STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PATIENT SAFETY
PRODI S1 GIZI UNESA

Tanggal Terbit: 10 Januari 2024

Disetujui dan disahkan oleh	
	
Nama	: Amalia Ruhana, S.P., M.P.H.
Jabatan	: Koordinator Program Studi S1 Gizi

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA
2024

PRODI S1 GIZI FIKK UNESA	**Nomor SOP**	01/1/SOP.GIZI/2024
	Tanggal Pembuatan	5 Januari 2024
	Revisi ke	2
	Tanggal Efektif	10 Januari 2024
	Disahkan oleh	Koordinator Prodi S1 Gizi Unesa Amalia Ruhana, S.P., M.P.H. NIP. 198212232015042001
	Tanggal Pengesahan	10 Januari 2024
Nama SOP		**SOP PATIENT SAFETY PRODI S1 GIZI UNESA**

A. TUJUAN

SOP ini menjadi pedoman penerapan patient safety pada kegiatan pendidikan, praktik lapangan, magang, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, skrining status gizi, pengukuran antropometri, wawancara konsumsi pangan, edukasi gizi, konseling terbimbing, dan kegiatan lain yang melibatkan pasien, klien, responden, atau masyarakat sasaran.

SOP ini bertujuan mencegah cedera, kesalahan tindakan atau komunikasi, pelanggaran privasi, kerugian data, dan risiko lain serta memastikan setiap insiden dilaporkan, ditangani, dievaluasi, dan digunakan untuk perbaikan berkelanjutan.

B. RUANG LINGKUP

SOP berlaku bagi mahasiswa, dosen pembimbing, pembimbing wahana praktik/mitra, koordinator kegiatan, tenaga kependidikan, dan pengelola Program Studi S1 Gizi Unesa. Penerapan mencakup tahap perencanaan, identifikasi dan mitigasi risiko, pembekalan, pelaksanaan, supervisi, pelaporan insiden, penanganan awal, evaluasi, dan dokumentasi.

C. DEFINISI OPERASIONAL

1. **Patient safety**: upaya sistematis untuk mencegah cedera, kerugian, ketidaknyamanan, pelanggaran privasi, atau risiko lain pada pasien, klien, responden, dan masyarakat selama kegiatan akademik.
2. **Risiko keselamatan**: keadaan atau proses yang berpotensi menimbulkan cedera, kesalahan, kerugian, pelanggaran etik, atau gangguan kenyamanan.
3. **Cedera/insiden**: kejadian yang menyebabkan atau berpotensi menyebabkan cedera fisik, psikologis, sosial, etik, kesalahan data, atau pelanggaran privasi.
4. **Wahana praktik/mitra**: rumah sakit, puskesmas, klinik, sekolah, komunitas, institusi, industri, atau lokasi lain tempat kegiatan dilaksanakan.
5. **Tindak lanjut**: penanganan awal, pelaporan, verifikasi, klasifikasi risiko, analisis penyebab, tindakan korektif atau pencegahan, monitoring, dan dokumentasi akhir.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
2. Kebijakan Universitas Negeri Surabaya tentang pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi.

3. Pedoman akademik Universitas Negeri Surabaya dan kebijakan Fakultas/Program Studi mengenai praktik, penelitian, magang, serta pengabdian kepada masyarakat.
4. Peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait kesehatan, keselamatan pasien, etika pelayanan, dan perlindungan data.
5. Ketentuan keselamatan, etika, dan pelaporan insiden pada wahana praktik atau mitra kegiatan.

