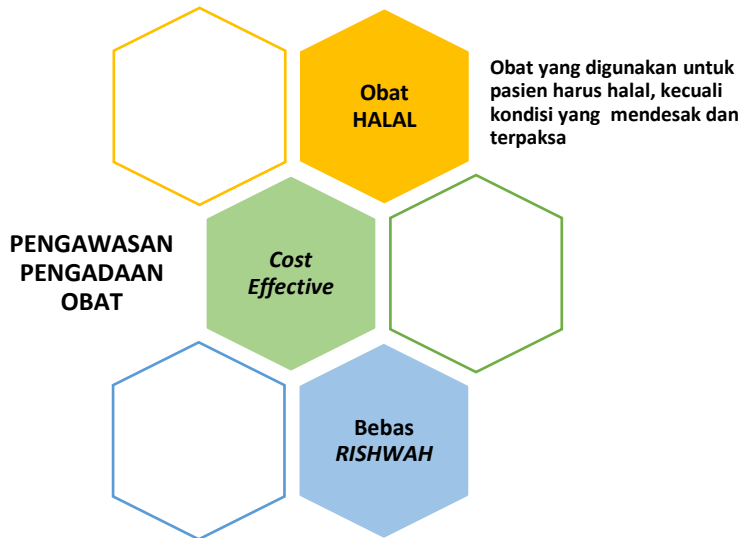
Gambar 4. Metode Kontrasepsi dalam Islam

Asuhan pasien kritis dan darurat dilakukan tindakan sesuai dengan SOP keperawatan sesuai kondisi pasien dan bagi pasien terminal (penyakit tidak dapat disembuhkan), maka RSMA memberikan asuhan bimbingan rohani kepada pasien dan keluarga untuk berbaik sangka kepada Allah, berserah dan mendekatkan diri dengan berdzikir dan ikhlas menerima ketentuan Allah. SPO keperawatan harus berprinsip pada syariah dalam memberikan pelayanan

kepada pasien [23], sehingga adanya larangan tindakan *euthanasia*.

RSMA memberikan asuhan sakaratul maut dengan membimbing *talqin* (kalimah *thayyibah* “*Laa ilaha ilallah*”) dan meminta keluarga untuk mendoakan dan turut serta membimbing pasien. Pasien memiliki kebutuhan unik dengan perlakuan penuh hormat dan kasih sayang, sehingga kebutuhan fisik dan spiritual dapat diupayakan dengan membimbing bacaan *talqin* secara berulang-ulang agar meninggal dalam keadaan husnul khotimah [24].

c. Penggunaan obat



Gambar 5. Proses Pengadaan Obat

RSMA dalam proses pengadaan obat turut serta melibatkan komite fatwa dan staf medik serta logistik farmasi agar efektif dan sesuai dengan prinsip Islam. Proses penggunaan obat tidak bertentangan dengan prinsip Islam dari proses penetapan jenis obat, jual beli, penyerahan, dan penggunaan obat. Islam melarang umatnya untuk mengkonsumsi makanan atau minum yang mengandung alkohol, lemak hewan non-halal, babi, produk olahan babi, dan hewan yang disembelih tidak sesuai aturan agama Islam. Rumah Sakit yang menjalankan prinsip Islam harus sadar untuk memenuhi aturan diet pasien dengan produk halal termasuk obat-obatan yang di konsumsi pasien [25].

Obat mahal atau berisiko yang digunakan dalam proses perawatan harus atas persetujuan atau *inform consent* pasien dan keluarga. Namun, Islam memberikan kemudahan ketika kondisi *emergency* dan tidak tersedia alternatif obat lainnya, sehingga obat dapat digunakan untuk perawatan dengan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga [25]. Selain itu, RSMA tetap memperhatikan label obat dengan mencantumkan adab meminum obat.

RSMA menjamin makanan dan minuman yang disediakan di Rumah Sakit dan tersertifikasi halal serta adanya pengelolaan limbah sisa makanan agar tetap bermanfaat. Rumah Sakit harus menyadari kebutuhan pasien terutama terkait diet terapi pasien dengan produk halal [25].



Gambar 6. Proses Makanan dan Minuman yang Disajikan Di RSMA

d. Promosi kesehatan

RSMA memiliki sarana promosi kesehatan dan mengembangkan suasana kondusif dalam program PKRS melalui media “*hospital channel*” yang ada di ruang tunggu dan ruang perawatan. Program kesehatan RSMA yang di kembangkan yaitu:

- 1) Layanan khusus perokok (berhenti merokok) dengan memberikan penyuluhan kepada pasien, keluarga, pengunjung dan staf serta melakukan kampanye/ *event* untuk menyadarkan berhenti merokok.
- 2) Layanan klinik sakinah dan kampanye keluarga sakinah. Program keluarga sakinah merupakan program persyariahan sebagai upaya menciptakan generasi yang tangguh. Layanan ini berupa konsultasi perencanaan keluarga, kontrasepsi, kesehatan keluarga (imunisasi bayi dan ibu hamil), dan tumbuh kembang anak.
- 3) Kerjasama dengan swasta dan korporasi dalam menjalankan program PKRS

e. Pelayanan jenazah

RSMA memberikan pelayanan jenazah yang menjadi hak orang meninggal dan bersifat *fardhu kifayah*. Proses perawatan jenazah dilakukan unit pelayanan sesuai dengan ajaran Islam dari memandikan dan mengkafani,

namun tidak untuk pelayanan kremasi kerana adanya larangan dalam agama Islam [26,27].

Islam tidak mengenal terkait tindakan *autopsy*. Hasil fatwa ulama berdasarkan prinsip *maslahah* (kepentingan umum) dan prinsip hukum *Islam aldarurat tubih al mahzur* maka rumah Sakit diperbolehkan memberikan pelayanan untuk mengawetkan jenazah atau *autopsy* dengan tujuan khusus, antara lain penyelidikan kasus kriminal, pendidikan, dan mencegah pembusukan dalam perjalanan [28,29]. Selain itu, RSMA menyediakan mobil jenazah dan siap 24 jam atau *on call* untuk memberikan pelayanan jenazah, serta memfasilitasi pelatihan perawatan jenazah untuk masyarakat atau jejaring persyarikatan.

Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah UNGGUL

Rumah Sakit Muhammadiyah-‘Aisyiyah untuk mencapai standarisasi unggul dalam pelayanan dan manajemen harus terpenuhinya regulasi pemerintah (akreditasi) dan persyarikatan Muhammadiyah (sertifikasi Islami), unggul dalam kompetitif (*centre of excellence*) sesuai wilayah setempat, dan memiliki *networking*, serta sistem rujukan.

B. Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI)

Rumah Sakit Islam yang tersertifikasi syariah mengharuskan seluruh kegiatan baik manajemen maupun pelayanan didasarkan pada *Maqoshid al-Syariah al-Islamiah* (tujuan dilaksanakannya syariah Islam), untuk memelihara Agama (*khifdz ad-diin*), memelihara Jiwa (*khifdz an-nafs*), memelihara Keturunan (*khifdz an-nasl*), memelihara Akal (*khifdz al aql*), dan memelihara Harta (*khifdz al-mal*) [1].

1. Manajemen Rumah Sakit Syariah

Manajemen Rumah Sakit syariah terdiri dari beberapa standar syariah manajemen yaitu:

a. Standar syariah manajemen organisasi terfokuskan pada kepemilikan, direksi yang akan mengelola organisasi dan tata kelola yang digunakan dalam manajemen [30].

1) Pemilik

Perizinan pemilik dan kepemilikan adalah beragama Islam, pemilik memiliki badan hukum sesuai syariah, dan Dewan Pengawas Syariah (DPS). Hal ini karena pemilik bertanggung jawab dalam pengawasan operasional Rumah Sakit dan menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. DPS berfungsi untuk membantu melakukan pengawasan operasional Rumah Sakit sesuai dengan prinsip syariah dan berperan untuk sosialisasi kepada masyarakat.

2) Direksi

Direksi Rumah Sakit ditetapkan oleh pemilik dan berdasarkan beberapa syarat, yaitu beragama Islam, melewati seleksi aspek keagamaan (*Islamic worldview*), dan DSN MUI membantu dalam proses seleksi sesuai dengan SOP seleksi Direksi Rumah Sakit.

3) Tata kelola

Tata kelola Rumah Sakit Syariah dikuatkan dengan bidang kerohanian melalui:

a) Komite Syariah yang dibentuk oleh pengelola Rumah Sakit yang berfungsi sebagai pengawas kegiatan operasional baik sistem maupun pelayanan agar tetap sesuai syariah, bertanggung jawab atas pembinaan keislaman seluruh karyawan sesuai dengan program kerja tahunan, dan mengawasi pelaksanaan nilai-nilai Islam di lingkungan Rumah Sakit.

- b) Ketakmiran dibentuk untuk menjalankan fungsi dakwah dan memakmurkan masjid. Selain itu, takmir berperan sebagai pusat pembinaan umat, persatuan umat Islam, dan pusat ibadah.
- c) Unit kerohanian dibentuk untuk menjaga keislaman pasien dan staf Rumah Sakit, sehingga mendorong untuk taat menjalankan ajaran agama dan bertaqwa kepada Allah SWT.
- d) Pedoman kode etik Rumah Sakit dibentuk dan ditetapkan sebagai acuan dalam menyelenggarakan serta mengelola Rumah Sakit syariah sesuai dengan nilai-nilai dan norma Islam.
- e) Akad Rumah Sakit didalam kegiatan operasional Rumah Sakit diselenggarakan secara syariah. Akad syariah diimplementasikan dengan Sumber Daya Insani (SDI), pasien, pemasok alat kesehatan, pemasok obat, logistik; dan lembaga keuangan, asuransi; pendidikan sosial, dan lembaga lain.

Tabel 1. Jenis Akad Syariah yang Diimplementasikan dalam Kegiatan Operasional Rumah Sakit

No	Jenis Akad	RS	Pihak Lain	Keterangan
1.	IJARAH	Musta'jir	Ajir (Karyawan)	Akad dengan Karyawan
2.	IJARAH	Ajir	Musta'jir	Akad dengan Pasien
3.	IJARAH	Musta'jir	Ajir	Akad Sewa dengan Vendor
4.	Bai'	Musyitari	Bai'	Akad Pengadaan/ Pembelian
5.	Murabahah	Mudhorib	Shohibul Mal	Pembelian Barang RS (Investasi) dengan Perbankan
6.	Muwa'adah			MU/ Nota Kesepahaman Bersama
7.	Samsarah	Simsar	Bai'	Akad Konsinasi Barang

- b. Standar syariah manajemen modal insani berfokus pada proses rekrutmen SDI, *maintenance* dan *performance appraisal* yang berlandaskan pada aqidah, ibadah dan akhlaq sehingga menghasilkan sumber daya insani yang profesional, insani dakwah dan bertaqwa [31].

Rumah Sakit syariah memiliki tata kelola SDI secara syariah dalam proses rekrutmen, pengembangan dan pengelolaan karir staf. Selain itu, adanya kerjasama dengan pendidikan kesehatan Islam. Hal ini, tercantum dalam kebijakan atau SOP terkait proses rekrutmen, pengembangan, dan pengelolaan karir staf berdasarkan prinsip syariah serta rekomendasi dari komite syariah.

Upaya peningkatan kompetensi pelayanan SDI, Rumah Sakit syariah melaksanakan *mandatory training* keagamaan mencakup bimbingan shalat, do'a pre oprasi, *tayamum*, *talqin*, *hijab* bagi pasien, dan fiqh darah wanita. Selain itu, adanya program orientasi umum dan khusus terkait nilai-nilai Islam serta implementasi dalam pelayanan. Hal ini sebagai upaya pemenuhan kebutuhan

spiritual dan fiqih pasien. Adanya kebijakan tentang kompetensi pelayanan bagi staf dan kode etik dokter sebagai dasar dalam memelihara kompetensi seluruh karyawan Rumah Sakit syariah.

Tata kelola Rumah Sakit syariah untuk mencapai kualitas pelayanan syariah tetap mempertimbangkan kinerja karyawan, sehingga perlu adanya *performance appraisal*. Rumah Sakit syariah harus memiliki prosedur dan implementasi penilaian kinerja sesuai dengan prinsip syariah dan sistem *reward* serta *punishment* sebagai upaya peningkatan etos kerja karyawan untuk meningkatkan kualitas dan kepuasan pasien. Proses *performance appraisal* di Rumah Sakit syariah, komite syariah berperan dalam memberikan rekomendasi karyawan untuk perolehan *reward* dan *punishment* berdasarkan penilaian kinerja.

- c. Standar syariah manajemen pemasaran (SSMP) Rumah Sakit syariah berfokus pada sistem pemasaran, dan promosi sesuai dengan etika promosi dan pemasaran tanpa adanya *rishwah* [32].

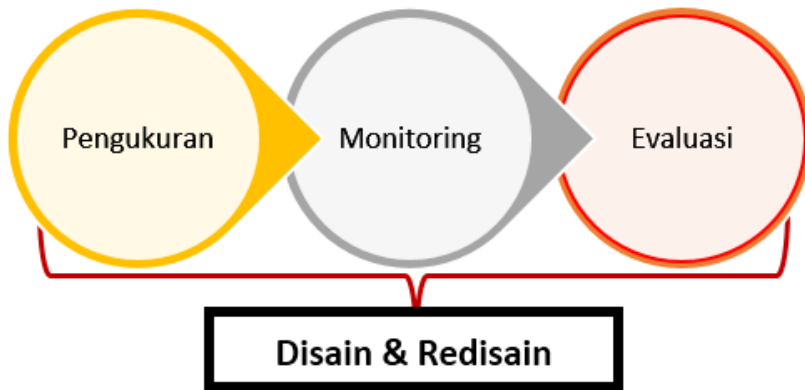
Tata kelola Rumah Sakit syariah dalam sistem pemasaran dilakukan sesuai dengan kaidah syariah dimana produk layanan kesehatan tidak bertentangan dengan prinsip syariah dan tidak ada *rishwah* dalam proses kerjasama. Hal ini dibuktikan dengan MOU dengan prinsip syariah. Selain itu, proses promosi pemasaran layanan kesehatan yang dilakukan secara informatif, tidak komparatif, dan tidak berlebihan berdasarkan kode etik Rumah Sakit yang berpegang pada akhlaq Islami.

- d. Standar syariah manajemen fasilitas berfokus dalam penyediaan dan pengelolaan fasilitas penunjang sesuai dengan prinsip halal [33].

Rumah Sakit syariah mempertimbangkan kebutuhan pasien dan keluarga serta staf dalam menyediakan dan mengelola fasilitas yang aman. Penyediaan fasilitas yang harus selaras dengan ajaran Islam, fasilitas fisik, medis, dan peralatan kesehatan, sehingga kebutuhan spiritual dan agama terpenuhi secara optimal. Fasilitas Rumah Sakit syariah yang disediakan meliputi:

- 1) Fasilitas perawatan (ruang rawat) sesuai dengan gender, mengarah kiblat, kaligrafi, alat shalat, Al-Qur'an, dan panduan ibadah
 - 2) Fasilitas *laundry* yang berprinsip pada *thaharah*, *chemical* halal, dan proses pencucian sesuai fiqih *thaharah*
 - 3) Fasilitas kamar mandi dengan desain tidak menghadap kiblat, disediakan alas kaki, dan alat pembersih
 - 4) Fasilitas air sesuai kaidah syariah, halal untuk air minum.
 - 5) Fasilitas pengelolaan dapur halal yang ditunjukkan dengan menggunakan bahan makanan tersertifikasi halal
 - 6) Fasilitas masjid atau mushola
- e. Standar syariah manajemen mutu (SSMM) mengacu pada indikator mutu wajib syariah dengan standar target pencapaian 100% dan indikator mutu standar pelayanan minimal syariah Rumah Sakit Islam dengan standar target minimal 70%. SSMM sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan *patient safety* dunia dan akhirat [34].

Manajemen mutu Rumah Sakit syariah melakukan beberapa kegiatan untuk mencapai tujuan peningkatan kualitas mutu pelayanan dan *patient safety* yaitu:



Gambar 7. Proses Kegiatan Manajemen Mutu Rumah Sakit Syariah

- f. Standar syariah manajemen akuntansi dan keuangan (SSMAK) terfokus dalam perencanaan keuangan (RKA), pentarifan, akad, ZIS, dan pelaporan sesuai dengan prinsip syariah [32].

2. Pelayanan Kesehatan Islami

Indikator mutu wajib syariah dalam pelayanan kesehatan Rumah Sakit syariah sebagai berikut:



- a. Pasien sakaratul maut harus mendapatkan pendampingan dengan *talqin* (*Laa ilaha ilallah*)



- b. Mengingatkan *shalat* 5 waktu



- c. Pemasangan DC sesuai dengan *gender*

Standar pelayanan minimal syariah di Rumah Sakit Islam sesuai dengan SK MUKISI No. 4/KEP.MKS/III/2016 adalah:

- a. Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan medis
- b. Hijab untuk pasien
- c. *Mandatory training* untuk fiqih pasien (shalat, doa pre operasi, *tayamum*, *talqin*, hijab, dan fiqih darah wanita)
- d. Edukasi Islami (leaflet/ buku kerohanian)
- e. Pemasangan EKG berdasarkan gender
- f. Penggunaan hijab untuk ibu menyusui
- g. Penggunaan hijab untuk pasien di kamar operasi
- h. Penjadwalan operasi elektif tidak pada waktu shalat

Pelayanan kesehatan Islami berdasarkan Standar Sertifikasi Rumah Sakit syariah mengacu pada tujuan syariah atau *Maqashid Syariah* sesuai SK DSN-MUI No. KEP-13/DSN-MUI/III/2017 yaitu:

- a. Penjagaan agama (*Hifzh Al-Din*)

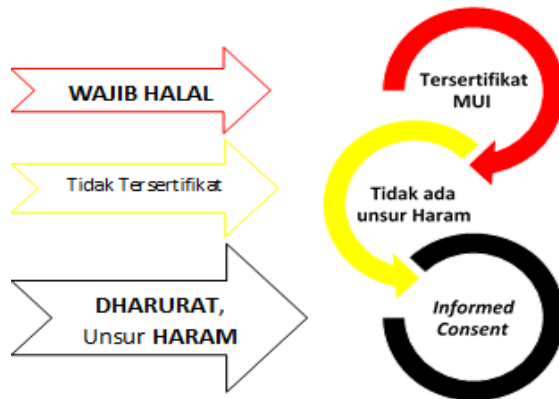
Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan kepada pasien dengan cara yang baik dan halal, menjaga aurat dan membantu tertunaikannya kewajiban ibadah bagi pasien kepada Allah SWT sebagian dari memelihara agama. Berikut pelayanan kesehatan syariah sebagai upaya memelihara agama antara lain:

- 1) Rumah Sakit menetapkan *Standar Operational Prosedure* (SOP) penerimaan, bimbingan, dan pemulangan pasien.

- 2) Rumah Sakit menetapkan kebijakan dan prosedur pelayanan pada pasien risiko tinggi dan tahap terminal. Pelayanan psiko-spiritual diberikan sesuai dengan kebutuhan kesehatan pasien. Pasien dengan risiko tinggi, kondisi yang bersifat kritis maka pelayanan psiko-spiritual diberikan secara khusus.
- 3) Rumah Sakit menjamin kehalanan, higienitas, keamanan makanan dan terapi nutrisi untuk pasien.

Rumah Sakit memonitor setiap kegiatan penyajian, penyimpanan, pengelolaan, dan pendistribusian makanan untuk menjamin kehalanan, higienitas, dan keamanan makanan berdasarkan peraturan undang-undang dan syariah Islam dengan bersertifikat halal dari MUI.

Obat, makanan, kosmetik, dan barang yang digunakan dalam perawatan pasien di Rumah Sakit Syariah harus memenuhi [1] syarat khusus karena pasien muslim memiliki kebutuhan dan keyakinan terkait makanan dan obat-obatan. Rumah Sakit harus mampu menyediakan kebutuhan tubuh pasien (makanan dan obat) secara halal untuk mengurangi ketidaknyaman pasien karena melanggar larangan agama Islam [16].



Gambar 8. Proses Penggunaan Obat, Kosmetik, dan Barang Lainnya untuk Pasien Sesuai dengan Ketentuan Syariah

- 4) Rumah Sakit menjamin untuk mengupayakan pasien menjaga aurat, pelayanan sesuai dengan jenis kelamin dan memelihara dari unsur *ikhtilat* berdasarkan syariah Islam.
- 5) Rumah Sakit menjamin pelayanan anestesi dan bedah berdasarkan syariah dengan memperhatikan prosedur penggunaan hijab pada pasien, pemasangan kateter sesuai jenis kelamin dan pengaturan waktu tindakan operasi agar tidak melewatkan waktu shalat kecuali *emergency*.

Kementrian kesehatan Arab Saudi pada tahun 2005 telah membuat aturan untuk melindungi kesopanan dan privasi pasien terkait aurat. Aturan ini berlaku untuk semua petugas kesehatan di rawat jalan, rawat inap, IGD, dan ruang operasi. Pelayanan kesehatan di ruang operasi menekankan untuk melindungi pasien dari interaksi petugas kesehatan laki-laki, sehingga petugas kesehatan laki-laki tidak boleh memasuki ruangan kecuali didampingi petugas

kesehatan perempuan selama tindakan operasi. Selain itu, petugas kesehatan perempuan bertanggung jawab untuk menjaga aurat pasien baik tubuh, kepala, dan menjaga privasi pasien, serta tindakan kateterisasi dilakukan sesuai gender [35].

- 6) Rumah Sakit menyediakan pelayanan ruqyah syariah untuk kesembuhan berbagai penyakit khususnya terkait dengan gangguan makhluk halus dan sihir, sehingga dapat meminimalkan pasien mencari pengobatan alternatif yang membahayakan aqidah.
- 7) Rumah Sakit mengupayakan obat yang digunakan untuk pasien tidak mengandung unsur bahan yang diharamkan, kecuali kondisi yang tidak ada pilihan lain atau darurat.
- 8) Rumah Sakit memberikan obat kepada pasien disertai dengan pesan agama baik pada pelayanan rawat inap maupun rawat jalan.
- 9) Rumah Sakit memberikan bimbingan rohani Islam dengan menanamkan nilai-nilai Islam pada pasien dan keluarga yang beragama Islam.

Pelayanan dan bimbingan rohani tidak terbatas pada dzikir dan do'a. Namun hingga pasien mampu memaknai peristiwa kehidupan yang dialaminya, sehingga pelayanan ini sebagai pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dan bimbingan ibadah. Selain itu, Rumah Sakit menyediakan pelayanan pendampingan kepada pasien sesuai permintaan khusus. Hal ini sebagai pengingat untuk meningkatkan kesehatan dan menerima dengan kesabaran serta do'a. Allah SWT memberikan cobaan berupa penyakit untuk menebus dosa-dosa dan meningkatkan spiritual pasien [15].

- 10) Rumah Sakit memberikan pelayanan pada akhir kehidupan sesuai syariah. Pelayanan ini berkaitan

untuk motivasi kesembuhan pasien. Keluarga berperan dalam mendukung secara moral, spiritual, dan motivasi, karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang senantiasa mendampingi selama menjalani pengobatan, memenuhi kebutuhan/perawatan pasien dan membantu mengambil keputusan dalam perawatan pasien [25].

b. Penjagaan Jiwa (*Hifzh Al-Nafs*)

Rumah Sakit wajib berusaha untuk memuliakan harkat martabat pasien melalui pendekatan bio-psiko-spiritual, memenuhi haknya dan senantiasa meminta persetujuan dalam melakukan tindakan pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara jiwa pasien. Berikut pelayanan kesehatan dalam memelihara jiwa yaitu:

- 1) Rumah Sakit memiliki program pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dengan peraturan perundangan, standar sanitasi dan kebersihan sesuai syariah. Program pencegahan dan pengendalian infeksi mengacu pada pedoman WHO [36], seperti *hand hygiene*, pemberian informasi tentang pencegahan, dan pengendalian infeksi di pelayanan klinis atau penunjang. Selain itu, program ini harus sesuai misi *thaharah*.
- 2) Rumah Sakit memberikan pelayanan jenazah secara syariah.
- 3) Rumah Sakit memberikan pelayanan penatalaksanaan nyeri secara syariah

Pelayanan manajemen nyeri selain menggunakan medis juga dengan metode psikospiritual melalui tuntunan dzikir dan do'a serta penghayatan keimanan. Menurut Isgandarova, praktik *muraqaba* dalam kesehatan dengan memohon kepada Allah SWT melalui dzikir atau berdoa yang disertai

dengan menutup mata dan mengambil nafas dalam bermanfaat untuk mengurangi stres, terapi kognitif, meditasi, dan teknik *mind-body*, sehingga dapat mengobati gejala kecemasan, depresi, dan rasa sakit [37].

Pelayanan kesehatan berbasis spiritual (Al-Qur'an) mencakup do'a, kesabaran, kepercayaan, pengampunan, syukur, dan dzikir yang diimplementasikan pada pasien *breast cancer* mampu mengembalikan kesehatan mental, meningkatkan harapan dan kualitas hidup serta mengubah reseptor gen dopamine yang berdampak positif dalam penurunan sel poliferasi. Manajemen spiritual lebih baik dari pengobatan lainnya [38]. Selain itu, petugas kesehatan harus menjalin komunikasi yang optimal dengan pasien, dan empatik dalam memberikan perawatan yang mendukung dan esensial dalam mengatasi rasa nyeri pasien [39].

Hasil penelitian di Iran menunjukkan bahwa adanya perbedaan secara signifikan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah melafalkan "Allah" selama 3 hari setelah operasi terhadap penghilang rasa sakit ($p \leq 0.001$), sehingga manajemen nyeri dengan pendekatan spiritual sebagai metode non-farmakologi, murah dan non-invasif tanpa efek samping dapat menjadi pilihan yang efektif untuk menghilangkan rasa nyeri *post surgery CABG* [40], namun perlu adanya penelitian yang mendalam.

- 4) Rumah Sakit mengelola sampah sisa jaringan tubuh secara syariah

Sistem pengelolaan dan pembuangan limbah sesuai kaidah syariah dengan menjamin kebersihan dan keamanan dari bahaya dan risiko limbah. Rumah

sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan dapat membantu pengolahan limbah tindakan operasi seperti sisa jaringan atau amputasi anggota badan dengan layanan penguburan jika tidak di bawa pulang keluarga pasien [41].

WHO menjelaskan bahwa pengolahan limbah anatomi tidak dapat dibuang sembarangan, seperti di TPA. Di Asia, pengaruh budaya dan kepercayaan agama mengharuskan bagian tubuh hasil tindakan di Rumah Sakit dimasukan dalam peti kecil dan dikembalikan kepada keluarga untuk di kuburkan. Selain itu, agama Islam mengharuskan setiap bagian tubuh manusia harus di kuburkan [42].

c. Penjagaan Akal (*Hifzh 'Aql*)

Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan pengobatan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan memberikan informasi yang adekuat tentang penyakit serta rencana tindakan kesehatan sebagai upaya pemeliharaan akal. Pelayanan kesehatan syariah dalam upaya memelihara akal diantaranya adalah:

- 1) Rumah Sakit melaksanakan mandatory keagamaan untuk seluruh staf. *Mandatory training* keagamaan berfokus pada pelatihan dan pengembangan staf berdaya insani dalam memahami dan memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Materi *mandatory*, mencakup bimbingan shalat bagi pasien, do'a pre operasi, tayamum, *talqin*, hijab, dan fiqih darah wanita.
- 2) Rumah Sakit menyediakan perpustakaan dengan literatur Islam untuk memenuhi kebutuhan informasi praktisi pelayanan kesehatan, peneliti, pendidik dan lainnya dalam pelaksanaan tanggung jawab. Selain itu, Rumah Sakit harus menyediakan fasilitas untuk

pasien seperti bacaan islami yang membahas tentang topik kesehatan dalam islam (cara berpuasa dan shalat bagi orang sakit) dalam bentuk brosur atau leaflet [10].