E. KETENTUAN UMUM

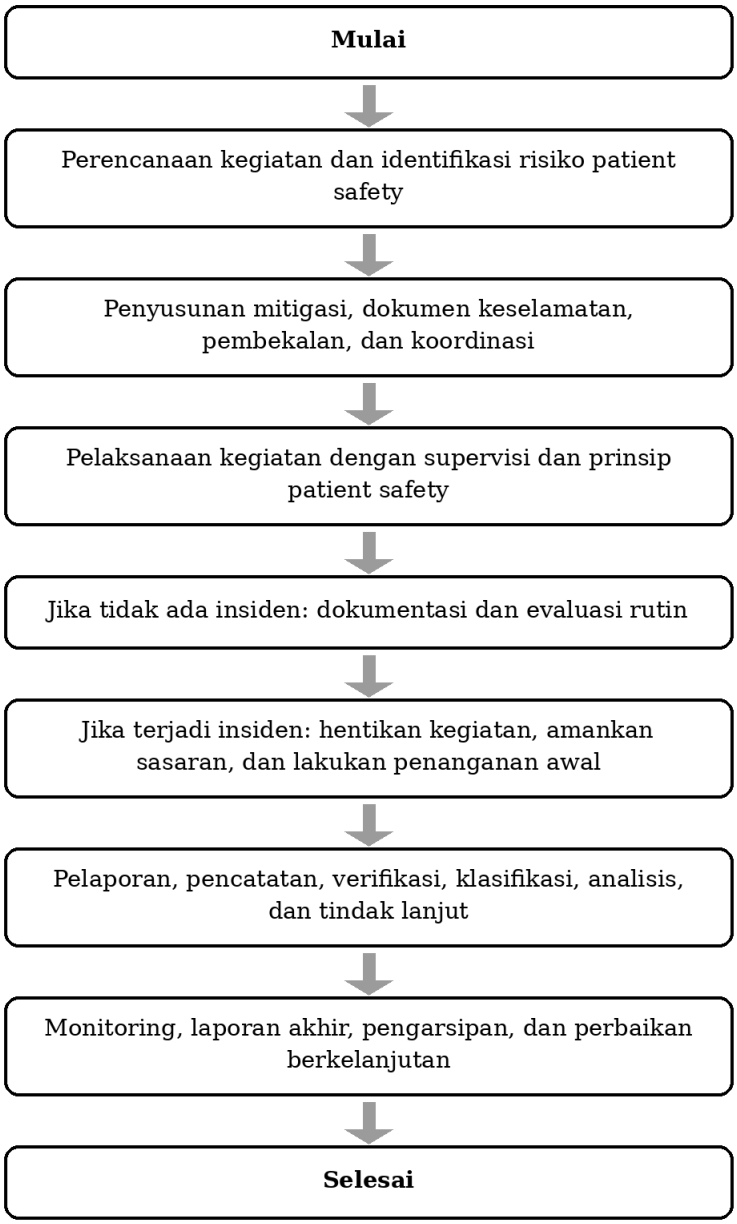
1. Keselamatan pasien, klien, responden, masyarakat, mahasiswa, dan pelaksana menjadi prioritas utama dalam seluruh kegiatan.
2. Mahasiswa wajib bekerja di bawah arahan dosen pembimbing dan/atau pembimbing wahana praktik dan tidak diperkenankan melakukan tindakan di luar kompetensi serta kewenangannya.
3. Setiap kegiatan wajib memperhatikan komunikasi efektif, informed consent bila diperlukan, kenyamanan sasaran, kerahasiaan data, keamanan alat dan bahan, higienitas, serta risiko alergi atau infeksi.
4. Identifikasi risiko dan rencana mitigasi dilakukan sebelum kegiatan serta ditinjau kembali apabila terdapat perubahan lokasi, sasaran, alat, metode, atau kondisi lapangan.
5. Setiap cedera, keluhan, kejadian nyaris cedera, atau insiden wajib segera dilaporkan secara objektif tanpa menyalahkan pihak tertentu.
6. Insiden berat atau sangat berat, risiko etik/hukum, dan pelanggaran privasi serius segera dieskalasikan kepada Koordinator Prodi, Fakultas/Unit terkait, dan wahana praktik sesuai kewenangan.