- 3) Rumah Sakit menyelesaikan keluhan, konflik secara syariah secara musyawarah untuk mencapai mufakat dengan ridha dan adil.

Rumah sakit dalam menajemen komplain hendaknya dilakukan secepat mungkin dan secara efektif sesuai SOP untuk menanggapi komplain pasien [43,44] dan dilakukan secara adil dan transparan tanpa memihak salah satu [45,46]. Hal utama yang perlu dilakukan ketika mendapat komplain adalah mengucapkan terima kasih karena Rumah Sakit dapat mengetahui dan memperbaiki masalah baik pelayanan maupun fasilitas yang diperoleh pasien dan keluarga [46].

Langkah-langkah dalam penanganan komplain pasien [45,47] adalah:

- a) Menghormati dan mendengarkan laporan pasien tentang apa yang terjadi
- b) Menanggapi dengan sabar
- c) Meminta maaf, empati dan simpati atas apa yang terjadi pada pasien
- d) Membuat solusi untuk penanganan komplain
- e) Memastikan solusi telah dilakukan untuk pasien dan mengkonfirmasi ulang ke pasien yang bersangkutan
- f) Melakukan evaluasi dan menjadikan data sebagai upaya Rumah Sakit mencegah terulangnya kondisi yang menyebabkan terjadinya keluhan pasien

Proses manajemen komplain yang baik dapat mempengaruhi perbaikan layanan yang efektif,

kualitas perawatan [48], dan mempengaruhi kepuasan serta loyalitas pasien, sehingga berdampak positif dalam capaian pendapatan rumah sakit [43].

- 4) Rumah Sakit memberikan pelayanan pendidikan dan pelatihan ke pasien dan keluarga untuk memenuhi kesehatan berkelanjutan secara islami sesuai Al-Qur'an.
 - 5) Rumah Sakit memberikan edukasi keislaman kepada pengunjung terkait adab mengunjungi orang sakit dan do'a kesembuhan pasien melalui media cetak dan elektronik.
- d. Penjagaan Keturunan (*Hifzh Al-Nasl*)
- Rumah Sakit wajib menghormati dalam menyelenggarakan pengelolaan pelayanan *maternal perinatal* sesuai prinsip syariah dalam memelihara keturunan. Pelayanan kesehatan dalam upaya memelihara keturunan sebagai berikut:
- 1) Rumah Sakit memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara syariah. Pelayanan kesehatan yang diberikan tidak terbatas secara medis namun juga syariah, diantaranya edukasi ibu hamil tentang proses terbentuknya manusia, meningkatkan pelayanan Rumah Sakit yang mendukung pemberian ASI Eksklusif secara islami, dan merencanakan kelahiran anak/ keluarga berencana sesuai syariah. Edukasi keluarga berencana yang diberikan petugas kesehatan berdampak positif dalam pemilihan metode kontrasepsi jangka panjang yang sesuai syariah Islam [49]
 - 2) Rumah Sakit memberikan pelayanan reproduksi Islami

3) Merencanakan kelahiran sesuai syariah. Islam telah memperbolehkan penggunaan alat kontrasepsi sebagaimana 'azl telah dipraktikkan semasa zaman nabi SAW sebagai upaya untuk merencanakan kelahiran berdasarkan keinginan dan harapan bagi pasangan suami istri, sehingga perlunya persiapan yang matang mencakup apa yang diperlukan untuk menjadi ibu, mengetahui cara menjaga kehamilan, memastikan kesehatan, perkembangan janin, mempersiapkan persalinan yang aman, dan terpenuhinya kebutuhan bayi, serta cara merawat bayi dan lainnya. Selain itu, perlu meningkatkan kesehatan ibu dengan memberikan jarak kelahiran dan persiapan pendidikan anak agar tercipta generasi unggul [21].

e. Penjagaan Harta (*Hifzh Al-Mal*)

Rumah Sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan kebijakan pengelolaan agar masyarakat mampu menjangkau pelayanan kesehatan dan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai syariah.

3. Indikator Pelayanan Minimal Di Rumah Sakit Syariah

Standarisasi pengukuran dan pendokumentasian dalam menerapkan nilai-nilai syariah dalam tindakan perawatan antara lain:

a. Membaca Basmallah pada pemberian obat dan tindakan

Tabel 2. Indikator Penilaian Pelayanan dengan Membaca Basmallah

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien dan karyawan
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Numerator (N)	Jumlah tindakan petugas membaca Basmallah sebelum memberikan obat dan tindakan keperawatan
Denominator (D)	Jumlah total pemberian obat dan tindakan keperawatan yang disurvei
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Kepala keperawatan rawat jalan dan rawat inap
Penanggung jawab	Kabag rawat inap dan rawat jalan

- b. Menganjurkan pasien muslim untuk mengenakan hijab
- Tabel 3. Indikator Penilaian Pelayanan untuk Menganjurkan Pasien Mengenakan Hijab

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah pasien muslimah yang mendapatkan edukasi dan dipakaikan hijab
Denominator (D)	Jumlah pasien muslimah yang disurvei
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	80%
Pengumpul data	Kabag/ Kasubag rawat jalan dan rawat inap
Penanggung jawab	Kabag/ Kasubag rawat jalan dan rawat inap

c. Mandatory training terkait fiqih wanita

Tabel 4. Indikator Penilaian Pelayanan Petugas Kesehatan yang Mendapatkan *Mandatory Training* Fiqih

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Kompetensi syariah karyawan
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	6 bulan
Preiode analisis	1 tahun
Numerator (N)	Jumlah karywan yang mendapatkan program <i>mandatory training</i> fiqih pasien
Denominator (D)	Jumlah karywan yang mendapatkan program <i>mandatory training</i> fiqih pasien
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Kasubag SDI dan Diklat
Penanggung jawab	Kasubag SDI dan Diklat

d. Memberikan edukasi islami untuk meningkatkan kesehatan dan keimanan pasien

Tabel 5. Indikator Penilaian Pelayanan dengan Memberikan Edukasi Islami kepada Pasien

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien
Tipe indikator	Input
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah pasien rawat inap yang menerima edukasi dengan leaflet atau buku kerohanian
Denominator (D)	Jumlah pasien rawat inap
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Kasubag rawat inap
Penanggung jawab	Koordinator PKRS

- e. Melakukan pemasangan EKG dan tindakan lainnya sesuai gender

Tabel 6. Indikator Penilaian Pelayanan Pemasangan EKG Sesuai Gender

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Penjagaan ikhtilat
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah tindakan EKG yang dilakukan sesuai gender
Denominator (D)	Jumlah total pasien yang dipasang EKG
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Petugas pelaksana tindakan EKG
Penanggung jawab	Kasubag rawat inap dan rawat jalan

- f. Menggunakan hijab khusus untuk ibu menyusui

Tabel 7. Indikator Penilaian Pelayanan dalam Penggunaan Hijab pada Ibu Menyusui

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Penjagaan hijab
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah ibu menyusui yang mengenakan hijab penutup dada
Denominator (D)	Jumlah total ibu menyusui
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%

Pengumpul data	Petugas yang bertepatan ada ibu menyusui
Penanggung jawab	Kasubag KIA/ Kepala ruangan

- g. Menggunakan hijab bagi pasien yang menjalani tindakan operasi

Tabel 8. Indikator Penilaian Pelayanan Penggunaan Hijab Pasien dalam Tindakan Operasi

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Penjagaan hijab
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah pasien operasi yang mengenakan hijab
Denominator (D)	Jumlah total pasien operasi
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Perawat kamar operasi yang bertugas
Penanggung jawab	Kasubag kamar operasi

- h. Menjadwalkan tindakan operasi elektif di luar waktu shalat

Tabel 9. Indikator Penilaian Pelayanan dalam Penjadwalan Operasi Elektif

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien dan karyawan
Tipe indikator	Input
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah jadwal operasi elektif dan tidak berbeturan waktu shalat
Denominator (D)	Jumlah total operasi elektif
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Standar	80%
Pengumpul data	Kasubag ruang operasi
Penanggung jawab	Kasubag ruang operasi

4. Indikator Pelayanan Wajib Rumah Sakit Syariah

Standarisasi pengukuran dan pendokumentasian serta penerapan nilai-nilai syariah dalam tindakan perawatan yaitu:

- a. Pasien sakaratul maut mendapat pendampingan dengan *talqin*

Tabel 10. Indikator Penilaian Pelayanan Pasien Sakaratul Maut dengan Pendampingan

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Aqidah pasien
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah pasien yang meninggal dan mendapatkan pendampingan talqin
Denominator (D)	Jumlah total pasien yang meninggal
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Petugas pendamping talqin
Penanggung jawab	Kasubag bina rohani

- b. Mengingatn waktu shalat

Tabel 11. Indikator Penilaian Pelayanan Mengingatn Waktu Shalat

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah kolom RM “mengingat waktu shalat” yang diisi petugas kesehatan
Denominator (D)	Jumlah pasien yang melaksanakan shalat 5 waktu
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Perawat/ bidan jaga yang mengingatkan waktu shalat
Penanggung jawab	Kasubag rawat inap

c. Pemasangan DC sesuai gender

Tabel 12. Indikator Penilaian Pelayanan Pemasangan DC Sesuai Gender

Dimensi mutu syariah	Penjagaan agama
Area	Ibadah pasien dan karyawan penjagaan ikhtilath
Tipe indikator	Proses
Jenis indikator	Persentase
Frek. Pengumpulan data	1 bulan
Preiode analisis	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah tindakan pemasangan DC sesuai gender
Denominator (D)	Jumlah total pemasangan DC
Cara Pengukuran	$(N/D) \times 100\%$
Standar	100%
Pengumpul data	Petugas yang melakukan tindakan
Penanggung jawab	Kasubag IGD dan rawat inap

C. *Patient Centered Care*

1. Definisi *Patient Centered Care*

Patient Centered Care (PCC) merupakan pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan perawatan terpusat pada pasien yang berhubungan dengan penyedia pelayanan

(dokter/perawat), keluarga dan pasien [50]. PCC mencakup 5 dimensi, yaitu bio-psiko-sosial, pasien sebagai pribadi yang unik, berbagi kekuatan, dan tanggung jawab dalam mengambil keputusan, aliansi terapeutik dan dokter sebagai pribadi [51].

PCC sebagai pelayanan kesehatan sesuai dengan keyakinan dan nilai-nilai pasien, keterlibatan pasien, empatik, pengambilan keputusan bersama dan perawan secara holistik [52]. Sejalan dengan Drach-Zahavy bahwa PCC merupakan perawatan yang mencakup kesehatan sosial dan psikologis, berempati terhadap penyakit pasien dengan memenuhi kebutuhan, ide, harapan, perasaan pasien, berbagi kekuatan, dan tanggungjawab, serta mengembangkan tujuan terapi sesuai dengan nilai-nilai pasien [53].

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America mendefinisikan PCC sebagai perawatan yang menggabungkan antara penghormatan, responsif terhadap prioritas, kebutuhan, dan nilai-nilai individu pasien, serta memastikan nilai-nilai pasien menjadi petunjuk dalam pengambilan keputusan klinis pasien secara pribadi, mempromosikan kesehatan, dan mengkoordinasi perawatan [54,55].

Shaller dalam bukunya *“Patient Centered Care: What Does It Take?”* menyebutkan perawatan yang berpusat pada pasien dengan adanya kegiatan pendidikan dan berbagi pengetahuan antara petugas kesehatan, keterlibatan keluarga dan teman, kolaborasi, dan adanya manajemen tim petugas kesehatan yang peka dalam perawatan baik non medis dan spiritual, menghormati kebutuhan, dan pilihan pasien, serta menyediakan akses informasi [56]. Berikut perbedaan asuhan

keperawatan *Patient Centered Care* dan *Person Focused Care* [57] adalah:

Table 1. Differences between patient-centered care and person-focused care	
Patient-centered care	Person-focused care
Generally refers to interactions in visits	Refers to interrelationships over time
May be episode oriented	Considers episodes as part of life-course experiences with health
Generally centers around the management of diseases	Views diseases as interrelated phenomena
Generally views comorbidity as number of chronic diseases	Often considers morbidity as combinations of types of illnesses (multimorbidity)
Generally views body systems as distinct	Views body systems as interrelated
Uses coding systems that reflect professionally defined conditions	Uses coding systems that also allow for specification of people's health concerns
Is concerned primarily with the evolution of patients' diseases	Is concerned with the evolution of people's experienced health problems as well as with their diseases

Gambar 9. Perbedaan *Patient Centered Care* dan *Person Focused care*

2. Tujuan Pelayanan *Patient Centered Care*

Tujuan pelayanan kesehatan yang terfokus pada pasien/*patient centered care* (PCC) antara lain [56,58–61]:

- a. Meningkatkan kualitas perawatan.
- b. Berdampak positif dan efektif dalam perawatan sehingga menghasilkan kepuasan terhadap pelayanan.
- c. Keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan selama masa perawatan.
- d. Meningkatkan kesejahteraan pasien.
- e. Terbentuknya lingkungan terapeutik yang positif antara pasien dengan dokter maupun perawat dan petugas kesehatan lainnya.
- f. Pasien mendapatkan perawatan sesuai kebutuhan atau tidak berlebihan.
- g. Menghemat biaya perawatan.
- h. Memberikan dukungan emosional positif pasien melalui kekuatan sentuhan petugas kesehatan.

- i. Meningkatkan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan.

PCC dalam perawatan kesehatan bertujuan memberdayakan pasien untuk meningkatkan kesehatannya dengan melibatkan pasien secara langsung baik dalam mengambil keputusan [62]. Pasien membuat keputusan perawatan merupakan bagian dari pemahaman pasien terhadap penyakitnya sebagai representasi pengetahuan tentang penyakitnya [63].

Pelayanan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan secara terpusat pada pasien berdampak positif, antara lain dukungan emosional melalui perhatian dapat meningkatkan kesehatan pasien lebih baik, meningkatkan kesehatan emosional, dan meningkatkan perawatan yang efisiensi, sehingga berdampak pada biaya perawatan karena berkurangnya tes diagnostik dan rujukan [64], meningkatkan keeratan hubungan kemitraan petugas kesehatan dan pasien, meningkatkan kepuasan pelayanan dan menjaga emosional, dan sosial pasien [65]. Selain itu, PCC dapat mengurangi gejala penyakit pasien [66] dan meningkatkan pemahaman, dan kepatuhan pasien terkait pengobatan [67].

3. *Patient Centered Care* dalam Pelayanan Kesehatan

Patient Centered Care (PCC) sebuah konsep dan standar perawatan yang menggambarkan pengorganisasian sistem perawatan kesehatan disekitar pasien yang populer di berbagai sistem perawatan kesehatan [68]. PCC mampu mempertahankan standar kualitas medis dan asuhan keperawatan.

Pelayanan kesehatan secara holistik yang dilakukan oleh tim kesehatan dalam *patient centered care* antara lain [69,70]:

- a. Mendengarkan pertanyaan, kebutuhan, dan pandangan pasien terkait kondisi kesehatannya
- b. Berkomunikasi dengan pasien untuk memastikan pemahaman, kebutuhan, dan pandangan pasien, agar pasien dapat berpartisipasi dalam perawatannya
- c. Berbagi pertanyaan dan pandangan terkait kesehatan pasien dengan tim kesehatan lainnya
- d. Membangun hubungan terapeutik petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga
- e. Memberikan pengetahuan atau pendidikan yang diperlukan pasien dan keluarga terkait penyakit yang diderita
- f. Mengevaluasi tujuan perawatan sesuai dengan keinginan pasien dan keluarga
- g. Memberikan perawatan terbaik melalui pengetahuan, kompeten dan empati petugas kesehatan

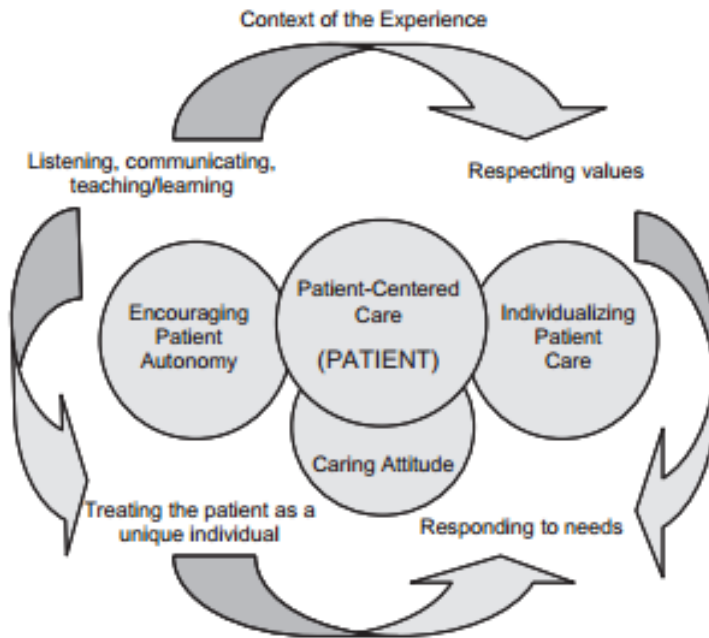
Menurut Frampton et al, pelayanan kesehatan dengan perilaku penuh kasih sayang sangat penting dalam PCC, karena nilai-nilai pasien dipenuhi dengan hati sehingga PCC dilakukan secara maksimal. Berikut strategi menerapkan model *planetree* dalam PCC [71] antara lain:

- a. Mempromosikan hubungan baik petugas kesehatan dan pasien. Membangun hubungan baik dilakukan dengan komunikasi secara terbuka, saling percaya, mengenal pasien sebagai individu diluar diagnosanya, memenuhi kebutuhan rutinitas pasien serta memahami prioritas dan pilihan pasien untuk disesuaikan dengan perencanaan perawatan. Selain itu, gaya komunikasi yang berpusat pada pasien dalam perawatan dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan selama perawatan [72]

- b. Membangun ketrampilan belas kasih melalui ketenangan hati petugas kesehatan sehingga petugas senantiasa hadir dan terlibat dalam memecahkan masalah pasien dan memperkuat komunikasi pasien dengan petugas kesehatan.
- c. Kekuatan sentuhan dari petugas kesehatan mampu menyembuhkan karena mengurangi kecemasan, rasa sakit dan stress dalam perawatan.
- d. Kepedulian petugas kesehatan dalam perawatan pasien.

PCC menjadi fondasi dalam implementasi *patient safety* karena perawatan yang terpusat pada pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan/ interdisiplin dengan pasien dan keluarga melalui komunikasi, kolaborasi sehingga dapat mengambil keputusan yang efektif untuk perawatan yang aman bagi pasien [73]. Salah satu elemen penting dalam PCC adalah merancang dan melaksanakan pelatihan staff keperawatan tentang PCC dengan capaian program mencakup mengidentifikasi kebutuhan unik pasien dan menyediakan alat untuk pengambilan keputusan bersama, sehingga dapat mencapai kualitas perawatan dan *patient safety* [68].

Atribut dan perilaku yang diperlukan petugas kesehatan dalam PCC [74] sebagai berikut:



Gambar 10. Atribut dan perilaku perawatan dalam PCC

Peran petugas kesehatan dalam PCC mencakup upaya untuk mendorong kemandirian pasien dan sikap peduli pasien dalam perawatan dan perawatan pasien secara individu. Selain itu, perilaku lain yang menentukan PCC adalah atribut yang saling tumpang tindih, berinteraksi dan menjadi pengalaman pasien selama mendapatkan perawatan dan kekuatan eksistensi spiritual pasien.

Institute of Medicine memaparkan dalam pelayanan berbasis PCC adanya pembagian tanggungjawab dengan pasien dan petugas kesehatan [55] adalah:

- a. Melibatkan pasien dalam membahas tujuan dan rencana perawatan selanjutnya
- b. Membimbing dan mendukung kepada pihak lain (keluarga dan teman) yang memberikan perawatan dengan

melibatkan dalam pengambilan keputusan, mengenali kebutuhan, dan kontribusi mereka

- c. Memahami dan menghormati perawatan sesuai manajemen diri pasien
- d. Memberikan kenyamanan secara fisik dan dukungan emosional
- e. Meringankan rasa sakit dan penderitaan pasien
- f. Memberikan perawatan tepat waktu, sesuai kebutuhan dan manajemen gejala
- g. Meringankan rasa takut dan cemas

4. *Patient Centered Care* dalam Pelayanan Kesehatan Islami

Pelaksanaan PCC dalam pelayanan kesehatan tidak terlepas dari budaya pasien yang merupakan bagian dari kepercayaan dan nilai-nilai agama yang berperan penting dalam membentuk perilaku kesehatan, sehingga petugas kesehatan harus mampu memahami nilai-nilai pasien dan meminimalkan efek negatif dari budaya dalam tindakan medis [75]. Praktik pelayanan kesehatan dalam perawatan spiritual [76], petugas kesehatan melibatkan langsung dalam perawatan melalui terapi sentuhan, doa, berbicara atau mendengarkan; mendukung pasien dengan adanya kehadiran petugas kesehatan, empati dan tidak menghakimi pasien; dan memenuhi fasilitas kebutuhan pasien atau keluarga dengan tersedianya ruang untuk berdoa, merujuk ke bagian spiritual, dan memfasilitasi akses ke keluarga sehingga keluarga terlibat dalam proses perawatan kesehatan.

Artikel yang berjudul “*Caring for patients of Diverse Religious Traditions: Islam, a Way of Life for Muslims*” [77] menjelaskan bahwa penyedia layanan kesehatan baik itu perawat, dokter ataupun penyedia layanan kesehatan lainnya yang mengetahui keyakinan dan praktik pasien muslim dapat memberikan perawatan yang holistik dan sensitif selama sakit

dan sehat. Hal ini karena kesehatan harus dicapai dari berbagai faktor baik pemenuhan fisiologi tubuh, nutrisi, ekonomi, lingkungan dan budaya (bio-psiko-sosial-spiritual) [78] Selain itu, peka terhadap kebutuhan dan preferensi keagamaan pasien menjadi hal yang sangat penting. Upaya menjadikan pasien muslim memberikan kepercayaan penuh dan menghargai upaya penyedia layanan kesehatan dalam memberikan perawatan sensitif [79].

Upaya mensukseskan pelaksanaan PCC untuk pasien muslim, petugas kesehatan harus memiliki pendidikan terkait keyakinan agama dan budaya pasien [80], mengikuti pelatihan untuk meningkatkan hubungan kerjasama antara petugas kesehatan dan pasien, mengatasi hambatan komunikasi (bahasa) dan mendidik pasien tentang proses penyakit yang diderita dan perawatan preventif [81]. Komunitas Islam di Queensland Australia mengupayakan pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan umat muslim dengan menyediakan buku pedoman untuk penyedia perawatan kesehatan pasien muslim [82], sehingga perawatan yang dilakukan secara holistik dengan memahami keyakinan dan praktik agama Islam yang dianut pasien.

Sikap penyedia layanan PCC yang dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien wanita muslim [25,81], diantaranya:

- a. Memohon maaf jika terdapat kesalahan budaya
- b. Menanyakan kepada pasien dan keluarga untuk membantu dan membuat pasien nyaman
- c. Menghindari untuk menghakimi, membuat asumsi dan bersabar dalam memberikan pelayanan
- d. Kebutuhan kesehatan wanita muslim berbeda dengan orang lain berdasarkan sisi budaya (unik)
- e. Penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan kepercayaan agama atau budaya pasien

- f. Penyedia layanan kesehatan perlu meningkatkan pengetahuan tentang keyakinan agama atau budaya sesuai dengan kebutuhan pasien untuk menjaga kesehatan pasien melalui pelatihan kompetensi budaya
- g. Pasien berhak untuk mendapatkan perlakuan dari layanan kesehatan sesuai dengan keyakinan agama
- h. Pasien wanita muslim tidak diperiksa oleh petugas kesehatan pria
- i. Memenuhi kebutuhan pasien wanita muslim dengan kerendahan hati, seperti tidak melakukan pemeriksaan panggul atau payudara oleh petugas kesehatan pria.
- j. Pasien wanita muslim mampu menghadapi hambatan dalam perawatan karena keyakinan agama.

Penyedia layanan PCC kepada pasien wanita muslim dirasakan positif [81], berdasarkan ketrampilan berkomunikasi provider yang mampu mendengarkan dan memberikan waktu pasien untuk berbicara, menjelaskan dan menjawab pertanyaan pasien, serta membangun kepercayaan secara individu; sikap provider yang perhatian, kasih sayang, hormat dan memenuhi kebutuhan pasien; memiliki kemampuan memberikan perawatan yang baik; provider memberikan layanan kesehatan sesuai dengan jenis kelamin, etnis, dan atau agama.

Penyedia layanan PCC kepada pasien wanita muslim dirasakan positif [81], mencakup sebagai berikut:

- a. Ketrampilan berkomunikasi provider yang mampu mendengarkan dan memberikan waktu pasien untuk berbicara, menjelaskan dan menjawab pertanyaan pasien, serta membangun kepercayaan secara individu. Komunikasi non-verbal antara dokter dan pasien berperan penting, sebagaimana perilaku non-verbal mempengaruhi hasil kepuasan pasien, dan non-verbal afilatif (pandangan mata dan kedekatan) meningkatkan kepuasan pasien yang

lebih tinggi [83]. Hal ini dapat didukung dengan adanya pelatihan ketrampilan komunikasi, sehingga meningkatkan komunikasi terbuka tentang perasaan dan emosi serta sensitivitas dokter dalam memenuhi kebutuhan pasien [84].

- b. Sikap provider yang perhatian, kasih sayang, hormat dan memenuhi kebutuhan pasien; memiliki kemampuan memberikan perawatan yang baik; provider memberikan layanan kesehatan sesuai dengan jenis kelamin, etnis, dan atau agama. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masalah gender penyedia layanan berhubungan dengan kepuasan pasien. Dokter wanita yang melakukan perawatan sesuai peran gender wanita, misalkan suara lembut, lebih memandang, badan condong ke depan dan begitu juga dokter pria dalam memberikan perawatan sesuai dengan peran gendernya, seperti suara lebih jelas dan menjaga jarak dengan pasien [85]. Hal ini menjadi perhatian petugas kesehatan untuk meningkatkan kesadaran perilaku non-verbal dalam menyediakan perawatan sesuai dengan gender pasien dan mempertimbangkannya dalam pelatihan medis

Implementasi PCC pada pasien muslim harus berfokus pada kepekaan yang diaplikasikan berdasarkan agama Islam, namun tidak menggeneralisasikan untuk semua pasien muslim. Petugas kesehatan harus mampu memperlakukan pasien tanpa prasangka, namun mampu menciptakan hubungan sehingga pasien dapat menyampaikan kekhawatiran, pilihan dan nilai-nilai pasien sebagai individu [75]. Selain itu, petugas kesehatan yang memiliki kompetensi budaya Islam dalam tindakan PCC dapat meningkatkan kualitas perawatan, memfasilitasi komunikasi sesuai budaya Islam dan memenuhi kebutuhan perawatan pasien sesuai dengan budaya pasien muslim [25].

Hasil penelitian di Australia, menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan dengan PCC yang diberikan kepada ibu hamil muslim menghasilkan pengalaman positif [86], seperti merasakan kehangatan, memiliki, peduli, dan menjunjung kemanusiaan. Selain itu, pelayanan kesehatan yang sadar tentang Islam dan praktik keagamaan dalam memberikan perawatan dapat berpengaruh dalam pengambilan keputusan [80], sehingga terbentuknya hubungan baik antara penyedia layanan dengan pasien [61,87] mencakup sebagai berikut:

- a. Layanan kesehatan yang berpusat pada pasien sebagai individu dalam perawatan maternitas
- b. Komunikasi yang baik secara verbal maupun non verbal dalam mempromosikan perawatan yang berpusat pada pasien.
- c. Tidak adanya diskriminasi dalam pemberian perawatan yang tertuang dalam kebijakan layanan kesehatan
- d. Pengalaman positif selama proses perawatan yang diberikan oleh petugas kesehatan

5. Hambatan dalam Melaksanakan *Patient Centered Care*

Silow-Carroll et al., menjelaskan bahwa ada beberapa hambatan yang muncul dalam melakukan pelayanan sesuai PCC [88] antara lain:

- a. Sulit dalam mempertahankan dan merekrut dokter
- b. Kurangnya batasan yang jelas untuk mencapai keberhasilan staf
- c. Perekrutan staf yang ketat terkait pendidikan dan pengalaman yang sesuai
- d. Kurangnya alat untuk mengukur dan memberikan penghargaan atas kinerja staf dalam mengaplikasikan PCC

- e. Kendala finansial untuk mendukung perawatan sesuai PCC karena perlu adanya *training* bagi staf
- f. Sikap tradisional perawatan staf yang tidak mudah diubah menuju perawatan PCC
- g. Kelelahan dan persaingan secara prioritas menjadikan staf tidak memiliki waktu untuk mengikuti *training*/ pengembangan strategi PCC

Hasil penelitian di Chicago yang berjudul [81] “*Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspective*” menjelaskan bahwa terdapat beberapa hambatan yang terjadi di fasilitas kesehatan dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien muslim yaitu:

- a. Penyedia layanan kesehatan yang kurang memahami agama dan keyakinan serta budaya pasien. Hal ini menjadikan layanan kesehatan yang diberikan hanya sebatas pada fokus utama untuk mencapai kesembuhan.
- b. Kesederhanaan pasien dalam mendapatkan layanan (sesuai jenis kelamin) mengganggu penyedia perawatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pria
- c. Kurangnya pemahaman pasien tentang proses penyakit serta sistem perawatan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan
- d. Kurangnya kepercayaan dan kecurigaan pasien dalam sistem perawatan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang belum seluruhnya memenuhi kebutuhan pasien berlatar belakang Islam atau sensitif budaya dengan mempertimbangkan referensi pasien sebagai individu [86], dikarenakan sebagai berikut:

- a. Kurangnya komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dengan ibu hamil (faktor bahasa). Kurangnya komunikasi dikarena pasien muslim menggunakan hijab atau nekab

yang menjadikan penyedia layanan kesehatan tidak memandang seperti orang lain pada umumnya. Hal ini berdampak pada prasangka kepada petugas kesehatan.

- b. Masalah gender menjadi bagian yang sangat penting, sehingga ibu hamil mengharapkan dokter perempuan yang memberikan perawatan. Kondisi ini menjelaskan bahwa ibu hamil baik muslim maupun non-muslim membutuhkan preferensi pribadi berupa dukungan perempuan dari petugas kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Masyhudi. Overview Sertifikasi Rumah Sakit Syariah. 2018.
2. Dewi A, Seftaviani N, Rochmawati E. Patient Safety Incident Differences Between Accredited and not Accredited Primary Health Center. *J Medicoeticolegal Dan Manaj Rumah Sakit*. 2019;8(3):215-223.
3. Ghareeb A, Said H, El Zoghbi M. Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar. *BMC Med Educ*. 2018;18. doi:10.1186/s12909-018-1321-0.
4. Lamsudin R. Nuansa Pelayanan Kesehatan yang Islami di Rumah Sakit Islam. 2002. http://directory.umm.ac.id/Suara_Muhammadiyah/SM_20_02/Nuansa%20Pelayanan%20%20Kesehatan%20yang%20Islami.doc.
5. Ismail SA, Hamid B, Sulistiadi W, Sagiran. Journey to Shariah Hospital: An Indonesian Experience. *Int J Hum Health Sci*. 2018;02.
6. Ahmed S, Atkin K, Hewison J, Green J. The influence of faith and religion and the role of religious and community leaders in prenatal decisions for sickle cell disorders and thalassaemia major. *Wiley Intersci*. 2006. doi:10.1002/pd.1507.
7. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis: Spiritual coping among haemodialysis patients. *Nephrology*. 2013;18(4):269-275.
8. Baddarni K. Ethical dilemmas and the dying Muslim patient. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2010;11 Suppl 1:107-112.

9. MPKU. *Standar Islami Rumah Sakit Muhammadiyah - 'Aisyiyah* (SIRSMA). 2019. Yogyakarta. Majelis Pembina Kesehatan Umum (MPKU).
10. Shariff S, Mohtar S, Jamaludin R. A Practical Journey in Implementing a Shari'ah Compliant Hospital: An Nur Specialist Hospital's Experience. 2019;17(2):12.
11. Al-Shahri MZ. Culturally Sensitive Caring for Saudi Patients. *J Transcult Nurs*. 2002. doi:10.1177/104365960201300206.
12. Lovering S. The Crescent of Care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Divers Equal Health Care*. 2012.
13. Yucel S. *The effects of prayer on Muslim patients' well-being*. 2007.
14. Padela AI, Curlin FA. Religion and Disparities: Considering the Influences of Islam on the Health of American Muslims. *J Relig Health*. 2012. doi:10.1007/s10943-012-9620-y.
15. Rassool GH. Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nurs Times*. 2015.
16. Padela A, Gunter K, Killawi A. *MEETING THE HEALTHCARE NEEDS OF AMERICAN MUSLIMS: Challenges and Strategies for Healthcare Settings*. 2011. Institute for Social Policy and Understanding.
17. Bester ME, Lovering S, Arafat L. International Perspectives: Perinatal Care of Arab Muslim Women. *J Am Acad Pediatr*. 2013. doi:10.1542/neo.14-3-e109.
18. Dewi DTK, Muslimatun S. *Hubungan Teknik Konseling Laktasi Oleh Bidan Dengan Minat Pemberian Asi Eksklusif Oleh Ibu Nifas Di Puskesmas Jetis Yogyakarta*. 2012. <https://lib.unisayogya.ac.id/>. Accessed 27 February 2020.

19. Mir AM, Shaikh GR. Islam and family planning: changing perceptions of health care providers and medical faculty in Pakistan. *Glob Health Sci Pract* 2. 2013. doi:10.9745/GHSP-D-13-00019.
20. Hammoud MM, White CB, Fetters MD. Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1307-1311.
21. Ajani ST. Islamic Perspectives on Birth Control. *Am Int J Contemp Res*. 2013;3(1).
22. Hospice Friendly Hospitals Programme. *Caring for a Muslim Patient*. 2013. Ireland. An Irish Hospice Foundation Programme in Partnership With The Health Service Executive.
23. Zulkifly PDrAH. IIUM Teaching Hospital: The Way Forward? *Int Med J Malays*. 2014;13(1).
24. Sulistiadi W, S R. Assessment Of First Sharia Hospital Certification In Indonesia Facing The Global Competition. *Batusangkar Int Conf*. 2017;(Islamic Economic Development: Opportunities and Challenges in Global Economic Competition).
25. Attum B, Waheed A, Shamoan Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families - StatPearls - NCBI Bookshelf. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>. Accessed 5 October 2019.
26. Sarhill N, LeGrand S, Islambouli R, Davis MP, Walsh D. The terminally ill Muslim: Death and dying from the Muslim perspective. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001;18.

27. Cheraghi MA, Salsali M, Payne SA. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: Experiences from Iran. *Int J Palliat Nurs*. 2005. doi:10.12968/ijpn.2005.11.9.19781.
28. Al-Dawoody A. Management of the dead from the Islamic law and international humanitarian law perspectives: Considerations for humanitarian forensics. *Int Rev Red Cross*. 2017. doi:10.1017/S1816383118000486.
29. CAIR-OK. *The Healthcare Provider's Guide to Islamic Religious Practices*. 2017. Oklahoma City. Council on American-Islamic Relation.
30. MUKISI, DSN-MUI. Standar Syariah Manajemen Organisasi (SSMO). 2017.
31. MUKISI, DSN-MUI. Standar Syariah Manajemen Modal Insani (SSMMI). 2017.
32. MUKISI, DSN-MUI. Standar Syariah Manajemen Pemasaran (SSMP). 2017.
33. MUKISI, DSN-MUI. Standar Syariah Manajemen Fasilitas (SSMF). 2017.
34. MUKISI, DSN-MUI. Standar Syariah Manajemen Mutu (SSMM). 2017.
35. Lovering S. *Arab Muslim Nurses' Experiences Of The Meaning Of Caring*. 2008.
36. WHO. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. 2009. the World Health Organization.
37. Isgandarova N. Muraqaba as a Mindfulness-Based Therapy in Islamic Psychotherapy. *J Relig Health*. 2018. doi:10.1007/s10943-018-0695-y.

38. Hosseini L, Lotfi Kashani F, Akbari S, Akbari ME, Sarafraz Mehr S. The Islamic Perspective of Spiritual Intervention Effectiveness on Bio-Psychological Health Displayed by Gene Expression in Breast Cancer Patients. *Iran J Cancer Prev.* 2016;9(2):e6360.
39. Boucher NA, Siddiqui EA, Koenig HG. Supporting Muslim Patients During Advanced Illness. *Perm J.* 2017. doi:10.7812/TPP/16-190.
40. Nasiri M, Fayazi S, Ghaderi M, Naseri M, Adarvishi S. The Effect of Reciting the Word “Allah” on Pain Severity After Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Randomized Clinical Trial Study in Iran. *Anesthesiol Pain Med.* 2014;4(5). doi:10.5812/aapm.23149.
41. Ehman CJ. Religious Diversity: Practical Points for Health Care Providers. 2012. http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/diversity_points.html. Accessed 9 October 2019.
42. WHO. *Safe management of wastes from health-care activities.* 1999. World Health Organization Geneva.
43. Bendall-Lyon D, Powers TL. The Role of Complaint Management in the Service Recovery Process. *Jt Comm J Qual Improv.* 2001;27(5). doi:10.1016/s1070-3241(01)27024-2.
44. Kaihatu DTS, Daengs DA, Indrianto ATL. *Manajemen Komplain.* 1st ed. 2015. Yogyakarta. Penerbit Andi.
45. Friele RD, Sluijs EM, Legemaate J. Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):199.

46. Skär L, Söderberg S. Patients' complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nurs Open*. 2018;5(2):224-232.
47. Cave J, Dacre J. Dealing with complaints. *BMJ*. 2008;336(7639):326-328.
48. Adams M, Maben J, Robert G. 'It's sometimes hard to tell what patients are playing at': How healthcare professionals make sense of why patients and families complain about care. *Health Lond Engl* 1997. 2018;22(6):603-623.
49. Dewi DTK, Warsiti W. *Hubungan Teknik Konseling Keluarga Berencana dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pascapersalinan di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta*. 2013. <http://lib.unisayogya.ac.id>. Accessed 27 February 2020.
50. Keene L. Patient Centred Care: Improving quality and safety. *ASMS*. 2016;(1).
51. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000.
52. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):1.
53. Drach-Zahavy A. Patient-centred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation. *J Adv Nurs*. 2009. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05016.x.
54. Institute of Medicine, Committee On Quality Of Health Care In America. *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century*. 2001.
55. Institute of Medicine. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. 2003. Washington, D.C. The National Academies Press.

56. Shaller D. *Patient-Centered Care: What Does It Take?* 2007. The Commonwealth Fund www.commonwealthfund.org.
57. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? 2011;14.
58. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):1.
59. Natan MB, Hochman O. Patient-Centered Care in Healthcare and its Implementation in Nursing. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1).
60. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2012. doi:10.1177/1077558712465774.
61. National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum Care for Healthy Women and Babies*. 2014. United Kingdom. NICE www.nice.org.uk/accreditation.
62. Marion McAllister. Genomics and Patient Empowerment. *Genomics Soc*. 2016. doi:10.1016/B978-0-12-420195-8.00003-3.
63. Morrow D, Chin J. Decision Making and Health Literacy among Older Adults. *Aging Decis Mak*. 2015. doi:10.1016/B978-0-12-417148-0.00013-3.
64. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000.
65. Anderson EB. Patient-centeredness: a new approach. *Nephrol News Issues*. 2002;16(12):80-82.
66. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and

- positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323(7318):908-911.
67. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
 68. Natan MB, Hochman O. Patient-Centered Care in Healthcare and its Implementation in Nursing. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1).
 69. Flagg AJ. The Role of Patient-Centered Care in Nursing. *Nurs Clin N Am*. 2015. doi:10.1016/j.cnur.2014.10.006.
 70. Institute of Medicine. *Envisioning the National Health Care Quality Report*. 2001. Washington, DC. National Academy Press.
 71. Frampton SB, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J Comp Eff Res*. 2013.
 72. Christen RN, Alder J, Bitzer J. Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Soc Sci Med* 1982. 2008;66(7):1474-1483.
 73. Licata J, Aneja RK, Kyper C, Spencer T, Tharp M, Scott M, et al. A Foundation for Patient Safety: Phase I Implementation of Interdisciplinary Bedside Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(3):89-91.
 74. Lusk JM, Fater K. A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nurs Forum (Auckl)*. 2013;48(2).
 75. Padela AI, Pozo PR del. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective. *J Med Ethics*. 2010. doi:10.1136/jme.2010.037614.

76. Ormsby A. *Spirituality and Spiritual Care in the Deployed Australian Military Nursing Context: A Hermeneutic of Understanding*. 2014.
77. Miklancie MA. Caring for patients of diverse religious traditions: Islam, a way of life for Muslims. *Home Healthc Nurse*. 2007;25(6):413-417.
78. UNESCO. *The Different Aspects of Islamic Culture*. Islam and The Muslim World Today. 2016. Paris. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization <http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>.
79. Lawrence P, Rozmus C. Culturally Sensitive Care of the Muslim Patient. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc Transcult Nurs Soc*. 2001;12:228-33.
80. Firdous T, Darwin Z, Hassan SM. Muslim women's experiences of maternity services in the UK: qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20. doi:10.1186/s12884-020-2811-8.
81. Hasnain M, Connell KJ, Menon U, Tranmer PA. Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *J Womens Health*. 2011;20:1.
82. Queensland Health and Islamic Council of Queensland. *Health care providers' handbook on Muslim patients*. 2010. Brisbane. Queensland Health.
83. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):315-318.
84. Hall JA, Roter DL. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. *Womens Health Hillsdale NJ*. 1995;1(1):77-95.

85. Mast MS, Hall JA, Köckner C, Choi E. Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. *Med Care*. 2008;46(12):1212-1218.
86. Tsianakas V, Liamputtong P. What women from an Islamic background in Australia say about care in pregnancy and prenatal testing. *Midwifery*. 2002;18(1):25-34.
87. Phillips MA. *Woman Centred Care? An Exploration of Professional Care in Midwifery Practice*. 2009. <http://eprints.hud.ac.uk>.
88. Silow-Carroll S, Alteras T, Stepnick L. *Patient-Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices*. 2006. Washington, DC. Economic and Social Research Institute.

CATATAN :



BAB

III. IMPLEMENTASI PELAYANAN ISLAMI DI RUMAH SAKIT ISLAM

وَلْتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ

Dan hendaklah ada di antara kamu segolongan umat yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh kepada yang ma'ruf, dan mencegah dari yang munkar; merekalah orang-orang yang beruntung” (Qs. Ali-Imran:104).

Struktur Isi:

- ✚ Latar belakang
- ✚ Metode
- ✚ Hasil
- ✚ Pembahasan
- ✚ Kesimpulan

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara mayoritas muslim berjumlah 88% dari keseluruhan jumlah penduduk [1]. Pemerintah bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan religiusitas masyarakat dengan mengaplikasikan nilai-nilai Islam yang salah satunya di bidang kesehatan. Penerapan nilai-nilai Islam atau syariah dalam bidang kesehatan dapat berupa prosedur pengobatan, dan diet makanan di Rumah Sakit, sehingga disebut Rumah Sakit syariah (*Shariah Compliant Hospital*) [2].

Prinsip-prinsip syariah di Rumah Sakit mencakup beberapa hal, yaitu staf Rumah Sakit harus memahami prinsip syariah seperti menutup aurat, sholat, tidak merokok, dan bekerja dengan baik; struktur organisasi Rumah Sakit memiliki penasihat syariah, dan proses kerja karyawan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) berprinsip pada syariah; dan menggunakan teknologi sesuai ketentuan syariah terutama dalam hal aborsi, transgender, bank sperma, dan lain-lain [2].

Rumah Sakit ramah Islam di Malaysia atau disebut *Malaysian Islamic friendly hospital* dapat mempengaruhi tingkat kepuasan dan kenyamanan pasien [3], memberikan manfaat kesembuhan fisik, memenuhi kebutuhan spiritual dan religius pasien [4], sehingga pasien dapat mengambil hikmah dengan rasa sabar dan berdoa [5]. Pasien muslim memiliki kebutuhan yang unik [6] baik spiritual maupun fisik. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit Islam secara komperensif dari proses administrasi, proses klinis, tanggung jawab sosial dan sikap welas asih kepada keluarga [3] yang didasarkan pada prinsip pelayanan Islami memiliki dampak positif baik untuk pasien dan keluarga. Selain itu, penerapan prinsip syariah di Rumah Sakit dapat meningkatkan kesadaran pegawai untuk doa pagi, mengaplikasikan

panduan beribadah kepada pasien dan menyediakan bacaan Islami [4].

Pelayanan kesehatan Islami memiliki komponen utama meliputi kemanusiaan, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan dengan tujuan akhir adalah kesembuhan pasien yaitu sehat spiritual dan fisik [7]. Agama Islam dalam pelayanan kesehatan mengambil peran besar berupa harapan dari pemberi pelayanan, sehingga mengarah pada mengambil keputusan medis, mempengaruhi kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan perawatan, meningkatkan kesejahteraan spiritual pasien, kualitas hidup pasien dan meningkatkan kesehatan pasien [8,9] melalui penurunan *patient safety incident* [10].

Pendekatan pelayanan kesehatan melalui 4 prinsip dalam etika medis berbasis Islam, meliputi kebaikan, non-malefisiensi, keadilan, dan otonomi memberikan wawasan dalam memberikan pelayanan kesehatan Islami. Hal ini ditunjukkan dalam komunikasi atau diskusi antara dokter dan pasien, sehingga mampu mengoptimalkan dalam pemberian layanan kesehatan yang tepat dan sensitif terhadap agama dan budaya [11,12]. Sebagian besar Rumah Sakit mungkin dihadapkan untuk memberikan perawatan pasien muslim, namun tidak semua petugas kesehatan atau staf memahami secara pasti kebutuhan pasien muslim, jika tidak memiliki pengetahuan dasar tentang agama Islam dan etika medis sesuai prinsip syariah [13].

Pasien muslim membutuhkan dan mengharapkan pelayanan kesehatan yang berbeda yakni sesuai prinsip Islam baik dari makanan hingga aturan berpakaian dan lain-lain. Berbeda halnya dengan penyedia layanan kesehatan yang tidak sepenuhnya menghargai prinsip Islam yang dianut pasien, karena ketidaktahuan petugas kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien muslim [14]. Petugas kesehatan harus mendapat

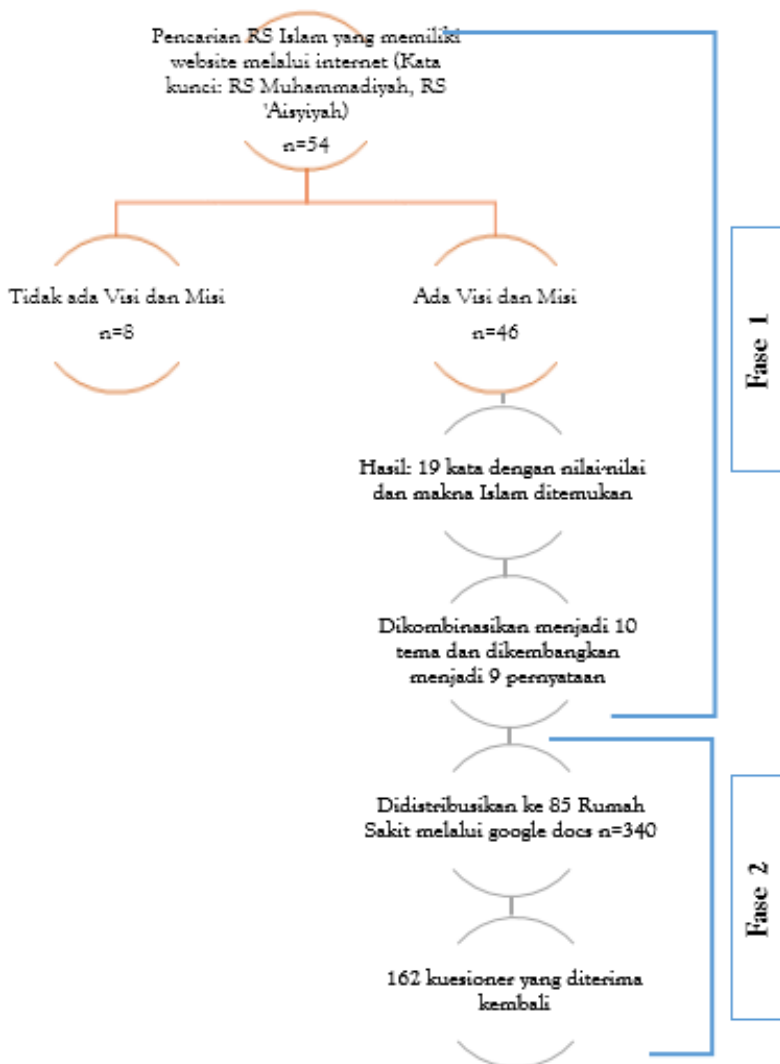
pendidikan atau pelatihan tentang ajaran Islam dengan tepat sehingga dapat mendorong perilaku sehat dan memberikan pelayanan keperawatan berkualitas kepada pasien [15]. Selain itu, pelayanan kesehatan Islami dapat dikembangkan dalam berbagai inovasi, seperti pemanfaatan media komunikasi dalam memberikan edukasi kepada pasien sebagai manusia yang unik, sehingga dapat mempengaruhi *self efficacy* kepatuhan dalam pengobatan dan meningkatkan kesehatan selama proses perawatan [16].

Sistem kesehatan di Barat sedikit menjelaskan adanya pengembangan strategi keperawatan berdasarkan perspektif Islam dengan memasukkan nilai-nilai Islam dalam kehidupan sehari-hari selama proses perawatan kesehatan sebagai upaya memenuhi kebutuhan pasien muslim. Hal ini berdampak langsung dalam pemberian layanan kesehatan yang menunjukkan perawatan kesehatan bersifat individu sesuai kebutuhan pasien [14].

Organisasi Islam di Indonesia pada tahun 2010-2015 memiliki amal usaha Rumah Sakit Islam berjumlah 457 Rumah Sakit dengan visi, misi dan tujuan berlandaskan nilai-nilai Islam untuk memberikan pelayanan kesehatan pasien, namun belum seluruhnya Rumah Sakit Islam bersertifikat syariah meskipun pelayanan dengan prinsip syariah dapat dilihat melalui visi Rumah Sakit Islam tersebut [17]. Pelayanan kesehatan berdasarkan prinsip Islam diberikan secara holistik meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pasien [18,19] tidak terbatas pada tulisan yang tertuang dalam visi misi namun harus diaplikasikan secara nyata dalam perbuatan, sehingga dapat dirasakan oleh pasien, keluarga dan seluruh *civitas* Rumah Sakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan implementasi nilai-nilai Islam dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam Indonesia.

B. Metode

Persepsi karyawan Rumah Sakit tentang pelayanan Islami diperoleh melalui observasional deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Pengumpulan data persepsi karyawan Rumah sakit melalui dua fase.



Gambar 11: Fase Pengumpulan Data

Fase pertama, pengumpulan data Rumah Sakit Islam di Indonesia yang memiliki *website* sebanyak 46 Rumah Sakit dan didalam visi, misi serta tujuan Rumah Sakit terdapat kata-kata Islami. Hasil menunjukkan terdapat 19 kata Islami yang sering digunakan Rumah Sakit Islam, selanjutnya dikombinasikan menjadi 10 tema dan dikembangkan menjadi 9 pernyataan kuesioner (tabel 15).

Fase kedua, mendistribusikan kuesioner ke 85 Rumah Sakit melalui *Google Docs*. Setiap Rumah Sakit harus mengutus 4 karyawan untuk mengisi kuesioner. Namun diakhir pengumpulan data hanya 162 karyawan yang memberikan jawab kuesioner. Tujuan dari penyebaran kuesioner ini adalah untuk mengetahui skor persepsi karyawan Rumah Sakit terhadap kinerja Islami. Skor pertanyaan kuesioner diukur menggunakan skala likert (1= sangat tidak setuju sampai dengan 10= sangat setuju).

C. Hasil

Seratus enam puluh dua karyawan berasal dari berbagai kelas Rumah Sakit yaitu kelas B sebanyak 9.9%, kelas C sebanyak 50%, dan kelas D sebanyak 40.1%.

Tabel 13. Distribusi Frekuensi Karakteristik Karyawan Di Rumah Sakit Islam Di Indonesia

No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)	No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)
1.	Usia <20-30 Tahun	41	25.3	5.	Non Jabatan	31	19.1
	>30-40 Tahun	72	44.4		Pekerjaan Dokter	5	3.1
	>40-50 Tahun	38	23.5		Spesialis Dokter Umum/Gigi	44	27.2

No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)	No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)
	>50-60 Tahun	11	6.8		Perawat	33	20.3
2.	Jenis Kelamin				Bidan	5	3.1
	Laki-laki	64	39.5		Apoteker	13	8
	Perempuan	98	60.5		Lainnya	62	38.3
3.	Tingkat Pendidikan			6.	Status Kepegawaian		
	S3	3	1.9		Pegawai Tetap	129	79.6
	S2	30	18.5		Pegawai Tidak Tetap	33	20.4
	S1	49	30.2	7.	Lama Kerja		
	Profesi	45	27.8		<1-5 Tahun	55	34
	Diploma	35	21.6		>5-10 Tahun	47	29
4.	Jabatan				>10-15 Tahun	24	14.8
	Struktural	84	51.9		>15-20 Tahun	19	11.7
	Fungsional	47	29		>20 Tahun	17	10.5

Berdasarkan Tabel 13. menunjukkan sebagian besar karyawan berusia >30-40 tahun sebanyak 72 orang (44.4), berjenis kelamin perempuan sebanyak 98 orang (60.5), tingkat pendidikan S1 sebanyak 49 orang (30.2), jabatan struktural sebanyak 84 orang (51.9), pekerjaan karyawan dalam bidang lainnya sebanyak 62 orang (38.3), status kepegawaian pegawai tetap sebanyak 129 orang (79.6), dan lama kerja karyawan <1-5 tahun sebanyak 55 orang (34).