F. PROSEDUR

1. **Perencanaan kegiatan**: Koordinator kegiatan/dosen menyusun tujuan, sasaran, lokasi, penanggung jawab, kebutuhan alat, metode, dan dokumen keselamatan sebelum kegiatan dimulai.
2. **Identifikasi risiko**: Mahasiswa dan pembimbing mengidentifikasi risiko pengukuran, komunikasi, alergi, infeksi, alat, lingkungan, data, privasi, dan risiko lain yang mungkin terjadi.
3. **Penyusunan mitigasi dan dokumen**: Tim menyiapkan tindakan pencegahan, informed consent bila diperlukan, instrumen, prosedur penggunaan alat, APD, formulir insiden, serta jalur komunikasi darurat.
4. **Pembekalan dan koordinasi**: Dosen memberikan pembekalan tentang batas kewenangan, komunikasi, patient safety, kerahasiaan data, tata tertib, dan mekanisme pelaporan serta berkoordinasi dengan mitra.
5. **Pelaksanaan dan supervisi**: Kegiatan dilaksanakan sesuai rencana dan SOP; dosen/pembimbing wahana melakukan supervisi, validasi tindakan, serta koreksi segera bila ditemukan ketidaksesuaian.
6. **Dokumentasi kegiatan tanpa insiden**: Apabila kegiatan berjalan aman, mahasiswa mencatat pelaksanaan pada logbook/laporan dan pembimbing melakukan evaluasi rutin.
7. **Penghentian kegiatan berisiko**: Apabila terjadi insiden, pelaksana segera menghentikan tindakan yang berisiko, mengamankan pasien/klien/responden, dan mencegah dampak tambahan.
8. **Penanganan awal**: Penanganan awal difasilitasi sesuai kewenangan dan prosedur wahana; tindakan klinis dilakukan oleh tenaga yang berwenang.
9. **Pelaporan dan pencatatan**: Kejadian dilaporkan kepada dosen dan pembimbing wahana pada hari yang sama serta dicatat dalam formulir dan register insiden maksimal 1 x 24 jam.
10. **Verifikasi dan klasifikasi**: Dosen, pembimbing wahana, dan Koordinator Prodi memverifikasi kronologi, dampak, serta faktor penyebab awal dan mengklasifikasikan tingkat insiden paling lambat 1-3 hari kerja.

11. **Penetapan dan pelaksanaan tindak lanjut**: Tindak lanjut disesuaikan dengan tingkat risiko, meliputi koreksi prosedur, pembinaan, koordinasi dengan mitra, penanganan lanjutan, atau eskalasi kepada Fakultas/Unit terkait.
12. **Analisis, monitoring, dan pelaporan akhir**: Tim menganalisis faktor penyebab dan sistem yang berkontribusi, memantau efektivitas perbaikan, menyusun laporan akhir, dan mengarsipkan dokumen paling lambat 14 hari kerja atau sesuai tingkat risiko.

G. DIAGRAM ALIR



Gambar 1. Diagram Alir Sop Patient Safety Prodi S1 Gizi Unesa

H. PETUNJUK SOP

1. SOP ini wajib dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh pelaksana kegiatan yang melibatkan pasien, klien, responden, atau masyarakat.
2. Pembimbing memastikan kegiatan tidak melampaui kewenangan mahasiswa dan seluruh alat, bahan, instrumen, serta media yang digunakan aman dan layak.
3. Data dan identitas pihak yang terlibat dalam insiden dijaga kerahasiaannya dan hanya dapat diakses oleh pihak berwenang.
4. Keberhasilan penerapan ditandai dengan adanya identifikasi risiko sebelum kegiatan, pelaksanaan pembekalan dan supervisi, pelaporan insiden tepat waktu, serta tindak lanjut yang terdokumentasi.
5. Prodi melakukan monitoring dan evaluasi penerapan SOP secara berkala dan menggunakan hasilnya untuk perbaikan pembelajaran serta kegiatan Tridharma.

I. DOKUMEN TERKAIT

1. Pedoman praktik lapangan/magang dan tata tertib wahana praktik.
2. Formulir identifikasi risiko dan rencana mitigasi.
3. Lembar informed consent apabila diperlukan.
4. Formulir laporan insiden dan register insiden keselamatan pasien.
5. Logbook mahasiswa, catatan supervisi, berita acara koordinasi, dan laporan akhir.
6. SOP Evaluasi dan Tindak Lanjut Insiden Keselamatan Pasien.
7. SOP Perlindungan Data dan Kerahasiaan Informasi Responden.

J. REVISI DAN PENYEMPURNAAN SOP

Revisi dan pembaruan SOP ini dapat dilakukan sesuai dengan perubahan kebijakan, hasil monitoring dan evaluasi, kebutuhan program studi, serta temuan dalam pelaksanaan sebagai bagian dari peningkatan mutu berkelanjutan.

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Tim Penyusun SOP Prodi S1 Gizi Unesa	Unit Penjaminan Mutu Prodi S1 Gizi Unesa	Koordinator Prodi S1 Gizi Unesa
		
Choirul Anna N.A., S.Pd.,M.Si. NIP. 197704162003122001	Desty M. Sholikhah, SKM, M.Kes NIP. 199012242023212054	Amalia Ruhana, S.P., M.P.H. NIP. 198212232015042001