Tabel 14. Kata-Kata Islami yang Terdapat Pada Visi, Misi dan Tujuan Di Rumah Sakit Islam Indonesia

No	Kata-Kata Islami yang muncul di Web Rumah Sakit		Visi	Misi	Tujuan	Nilai	Motto	Total (%)
	Islam	Amar						
1.	Dakwah	Amar	5	21	1	3	1	31 (14.4)
	Ma'ruf							
2.	Ibadah		1	8	4	4	8	25 (11.6)
3.	Ridho Allah		1	2	5	4	2	24 (11.2)
4.	Kesejahteraan Umat		1	17	3	1	1	23 (10.7)
5.	Syariah		2	8	4	3	1	18 (8.4)
6.	Silaturahmi		2	8	3	0	3	16 (7.4)
7.	Ikhlas		2	1	2	1	4	13 (6.1)
8.	Tugas Sosial		1	8	0	2	0	11 (5.1)
9.	Amal Sholih		4	3	0	0	3	10 (4.7)
10.	Amanah		2	2	0	1	3	8 (3.7)
11.	Dhu'afa		1	6	0	0	0	7 (3.2)
12.	Inovatif		1	3	1	0	1	6 (2.8)
13.	Tabligh		0	3	0	0	2	5 (2.3)
14.	Iman		1	1	0	2	0	4 (1.9)
15.	Kader		2	1	1	0	0	4 (1.9)
16.	Salam		0	1	0	0	2	3 (1.4)
17.	Berakhlaqul Karimah		0	1	0	0	2	3 (1.4)
18.	Sidiq		0	0	0	0	2	2 (0.9)
19.	Fathonah		0	0	0	0	2	2 (0.9)

Tabel 15. Sepuluh Tema yang Dikembangkan Menjadi 9 Pernyataan Sikap Berdasarkan Persepsi Karyawan Tentang Kinerja Islami Di Rumah Sakit Islam Dan Skor yang Diperoleh

No.	Tema	No.	Pernyataan Persepsi Karyawan Tentang Kinerja Islami Di Rumah Sakit	Rata-Rata Skore
1.	Inovasi	1.	Hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah	9.05

No.	Tema	No.	Pernyataan Persepsi Karyawan Tentang Kinerja Islami Di Rumah Sakit	Rata-Rata Skor
			nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi	
2.	Iman <i>Amal Sholeh</i> <i>Akhlaqul Kharimah</i>	2.	Rumah Sakit menyediakan masjid dan menganjurkan untuk melaksanakan sholat fardhu berjama'ah dan ceramah singkat, untuk memupuk iman, <i>Amal Sholeh</i> , dan <i>Akhlaqul Kharimah</i> .	9.04
3.	Kesejahteraan Umat	3.	Rumah Sakit ikut serta dalam mewujudkan kesejahteraan umat dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat	9.00
4.	Tugas Sosial	4.	Rumah Sakit juga melakukan kegiatan sosial untuk masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan	8.97
5.	Sifat Nabi (<i>Sadiq</i> , <i>Amanah</i> , <i>Tabligh</i> , <i>Fathonah</i>)	5.	Pribadi Rasulullah SAW yang mempunyai sifat <i>sidiq</i> , <i>amanah</i> , <i>tabligh</i> dan <i>fathonah</i> menjadi contoh dalam pembinaan kader Organisasi Islam di Rumah Sakit	8.94
6.	Bekerja sebagai Ibadah	6.	Penanaman nilai “ bekerja sebagai ibadah” dilakukan oleh Rumah Sakit agar	8.79

No.	Tema	No.	Pernyataan Persepsi Karyawan Tentang Kinerja Islami Di Rumah Sakit	Rata-Rata Skor
7.	<i>Amanah dan Ikhlas</i>		pegawai Rumah Sakit dapat menjalankan amanah bekerja dengan ikhlas.	
8.	<i>Silaturahmi,</i>	7.	Kegiatan <i>silaturahmi</i> antara pimpinan Rumah Sakit dan pegawai diadakan secara rutin (misalnya sebulan sekali dalam bentuk pengajian atau lainnya)	8.75
9.	<i>Salam</i>	8.	Memberikan salam ketika bertemu dengan sesama pegawai Rumah Sakit, pasien dan keluarganya atau tamu Rumah Sakit sudah menjadi budaya Rumah Sakit	8.51
10.	Prinsip Syariah	9.	Operasional kegiatan Rumah Sakit menggunakan prinsip-prinsip syariah	8.04

Berdasarkan tabel 14 menunjukkan terdapat 19 kata Islami yang digunakan 85 Rumah Sakit Islam dalam profil visi, misi dan tujuan Rumah Sakit yang kemudian dikombinasikan kedalam 10 tema, yaitu inovasi, *iman-amal sholeh-akhlaqul kharimah*, kesejahteraan umat, tugas sosial, sifat Nabi Muhammad (*sidiq, amanah, tabligh, fathonah*), bekerja sebagai *ibadah-amanah* dan *ikhlas, silaturahmi, salam*, dan prinsip syariah.

Tabel 15 menunjukkan bahwa 10 tema dikembangkan menjadi 9 pernyataan berdasarkan persepsi karyawan tentang kinerja Islami di Rumah Sakit Islam. Implementasi sikap persepsi karyawan tentang kinerja sesuai dengan nilai-nilai Islam adalah

sebagian besar karyawan menyatakan “hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi” dengan rata-rata skor 9.05 dan skor terendah 8.04 adalah “operasional kegiatan Rumah Sakit menggunakan prinsip-prinsip syariah”.

D. Pembahasan

Hasil dari 85 Rumah Sakit Islam di Indonesia menunjukkan bahwa terdapat 19 kata Islami yang digunakan didalam visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit Islam yang masuk dalam 10 tema secara berurutan dari terbanyak, yaitu inovasi, *iman-amal sholeh-akhlaqul kharimah*, kesejahteraan umat, tugas sosial, sifat nabi (*sidiq-amanah-tabligh-fathonah*), bekerja sebagai ibadah dan *amanah-ikhlas, silaturahmi*, dan *salam*, serta prinsip syariah. Temuan lain menunjukkan bahwa belum optimal karyawan menerapkan prinsip-prinsip syariah dalam kegiatan operasional Rumah Sakit. Pengobatan dalam kacamata Islam tidak terbatas pada fisik namun juga psiko-spiritual yang bersifat holistik. Rumah Sakit yang sesuai syariah merupakan Rumah Sakit yang memiliki prinsip syariah baik dari pekerjaan, kebijakan, prosedur dan penerimaan kepegawaian, sehingga tidak terfokus pada produk halal atau layanan yang sesuai syariah [18].

Operasional kegiatan yang belum optimal sesuai prinsip syariah di Rumah Sakit Islam dapat dipengaruhi beberapa hal yaitu: sistem manageman RS, sumber daya manusia belum kompeten dan etos kerja petugas kesehatan. Sistem manajemen Rumah Sakit berperan penting dalam memantau jalannya suatu kegiatan, sehingga Rumah Sakit yang mengusung prinsip syariah harus memiliki *Quality Management System* yang terdiri dari *Shariah Advisory Council* atau Dewan Penasihat Syariah dan petugas syariah

dalam organisasi yang bertugas untuk memastikan jalannya operasional kegiatan di Rumah Sakit dapat dilakukan dengan baik [20], namun dalam praktiknya tidak semua Rumah Sakit Islam memiliki sistem manajemen yang menunjang untuk mensukseskan jalannya operasional kegiatan dengan prinsip syariah.

Rahman dan Shariff mengemukakan bahwa prinsip-prinsip syariah harus diterapkan secara adil untuk seluruh lapisan struktur Rumah Sakit Islam, sehingga karyawan mendapatkan hak yang sama dalam perlakuan maupun training sebagai upaya meningkatkan kualitas kerja berdasarkan syariah [20]. Dalam layanan kesehatan, etos kerja karyawan berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan. Etos kerja dalam tradisional medis meunjukkan bahwa petugas kesehatan/ dokter bertanggung jawab atas privasi pasien, namun hal ini tidak sesuai dengan persepsi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta praktik medis secara kompleks [21].

Zawawi dan Othman menyebutkan pasien muslim mengalami kondisi yang tidak nyaman selama perawatan di Rumah Sakit terkait masalah privasi, interaksi *cross-gender* dengan petugas kesehatan dan pengobatan yang halal. Kondisi ini membuat pasien cenderung memilih Rumah Sakit yang menggunakan prinsip Islami dalam memberikan pelayanan kesehatan [22]. Di Iran sendiri sebagai negara mayoritas muslim, pelayanan kesehatan belum seutuhnya mengadopsi prinsip syariah meskipun sebagian besar pasien muslim menginginkan pelayanan kesehatan berbasis Islami yang dilakukan oleh petugas kesehatan dengan gender yang sama [23].

Rumah Sakit Islam berdasarkan prinsip syariah dalam memberikan pelayanan lebih efisiensi, menjaga aurat dan privasi pasien, mengingatkan waktu sholat, bimbingan spiritual,

menjamin keamanan, dan halal makanan serta obat-obatan [18]. Perawat di Arab Saudi, berusaha memenuhi kebutuhan spiritual pasien dengan membantu *wudhu* atau *tayamun* sebelum sholat dan menempatkan pasien kearah *kiblat*. Selain itu dalam hubungan antara perawat dan pasien, perawat berusaha menjaga privasi pasien dengan menutup aurat dengan *hijab* dan jika tidak dimungkinkan menggunakan tirai pembatas. Perawat harus profesional dengan memiliki pengetahuan tentang Islam dan mengintegrasikannya kedalam rencana perawatan pasien [24].

Rumah Sakit berprinsip syariah menyediakan beberapa fasilitas bagi pasien muslim yang salah satunya: bacaan Islami dengan topik kesehatan dalam Islam seperti cara berpuasa dan sholat bagi orang sakit, menyiapkan panduan dan peralatan untuk sholat seperti panduan *tayamum* dan *mukena*, adanya *Shariah Compliance Officer* (SCO) yang bertugas memberikan konseling sesuai *Spiritual Patient Care Assesment*, *Islamic Antenatal Class* dan program perawatan bayi [4].

Kamaruzzaman menjelaskan konsep ideal Rumah Sakit Islami yang berpedoman pada prinsip syariah, meliputi proses manajemen Rumah Sakit yang berkualitas, manajemen keuangan berprinsip syariah, fasilitas yang memadai untuk perawatan berkualitas, kebijakan untuk pasien dan staff atau karyawan dalam melakukan ibadah dan wajib berpakaian menutup aurat, menggunakan produk (makanan dan obat) dan prosedur yang halal, semua *Standart Operational Prosedure* (SOP) keperawatan harus berprinsip pada syariah, memiliki pedoman dalam menangani pasien muslim dan non muslim, memiliki staff atau karyawan terlatih dalam membimbing pasien untuk *ibadah* dan *ruksah*, memiliki badan ahli manajemen Rumah Sakit untuk pemenuhan syariah dan melakukan penilaian secara rutin termasuk upan balik pasien dalam memastikan kepatuhan

karyawan dalam menjalankan prinsip syariah pelayanan di Rumah Sakit Islam [25].

Rumah Sakit Islam yang berprinsip syariah dan tersertifikasi tentu memiliki keunggulan dalam pelayanan dan fasilitas yang disuguhkan untuk pasien dibandingkan Rumah Sakit yang belum syariah, seperti Rumah Sakit Islam tersertifikat syariah mengutamakan kesembuhan dan kesehatan pasien baik fisik-psiko dan spiritual melalui aktifitas keagamaan, sholat dan *tilawah* Al-Qur'an, serta berbeda dengan pasien risiko tinggi terdapat fasilitas pelayanan pendampingan secara khusus. Pada makanan dan obat-obatan Rumah Sakit menjamin kehalalan dari bahan haram, higienitas dan keamanan nutrisi sesuai terapi sebagaimana Allah SWT berfirman dalam Qs. Al Baqarah: 168 (*hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi,...*) dan tersedianya laundry yang memperhatikan kesucian. Selain itu, pelayanan kesehatan yang lebih menarik adalah adanya sistem layanan *husnul khotimah* di ICU bagi pasien yang mengalami sakaratul maut. Pelayanan kesehatan berprinsip syariah sangat menghormati privasi pasien baik aurat, tidak *ikhliat* kecuali kondisi *emergency* yang tidak dimungkinkan [7].

Rumah Sakit yang tersertifikasi syariah berdampak positif dalam kinerja pelayanan terbukti lebih efisiensi, karyawan fokus dalam memberikan pelayanan dan terpusat pada pasien. Hal ini dapat ditingkatkan dengan membangun budaya kerja yang berkualitas antar karyawan berdasarkan nilai-nilai syariah [18,26]. Hasil penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menunjukkan pelayanan keperawatan berbasis syariah berhubungan dengan loyalitas pasien, karena pasien mendapatkan pelayanan yang baik sehingga merasa nyaman dan meningkatnya kepuasan pasien [27,28].

E. Kesimpulan

Terdapat 19 kata Islami yang digunakan didalam visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit Islam yang masuk dalam 10 tema secara berurutan dari terbanyak, yaitu inovasi, *iman-amal sholeh-akhlaqul kharimah*, kesejahteraan umat, tugas sosial, sifat nabi (*sidiq-amanah-tabligh-fathonah*), bekerja sebagai ibadah dan *amanah-ikhlas, silaturahmi*, dan *salam*, serta prinsip syariah. Hal ini terimplementasikan dalam kinerja petugas kesehatan melalui berbagai inovasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan Islami yang disertai upaya meningkatkan keimanan, *amal-shaleh* dan sikap *akhlaqul-kharimah* untuk mencapai tujuan Rumah Sakit Islam, yaitu terwujudnya kesejahteraan umat. Rumah Sakit Islam perlu meningkatkan penerapan nilai-nilai syariah secara optimal pada kegiatan operasional karyawan di Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Suryana A, Amri DrS, Keng DDrCH, Huat DrWC, Tunku 'Abidin Muhriz. *Tata Nilai Impian Cita-Cita Pemuda Muslim di Asia Tenggara Survei di Indonesia Dan Malaysia*. 2011. GOETHE INSTITUT.
2. Yahaya RR. What is Shariah Compliant Hospital Criteria and Scope? *Int J Acad Res Bus Soc Sci*. 2018;8(5):Pages 1071-1079.
3. Zailani S, Ali SM, Iranmanesh M, Moghavvemi S, Musa G. Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals. *Tour Manag*. 2016;57:159-167.
4. Shariff S, Mohtar S, Jamaludin R. A Practical Journey in Implementing a Shari'ah Compliant Hospital: An Nur Specialist Hospital's Experience. 2019;17(2):12.
5. Rassool GH. Cultural competence in nursing Muslim patients. 2015;111(14). www.nursingtimes.net.
6. Simpson JL, Carter K. Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc*. 2008;19(1):16-23.
7. Sulistiadi W, S R. Assessment Of First Sharia Hospital Certification In Indonesia Facing The Global Competition. *Batusangkar Int Conf*. 2017;(Islamic Economic Development: Opportunities and Challenges in Global Economic Competition).
8. Ahmed S, Atkin K, Hewison J, Green J. The influence of faith and religion and the role of religious and community leaders in prenatal decisions for sickle cell disorders and thalassaemia major. *Wiley Intersci*. 2006. doi:10.1002/pd.1507.

9. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis: Spiritual coping among haemodialysis patients. *Nephrology*. 2013;18(4):269-275.
10. Dewi A, Seftaviani N, Rochmawati E. Patient Safety Incident Differences Between Accredited and not Accredited Primary Health Center. *J Medicoeticolegal Dan Manaj Rumah Sakit*. 2019;8(3):215-223.
11. Mustafa Y. Islam and the four principles of medical ethics. *J Med Ethics*. 2014;40(7):479-483.
12. Attum B, Waheed A, Shamoan Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families - StatPearls - NCBI Bookshelf. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>. Accessed 5 October 2019.
13. Baddarni K. Ethical dilemmas and the dying Muslim patient. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2010;11 Suppl 1:107-112.
14. Mohammadi N, Evans D, Jones T. Muslims in Australian hospitals: the clash of cultures. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(5):310-315.
15. Attum B, Waheed A, Shamoan Z. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. In: *StatPearls*. 2020. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>. Accessed 25 February 2020.
16. Dewi DTK, Kusumawati W, Ismarwati. Effect of health promotion and Whatsapp reminder to self-efficacy of the consumption of Fe tablets adherence among pregnant women. *J Health Technol Assess Midwifery*. 2019;2(1):23-32.

17. Hafid HP. *Pengaruh Pelayanan dengan Prinsip-Prinsip Syariah Terhadap Kepuasan Pasien Pada Rs Ibnu Sina Makassar*. 2016.
18. Ismail SA, Hamid B, Sulistiadi W, Sagiran. Journey to Shariah Hospital: An Indonesian Experience. *Int J Hum Health Sci*. 2018;02.
19. Lamsudin R. Nuansa Pelayanan Kesehatan yang Islami di Rumah Sakit Islam. 2002. http://directory.umm.ac.id/Suara_Muhammadiyah/SM_20_02/Nuansa%20Pelayanan%20%20Kesehatan%20yang%20Islami.doc.
20. Rahman ARA, Shariff SM. Shari'ah Compliant Hospital; From Concept to Reality: A Malaysian Experience. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2016;Vol. 15 No. 01.
21. Tarim M, Zaim H, Torun Y. The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals. *Turk J Bus Ethics*. 2015;7(2):135–151.
22. Zawawi M, Othman K. An Overview of Shari'ah Compliant Healthcare Services in Malaysia. *Malays J Consum Fam Econ*. 2017;10.
23. Dargahi H. The implementation of the Sharia Law in medical practice: a balance between medical ethics and patients rights. *Br Dent J*. 2012;212(4):187–187.
24. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs*. 2006;15(12):1565–1573.
25. Zulkifly PDrAH. IIUM Teaching Hospital: The Way Forward? *Int Med J Malays*. 2014;13(1).

26. Ismail SA, Masyhudi, Bachtiar A. Implementation of Shariah Hospital Certification as a Strategy to Improve Quality of Life in the Era of Universal Health Coverage in Sultan Agung Islamic Hospital. 2018. doi:info:doi/10.1166/asl.2018.12805.
27. Sari DWP, Abdurrouf M, Rismawati. Pelayanan Keperawatan Berbasis Syariah dan Loyalitas Pasien di Rumah Sakit Islam. *J Keperawatan Dan Pemikir Ilm Sari*. 2018;109-117.
28. Abdurrouf Muh, Rosalia C. Pelayanan Syariah dalam Bidang Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. UNISSULA PRESS. 2018;24-31.

CATATAN :



BAB

IV. MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI PELAYANAN KESEHATAN

مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ

بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ

“Barangsiapa yang mengerjakan amal saleh, baik laki-laki maupun perempuan dalam keadaan beriman, maka sesungguhnya akan Kami berikan kepadanya kehidupan yang baik dan sesungguhnya akan Kami beri balasan kepada mereka dengan pahala yang lebih baik dari apa yang telah mereka kerjakan” (Qs. An Nahl: 97)

Struktur Isi:

- ✚ Pengertian *Safety Culture*
- ✚ Tools untuk Menilai *Patient Safety Culture*
- ✚ Strategi Membangun *Patient Safety Culture*
- ✚ Bukti-Bukti Tentang *Patient Safety*

A. Pengertian *Safety Culture*

Culture

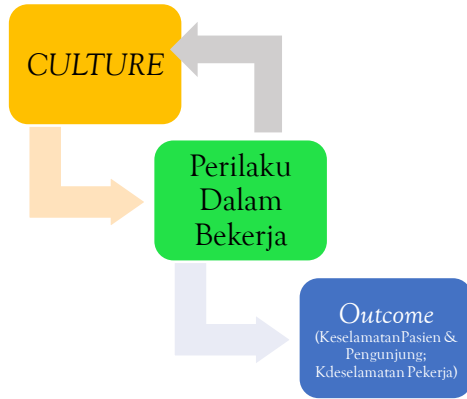
Menurut Webster's Dictionary, budaya adalah “*the set of shared attitudes, values, goals, and practices that characterizes a company or corporation*”.

Safety Culture

Hasil dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, serta menghasilkan outcome yang aman di organisasi.

Atribut-atribut positif pada budaya keselamatan

1. Komunikasi berdasarkan *trust*
2. Persepsi bahwa keselamatan sangat penting
3. Percaya bahwa penerapan langkah-langkah pencegahan bisa efektif

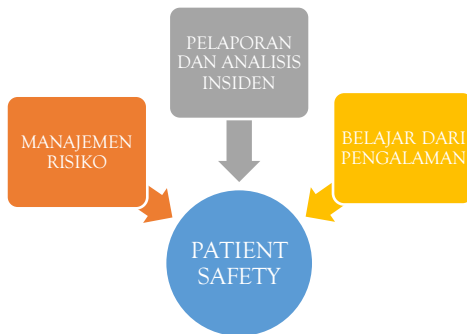


Gambar 12. Hubungan *Culture* - Perilaku dan *Outcome*

European Society for Quality in Health Care menjelaskan *safety culture* merupakan pola terpadu dalam perilaku individu dan organisasi berdasarkan kepercayaan dan nilai-nilai bersama secara terus menerus berupaya untuk meminimalkan bahaya pada pasien yang mungkin timbul selama proses pemberian perawatan [1].

Patient Safety Culture

Patient safety menjadi prinsip dasar dalam perawatan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan [2,3] dan prioritas utama dalam layanan kesehatan [4]. *Patient safety* merupakan suatu konstruksi perilaku yang bertujuan untuk meminimalkan risiko pada pasien melalui efektivitas system dan kinerja individu yang dirancang untuk menghindari cedera selama perawatan [5]. WHO menjelaskan bahwa *patient safety* merupakan suatu kebebasan dari potensi bahaya selama perawatan kesehatan [6].



Gambar 13. Definisi *Patieng Safety*

Agency for Healthcare Research and Quality memaparkan bahwa *patient safety culture* dalam organisasi merupakan produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan gaya dalam menentukan komitmen untuk

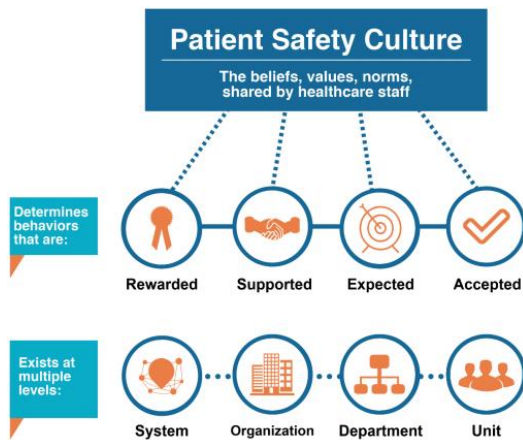
PMK Nomor 11 tahun 2017: “Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman....” UU RI No 44 Tahun 2009 menyebutkan bahwa *patient safety* tidak terbatas pada pelayan namun terkait dengan asesmen risiko, identifikasi, manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisi insiden, menindaklanjuti insiden dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko [7].

melakukan tindakan serta kecakapan, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi [8].

Pelayanan kesehatan menyadari pentingnya *safety* dalam meningkatkan derajat kesehatan, sehingga perlu menciptakan rasa “urgensi” para pembuat kebijakan dengan menanamkan kesadaran yang berdampak pada perubahan budaya dalam meningkatkan keselamatan. Hal ini karena pasien mengharapkan kesembuhan dan kesehatan setelah mendapatkan layanan yang berkualitas dan terjamin.

Patient safety culture dalam suatu organisasi dipandang sebagai nilai-nilai bersama dalam anggota organisasi tentang apa yang penting, keyakinan tentang bagaimana beroperasi dalam organisasi untuk menghasilkan norma-norma perilaku dalam organisasi dengan mempromosikan keselamatan [8].

Patient safety culture mengacu pada kepercayaan, nilai-nilai dan norma dari pemberi pelayanan. Terdapat faktor-faktor penentu perilaku dan membangun *patient safety culture* harus diberbagai tingkat [9].



Gambar 14. Faktor-Faktor Penentu Perilaku dan Penerapan Di Seluruh Level

Pelayanan kesehatan hendaknya mengupayakan peningkatan budaya keselamatan pasien dengan cara [4], sebagai berikut:

1. Rumah Sakit mengembangkan budaya non hukuman untuk meningkatkan keselamatan dengan melakukan penilaian secara menyeluruh terhadap faktor penyebab dan mengambil strategi untuk memperbaiki faktor tersebut
2. Rumah Sakit mengatur lama kerja dan pembagian kerja staf yang lebih baik, sehingga tidak mempengaruhi penurunan konsentrasi dan akurasi dalam tindakan serta menurunnya kesalahan tindakan
3. Menciptakan komunikasi terbuka dan bebas. Komunikasi menjadi faktor utama dalam kesalahan, hal ini dapat dilakukan pencegahan melalui hubungan komunikasi yang baik antar profesional
4. Pengembangan program training keselamatan. Hal ini menjadi harapan peningkatan skill dan pengetahuan staf tentang pentingnya patient safety. Selain itu, program training dapat diintegrasikan dalam kurikulum, sehingga dapat ditargetkan dan dikembangkan dalam praktik klinis

Beberapa contoh *patient safety culture* dalam pelayanan kesehatan [9,11,12]:

1. Seluruh staf memiliki keyakinan bersama bahwa pelayanan kesehatan memiliki potensi risiko pada pasien, sehingga dalam proses pelayanan dapat dirancang untuk mencegah kegagalan dan bahaya pada pasien
2. Pemberi pelayanan kesehatan berkomitmen untuk mendeteksi dan menganalisis insiden keselamatan pasien
3. Melaporkan kejadian dan menganalisis akar masalah sesuatu kebutuhan

4. Membantu pengambil kebijakan Rumah Sakit untuk mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan masalah *safety* dalam pelayanan di Rumah Sakit
5. Menumbuhkan perilaku untuk keyakinan dan sikap berani melaporkan insiden keselamatan pasien.

Manfaat *patient safety culture* di Rumah Sakit diantaranya sebagai berikut [9,12-14]:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien dan keluarga
2. Mencegah dan mengurangi terjadinya *error* terhadap tindakan yang diberikan kepada pasien
3. Meningkatkan *patient safety* melalui keterbukaan dalam berkomunikasi dan umpan balik serta adanya komunikasi tentang kesalahan yang dilakukan petugas kesehatan
4. Meningkatkan hasil positif terhadap kesembuhan pasien
5. Mengurangi biaya yang dikeluarkan pasien karena kesalahan dalam pelayanan kesehatan

B. *Tools* untuk menilai *Patient Safety Culture*

Pengukuran *culture of safety* dilakukan oleh organisasi untuk melihat tingkat *patient safety culture* dan memberikan wawasan untuk mengubah atau memperbaiki budaya yang telah ada. Selain itu, pengukuran dapat memberikan informasi tentang *patient safety* yang dilakukan selama perawatan di Rumah Sakit [1]. Alat ukur untuk menilai *patient safety culture* di Rumah Sakit bervariasi, sehingga pemilihan alat ukur harus menyesuaikan 2 hal, yaitu menggunakan alat ukur yang telah terbukti valid dengan pengujian psikometrik yang komprehensif dan sesuai dengan tujuan pengukuran [15].

European Society for Quality in Health Care telah merekomendasikan alat ukur untuk menilai *patient safety culture* di Rumah Sakit [1] yaitu:

1. *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*

HSPSC merupakan alat ukur berupa kuesioner yang dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) di USA. HSPSC menekankan isu keselamatan pasien, *medical error* dan pelaporan kejadian. Rumah Sakit dapat menggunakan alat ukur HSPSC untuk menilai:

- a. *Patient safety culture*
- b. Melacak perubahan *patient safety* dari waktu ke waktu
- c. Mengevaluasi dampak intervensi *patient safety*

HSPSC terdiri dari 10 dimensi yang dibentuk menjadi 32 item [10] sebagai berikut:

Patient safety culture composite measures	Definition: The extent to which...	Number of items
Communication About Error	Staff are informed when errors occur, discuss ways to prevent errors, and are informed when changes are made.	3
Communication Openness	Staff speak up if they see something unsafe and feel comfortable asking questions.	4
Handoffs and Information Exchange	Important patient care information is transferred across hospital units and during shift changes.	3
Hospital Management Support for Patient Safety	Hospital management shows that patient safety is a top priority and provides adequate resources for patient safety.	3
Organizational Learning—Continuous Improvement	Work processes are regularly reviewed, changes are made to keep mistakes from happening again, and changes are evaluated.	3
Reporting Patient Safety Events	Mistakes of the following types are reported: (1) mistakes caught and corrected before reaching the patient and (2) mistakes that could have harmed the patient but did not.	2
Response to Error	Staff are treated fairly when they make mistakes and there is a focus on learning from mistakes and supporting staff involved in errors.	4
Staffing and Work Pace	There are enough staff to handle the workload, staff work appropriate hours and do not feel rushed, and there is appropriate reliance on temporary, float, or PRN staff.	4
Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety	Supervisors, managers, or clinical leaders consider staff suggestions for improving patient safety, do not encourage taking shortcuts, and take action to address patient safety concerns.	3
Teamwork	Staff work together as an effective team, help each other during busy times, and are respectful.	3

Patient Safety Culture (HSPSC)

Form kuesioner *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) dapat diakses di alamat web:

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-form.pdf>.

Terjemahan kuesioner dalam Bahasa Indonesia dapat diperoleh di Prodi MARS Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Hospital Survey on Patient Safety (Version 2.0)

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10-15 minutes to complete. If a question does not apply to you or your hospital or you don't know the answer, please select "Does Not Apply or Don't Know."

- **"Patient safety"** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of healthcare delivery.
- A **"patient safety event"** is defined as any type of healthcare-related error, mistake, or incident, regardless of whether or not it results in patient harm.

Your Staff Position

1. What is your position in this hospital?

Select ONE answer.

Nursing

- 1 Advanced Practice Nurse (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Licensed Vocational Nurse (LVN), Licensed Practical Nurse (LPN)
- 3 Patient Care Aide, Hospital Aide, Nursing Assistant
- 4 Registered Nurse (RN)

Medical

- 5 Physician Assistant
- 6 Resident, Intern
- 7 Physician, Attending, Hospitalist

Other Clinical Position

- 8 Dietitian
- 9 Pharmacist, Pharmacy Technician
- 10 Physical, Occupational, or Speech Therapist
- 11 Psychologist
- 12 Respiratory Therapist
- 13 Social Worker
- 14 Technologist, Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology)

Supervisor, Manager, Clinical Leader, Senior Leader

- 15 Supervisor, Manager, Department Manager, Clinical Leader, Administrator, Director
- 16 Senior Leader, Executive, C-Suite

Support

- 17 Facilities
- 18 Food Services
- 19 Housekeeping, Environmental Services
- 20 Information Technology, Health Information Services, Clinical Informatics
- 21 Security
- 22 Transporter
- 23 Unit Clerk, Secretary, Receptionist, Office Staff

Other

- 24 Other, please specify:

Your Unit/Work Area

2. Think of your "unit" as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time. What is your primary unit or work area in this hospital?

Select ONE answer.

Multiple Units, No specific unit

- 1 Many different hospital units,
No specific unit

Medical/Surgical Units

- 2 Combined Medical/Surgical
Unit
3 Medical Unit (Non-Surgical)
4 Surgical Unit

Patient Care Units

- 5 Cardiology
6 Emergency Department,
Observation, Short Stay
7 Gastroenterology
8 ICU (all adult types)
9 Labor & Delivery, Obstetrics
& Gynecology
10 Oncology, Hematology
11 Pediatrics (including NICU,
PICU)
12 Psychiatry, Behavioral
Health
13 Pulmonology
14 Rehabilitation, Physical
Medicine
15 Telemetry

Surgical Services

- 16 Anesthesiology
17 Endoscopy, Colonoscopy
18 Pre Op, Operating
Room/Suite, PACU/Post Op,
Peri Op

Clinical Services

- 19 Pathology, Lab
20 Pharmacy
21 Radiology, Imaging
22 Respiratory Therapy
23 Social Services, Case
Management, Discharge
Planning

Administration/Management

- 24 Administration, Management
25 Financial Services, Billing
26 Human Resources, Training
27 Information Technology,
Health Information
Management, Clinical
Informatics
28 Quality, Risk Management,
Patient Safety

Support Services

- 29 Admitting/Registration
30 Food Services, Dietary
31 Housekeeping,
Environmental Services,
Facilities
32 Security Services
33 Transport

Other

- 34 Other, please specify:

3. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
5. This unit relies too much on temporary, float, or PRN staff	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
6. In this unit, staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
8. During busy times, staff in this unit help each other	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. There is a problem with disrespectful behavior by those working in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
10. When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
11. The work pace in this unit is so rushed that it negatively affects patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
12. In this unit, changes to improve patient safety are evaluated to see how well they worked	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
13. In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
14. This unit lets the same patient safety problems keep happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

SECTION B: Your Supervisor, Manager, or Clinical Leader

How much do you agree or disagree with the following statements about your immediate supervisor, manager, or clinical leader?

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. My supervisor, manager, or clinical leader seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. My supervisor, manager, or clinical leader takes action to address patient safety concerns that are brought to their attention	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION C: Communication

How often do the following things happen in your unit/work area?

	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the Time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Think about your unit/work area:						
1. We are informed about errors that happen in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Reporting Patient Safety Events

	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the Time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
Think about your unit/work area:						
1. When a mistake is <u>caught and corrected before reaching the patient</u> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When a mistake reaches the patient and <u>could have harmed the patient, but did not</u> , how often is this reported?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. <u>In the past 12 months</u> , how many patient safety events have <u>you</u> reported?						
□a. None						
□b. 1 to 2						
□c. 3 to 5						
□d. 6 to 10						
□e. 11 or more						

SECTION E: Patient Safety Rating

1. How would you rate your unit/work area on patient safety?

Poor ▼	Fair ▼	Good ▼	Very Good ▼	Excellent ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION F: Your Hospital

How much do you agree or disagree with the following statements about your hospital?

Think about your hospital:	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Hospital management provides adequate resources to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. When transferring patients from one unit to another, important information is often left out.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. During shift changes, important patient care information is often left out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. During shift changes, there is adequate time to exchange all key patient care information ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION G: Background Questions

1. How long have you worked in this hospital?
 - a. Less than 1 year
 - b. 1 to 5 years
 - c. 6 to 10 years
 - d. 11 or more years

2. In this hospital, how long have you worked in your current unit/work area?
 - a. Less than 1 year
 - b. 1 to 5 years
 - c. 6 to 10 years
 - d. 11 or more years

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?
 - a. Less than 30 hours per week
 - b. 30 to 40 hours per week
 - c. More than 40 hours per week

4. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?
 - a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients
 - b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients

SECTION H: Your Comments

Please feel free to provide any comments about how things are done or could be done in your hospital that might affect patient safety.

Thank you for completing this survey.

2. *Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)*

MaPSaF merupakan alat yang dikembangkan oleh Universitas Manchester untuk membantu organisasi menilai kemajuan dalam mengembangkan *safety culture* dan dapat diterapkan di tingkat organisasi atau tim. MaPSaF dapat digunakan dalam berbagai cara yaitu:

- a. Memfasilitasi refleksi pada *patient safety culture*
- b. Menstimulasi untuk mendiskusikan tentang kekuatan dan kelemahan *patient safety culture*
- c. Mengungkap perbedaan persepsi diantara kelompok staf
- d. Membantu memahami bagaimana lebih mematangkan budaya keselamatan agar terlihat
- e. Membantu mengevaluasi secara spesifik terkait intervensi yang dibutuhkan untuk mengubah *patient safety culture*.

MaPSaF dikembangkan berdasarkan aplikasi Parker dan Hudson dari Westrum (1992) terkait model tahap kematangan budaya organisasi [16] mencakup 5 level: *pathological, reactive, bureaucratic, proactive dan generative*. MaPSaF terdiri dari 9 dimensi *patient culture* [1,17] sebagai berikut:

Tabel 17. Dimensi MaPSaF dan Definisi

Dimension	Description
1. Overall commitment to quality	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?
2. Priority given to patient safety	How seriously is the issue of patient safety taken within the organisation? Where does responsibility lie for patient safety issues?
3. Perceptions of the causes of patient safety incidents and their identification	What sort of reporting systems are there? How are reports of incidents received? How are incidents viewed, as an opportunity to blame or improve?
4. Investigating patient safety incidents*	Who investigates incidents and how are they investigated? What is the aim of the organisation? Does the organisation learn from the event?
5. Organisational learning following a patient safety incident	What happens after an incident? What mechanisms are in place to learn from the incident? How are changes introduced and evaluated?
6. Communication about safety issues	What communication systems are in place? What are their features? What is the quality of record keeping to communicate about safety like?
7. Personnel management and safety issues	How are safety issues managed in the workplace? How are staff problems managed? What are the recruitment and selection procedures like?
8. Staff education and training about safety issues	How, why and when are education and training programmes about patient safety developed? What do staff think of them?
9. Team working around safety issues	How and why are teams developed? How are teams managed? How much team working is there around patient safety issues?

*This term includes incidents that were prevented or which did not lead to harm.

Implikasi MaPSaF *framework* untuk manajer keperawatan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang *safety culture* dalam perawatan kesehatan di organisasi/ Rumah Sakit [16,18] Form MaPSaF tersedia untuk pengaturan tertentu diantaranya adalah perawatan

akut, ambulans, *primary care* dan kesehatan mental [1], yang dapat diakses:

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20171030124256/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>.

Form MaPSaF yang disajikan dalam buku ini telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia untuk menilai budaya keselamatan di pelayanan kesehatan, sehingga mempermudah melakukan evaluasi kemajuan dalam mengembangkan *safety culture* yang diterapkan di pelayanan kesehatan. Selain itu, form MaPSaF versi bahasa Indonesia ini telah dilakukan validasi dan reliabilitas untuk melihat kelayakan dalam penggunaan form di organisasi [18].

Kuesioner MaPSaF

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 kuisioner ini semata-mata bertujuan untuk penelitian dan bukan untuk mengevaluasi kinerja anda.
4. Kuisioner 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	<input type="checkbox"/> SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan masyarakat	<input type="checkbox"/> Banyak SOP yang dibuat tetapi jarang dilaksanakan. Pasien dan masyarakat hanya terlibat ketika ada	<input type="checkbox"/> SOP dan protokol yang ada sudah usang dan diperbaharui bila ada kasus. Pasien dan	<input type="checkbox"/> Implementasi manajemen risiko sangat sedikit (SOP sangat sedikit). Pasien dan masyarakat

	<p>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>”</p>	<p>diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.</p>	<p>lembaga eksternal membutuhkan.</p>	<p>masyarakat diabaikan dan diberi penjelasan yang salah tentang perawatan pasien.</p>	<p>mungkin terlibat, namun hanya sebatas “lip service” saja, bukan keterlibatan yang nyata.</p>
<p>1.3 Pemeriksaan/Audit</p>	<p><input type="checkbox"/> Tim Keselamatan Pasien merancang program audit</p>	<p><input type="checkbox"/> Rumah sakit ingin memberikan mutu yang</p>	<p><input type="checkbox"/> Banyak melakukan audit tapi tidak ditindaklanjuti dengan serius.</p>	<p><input type="checkbox"/> Audit dilakukan bila ada kasus yang</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak serius dalam melakukan audit kasus</p>

	yang melibatkan pasien dan keluarganya.	terbaik. Para dokter terlibat dalam proses audit guna terus melakukan perbaikan.		menonjol saja.	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	<input type="checkbox"/> Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien karena dipaksa oleh	<input type="checkbox"/> Prioritas terhadap keselamatan pasien rendah.

			ditunjukkan oleh sistem yang ada	suatu aturan pemerintah..	
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	<input type="checkbox"/> Keselamatan pasien dibicarakan bila sudah ada insiden. Keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> Staf kurang peduli terhadap keselamatan pasien, karena menurut mereka sudah

			masalah yang terjadi.	dilaksanakan untuk keamanan staf, bukan untuk keselamatan pasien.	ada jaminan asuransi.
Komentar Terkait Komitmen					

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 Komitmen					

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 komplain 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	<input type="checkbox"/> Staf merasa aman melaporkan semua jenis insiden keselamatan pasien, termasuk	<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	<input type="checkbox"/> Staf merasa takut untuk melaporkan insiden.

	menyebabkan cedera dan dapat dicegah.	kejadian yang dapat dicegah, karena dapat belajar dari masalah tersebut.		melaporkan insiden KP.	
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 Komitmen

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 KP hanya dilakukan pada kejadian tertentu 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 Komitmen					

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 Komitmen

7. Komunikasi Tentang Isu Keselamatan Pasien

Aspek					
7.1 Komunikasi tentang KP	<input type="checkbox"/> Ada keterbukaan 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	<input type="checkbox"/> Informasi tentang KP dibagikan pada sesi <i>briefing</i> sudah	<input type="checkbox"/> Banyak informasi tentang KP tetapi hanya sedikit yang	<input type="checkbox"/> Komunikasi tentang KP hanya berasal dari	<input type="checkbox"/> Komunikasi sangat buruk.

	komunikai disediakan,	diagendakan oleh staf.	dimengerti oleh staf.	manajemen yang bersifat instruksi.	
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 Komitmen					

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"/> Tupoksi 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 Komitmen					

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 menelaraskan 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	<input type="checkbox"/> Sumber daya dialokasikan sesuai penilaian kebutuhan pelatihan, dan	<input type="checkbox"/> Ada rencana pelatihan staf, tetapi tidak sumber dayanya	<input type="checkbox"/> Pelatihan dilihat oleh manajemen sebagai hal	<input type="checkbox"/> Tidak anggaran untuk pelatihan.

	integral dari tujuan organisasi, sehingga sumber daya yang ada dialokasikan sesuai kebutuhan.	ketersediaan dari instansi terkait.	tidak diberikan prioritas.	yang menjengkelkan, memakan waktu dan biaya.	
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 Komitmen					

10. Kerjasama Tim

Aspek					
10.1 Struktur tim	<input type="checkbox"/> Tim bersifat fleksibel. Kontribusi dari bidang lain dihargai.	<input type="checkbox"/> Tim bersifat fleksibel. Kontribusi dari bidang lain dihargai.	<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	<input type="checkbox"/> Tim terbuka untuk membagikan	<input type="checkbox"/> Mekanisme yang mengatur informasi sudah	<input type="checkbox"/> Arus informasi berlanjut sesuai	<input type="checkbox"/> Informasi dibagikan antar anggota

	pihak lain yang berskala lokal, nasional maupun internasional	informasi termasuk pada pihak luar	ada tetapi tidak berjalan efektif.	dengan jenjang hirarki sesuai kepentingan.	tim, saling merahasiakan
Komentar Terkait Komitmen					

3. *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*

SAQ adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Universitas Texas terkait survei persepsi pekerja garis depan yang digunakan untuk menilai iklim keselamatan di tingkat klinis. SAQ mengidentifikasi 6 dimensi [20] yaitu:

- a. Iklim kerja sama tim
- b. Iklim keselamatan
- c. Kondisi stress
- d. Kepuasan kerja
- e. Persepsi manajemen (unit dan Rumah Sakit)
- f. Kondisi kerja

SAQ merupakan alat ukur untuk mengeksplorasi hubungan antara *patient safety culture* dan hasil *outcome* pasien yang mampu menghasilkan lama perawatan pasien yang lebih pendek, kesalahan pengobatan yang lebih sedikit, penurunan penggunaan ventilator akibat penyakit pneumonia dan tingkat infeksi aliran darah yang rendah serta risiko mortalitas yang lebih rendah (14). SAQ mencakup beberapa area klinis yang berbeda [1,21] dalam berbagai bahasa yaitu: iklim kerja tim dan keselamatan, *ambulatory*, ICU, ruang operasi, farmasi dan *maternity* yang dapat diakses: <https://med.uth.edu/chqs/survey/>.

Safety Attitudes: Frontline Perspectives from this Patient Care Area

I work in the (clinical area or patient care area where you typically spend your time): _____ This is in the Department of: _____ Please complete this survey with respect to your experiences in this clinical area.

• Use number 2 pencil only. **Use No. 2 Pencil Only** Correct Mark: Incorrect Marks:

• Erase cleanly any mark you wish to change.

Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area. Choose your responses using the scale below:

A	B	C	D	E	X	Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Not Applicable						

- Nurse input is well received in this clinical area.
- In this clinical area, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.
- Disagreements in this clinical area are resolved appropriately (i.e., not who is right, but what is best for the patient).
- I have the support I need from other personnel to care for patients.
- It is easy for personnel here to ask questions when there is something that they do not understand.
- The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.
- I would feel safe being treated here as a patient.
- Medical errors are handled appropriately in this clinical area.
- I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this clinical area.
- I receive appropriate feedback about my performance.
- In this clinical area, it is difficult to discuss errors.
- I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.
- The culture in this clinical area makes it easy to learn from the errors of others.
- My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.
- I like my job.
- Working here is like being part of a large family.
- This is a good place to work.
- I am proud to work in this clinical area.
- Morale in this clinical area is high.
- When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
- I am less effective at work when fatigued.
- I am more likely to make errors in tense or hostile situations.
- Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).
- Management supports my daily efforts: Unit Mgt Hosp Mgt
- Management doesn't knowingly compromise pt safety: Unit Mgt Hosp Mgt
- Management is doing a good job: Unit Mgt Hosp Mgt
- Problem personnel are dealt with constructively by our: Unit Mgt Hosp Mgt
- I get adequate, timely info about events that might affect my work, from: Unit Mgt Hosp Mgt
- The levels of staffing in this clinical area are sufficient to handle the number of patients.
- This hospital does a good job of training new personnel.
- All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
- Trainees in my discipline are adequately supervised.
- I experience good collaboration with nurses in this clinical area.
- I experience good collaboration with staff physicians in this clinical area.
- I experience good collaboration with pharmacists in this clinical area.
- Communication breakdowns that lead to delays in delivery of care are common.

BACKGROUND INFORMATION

Have you completed this survey before? Yes No Don't Know Today's Date (month/year): _____

Position: (mark only one)

Attending/Staff Physician Registered Nurse Clinical Support (CMA, EMT, Nurses Aide, etc.)

Fellow Physician Pharmacist Technologist/Technician (e.g., Surg., Lab, Rad.)

Resident Physician Therapist (RT, PT, OT, Speech) Admin Support (Clerk/Secretary/Receptionist)

Physician Assistant/Nurse Practitioner Clinical Social Worker Environmental Support (Housekeeper)

Nurse Manager/Charge Nurse Dietician/Nutritionist Other Manager (e.g., Clinic Manager)

Other: _____

Mark your gender: Male Female Primarily Adult Peds Both

Years in specialty: Less than 6 months 6 to 11 mo. 1 to 2 yrs 3 to 4 yrs 5 to 10 yrs 11 to 20 yrs 21 or more

Thank you for completing the survey - your time and participation are greatly appreciated.

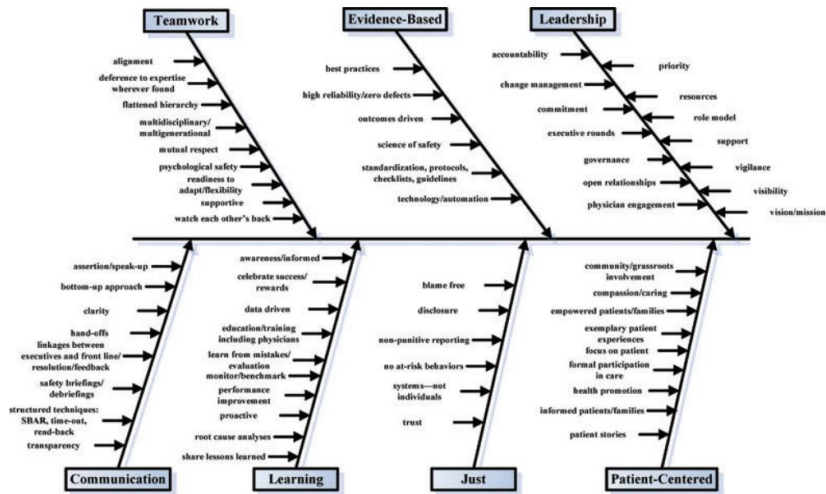
PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

C. Strategi Membangun *Patient Safety Culture*

Mekanisme yang berkontribusi dalam menciptakan *patient safety culture* di pelayanan kesehatan [12-14,22,23] meliputi:

1. Adanya pengaturan standar tindakan kesehatan/ SOP
2. Program pelatihan *patient safety* dengan menyediakan materi “*attention to patient safety*”
3. Komunikasi efektif antar petugas kesehatan seperti teknik SBAR
4. Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain atau lintas disiplin
5. Bekumpul dan berkomunikasi dengan anggota staf tentang keselamatan dalam melakukan tindakan kesehatan kepada pasien
6. Adanya pemantauan disertai laporan kemajuan pelayanan secara rutin
7. Mengembangkan kapasitas kepemimpinan yang mendukung adanya keterbukaan dalam komunikasi, bebas dari sikap menyalahkan, kerja tim dan pembelajaran organisasi yang berkelanjutan
8. Adanya dukungan dari manajemen Rumah sakit
9. Tersedianya program pendampingan bagi petugas kesehatan baru, sehingga petugas kesehatan yang berpengalaman dapat mengklarifikasi, mengajarkan, membimbing dan menjadi role model terkait *patient safety culture*
10. Mengintegrasikan pendidikan *patient safety culture* dalam kurikulum keperawatan

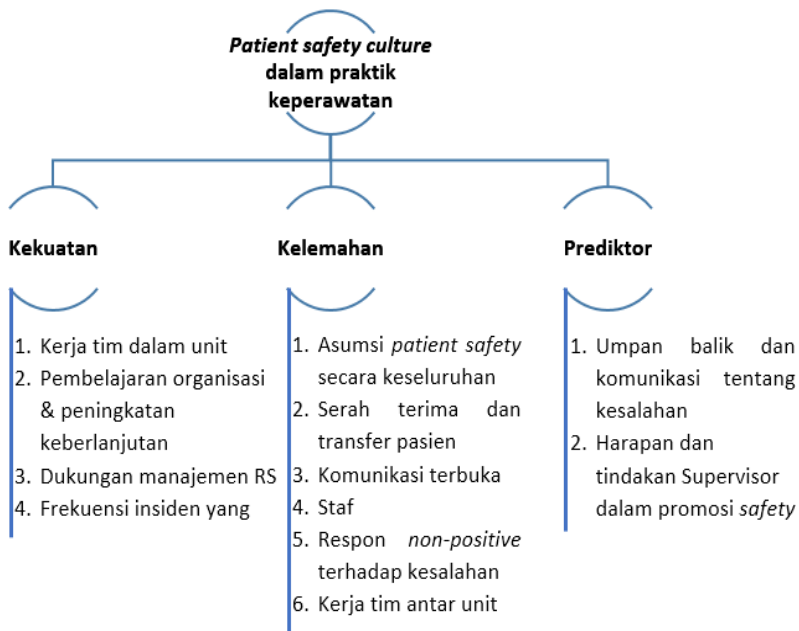
Strategi *patient safety culture* di Rumah sakit mencakup 7 *sub culture* yaitu kepemimpinan, kerjasama tim, praktik berdasarkan bukti, komunikasi, pembelajaran, adil (budaya yang mengidentifikasi kesalahan sebagai kegagalan sistem daripada individu) dan berpusat pada pasien [22].



Gambar 15. Sub Culture yang Berpengaruh dalam Patient Safety Culture

Upaya meningkatkan *patient safety culture* di unit dapat dilakukan melalui: pelatihan SDM, *briefing* keselamatan, atasan melakukan pengawasan dengan berkeliling, monitoring secara berkala untuk menilai efektifitas pelaksanaan *patient safety* seperti menganalisis insiden yang dilaporkan dan mempelajari kejadian yang terjadi pada unit tersebut [24]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang memengaruhi implementasi *patient safety culture* adalah pengetahuan perawat, motivasi *patient safety* dan perilaku pemimpin [25].

Berikut ini adalah strategi pengelolaan implementasi *patient safety culture* dalam praktik keperawatan di Rumah Sakit berdasarkan 3 kategori yaitu: kekuatan, kelemahan dan prediktor [26].



Gambar 16. Skema Strategi Potensi dalam Implementasi *Patient Safety Culture*

D. Bukti-Bukti Tentang *Patient Safety*

Tabel 18. Bukti-Bukti *Patient Safety* Berdasarkan Hasil Penelitian Di Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Tema	Peneliti	Hasil
Implementasi <i>Patient Safety Culture</i>	(Wijaya et al., 2015) [27]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya gap pelaporan PSI antara petugas kesehatan dan insiden yang terjadi. 2. Hambatan implementasi <i>patient safety culture</i> karena rendahnya dukungan manajemen, kinerja petugas kesehatan belum optimal, dan <i>blaming culture</i>.
	(Agustina, 2018) [28]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil evaluasi implementasi <i>patient safety culture</i> menunjukkan pada level proaktif (70%), generatif (20%) dan birokrasi (10%), sehingga perlu upaya perbaikan menuju level generatif (kesadaran, kerjasama, dan tanggung jawab dalam <i>patient safety culture</i>). 2. Meningkatkan <i>patient safety culture</i> petugas kesehatan dengan memberikan dukungan penuh meliputi: peningkatan pengetahuan, pelatihan dan sosialisasi, tim manajemen melakukan evaluasi terhadap insiden dan praktik terbaik, setiap unit memprioritaskan <i>patient safety culture</i> (kesadaran, tanggungjawab pelaporan insiden), kerjasama unit atau antar unit untuk meminimalkan insiden, pemantauan dan pengawasan untuk mencapai <i>patient safety culture</i> yang lebih baik.

Implementasi <i>Patient safety</i> sesuai Standar Akreditasi	(Lestari and Aini, 2015) [29]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan implementasi <i>patient safety</i> dapat mengacu pada standar akreditasi, sosialisasi (kebijakan dan SOP 6 sasaran <i>patient safety</i>) pada karyawan baru dan pada pertemuan khusus, <i>ronde patient safety</i>, pemasangan poster (identifikasi pasien), dukungan manajemen (SDM terpenuhi) dan perubahan kebiasaan untuk meningkatkan <i>patient safety</i>. 2. Hambatan implementasi <i>patient safety</i>: sikap merasa biasa dan biasa melakukan, tindak lanjut program <i>patient safety</i> yang kurang dan fungsi supervisor yang belum optimal
	(Sundoro et al., 2017) [30]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi implementasi <i>patient safety</i> berdasarkan standar akreditasi menunjukkan bahwa: kebijakan dan implementasi 6 sasaran <i>patient safety</i> belum dilaksanakan secara optimal dan beberapa belum memenuhi standar. 2. Hambatan dalam implementasi <i>patient safety</i>: sikap menyepelekan standar, tidak mengetahui aturan, kurangnya sosialisasi dan motivasi (petugas kesehatan lini terdepan), dan tidak adanya dukungan dari manajemen Rumah Sakit.
<i>Patient safety</i> dalam <i>Behaviour</i>	(Syam and Hastuti, 2018) [31]	Pengetahuan perawat tidak berhubungan dengan implementasi <i>patient safety</i> ($p=0.631$), namun sikap berhubungan secara signifikan ($p=0.045$). Sehingga perlu adanya evaluasi hasil pendidikan dan pelatihan staf terkait <i>patient safety</i> .

	(Sofiani, 2016) [32]	Pelatihan <i>high alert medication</i> merupakan upaya meningkatkan <i>patient safety</i> yang berdampak pada perubahan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan di Rumah Sakit.
	(‘Aini and Firdaus, 2014) [33]	Pengetahuan dan sikap perawat berpengaruh terhadap penerapan SOP di Rumah Sakit, sebagai upaya meningkatkan pelayanan <i>patient safety</i> .
	(Darmawan et al., 2017) [34]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan dan sikap perawat di Rumah Sakit “cukup baik” dengan kepatuhan “tidak patuh” dalam penerapan 6 benar pemberian obat injeksi sebagai upaya pencegahan <i>errors</i> atau PSI dalam perawatan. 2. Ketidak patuhan perawat dalam pemberian obat injeksi disebabkan: sosialisasi SOP belum optimal, kurangnya pengawasan, belum adanya evaluasi, dan <i>double job</i> perawat dan farmasi.
	(Harina, 2018) [35]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi pasien sesuai SOP masih rendah. 2. Pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan berhubungan dengan kepatuhan dalam melakukan identifikasi pasien. 3. 4 hambatan dalam identifikasi pasien yaitu: kerja tim <i>patient safety</i> Rumah Sakit belum maksimal, kurangnya sosialisasi, budaya dan beban kerja tinggi.
Implementasi <i>Patient Safety</i> dalam	(Faizin et al., 2019) [36]	Optimalisasi program <i>patient safety culture</i> dan penggunaan antibiotik harus mendapat dukungan dari manajemen Rumah Sakit, selian itu PSI dalam

Pelayanan Kesehatan	pemberian antibiotik karena kesalahan identitas pasien dan obat-obatan LASA.
(Santosa and Wibowo, 2013) [37]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iklim kerja petugas kesehatan memiliki sikap <i>patient safety</i> yang rendah dalam tindakan perawatan dan kepuasan kerja petugas kesehatan menunjukkan sikap <i>patient safety</i> yang tinggi. 2. Hambatan dalam implementasi <i>patient safety</i>: budaya kerja tim yang masih rendah dan dukungan logistik yang masih kurang (obat-obatan dan fasilitas penunjang perawatan).
(Yusuf, 2017) [38]	Faktor yang berpengaruh terhadap rendahnya implementasi <i>patient safety</i> di Rumah Sakit yaitu: budaya kerja, belum optimalnya SDM kesehatan, ketidakpatuhan terhadap SOP <i>patient safety</i> , sarana dan prasarana yang buruk.
(Santosa et al., 2014) [39]	Implementasi <i>patient safety</i> dalam pelayanan kesehatan mencakup kelengkapan pengisian rekam medis (identitas pasien, 6 tepat pengobatan dan tepat prosedur), namun belum dilaksanakan secara tertib.
(Saputra and Rosa, 2015) [40]	Perawat anastesi tidak patuh dalam pendokumentasian (<i>surgical safety checklist: sign in</i>). Kurang efektifnya implementasi dokumentasi <i>patient safety</i> di ruang operasi karena perawat belum paham dalam pendokumentasian dengan <i>checklist</i> , pendokumentasian belum menjadi kebutuhan, <i>patient safety culture</i> masih minim dalam implementasinya, SDM kurang, belum adanya pengawasan dan kurangnya sosialisasi <i>surgical safety checklist</i> .

(Ramadhan, 2017) [41]	<p>Penilaian indikator manajemen Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan unit Rumah sakit sebagai upaya meningkatkan kualitas perawatan dan <i>patient safety</i> meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah peralatan dan obat kedaluwarsa (1% tidak relevan karena tidak ada batas waktu kedaluwarsa), 2. Pendokumentasian insiden <i>patient safety</i> (pelaporan insiden <i>patient safety</i> belum ada database yang kuat dan belum baik), 3. Manajemen Rumah Sakit belum mengevaluasi kepuasan pasien dan staf secara berkala, 4. Rendahnya penggunaan APD, dan belum adanya evaluasi keberhasilan tindakan pelayanan jantung dan pembuluh darah.
(Yudhawati and Listiowati, 2016) [42]	<p>Insiden <i>patient safety</i> di Rumah Sakit, salah satunya disebabkan karena identifikasi pasien. Pengetahuan perawat tentang identifikasi pasien sudah bagus, namun implementasi dalam tindakan keperawatan belum optimal sehingga belum menjadi <i>patient safety culture</i>.</p>
(Wulandari, 2017) [43]	<p>Pengetahuan perawat “cukup” terkait risiko jatuh pasien, namun kurang disiplin dalam pendokumentasian rekam medis. Hal ini karena kurangnya sosialisasi terkait upaya meningkatkan <i>patient safety</i> terutama bagi pasien risiko jatuh.</p>
(Ulfa and Sarzuli, 2016) [44]	<p>Perawat melakukan tindakan pemasangan kateter dengan baik sesuai SOP. Tidak ada pengaruh faktor internal (usia, jenis kelamin, mas kerja, pengetahuan dan sikap) dan eksternal (lingkungan kerja,</p>

		<p>karakteristik kelompok dan beban dkerja) terhadap kepatuhan perawat dalam menjalankan tindakan sesuai SOP sebagai upaya <i>patient safety</i>.</p>
	(Irfantian and Arofiati, 2018) [45]	<p>Supervisi keperawatan tidak berpengaruh terhadap persepsi implementasi <i>patient safety</i> dan pendokumentasian. Hal ini karena, perencanaan dan evaluasi supervisi yang baik namun dalam pelaksanaannya supervisi keperawatan kurang baik.</p>
	(Shofiah et al., 2018) [46]	<p>Implementasi identifikasi dan spesimen pasien di laboratorium Rumah Sakit belum sesuai dengan SOP. Hambatan dalam implementasinya adalah kurangnya <i>patient safety culture</i> terutama identifikasi pasien dan spesimen, tidak lengkap dalam form permintaan, jumlah permintaan untuk pemeriksaan dan kurangnya evaluasi.</p>
	(Utami and Rosa, 2015) [47]	<p>Perawat tidak melaksanakan kateter dengan baik sesuai SOP, tingkat kepatuhan 0%. Hal ini karena perawat terbiasa lupa untuk membuat beberpa point dan tidak ada pengawasan.</p>
Strategi <i>Patient Safety</i>	(Dewi, 2018) [48]	<p>Pengetahuan, kemampuan serta kepatuhan petugas kesehatan dalam implementasi komujikasi efektif, berdampak positif dalam meningkatkan pelayanan <i>patient safety</i>.</p>
	(Diniyah, 2017) [49]	<p><i>Role play</i> komunikasi efektif dengan menggunakan metode SBAR dapat meningkatkan skill komunikasi efektif mahasiswa saat melakukan handover sebagai upaya meningkatkan <i>patient safety</i>.</p>
Pengukuran <i>Patient safety</i>	(Astika, 2017) [[50]	<p>1. Pengukuran <i>patient safety culture</i> dengan menggunakan MaPSaF yang</p>

dimodifikasi (10 dimensi) yang terdiri dari 24 aspek untuk mengetahui pernyataan petugas kesehatan sesuai dengan kondisi di Rumah Sakit.

2. Modifikasi MaPSaF dapat membantu menentukan kekuatan dan kelemahan Rumah Sakit, sehingga manajemen/staf dapat meningkatkan *patient safety culture* secara efektif.

(Asrofi et al., 2018) [51]

1. Pengukuran *patient safety culture* dengan HSPSC di Rumah Sakit menunjukkan belum terbangun dengan baik, dari 12 dimensi hanya 3 yang memenuhi standar.
 2. Pelaporan PSI sudah berjalan cukup baik dengan jumlah laporan: 194 insiden.
 3. Faktor penghambat *patient safety culture* dalam PSI yaitu: pemahaman alur pelaporan PSI yang kurang, budaya menyalahkan dan menghukum dari pimpinan Rumah Sakit, pertentangan dari rekan kerja, kurangnya waktu karena beban kerja berlebih, menyepelkan pendokumentasian laporan dan persepsi salah terkait laporan insiden harus dilakukan perawat.
-

.....SAFE CARE IS NOT AN OPTION. IT IS THE RIGHT OF
EVERY PATIENT WHO ENTRUSTS THEIR CARE TO OUR
HEALTHCARE SYSTEM.....

Sir Liam Donaldson (Chair, Who World Alliance For Patient Safety)

Daftar Pustaka

1. Kristensen S, Bartels P. *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. 2010. Denmark. European Society for Quality in Healthcare www.esqh.net.
2. WHO. *Patient Safety Making health care safer*. 2017. Geneva. World Health Organization (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).
3. Mitchell PH. Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. 2008. Rockville (MD). Agency for Healthcare Research and Quality (US) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>. Accessed 29 October 2019.
4. Moussavi F, Moghri J, Gholizadeh Y, Karami A, Najjari S, Mehmandust R, et al. Assessment of patient safety culture among personnel in the hospitals associated with Islamic Azad University in Tehran in 2013. *Electron Physician*. 2013;5(3):664-671.
5. Albrecht RM. Patient safety: the what, how, and when. *The American Journal of Surgery*. 2015;210(6):978-982.
6. WHO. Patient Safety. WHO. 2019. <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>. Accessed 29 October 2019.
7. Undang-Undang RI No 44 Tahun 2009 (last). UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 44 TAHUN 2009 TENTANG RUMAH SAKIT. .
8. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. 2016. Agency for Healthcare Research and Quality U.S.

Department of Health and Human Services
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>.

9. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *HSR: Health Services Research*. 2009;44(2):399-421.
10. Sorra J, Yount N, Famolaro T, Laura Gray. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide*. 2019. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
11. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. 2004. Washington, D.C. The National Academies Press.
12. Saleh AM, Darawad MW, Al-Hussami M. The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study. *Nurs Health Sci*. 2015;17(3):339-346.
13. Ammouri AA, Tailakh, Muliira JK, Geethakrishnan R, Kindi SNA. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*. 2014;62(1):102-110.
14. Kohn LT, Corrigan JM. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. 2003. Washington, D.C. NATIONAL ACADEMY PRESS
http://books.nap.edu/html/to_err_is_human/exec_summ.html.
15. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364-366.

16. Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Journal of Nursing Management*. 2009;17(2):218-222.
17. Parker D. *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Primary care*. 2006. The University of Manchester www.npsa.nhs.uk.
18. Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:417-421.
19. Sari AA. Assessing Patient Safety Culture in the Hospital: a Pilot Study Using a Modified Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(3):159-168.
20. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006;6(44):10.
21. Pinheiro JPA, de Sousa Uva A. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016;34(2):107-116.
22. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156-165.
23. WHO. *Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition*. 2011. Switzerland. World Health Organization Geneva.
24. Poley MJ, Starre C van der, Bos A van den, Dijk M van, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive

- care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med*. 2011;12(6):310–316.
25. Setyowati IF. Factors that influence the implementation of patient's safety culture by ward nurses in district general hospital. *Enfermería Clínica*. 2019;29(2):300–303.
 26. Gunawan D, Tutik Sri Hariyati Rr. The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermería Clínica*. 2019;29:139–145.
 27. Wijaya AS, Dewi A, Dwita DM. Analysis Of Patient Safety Culture At Bantul PKU Muhammadiyah Hospital. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*. 2015;4(1):23.
 28. Agustina D. Safety Culture Assessment: a Tool for Improving Patient Safety in Hospital. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2018;7(2):127–135.
 29. Lestari S, Aini Q. Pelaksanaan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Akreditasi Jci Guna Meningkatkan Progrm Patient Safety Di RS Pku Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2015;4(1).
<http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/3402>.
Accessed 2 November 2019.
 30. Sundoro T, Rosa EM, Risdiana I. Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;5(1):40–48.
 31. Syam NS, Hastuti SKW. Relationship Between Knowledge and Attitude with Implementation of Patient Safety Targets in RSUD Yogyakarta. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2018;7(3):205–211.

32. Sofiani I. Efektifitas Pelatihan High Alert Medication Terhadap Pengetahuan dan Sikap Petugas di RS KIA PKU Muhammadiyah Kotagede. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2016;5(2):120-123.
33. 'Aini Q, Firdaus M. Pengaruh Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Perawat Terhadap Penerapan Standar Prosedur Operasional (Spo) Pemasangan Infus Di RS PKU Muhammadiyah Bantul. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2014;3(1).
<http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/967>.
Accessed 4 November 2019.
34. Darmawan S, Rosa EM, Arini M. Analisis Pengetahuan Dan Sikap Perawat Terhadap Kepatuhan Penerapan 6 Benar Pada Pemberian Obat Injeksi. *Jurnal Admmirasi*. 2017;2(1):43-53.
35. Harina AP. Analisis Kepatuhan Tenaga Kesehatan Dalam Melakukan Identifikas Pasien di RS Swasta Jawa Timur. *Jurnal Admmirasi*. 2018;3(2):65-79.
36. Faizin C, Kusumawati W, Habib I. Patient safety: antibiotics prescription review in pediatric patient. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2019;8(1):32-39.
37. Santosa E, Wibowo AB. Intisari Analisis Persiapan Pelaksanaan Patient Safety Di Ruang Rawat Inap (Study Kasus Di Rsud Kabupaten Bima). *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2013;2(1).
<http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/1092>.
Accessed 4 November 2019.
38. Yusuf E. Evaluation of sentinel events and suicide predictors In X Hospital. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(3):224-230.

39. Santosa E, Rosa EM, Nadya FT. Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan Dan Patient Safety Di RSGMP UMY. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2014;3(1). <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/964>. Accessed 4 November 2019.
40. Saputra AF, Rosa EM. Pengisian Sign In Dalam Meningkatkan Kepatuhan Safe Surgery Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta II. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2015;4(2). <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/687>. Accessed 4 November 2019.
41. Ramadhan A. Achievement Analysis and Evaluation of a Hospital in Yogyakarta. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(3):200-212.
42. Yudhawati DD, Listiowati E. Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien Di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2016;4(2). <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/752>. Accessed 4 November 2019.
43. Wulandari ATA. Analysis of the Implementation of Patient Guidance of Fall Risk at X Hospital. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(3):213-217.
44. Ulfa M, Sarzuli T. Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2016;5(1):49-55.

45. Infantian A, Arofiati F. Pengaruh Supervisi Keperawatan Terhadap Persepsi Penerapan Patient Safety Dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Admmirasi*. 2018;3(2):80-90.
46. Shofiah S, Sundari S, Aini Q. Patient and Specimen Identification in Laboratory Unit of PKU Muhammadiyah Gamping Hospital. *Jurnal Admmirasi*. 2018;3(2):39-51.
47. Utami RL, Rosa EM. Pengaruh Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Kateter Di RS PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Admmirasi*. 2015;1(1):1-20.
48. Dewi PP. Implementation of Interactive Nurses Effective Communication Guidelines. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2018;7(1):60-68.
49. Diniyah K. Pengaruh Pelatihan SBAR Role-Play terhadap Skill Komunikasi Handover Mahasiswa Kebidanan. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(1):35-46.
50. Astika A. Assessing Patient Safety Culture in the Hospital: a Pilot Study Using a Modified Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2017;6(3):159-168.
51. Asrofi A, Kusumawati W, Rosa EM. The Evaluation Of Hospital Patient Safety Incident Reporting Program In Hospital. *Jurnal Admmirasi*. 2018;3(2):91-103.

CATATAN :



BAB

V. REKOMENDASI UNTUK MENCAPAI *PATIENT SAFETY SYSTEM* SECARA MENYELURUH

مِنْ أَجْلِ ذَلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّهُ مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا

فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا ۚ وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنْ كَثُرُوا مِنْهُمْ بَعْدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ

... Dan barangsiapa yang memelihara kehidupan seorang manusia, maka seolah-olah dia telah memelihara kehidupan manusia semuanya...” (Surah Al Ma’idah 32)

Struktur Isi:

- ✚ Delapan strategi untuk mencapai sistem keselamatan pasien:
 1. Memastikan para pemimpin untuk membangun dan mempertahankan *safety culture*
 2. Menciptakan pengawasan *patient safety* yang terpusat dan terkoordinasi
 3. Membuat satu set matrik keselamatan umum yang mencerminkan hasil yang bermakna
 4. Meningkatkan pendanaan penelitian dalam keselamatan pasien dan ilmu implementasi.
 5. Keamanan di seluruh rangkaian perawatan
 6. Mendukung petugas kesehatan
 7. Bermitra dengan pasien dan keluarga untuk perawatan yang aman.
 8. Memastikan teknologi yang aman dan mengoptimalkan untuk meningkatkan keselamatan pasien

To Err is Human dalam pelayanan kesehatan memberikan pandangan yang berbeda dalam perbaikan kualitas pelayanan kesehatan. Forum *patient safety* WISH menyatakan dalam perawatan kesehatan harus mempertimbangkan penggunaan proses dan alat manajemen risiko [1]. Pendekatan sistem keselamatan secara menyeluruh mencakup keselamatan yang diimplementasikan secara sistematis dan seragam di setiap prosesnya, meliputi faktor risiko yang diidentifikasi dan dilacak, risiko dilacak berdasarkan daftar risiko, praktik terbaik untuk menghilangkan risiko digambarkan, disetujui oleh masyarakat; dan data dikumpulkan, dianalisis secara kontinu; kebijakan dan proses diadaptasi dengan menjamin ketaatan; dampak dilakukan pengukuran melalui data global, kegagalan dilakukan pencatatan; dan dianalisis untuk dihilangkan, melakukan perbaikan dengan identifikasi dan kebijakan serta prosesnya dimodifikasi [1].

Pendekatan ini berfokus pada *safety culture* oleh kepemimpinan dengan mempertimbangkan keamanan dalam perawatan yang secara langsung berdampak pada kesejahteraan dan keselamatan tenaga kesehatan [2]. National Patient Safety Foundation merekomendasikan 8 poin untuk mencapai *patient safety system* berdasarkan sistem total dan *safety culture* [2] sebagai berikut:

1. Memastikan Para Pemimpin untuk Membangun dan Mempertahankan *Safety Culture*.

Meningkatkan keamanan membutuhkan budaya organisasi dan memprioritaskan keselamatan. AHRQ Patient Safety Network menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan yang konsisten meminimalkan kejadian buruk harus mampu menjaga komitmen keselamatan di semua level dari penyedia garis depan hingga manajer dan eksekutif. Pemimpin organisasi harus dilibatkan dan memperhatikan isu-isu yang dihadapi oleh petugas garis depan,

selain itu harus memahami norma dan budaya dimasyarakat yang berperan dalam perilaku. Hal ini mampu membentuk *safety culture* [3] mencakup:

- a. Mengaku bahwa setiap kegiatan organisasi memiliki sifat risiko tinggi dan bertekad untuk melakukan tindakan secara aman dan konsisten.
- b. Lingkungan bebas dari kesalahan, setiap individu berhak untuk melaporkan tindakan yang salah atau nyaris cidera tanpa takut ancaman atau dihukum.
- c. Mendorong adanya kolaborasi antara jajaran dan disiplin untuk mencari solusi dalam menyelesaikan masalah *patient safety*.
- d. Adanya komitmen organisasi sumber daya untuk menangani masalah *safety*.

Meningkatkan budaya keselamatan merupakan komponen penting untuk mencegah atau mengurangi kesalahan dan meningkatkan kualitas perawatan secara menyeluruh [3]. Pemimpin berperan penting dalam menetapkan misi, arah dan pola yang ingin dicapai untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan [4] dan memastikan proses perawatan yang diberikan aman dan berkualitas tinggi [5].

Strategi pemimpin yang tepat adalah perpaduan antara pemimpin terdistribusi dan terkonsentrasi sehingga menghasilkan pemimpin yang terfokus, memberikan dukungan praktis dan keahlian serta manajerial, semua staf bertanggung jawab untuk menjaga keselamatan, dan kualitas pelayanan ke pasien [5]. Strategi pemimpin untuk menciptakan budaya yang positif [4] meliputi:

- a. Memperkuat visi yang menginspirasi pekerjaan staf
- b. Mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan staf
- c. Dengarkan staf dan mendorong untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan inovasi

- d. Memberikan umpan balik yang bermanfaat tentang kinerja staf dan mengapresiasi *good performance*
- e. Mengambil tindakan efektif dan suportif untuk mengatasi masalah sistem dan tantangan lain ketika memerlukan perbaikan
- f. Mengembangkan dan memodelkan kerja tim yang luar biasa
- g. Memastikan staf merasa aman, didukung, dihormati, dan dihargai di tempat kerja.

Upaya mempertahankan *safety culture* dalam organisasi dapat dilakukan dengan memperkuat kepemimpinan melalui *training patient safety* untuk peningkatan pengetahuan, ketrampilan [6,7], dan bertindak dengan alat yang tepat untuk mempertahankan *safety culture* [7]. Alat survei yang terstandar untuk mengukur budaya, seperti *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (MaPSaF), dan *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [8], sehingga pemimpin harus mampu memahami masing-masing standar pengukuran *patient safety*. Hasil penilaian budaya keselamatan pasien menggunakan *MaPSaF tools* di salah satu RS Swasta Utama mendapatkan hasil dari seluruh dimensi 70% berada pada tingkat proaktif [9].

NPSF merekomendasikan upaya membangun *patient safety culture* [2] diantaranya:

- a. Memfokuskan pemimpin pelayanan kesehatan untuk mengarahkan dan bertanggung jawab terhadap *patient safety* melalui tata kelola, tujuan dan memastikan semua level manajemen untuk memprioritaskan keselamatan. Hal ini dapat dilaporkan berdasarkan data dan disajikan dalam rapat pimpinan.

- b. Memastikan pemimpin dan bidang tata kelola untuk senantiasa mengembangkan dan menerapkan proses untuk memulai *safety culture*.
- c. Mengembangkan dan menerapkan perubahan budaya operasional dengan buku pedoman berdasarkan praktik dan pengalaman operasional dengan upaya perubahan budaya yang berhasil.
- d. Membuat aturan baru yang menyatakan bahwa setiap pemimpin, pengambil kebijakan telah memiliki dasar terkait ilmu *patient safety* misalkan budaya, sistem dan lainnya.

2. Menciptakan Pengawasan *Patient Safety* yang Terpusat dan Terkoordinasi

Upaya optimalisasi *patient safety* membutuhkan keterlibatan, koordinasi dan pengawasan badan pemerintah nasional dan organisasi keselamatan. Kolaborasi ini, meliputi pengaturan prioritas, identifikasi risiko, menciptakan, dan menyebarkan praktik kesehatan yang lebih baik [2]. Kolaborasi dengan publik swasta mampu mencegah kondisi yang tidak diinginkan di Rumah Sakit dan meningkatkan perawatan [2].

Di Ohio, dibentuk kolaborasi Rumah Sakit anak bernama The Ohio Children's Hospital Association (OCHA) dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan berkualitas tinggi dan keselamatan perawatan khusus anak-anak [10]. Sejalan dengan di AS, bahwa kolaborasi organisasi lakukan untuk mengurangi *medical errors* dan kejadian buruk selama perawatan di fasilitas kesehatan [11].

Kolaborasi organisasi yang terkoordinasi dalam perawatan *patient safety* memiliki potensi untuk meningkatkan keselamatan pasien selama perawatan dan menurunkan bahaya bagi pasien, karyawan dan staf. Kontribusi anggota dalam kolaborasi organisasi

sesuai dengan prinsip “*Solutions for Patient Safety*” (SPS), meliputi transparan, kepemimpinan, fokus pada misi, kemitraan Rumah Sakit tidak bersaing dalam keselamatan, semua mengajar dan belajar, budaya keselamatan, proses reliabilitas dan standarisasi, keterlibatan pasien dan keluarga, kepemimpinan terdistribusi, infrastruktur *core network* dan kemitraan [12]. NPSF merekomendasikan dalam melakukan pengawasan *patient safety* baik secara terpusat maupun terkoordinasi melalui kolaborasi *patient safety* di seluruh perawatan secara kontinum.

SPS menerapkan pendekatan 5 fase untuk mengurangi bahaya serius pada kondisi yang ada di Rumah Sakit [12] yaitu:

a. *Discovery*

Fase ini terjadi diluar struktur jaringan yang dilakukan oleh inovator individu dan peneliti. Peluang potensial untuk menerapkan strategi baru dalam mengurangi bahaya pada pasien melalui pemantauan dan prioritas dari kepemimpinan jaringan.

b. *Pioneer*

Fase ini memperkenalkan kondisi baru yang didapat di Rumah Sakit atau perubahan budaya pada SPS. SPS menentukan kohort dengan melakukan upaya secara insentif untuk mengurangi kondisi yang didapat di rumah sakit melalui eksperimen terencana dengan desain faktorial untuk membangun praktik terbaik yang efektif. Hasil dari kohort digunakan untuk mengembangkan pencegahan dalam jaring yang lebih luas.

c. *Aviator*

Fase ini dimulai dengan mengadopsi definisi dan pengukuran kondisi yang didapat di Rumah Sakit. Rumah Sakit yang berpartisipasi dalam kohort selama fase *pioneer* berbagi dan mengajarkan metode praktik terbaik untuk melakukan

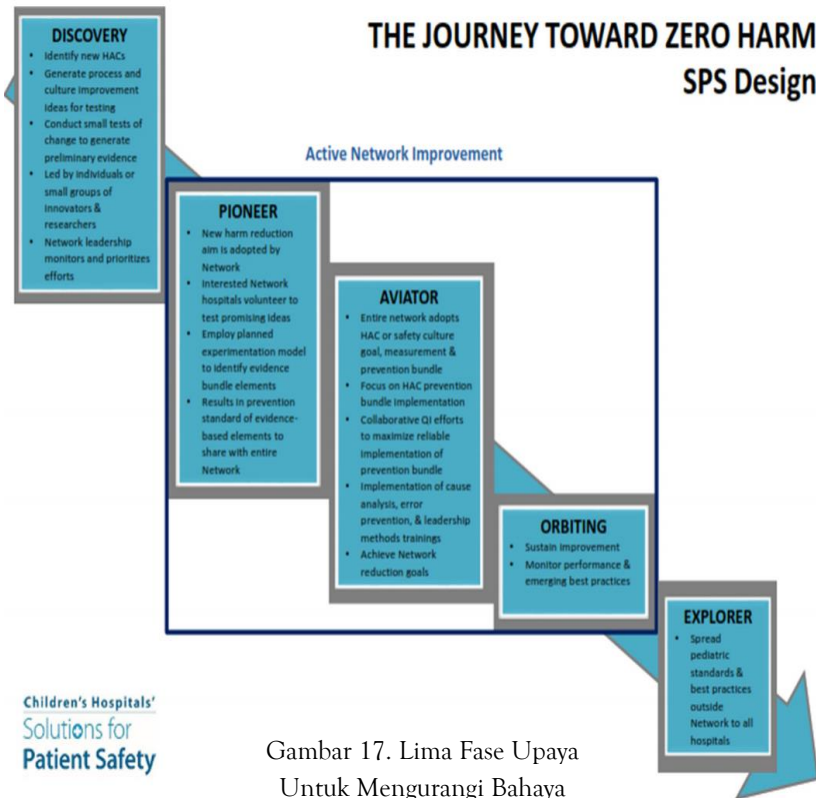
pengecegan. Setiap Rumah Sakit yang masuk dalam kemitraan diharapkan mencapai reliabilitas yang tinggi pada pengecegan, bekerja menuju tujuan bersama untuk pengurangan. Fase ini selesai saat target pengurangan tercapai.

d. *Orbiting*

Pada fase ini fokus pada perbaikan berkesinambungan dan Rumah Sakit terus mengirimkan kondisi yang didapat di Rumah Sakit setiap bulan. Pemimpin dalam kemitraan melakukan pemantauan data, mencari dan melakukan intervensi pada potensi penurunan kondisi yang didapat di Rumah Sakit atau peluang untuk pengurangan lebih lanjut.

e. *Explorer*

Fase ini sumberdaya dibagikan diluar jaringan secara global dan temuannya dipublikasikan, kemitraan, presentasi publik, dan situs web SPS.



Gambar 17. Lima Fase Upaya Untuk Mengurangi Bahaya

3. Membuat Satu Set Matrik Keselamatan Umum yang Mencerminkan Hasil yang Bermakna.

Pengukuran menjadi dasar untuk meningkatkan perbaikan. Keselamatan pasien menjadi fokus utama dalam perawatan, sehingga perlu menetapkan metrik standar diseluruh rangkaian perawatan dan menciptakan cara untuk mengidentifikasi dan mengukur risiko serta bahaya secara proaktif [2]. Metrik perawatan yang sesuai mencerminkan hasil perawatan pasien yang bermakna dan aman serta mendukung praktik kesehatan sesuai potensi petugas kesehatan [13]. Program *patient safety* membutuhkan metrik yang bermakna. Metrik keselamatan mengacu pada 2 kerangka kerja, yaitu untuk mengidentifikasi, mengukur dan

menghilangkan kesalahan, mengidentifikasi, mengukur dan menghilangkan cedera [14].

Pengukuran dengan metrik keselamatan dapat membantu memperjelas dan membangun tujuan bersama serta memastikan organisasi/ pelayanan kesehatan sesuai dengan arah yang benar dari waktu ke waktu [2]. Selain itu, metrik keselamatan dan kualitas perawatan menjadi alat untuk mengurangi kejadian yang tidak diinginkan dan memulihkan kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan [15]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan metrik keselamatan harian mampu meningkatkan kualitas perawatan, *safety*, dan membudayakan kolaborasi antar petugas kesehatan. Hal ini berdampak positif dalam kepatuhan dan akuntabilitas petugas kesehatan dalam menerapkan disiplin perawatan pasien [16].

NPSF merekomendasikan dalam membuat metrik keselamatan diantaranya [2] adalah:

- a. Membuat portofolio yang berisikan standar proses keselamatan pasien dan hasil metrik diseluruh perawatan kesehatan dan menghilangkan tindakan yang tidak valid.
- b. Mengembangkan alat yang digunakan untuk mengidentifikasi serta mengukur risiko perawatan secara *real time* dalam upaya mengelola risiko selama perawatan.
- c. Meningkatkan sistem pelaporan keselamatan untuk perbaikan sistem dengan melibatkan umpan balik dari semua yang terlibat dalam perawatan pasien. Podolsky et al., menjelaskan bahwa untuk memastikan sistem pelaporan berdampak positif dalam meningkatkan *patient safety* dan kepercayaan pasien maka perlu adanya evaluasi, mencakup apakah pengukuran dan pelaporan dilakukan dengan tepat?, apakah metrik diukur secara akurat dan valid?, dan apakah data pelaporan dapat memberikan perubahan secara efektif? [15].

- d. Mengembangkan peraturan keselamatan dalam seluruh rangkaian perawatan kesehatan dan insentif baik finansial maupun non-finansial dalam upaya inovasi serta meningkatkan keselamatan dalam organisasi.

Pengembangan metrik perawatan secara umum bertujuan untuk menangani kejadian yang dapat dicegah, kesalahan perawatan, teknologi, dan melaporkan hasil metrik ke berbagai tempat perawatan dan tim komite medis [17]. Metrik dengan hasil yang bermakna sesuai dengan misi dan tujuan organisasi/ Rumah Sakit dilakukan evaluasi oleh semua petugas kesehatan yang terlibat dalam proses perawatan, sehingga petugas kesehatan harus memahami, mengidentifikasi dan melakukan perbaikan yang diperlukan untuk bidang tertentu [17].

Agency for Healthcare Research and Quality menetapkan 19 indikator *patient safety* dalam perawatan pasien di rumah sakit yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas, keamanan, efisiensi dan efektivitas perawatan sebagai berikut:

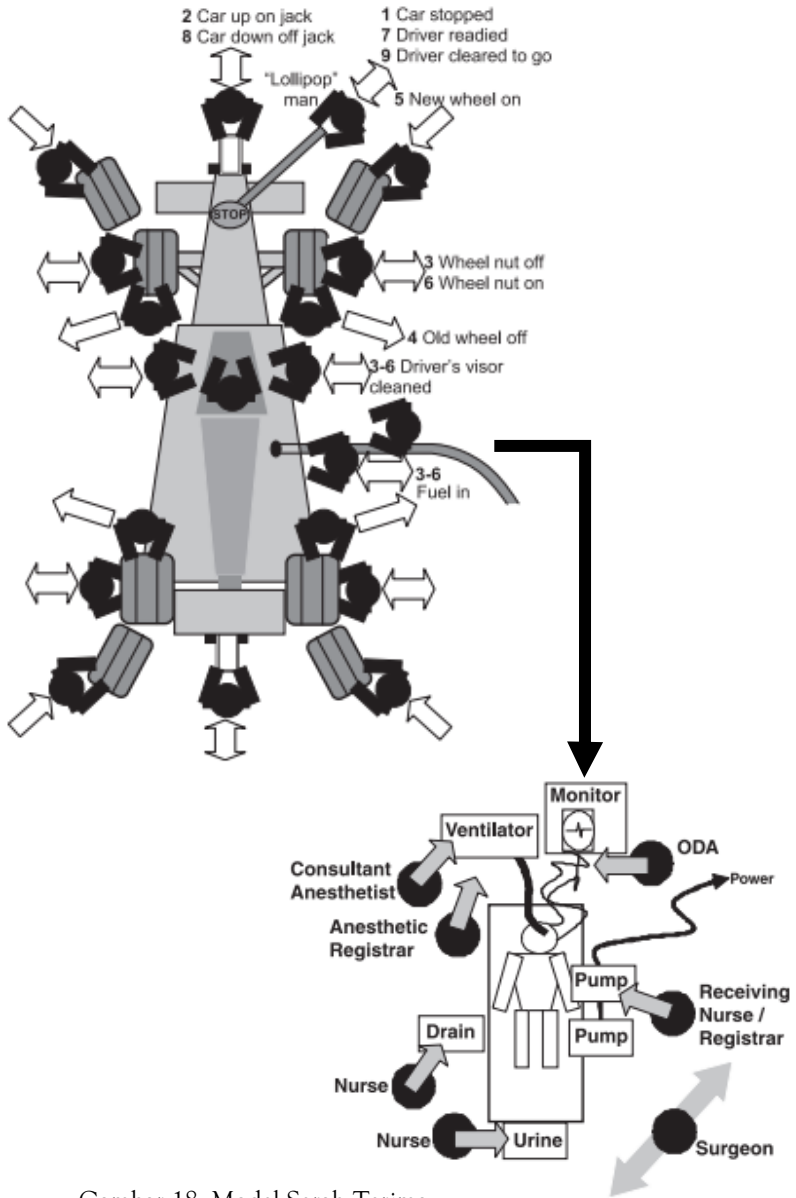
PSI	AHRQ Patient Safety Indicators
02	Death Rate in Low-Mortality Diagnosis Related Groups(DRGs)
03	Pressure Ulcer Rate
04	Death Rate among Surgical Inpatients with Serious Treatable Complications
05	Retained Surgical Item or Unretrieved Device Fragment Count
06	Iatrogenic Pneumothorax Rate
07	Central Venous Catheter-Related Blood Stream Infection Rate
08	In-hospital Fall with Hip Fracture Rate
09	Perioperative Hemorrhage or Hematoma Rate
10	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis Rate
11	Postoperative Respiratory Failure Rate
12	Perioperative Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis Rate
13	Postoperative Sepsis Rate
14	Postoperative Wound Dehiscence Rate
15	Unrecognized Abdominopelvic Accidental Puncture or Laceration Rate
16	Transfusion Reaction Count
17	Birth Trauma Rate - Injury to Neonate
18	Obstetric Trauma Rate - Vaginal Delivery With Instrument
19	Obstetric Trauma Rate - Vaginal Delivery Without Instrument

4. Meningkatkan Pendanaan Penelitian dalam Keselamatan Pasien dan Ilmu Implementasi.

Faktor penyebab terjadinya risiko dan bahaya selama perawatan adalah faktor dari manusia dan kesalahan yang dilakukannya, sehingga keselamatan ditentukan pada perilaku manusia. Ahli keselamatan mengemukakan bahwa *human error* dimungkinkan terjadi, sehingga perlu antisipasi untuk mengurangi dampak yang ditimbulkannya. Upaya membuat kemajuan dalam bidang *patient safety* perlu adanya peningkatan

ilmu keselamatan dan mengaplikasikannya, sehingga mampu memahami bahaya keselamatan secara menyeluruh dan melakukan pencegahan dengan cara terbaik [2].

Patient safety dalam perawatan kesehatan perlu adanya pengembangan dan inovasi melalui berbagai penelitian dasar dan terapan dengan melakukan kolaborasi lintas tim transdisiplin. Hal ini mampu menghasilkan terobosan baru dalam mendukung kualitas perawatan [1] [18].



Gambar 18. Model Serah Terima
Post Operasi - ICU

Kemajuan ilmu keselamatan dapat dilakukan dengan bermitra diluar disiplin ilmu perawatan kesehatan. Penelitian Catchpole et al., terkait pengembangan standar prosedur operasional serah terima pasien post operasi ke ICU yang berkolaborasi dengan tim balap formula 1 dan kapten pelatihan penerbangan untuk melakukan pengukuran pada kesalahan dan kelalaian informasi, kerja tim dan durasi serah terima pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi serah terima pasien dengan model *formula 1 pit stop* mampu menurunkan kesalahan dan kerja tim yang lebih baik, sehingga meningkatkan *patient safety* dalam bidang kedokteran [19].

Penelitian lain menjelaskan bahwa kolaborasi antara departemen dalam perawatan pasien (*Chronic Care Coordination, Clinical Pharmacy Call Center* dan asuhan berkelanjutan, *Kaiser Permanente Colorado*) menciptakan program transisi perawatan yang lebih aman dan berkualitas [20]. Selain itu terdapat banyak forum lintas disiplin dan berkolaborasi untuk meningkatkan kesehatan terutama terkait *patient safety* [21,22].

NPSF menjelaskan bahwa upaya meningkatkan *patient safety* melalui penelitian dan ilmu implementasi [2] meliputi:

- a. Memberikan dukungan dalam kolaborasi antara peneliti *patient safety* dengan ilmu keselamatan dalam bidang industri atau sektor lain
- b. Mengidentifikasi dan menyediakan sumber dana yang berkelanjutan untuk penelitian keselamatan dan implementasinya.
- c. Memperluas program sarjana keselamatan khususnya perawatan kesehatan untuk melatih peneliti dalam keahlian ilmu keselamatan dan para pemimpin operasional serta implementasinya.

- d. Mendorong organisasi yang berhasil dalam menerapkan inovasi keselamatan untuk membangun laboratorium pembelajaran dan kolaborasi untuk menyebarkan hasil inovasi ke organisasi lain.

5. Keamanan Di Seluruh Rangkaian Perawatan.

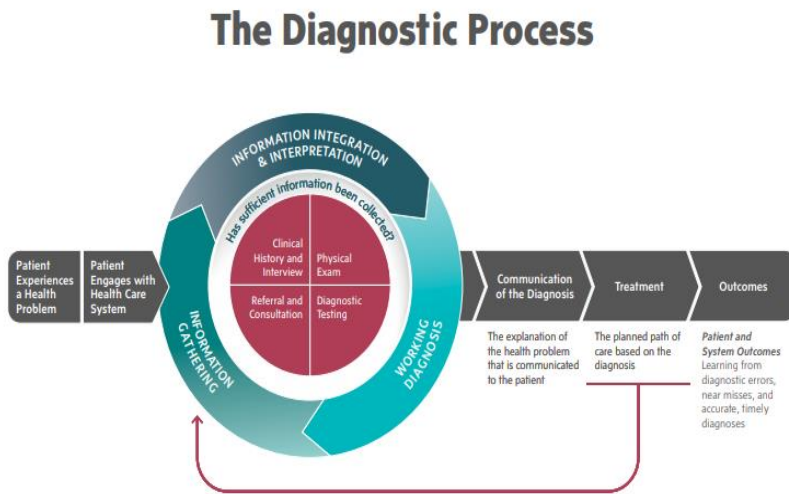
Pasien layak mendapatkan perawatan yang aman disetiap layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan membutuhkan alat, proses, dan struktur yang baik dalam upaya memberikan perawatan yang aman, serta mengevaluasi keselamatan perawatan diseluruh layanan kesehatan dalam organisasi [2]. Pasien memiliki resiko keselamatan di setiap lini perawatan baik layanan rawat inap mau rawat jalan [23].

Tipe *human error* berbeda disetiap layanan kesehatan seperti di rawat inap sebagian besar kesalahan dalam bentuk perawatan sedangkan di rawat jalan dapat berupa kesalahan diagnostik yang mengarah pada kegiatan malpraktik [24]. Hasil data penelitian nasional Perancis menunjukkan bahwa insiden keselamatan di perawatan primen sebagian besar karena kesalahan dalam proses perawatan kesehatan (kesalahan dalam pemberian obat) dan kesalahan terkait pengeahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan (kesalahan diagnosa dan mengelola perawatan pasien) [25].

Kesalahan yang sering kali terjadi salah satunya kesalahan diagnosa pada pasien, hal ini karena kurangnya kolaborasi, komunikasi yang tidak efektif antara dokter, pasien dan keluarga, sistem kerja perawatan tidak dirancang dengan baik untuk mendukung proses diagnostik, umpan balik terbatas untuk dokter dalam melakukan diagnostik dan lain-lain [26]. Komunikasi dokter pasien memiliki hubungan dengan kepuasan pasien [27]. Kolaborasi antar tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan

pasien di Rumah Sakit dapat meningkatkan kepuasan tenaga kesehatan itu sendiri dan kepuasan pasien [28].

Berikut contoh proses diagnostik untuk meminimalkan kesalahan dalam perawatan pasien.



Gambar 19. Proses Diagnostik Untuk Meminimalkan Kesalahan

NPSF mengemukakan bahwa dalam upaya peningkatan *patient safety* dalam perawatan kesehatan [2], yaitu melakukan penelitian keselamatan pasien di seluruh lapisan perawatan baik perawatan primer, praktik khusus, pusat bedah, rawat jalan, pusat dialisis, panti jompo, dan lain-lain, sehingga mampu memahami kesalahan perawatan dimasing-masing lapisan perawatan kesehatan. Selain itu, perlu adanya peningkatan infrastruktur di seluruh rangkaian perawatan (ahli keselamatan, mekanisme pelaporan seperti IT kesehatan, kolaborasi antar profesi atau dengan peneliti keselamatan) untuk mengidentifikasi dan menerapkan perawatan terbaik dalam upaya meningkatkan *patient safety* [26].

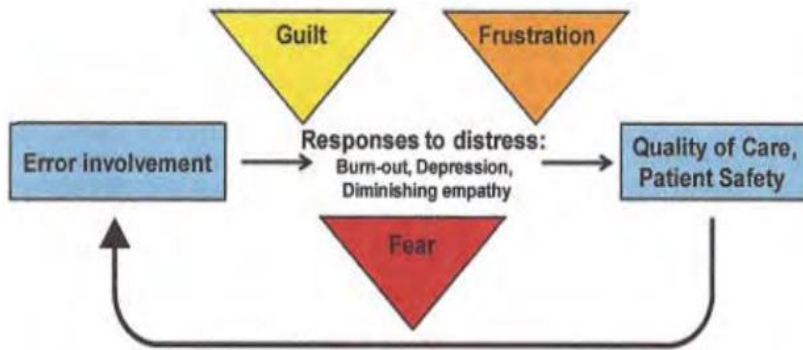
6. Mendukung Petugas Kesehatan.

Keselamatan petugas kesehatan, moral dan kesejahteraan diperlukan dalam memberikan perawatan kesehatan yang aman bagi pasien, sehingga membutuhkan dukungan yang mampu memenuhi tugasnya sebagai penyembuh pasien [2]. Hal ini karena setiap staf baik dari pendukung hingga perawatan berpotensi mempengaruhi keselamatan pasien dan karyawan itu sendiri [29].

Menciptakan budaya keselamatan pada seluruh staf atau karyawan dapat melalui pengembangan kebijakan manajemen [29]:

- a. Pengakuan atas kinerja staf dapat berupa penghargaan, dan insentif. Penelitian yang dilakukan di 40 Rumah Sakit Islam menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara mutu dengan *Key Performance Indikator* [30].
- b. Kinerja staf dilakukan pengukuran dan mengkomunikasikan hasil yang dicapai dengan memberikan *reward*.
- c. Dukungan diberikan secara berkelanjutan dengan penguatan, umpan balik, penilaian dan pelatihan sebagai upaya mempertahankan kinerja staf. Hal ini mampu mendorong staf dalam berpartisipasi dalam meningkatkan perawatan aman

Lucian Leape Institute mengemukakan bahwa dukungan dapat diberikan dalam bentuk perhatian baik secara fisik maupun emosional [31] kepada staf berisiko terhadap cedera fisik dan cedera emosional, seperti intimidasi, pelecehan verbal, kelelahan, dan sebagainya yang dapat berdampak negatif dalam perawatan *patient safety*. Berikut siklus kesalahan yang berdampak pada kualitas dan *patient safety* [32].



Gambar 20. Siklus Timbal Balik Keterlibatan Kesalahan, Tekanan Emosional yang Berdampak pada Kesalahan Di Masa Mendatang

Dukungan fisik pada staf atau karyawan yang berisiko terhadap keselamatan dapat berupa peningkatan pendidikan staf, prosedur yang mendukung pencegahan cedera, pelaporan yang efektif, dan sistematis serta survei staf secara berkala [33], selain itu pemberian vaksinasi untuk setiap staf yang berpotensi terpapar penyakit [34], sedangkan dukungan emosional dapat berupa [29,35,36]:

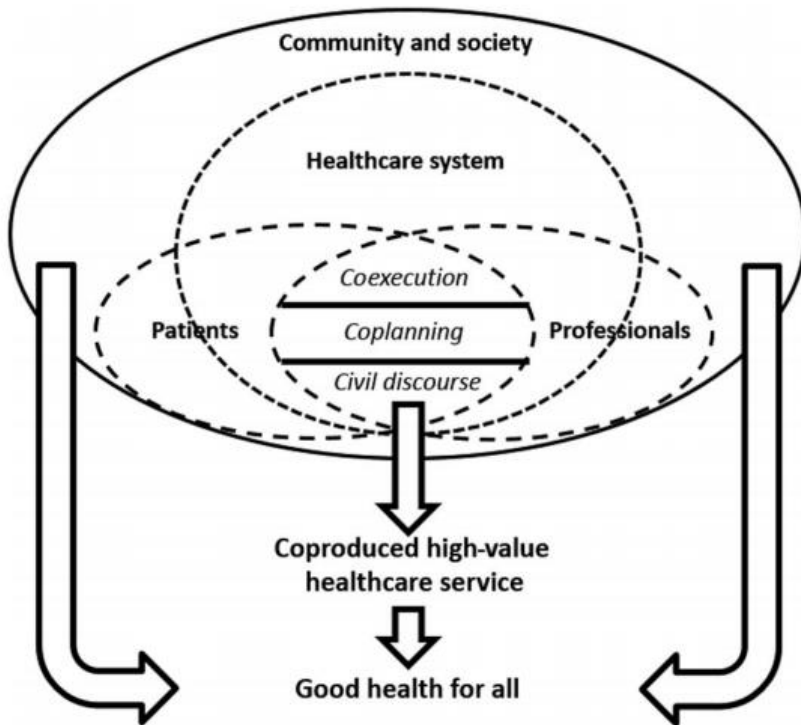
- a. Manajemen shift kerja dengan menghilangkan jam lembur
- b. Manajemen kelelahan (adanya percakapan dengan orang lain, mengkonsumsi kafein atau tidur sebentar)
- c. Menyediakan ruangan istirahat yang nyaman untuk staf

7. Bermitra dengan Pasien dan Keluarga untuk Perawatan yang Aman.

Pasien dan keluarga terlibat dalam semua perawatan kesehatan [2]. Keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan dilakukan secara kemitraan, komunikasi, pertukaran informasi terkait kondisi pasien dan penghormatan terhadap keputusan terhadap kesehatan pasien [37]. Sistem perawatan

kesehatan yang melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan, mampu meningkatkan layanan kesehatan khususnya *patient safety* [38].

Proses perawatan dengan mendengarkan dan menggunakan pengetahuan pasien mampu meningkatkan kesadaran pasien dan keluarga terkait adanya ancaman keselamatan selama perawatan [39]. Berikut model konseptual layanan kesehatan terkait kemitraan antara pasien dan profesional.



Gambar 21. Model Konseptual Layanan Kesehatan

Model layanan kesehatan di atas menunjukkan adanya hubungan interaksi antara pasien dan profesional/ tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan di komunitas dan lembaga.

Proses perawatan dilakukan berdasarkan saling kepercayaan untuk mencapai tujuan bersama, perencanaan, dan interaksi dengan komunikasi efektif, sehingga menghasilkan perawatan layanan kesehatan yang bernilai tinggi dengan *outcome* kesehatan yang baik untuk seluruh masyarakat [39].

National Patient Safety Foundation's dan Lucian Leape Institute merekomendasikan untuk setiap orang yang berkontribusi dalam perawatan kesehatan sebagai upaya memfasilitasi kemitraan yang lebih produktif [38] yaitu:

- a. Pemimpin sistem layanan kesehatan
 - 1) Membangun keterlibatan pasien dan keluarga yang menjadi bagian inti dari perawatan dalam organisasi
 - 2) Melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra yang setara dalam perawatan kesehatan
 - 3) Bermitra dengan komunitas dalam rangka meningkatkan kesadaran dan keterlibatan masyarakat
- b. Dokter dan staf perawatan
 - 1) Memberikan informasi dan alat untuk mendukung keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan pasien
 - 2) Melibatkan pasien sebagai mitra yang setara dalam perawatan dan meningkatkan keselamatan
 - 3) Memberikan informasi jelas, permintaan maaf, dan memberikan dukungan baik kepada pasien maupun keluarga ketika perawatan tidak berjalan sesuai dengan tujuan bersama
- c. Pembuat kebijakan perawatan kesehatan
 - 1) Melibatkan pasien dalam membuat kebijakan dan program
 - 2) Mengembangkan, menerapkan, dan melaporkan keselamatan sebagai upaya transparansi, akuntabilitas, dan peningkatan

- 3) Melibatkan pasien dalam pengaturan dan kegiatan penelitian
- d. Pasien, keluarga dan masyarakat
- 1) Menanyakan tentang risiko dan manfaat dari rekomendasi hingga memahami jawab
 - 2) Pasien tidak datang ke layanan kesehatan sendiri
 - 3) Selalu mengetahui kenapa dan bagaimana mengambil obat dan namanya
 - 4) Mengetahui rencana tindakan dengan jelas
 - 5) Katakan kembali dengan kata-kata sendiri tentang apa yang kamu pikirkan yang kamu dengar dari dokter
 - 6) Menentukan siapa yang bertanggung jawab dalam perawatan pasien

Tantangan dalam layanan kesehatan berbasisi kemitraan [39] diantaranya adalah:

- a. Keanekaragaman pasien, tidak semua pasien bersedia untuk berperan aktif dalam proses perawatannya, sehingga pasien hanya memerlukan tenaga kesehatan untuk meringankan rasa sakitnya daripada melakukan perawatan secara mandiri. Hal ini menjadi masalah tersendiri dalam meningkatkan perawatan yang aman bagi pasien.
- b. Kekuasaan dan tanggung jawab, hal ini dimungkinkan terjadi ketidak inginan untuk berbagi kekuasaan dan tanggung jawab secara adil. Ketika terdapat kesalahan medis dibebankan pada tenaga kesehatan, selain itu pasien yang salah membuat pilihan terkait kesehatannya, maka tenaga kesehatan harus tetap terlibat dan sistem layanan kesehatan harus berfungsi sebagai jarinagn keamanan pasien.
- c. Membiarkan ayunan berayun terlalu jauh, model ini seperti dapat mengurangi keahlian tenaga kesehatan karena tanggung jawab perawatan dilakukan oleh pasien dan keluarga secara

- mandiri. Selain itu, tanggung jawab perawatan secara penuh oleh pasien dapat menghasikan kesehatan yang tidak optimal.
- d. Mengkontekstualisasi standar layanan kesehatan, hal ini dapat mengurangi variasi perawatan layanan kesehatan yang tidak diperlukan dan tidak diinginkan dapat meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien.
 - e. Budaya layanan kesehatan yang resisten, kemitraan antara tenaga kesehatan dan pasien tidak mudah dan memerlukan waktu yang lebih banyak. Pengambilan keputusan bersama sebagai prinsip antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan jarang diaplikasikan dalam perawatan.

8. Memastikan Teknologi yang Aman dan Mengoptimalkan untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien

Teknologi merupakan ilmu terapan. Dalam perawatan kesehatan, teknologi berfungsi untuk memfasilitasi perawatan baik pada pasien dan keluarga. Hal ini sebagai upaya optimalisasi keselamatan dan meminimalkan konsekuensi kesehatan yang tidak diinginkan [2]. IOM menjelaskan bahwa perawatan yang berkualitas harus didukung oleh sistem teknologi yang bertujuan untuk menghasilkan perawatan yang aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan efektif serta adil [40].

Teknologi *patient safety* dalam perawatan memiliki 4 kategori yang berfungsi untuk mendukung perawatan langsung untuk pasien, proses pendokumentasian, memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga, serta mendukung staf yang melakukan perawatan [41]. Contoh teknologi perawata akut dan kritis yang berpotensi untuk meningkatkan perawatan kesehatan yang aman seperti ERH, portal pasien, pertukaran informasi kesehatan, software untuk pendukung perawatan kesehatan [2], pemantauan

disamping tempat tidur, sistem administrasi obat bar-coded (BCMA) dan sistem CPOE [41].

Tekhnologi kesehatan bukan hal yang pasti untuk menghindari kesalahan dalam perawatan, karena teknologi mampu memberikan efek samping negatif dalam perawatan seperti integrasi dan sistem yang tidak kompatibel, kegagalan dukungan peringatan/alarm, kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, informasi yang salah akibat salin, dan tempel data, dan atau kerusakan *software* [42]. Upaya meminimalkan kesalahan penggunaan teknologi dalam perawatan, maka direkomendasikan [2,43,44] sebagai berikut:

- a. Membentuk pusat keselamatan teknologi kesehatan mencakup pemangku kepentingan untuk membaangun tata kelola, sehingga menciptakan sistem pembelajaran teknologi kesehatan yang terintegrasi dan berkelanjutan dengan menghindari duplikasi.
- b. Menggunakan panduan SAFER dalam penggunaan ERH.
- c. Vendor teknologi kesehatan harus mendaftarkan produknya untuk meningkatkan transparansi, mempromosikan keselamatan, dan memfasilitasi pelaporan kesalahan produk.
- d. Menetapkan keamanan kinerja teknologi kesehatan seperti pengujian rutin terhadap teknologi.

Daftar Pustaka

1. Pronovost PJ, Ravitz AD, Stoll RA, Kennedy SB. *Transforming Patient Safety A Sector-Wide Systems Approach*. 2015. World Innovation Summit for Health www.wish.org.qa.
2. NPSF. *Free from Harm Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. 2015. Boston. National Patient Safety Foundation.
3. AHRQ Patient Safety Network (AHRQ PSNet). Culture of Safety | PSNet. 2019. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>. Accessed 18 November 2019.
4. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, Dawson J, Jerzembek G, Martin G, et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:106-115.
5. McKee L, Charles K, Dixon-Woods M, Willars J, Martin G. 'New' and distributed leadership in quality and safety in health care, or 'old' and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(2 Suppl):11-19.
6. Kristensen S, Christensen KB, Jaquet A, Beck CM, Sabroe S, Bartels P, et al. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study. *BMJ Open*. 2016;6(5). doi:10.1136/bmjopen-2015-010180.
7. Williams SN, Pearson SK. *Improving Safety Through Education and Training*. 2016. England. Health Education England.
8. Kristensen S, Bartels P. *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. 2010. Denmark. European Society for Quality in Healthcare www.esqh.net.

9. Dewi A, Agustina D. Budaya keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Pertamina Plaju Palembang. 2018. <http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/22178/12.A.%20NASKAH%20PUBLIKASI%20INDONESIA.pdf?sequence=14&isAllowed=y>.
10. Ohio SPS. Children's Hospitals' Solutions For Patient Safety. 2019. <https://www.solutionsforpatientsafety.org/about-us/ohio-sps/>. Accessed 21 November 2019.
11. Mayer H. Children's hospitals collaborate rather than compete on patient safety. Modern Healthcare. 2019. <https://www.modernhealthcare.com/safety-quality/childrens-hospitals-collaborate-rather-compete-patient-safety>. Accessed 21 November 2019.
12. Lyren A, Coffey M, Shepherd M, Lashutka N, Muething S. We Will Not Compete on Safety: How Children's Hospitals Have Come Together to Hasten Harm Reduction. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2018;1-12.
13. Johnson LS, Shupp JW. Defining Adequate Quality and Safety Metrics for Burn Care. AMA Journal of Ethics. 2018;20(6):567-574.
14. Scanlon MC, Karsh B-T, Saran KA. Risk-Based Patient Safety Metrics. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*. 2008. Rockville (MD). Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43628/>. Accessed 17 January 2020.
15. Podolsky DK, Nagarkar PA, Reed WG, Rohrich RJ. Public Reporting of Patient Safety Metrics: Ready or Not? Plastic and Reconstructive Surgery. 2014;134(6):981e-985e.

16. Tarrago R, Nowak JE, Leonard CS, Payne NR. Reductions in invasive device use and care costs after institution of a daily safety checklist in a pediatric critical care unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2014;40(6):270-278.
17. Beckett RD, Yazdi M, Hanson LJ, Thompson RW. Improving medication safety through the use of metrics. *J Pharm Pract.* 2014;27(1):61-64.
18. AHRQ. Patient Safety Indicators Technical Specifications. 2018.
https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec_ICD10_v2018.aspx. Accessed 16 January 2020.
19. Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth.* 2007;17(5):470-478.
20. McGaw J, Conner DA, Delate TM, Chester EA, Barnes CA. A Multidisciplinary Approach to Transition Care: A Patient Safety Innovation Study. *Perm J.* 2007;11(4):4-9.
21. Berwick DM, Feeley D, Loehrer S. Change from the inside out: health care leaders taking the helm. *JAMA.* 2015;313(17):1707-1708.
22. Boutwell, Jencks A, Nielsen S, Rutherford GA. *State Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) Initiative: Applying early evidence and experience in front-line process improvements to develop a state-based strategy.* 2009. Cambridge. Institute for Healthcare Improvement,.
23. National Center for Health Statistics. Ambulatory Health Care Data. 2020. <https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/index.htm>. Accessed 18 January 2020.

24. Gandhi TK, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med*. 2010;363(11):1001-1003.
25. Michel P, Brami J, Chanelière M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al. Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS One*. 2017;12(2). doi:10.1371/journal.pone.0165455.
26. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Improving Diagnosis in Health Care*. 2015. Washington, DC. The National Academies Press <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2015/Improving-Diagnosis-in-Healthcare.aspx>. Accessed 19 January 2020.
27. Dewi A. Kepuasan Pasien terhadap Komunikasi Dokter Pasien di Puskesmas. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 2016;9(2):37-45.
28. Dewi A, Indrian R, Jenie IM. Implementation of Case Management for Quality Improvement at Purwokerto Islamic Hospital | International Conference on Public Health. The 4th International Conference on Public Health. 2018. http://theicph.com/en_US/id_ID/2018/09/22/implementation-of-case-management-for-quality-improvement-at-purwokerto-islamic-hospital/. Accessed 27 February 2020.
29. The Joint Commission. *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. 2012. USA. The Joint Commission.
30. Dewi A, Wijaya AS, Sukardi FE. Hubungan Mutu, Indikator Kinerja Kunci, Dan Kinerja Pelayanan Rumah Sakit (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Aumakes). *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2013;2(2). <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/961>. Accessed 27 February 2020.

31. Lucian Leape Institute. *Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning, and Safer Health Care*. 2013. Boston. National Patient Safety Foundation <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Through-the-Eyes-of-the-Workforce-Creating-Joy-Meaning-and-Safer-Health-Care.aspx>. Accessed 19 January 2020.
32. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(1-2):9-15.
33. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH alert: preventing needlestick injuries in health care settings. 2014. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2000-108/default.html>. Accessed 20 January 2020.
34. NIOSH. *Delivering on the Nation's promise: safety and health at work for all people through research and prevention*. 2009. DHHS (NIOSH) www.cdc.gov/niosh.
35. Scott LD, Hofmeister N, Rogness N, Rogers AE. Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: a focus group analysis. *J Nurs Adm*. 2010;40(5):233-240.
36. Witkoski A, Dickson VV. Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks. A review from an occupational health nurse perspective. *AAOHN J*. 2010;58(11):489-497; quiz 498-499.
37. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):509-517.
38. NPSF, LLI. Safety Is Personal: Partnering With Patients and Families for the Safest Care. | PSNet. 2014.

<https://psnet.ahrq.gov/issue/safety-personal-partnering-patients-and-families-safest-care>. Accessed 20 January 2020.

39. McCannon J, Berwick DM. A new frontier in patient safety. *JAMA*. 2011;305(21):2221-2222.
40. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001. Washington (DC). National Academies Press (US) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>. Accessed 21 January 2020.
41. Henneman EA. Patient safety and technology. *AACN Adv Crit Care*. 2009;20(2):128-132.
42. Graber ML, Siegal D, Riah H, Johnston D, Kenyon K. Electronic Health Record-Related Events in Medical Malpractice Claims. *J Patient Saf*. 2019;15(2):77-85.
43. FDASIA. *FDASIA Health IT Report: Proposed Strategy and Recommendations for a Risk-Based Framework*. 2014. Washington, DC. Food and Drug Administration, Federal Communications Commission, The Office of the National Coordinator for Health Information Technology https://www.healthit.gov/sites/default/files/fdasia_healthitreport_final.pdf.
44. Sittig DF, Ash JS, Singh H. The SAFER guides: empowering organizations to improve the safety and effectiveness of electronic health records. *Am J Manag Care*. 2014;20(5):418-423.

CATATAN :

Indeks

Aborsi 1, 21, 72

Adab 18, 24, 40

Aib 18

AIK 8, 11, 14

Akad vii, 28, 29, 32

Akhlaq 13, 14, 17, 19, 29, 30

Akhlaqul Karimah 13, 77, 78,
79, 83

Akreditasi ii, iii, 2, 3, 7, 26,
128

AL-Qur'an 10, 12, 13, 14, 20,
31, 37, 40, 82

Amanah 11, 77, 78, 79, 83

Amenore Laktasi 21

Antenatal 20, 81

APD 131

Asesmen 2, 19, 90

ASI Eksklusif 20, 21, 41

Assunnah 10

Audit 105, 106, 110

AUK 10, 11

AUMKES 10

Aurat 1, 3, 17, 18, 19, 33, 35,
71, 81, 82

Autopsy 26

Aqidah 17, 19, 20, 29, 35, 46

Aqiqah 21

Aviator 146

Baitul Arqam 11, 14

Bank Sperma 1, 72

Briefing 115, 125

BBL 20

Bimbingan Rohani 16, 17, 19,
22, 36

Bimbingan Shalat 29, 39

Bimbingan Spiritual 4, 81

Bio-psiko-sosial 48

Bio-psiko-sosial-kultural ii

Bio-psiko-sosial-spiritual i, 48,
55, 74

Bio-psiko-spiritual 36

Blaming Culture 3, 127

Budaya ii, iii, vi, 2, 3, 20, 38,
54, 55, 56, 58, 59, 60,
73, 78, 83, 88, 89, 90,
91, 93, 99, 101, 102,
104, 109, 114, 124,
129, 130, 133, 142,
143, 144, 145, 146,
148, 156, 161

Bureaucratic 99

Centre of Excellence 26

Civitas 8, 15, 16, 74

Core Network 146

Cost Effective 23

Cross-gender 3, 80

Culture vi, vii, ix, 3, 89, 90, 91,
92, 93, 94, 99, 100,
101, 122, 124, 125,
127, 129, 132, 133,
142, 144

Dakwah 13, 28, 29, 77

Dakwah Amar Ma'ruf 77

Darul Arqam 11, 14

Dewan Pengawas Syariah
(DPS) 27

Dewan Penasihat Syariah 80

Dhuha 14

Diagnosa 18, 51, 154

Diagnostik 50, 154, 155

Discovery 146

Diskriminasi 58

Double Job 129

Dress Code 20

DSN MUI 27, 33

ECO Efficiency 16

Edukasi vii, 20, 33, 40, 41, 43
44, 73

Eksperimen 146

Emergency 24, 35, 82

Emosional ix, 50, 54, 156, 157,

Empati 38, 40, 48, 51, 54

ERH 161, 162

Error 93, 109, 129, 145, 150,
154

Euthanasia 23

Explorer 147

Faktorial 146

Fardhu Kifayah 25

Fasilitas iii, 14, 15, 16, 17, 26,
30, 31, 39, 40, 54, 55,
58, 59, 81, 82, 99, 130,
145, 159, 161, 162,

Fathonah 77, 78, 79, 83

Fatwa 10, 24, 26,

Fisik-psiko-sosial-spiritual
19,82

Fiqih vii, 21, 29, 30, 31, 33, 39,
43

Fiqih Darah 29, 33, 39

Fiqih Haid 21

Framework vi, ix, 8, 9, 99, 100,
144

Generative 99

Gender vii, 1, 3, 16, 18, 19, 20,
31, 32, 33, 35, 44, 47,
57, 59, 60, 72, 80, 81

Global 142, 147

Good Performance 143

Google Docs 76

Hadits 12

Halal 3, 4, 23, 24, 30, 31, 33,
34, 79, 80, 81, 82,

Hand Hygiene 37

Handover 132

Haram 34, 36, 82

Hifzh Al-Din 26, 33

Hifzh 'Aql 26, 39

Hifzh Al-Mal 26, 42

Hifzh Al-Nafs 26, 36

Hifzh Al-Nasl 26, 41

High Alert Medication 129

Hijab vii, 29, 33, 35, 39, 43,
45, 59, 60, 81

Hikmah 1, 72

Holistik i, ii, 2, 7, 48, 51, 55,
74, 79

Hospice Friendly Hospitals
Programme 21

Hospital Channel 25

Hospital Survey on Patient Safety
Culture (HSPSC) vi, vii, 93, 94,
144

Human Error 109, 150, 154

Husnul Khotimah 23, 82

ICU ix, 82, 122, 152, 153

Ijma' 12

Ikhlas 17, 19, 22, 77, 78, 79,
83

Ikhtilat 17, 18, 19, 35, 44, 47,

Iklim 122, 130,

Iman 7, 37, 44, 77, 78, 79, 83,

IMD 21

Implementasi i, iii, v, vi, vii, ix,
2, 28, 29, 30, 37,
52, 58, 71, 74,
79, 83, 104,
125, 126, 127,
128, 129, 130,
131, 132, 141,
142, 150, 153

Imunisasi 21, 25

Infaq 12

Inform concent 24, 34

Inovasi 73, 77, 78, 79, 83, 143,
149, 151, 154,

Insentif 146, 149, 156

- Insiden 2, 90, 92, 107, 109,
110, 111, 112, 114,
117, 118, 119, 125,
127, 131, 133, 154
- Integritas 11
- Interdisiplin 52
- Islam i, iii, iv, v, vii, ix, 1, 2, 3,
7, 8, 10, 12, 13, 15, 16,
17, 18, 19, 20, 21, 24, 25,
26, 27, 29, 31, 33, 34, 36,
39, 41, 55, 58, 60, 71, 72,
73, 74, 75, 76, 77, 78, 79,
80, 81, 82, 83, 156
- Islami i, ii, iii, v, vii, ix, 1, 7, 8,
9, 10, 12, 13, 15, 19, 20,
26, 30, 32, 33, 39, 40, 41,
44, 54, 71, 72, 73, 74, 75,
76, 77, 78, 79, 80, 81, 83
- Islamic Antenatal Class* 81
- Islamic Friendly Hospital* 1, 72,
- Islamic Worldview* 127
- J**
Joint Commission International
(JCI) 7
- K**
Kader 10, 11, 77, 78
- Kaligrafi 15, 31
- Korporasi 25
- KARS 7
- Kemitraan 50, 145, 146, 147,
157, 158, 159, 160,
161
- Kehamilan 20, 21, 41
- Keluarga Berencana (KB) 21,
41
- Keluarga Sakinah 25
- Khatam 14
- Kiblat 15, 31, 81
- Klinis 1, 2, 12, 37, 48, 72, 92,
122
- Kode Etik 28, 30
- Kognitif 37
- Kohort 146
- Komite fatwa 10, 24
- Komite Syariah 27, 29, 30
- Komunitas 55, 158, 159
- Kontrasepsi ix, 21, 22, 25, 41
- Kolaborasi 49, 52, 120, 124,
143, 145, 146, 148,
151, 153, 154, 155
- Kualitas i, 1, 3, 7, 8, 12, 13, 15,
16, 30, 32, 37, 40, 49,
50, 52, 58, 72, 73, 80,
81, 83, 89, 91, 93, 131,
141, 143, 145, 148,
149, 151, 153, 156
- Kualitatif 3
- Kuantitatif 3

LASA 130

Laundry 31, 82

LAZISMU 12, 13

Madya 3

Maintenance 29

Majlis Tarjih 10

Manajemen i, ii, iii, v, ix, 7, 8,
10, 11, 13, 15, 20,
26, 27, 29, 30, 31,
32, 37, 38, 40, 49,
54, 81, 82, 90, 104,
107, 115, 117, 118,
122, 124, 127, 128,
129, 131, 133, 142,
144, 156, 157

*Manchester Patient Safety
Assessment Framework (MaPSaF)*
vi, 99, 100, 101, 102, 132, 133,
144

Mandatory Training vii, 29, 33,
39, 43

Maslahah 26

Maternal 41

Matrik vi, 141, 148

Maqashid Syariah 33

Medical Error 93, 145

Mind body 37

Model Planetree 51

MOP 21

MOW 21

Mu'amalah 17, 19

Mubaligh 14

Mubalighat 14

Mufakat 39

Muhammadiyah iii, iv, v, viii,
7, 8, 10, 11,
12, 13, 14,
26, 94, 127

Muhammadiyah-'Aisyiyah 7, 8,
9, 26

MUI 10, 27, 33, 34

MUKISI iii, v, 8, 26, 33

Muraqaba 37

Mutu Pelayanan 13, 31, 32,
104

Near Miss 110, 111, 112

Networking 26

Nifas 21

Nilai-Nilai Agama 54

Nilai-Nilai Pasien 48, 51, 54,
58

Nilai-Nilai Islam i, iv, 1, 2, 10,
14, 27, 28,
29, 36, 71,
73, 74, 78, 79

Nilai-Nilai Syariah 42, 46, 83

Non-Finansial 149

Non-Halal 24

- Non-Klinis 2, 12
- Non-Malefisiensi 72
- Non-Verbal 57
- Non-Verbal Afiliatif 57
- Norma 28, 91, 142,
- Not for Profit* 13
- O***utsourcing* 12
- Operasional vii, 1, 3, 27, 28,
29, 72, 78, 79,
80, 83, 145, 153
- Operasi Elektif vii, 33, 46
- Orbiting 147
- Organisasi iii, 1, 2, 10, 14, 27,
50, 71, 74, 78, 80,
89, 90, 91, 93, 99,
101, 107, 109, 112,
119, 124, 142, 143,
144, 145, 148, 149,
154, 159
- Outcome* ix, 89, 122, 159
- P***athological* 99
- Patient Centered Care (PCC)* v,
ix, 7, 48, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 55, 56,
57, 58, 59
- Patient Culture* 99
- Patient Safety* ii, iii, vi, vii, viii,
ix, 2, 3, 7, 31, 32,
52, 72, 88, 89,
90, 91, 92, 93,
94, 99, 102, 122,
124, 125, 126,
127, 128, 127,
128, 129, 130,
131, 132, 133,
141, 142, 143,
144, 145, 146,
148, 149, 150,
151, 153, 155,
156, 158, 159,
161
- Patient Safety Culture* vi, vii, ix,
3, 88, 89, 90, 91,
92, 93, 94, 99,
122, 124, 125,
126, 127, 129,
130, 131, 132,
133, 144
- Patient Safety Incident* 7, 72
- Patient Safety System* vi, 141,
142
- Pembinaan Umat 28
- Penjagaan privasi 18
- Performance 14, 29, 30, 143,
156
- Performance Appraisal* 29, 30

- Pelatihan 10, 14, 26, 39, 40,
52, 55, 56, 57, 73,
109, 113, 118, 119,
124, 125, 127, 128,
129, 153, 156
- Perinatal 41
- Perkaderan 11
- Persalinan 20, 41
- Person Focused Care* ix, 49
- Persyarikatan 10, 11, 13, 14,
26
- Pioneer* 146
- PKRS 25, 44
- Portofolio 148
- Post Operasi ix, 152, 153
- Preventif 55
- Primary Care* 100
- Prinsip Hukum 26
- Prinsip Syariah 1, 2, 3, 8, 27,
29, 30, 32, 41,
71, 72, 73, 74,
78, 79, 80, 81,
82, 83
- Proactive* 99
- Promosi Kesehatan 25
- Protokol 104
- PRSMA 16
- Psikologis 18, 48
- Psikometrik 93
- Psiko-spiritual 2, 3, 17, 33, 34,
36, 79
- Punishment 30
- Purna tugas 13
- Puskesmas iii, 2
- Q***uality Management System*
80
- R***ear time* 149
- Reactive 99
- Regulasi 26
- Rekrutmen 13, 29
- Reliabilitas 101, 146
- Religius ii, 72
- Religiusitas 1, 19, 71
- Reminder System* 16
- Renumerasi 15
- Reporting Culture* 3
- Responsif 48
- Reward* 30, 156
- Riba 12
- Rishwah II: 12, 23, 30
- RSMA v, ix, 8, 9, 10, 11, 13,
14, 15, 16, 18, 19, 20,
21, 22, 23, 24, 25, 26
- Rumah Sakit Syariah v, ix, 1,
26, 27, 28, 29,
30, 31, 32, 33,
34, 42, 46, 71
- Ruqyah 35

Safer 162

Safety i, ii, iii, vi, vii, viii, ix, 2, 3, 7, 31, 32, 52, 72, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 101, 102, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 141, 142, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 153, 155, 156, 158, 159, 161

Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) vi, 122, 144

Safety Culture iii, vi, vii, ix, 3, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 99, 100, 101, 122, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 141, 142, 144

Safety learning 3

SBAR 124, 132

Sakaratul Maut vii, 23, 32, 46, 82

Self Efficacy 73

Sertifikasi 7, 24, 26, 31, 33, 82

Sertifikasi Islami 26

Sumber Daya Insani (SDI) v, 13, 14, 28, 29

Silaturahmi 13, 77, 78, 79, 83

SIRMAS 8

Sistem Rujukan 26

Shalat vii, 1, 3, 13, 14, 16, 29, 31, 32, 33, 35, 39, 46, 47

Shariah Advisory Council 80

Shariah Compliant Hospital (SCH) 1, 71,

Shariah Compliance Officer (SCO) 20, 81

Shodaqah 12

Sidiq 77, 78, 79, 83,

Simpati 40

Software 161, 162

Solutions for Patient Safety (SPS) 145, 146, 147

SPI 12

Spiritual iii, 1, 2, 3, 4, 8, 14, 17, 19, 20, 23, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 53, 54, 72, 74, 79, 81, 82

Spiritual Care 14

Spiritualitas 3

Spiritual Patient Care Assesment 81

Standar Operasional Prosedur (SOP) 1, 22, 27, 29, 33, 72, 82, 104, 105, 124, 128, 129, 130, 131, 132

Supply Induced Demand 13

Surgical Safety Checklist 130

Syariah iii, v, vii, ix, 1, 2, 3, 8,
12, 22, 26, 27, 28, 29,
30, 31, 32, 33, 34, 35,
36, 37, 38, 39, 41, 42,
43, 44, 45, 46, 47, 71,
72, 73, 74, 77, 78, 79,
80, 81, 82, 83

Tabdzir 16

Tabligh 77, 78, 79, 83

Tafhimul Qur'an 14

Tahajud 14

Talqin 23, 29, 33, 39, 46

Tayamum 29, 33, 39, 81

Teknologi vi, 1, 72, 80, 141,
149, 161, 162

Terakreditasi 2, 3

Terapeutik 48, 49, 51

Terapi 24, 34, 37, 48, 54, 82

Terminasi 13

Thaharah 31, 37

Thayyibah 23

Tilawah 82

Tools iii, vi, 2, 88, 93, 144

Training vii, 3, 11, 29, 33, 39,
43, 59, 80, 92, 144

Transgender 1, 72

Transparan 39, 159, 162

Urgensi 90

Valid 93, 148, 149

Validasi 101

Visioner 11

Web site 75

Welas Asih 1, 72

Wudhu 16, 81

Zakat 12

ZIS 12, 14, 15, 32

Glosarium

AIK. Al Islam dan Kemuhammadiyah yang ditunjukkan dalam pemahaman tentang kompetensi dasar keislaman dan ideologi Muhammadiyah.

Akhlaq. Perilaku manusia.

Amanah. Tindakan yang menjadikan seseorang dipercaya untuk mengemban tugas.

Assunnah atau Hadits. Sabda Nabi Muhammad SWA baik perkataan, perbuatan, ketetapan dan persetujuan yang dijadikan sebagai landasan menjalankan agama Islam.

Aqidah. Suatu keyakinan yang kuat dalam hati seseorang dalam beragama.

Aqiqah. Suatu kegiatan sebagai upaya rasa syukur atas kelahiran bayi yang ditunjukkan dengan pengembelian kambing sesuai dengan ketentuan agama Islam

Aviator. Salah satu fase dalam upaya mengurangi kondisi bahaya di rumah Sakit. Fase ini dilakukanya pengukuran dan evaluasi sehingga menghasilkan upaya yang reliabel ditunjukkan dengan menurunnya tindakan yang membahayakan pasien.

Baitul Arqam. Kegiatan Muhammadiyah sebagai upaya peningkatan wawasan dan pengetahuan ideologi keislaman dan

kepemimpinan yang bertujuan untuk mencapai misi organisasi.

Blaming Culture. Budaya menyalahkan orang lain yang ditandai dengan ketidak inginan mengambil tanggung jawab atas kesalahannya karena takut dengan kritikan atau tuntutan.

Bureaucratic. Sistem untuk mengelola keselamatan pasien dalam tingkatan budaya keselamatan pasien.

Centre of Excellence. Pelayanan kesehatan yang unggul dengan mengkombinasikan kompetensi SDM, teknologi dan komitmen bersama untuk mencapai tujuan terbaik.

Cross-gender. Jenis kelamin yang berbeda sinonim dari transgender dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Dakwah Amar Ma'ruf. Gerakan Islam yang menyeru pada kebaikan berlandaskan Al-Qur'an dan hadits sebagai tujuan organisasi Islam yaitu Muhammadiyah.

Fardhu Kifayah. Status hukum dalam aktifitas agama Islam yang wajib dilakukan, namun akan gugur jika aktifitas tersebut telah dilakukan orang lain.

Fathonah. Salah satu sifat Nabi Muhammad yaitu cerdas untuk menyeru manusia dalam kebaikan.

Fatwa. Pendapat yang dikemukakan oleh ulama tentang suatu masalah.

Fiqh. Ilmu yang mempelajari hukum Islam dan bersifat amaliyah yang didasarkan pada Al-Qur'an dan hadits.

Halal. Segala kegiatan atau objek yang diperbolehkan untuk dilakukan dan digunakan dalam agama Islam. Kata ini lebih sering digunakan untuk makanan dan minuman yang diperbolehkan untuk dikonsumsi umat Islam.

Hifzh Al-Din. Penjagaan agama dilakukan dengan menjamin pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan agama Islam baik kebutuhan sehari-hari maupun ibadah.

Hifzh Al-Mal. Penjagaan harta dilakukan dengan pengelolaan keuangan rumah sakit sesuai ajaran Islam.

Hifzh Al-Nafs. Penjagaan jiwa dilakukan dengan memenuhi kebutuhan bio-psiko-spiritual dan sesuai dengan persetujuan pasien.

Hifzh Al-Nasl. Penjagaan keturunan dilakukan dengan penyediaan pelayanan maternal perinatal sesuai dengan prinsip agama Islam.

Hijab. Tata cara berpakaian yang pantas dan menutup aurat sesuai ajaran agama Islam, termasuk menggunakan kerudung.

Ijma'. Kesepakatan ulama atas sebuah perkara setelah wafatnya nabi Muhammad SAW tentang masalah hukum Islam.

Ikhtilath. Campur baur antara laki-laki dan perempuan yang bukan muhrim.

Komite Syariah. Rumah Sakit yang tersertifikasi syariah memiliki komite untuk melakukan penilaian, pengawasan, memberikan rekomendasi dalam pengambilan kebijakan dan tata kelola pelayanan.

LAZISMU. Lembaga zakat tingkat nasional yang berfokus dalam pemberdayaan masyarakat melalui pendayagunaan secara produktif dana zakat, infaq, wakaf dan dana kederewanan baik secara personal, lembaga, perusahaan dan instansi.

Majlis Tarjih. Tempat untuk mencurahkan pikiran secara bersungguh-sungguh (ijtihad) dalam pemikiran keagamaan yang selalu responsif, adaptif, dan akomodatif terhadap perubahan sosial, politik dan ekonomi.

Maslahah. Mengambil manfaat dalam ajaran Islam.

Muqashid Syariah. Tujuan-tujuan dalam bersyariat

Mu'amalah. Suatu hubungan manusia dalam melakukan interaksi sosial sesuai ajaran Islam, karena manusia makhluk sosial.

Muhammadiyah-Aisyiyah. Gerakan Islam dakwah amar ma'ruf nahi munkar dan tajdid bersumber pada Al-Qur'an dan assunnah. Gerakan ini didirikan oleh KH. Ahmad Dahlan untuk memberantas takhayul, bid'ah, khurafat (TBC) di masyarakat.

Muraqaba. Sikap mawas diri sebelum dan selama melakukan perbuatan, karena Allah SWT senantiasa mengawasi hambaNya.

Riba. Menetapkan nilai tambah atau melebihi jumlah pinjaman melebihi yang seharusnya dibayarkan.

Rishwah. Penyuaian untuk memperlancar urusan, baik berupa uang maupun barang.

Ruqyah. Metode pengobatan suatu penyakit dengan membacakan doa dari Al-Qur'an maupun hadits.

Tabdzir. Penggunaan yang berlebihan tidak sesuai dengan kebutuhan.

Tafhimul Qur'an. Metode mempelajari Al-Qur'an dengan cara memahami makna dari ayat-ayat Al-Qur'an.

Talqin. Mengajarkan atau membimbing orang yang hendak meninggal dunia untuk mengucapkan kalimat Allah (*laa ilaha illallah*).

Tayamum. Kegiatan bersuci menggunakan debu sebagai pengganti wudhu, namun harus memenuhi sebab dan syarat tertentu.

Thaharah. Kegiatan membersihkan atau menghilangkan hadas, najis dan kotoran yang dapat menyebabkan tidak sahnya ibadah dengan menggunakan air atau tanah yang bersih.

Tayyibah. Kalimat baik yang berisi tentang ungkapan dzikir kepada Allah SWT.

Welas Asih. Rasa kasih sayang dengan menggabungkan empati dan simpati dalam mengungkapkannya.