

**PANDUAN PENCATATAN DAN
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN
PASIEN (IKP) RUMAH SAKIT SITI
KHODIJAH PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016**

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

NOMOR : 0445/RSSK/SK/III/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN (IKP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang** : a. bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang bertujuan untuk mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil sehingga asuhan pasien di rumah sakit menjadi aman;
- b. bahwa pelaksanaan program keselamatan pasien wajib dilaksanakan di rumah sakit;
- c. bahwa salah satu program dasar keselamatan pasien adalah menekan / menurunkan insiden keselamatan pasien berupa KPC, Sentinel, KTD, KNC, dan KTC;
- d. bahwa untuk maksud pada point (a), (b) dan (c) perlu diterbitkan Surat Keputusan Direktur tentang Pemberlakuan Panduan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat** : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 124/YAI/V/II/2012 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

5. Keputusan Yayasan Al – Irsyad Al – Islamiyyah Pekalongan Nomor : 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
6. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
7. Keputusan Direktur Nomor 0196/RSSK/SK/I/2016 tentang Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
8. Keputusan Direktur Nomor 0087.1/RSKK/SK/I/2016 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
- KESATU : Pencatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dijabarkan dalam Panduan;
- KEDUA : Pemberlakuan Panduan Pencatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dievaluasi setiap tahunnya;

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 3 Maret 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Seluruh Urusan / Instalasi / Unit Kerja
2. Arsip

Lampiran I : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah tentang
Panduan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
(IKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 0445/RSSK/SK/III/2016
Tanggal : 3 Maret 2016

PANDUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada bulan November 1999, *the American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan pasien dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, Institute of Medicine di Amerika Serikat melaporkan: “*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*” yang mengemukakan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/ *Adverse Event*).

Di Indonesia telah diterbitkan beberapa peraturan, diantaranya Undang Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah Sakit, Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Permenkes No. 1691 /Menkes/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien, dan Permenkes No. 251/Menkes/SK/VII/2012 tentang Komite Keselamatan Pasien yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien.

Salah satu program yang menjadi dasar keselamatan pasien adalah menekan/ menurunkan insiden keselamatan pasien beserta KTD/KNC. Maka disusunlah buku ini sebagai panduan dalam rangka menurunkan Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KNC), meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, serta menuntun rumah sakit dalam upaya menyusun Sistem Pelaporan IKP dengan elemen-elemen alur pelaporan, analisis Matrix Grading Resiko, Petunjuk Pengisian Laporan IKP, serta format Formulir Laporan IKP baik internal maupun eksternal ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

B. Tujuan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1. Tujuan Umum :

Menurunnya insiden keselamatan pasien (KTD, KTC, KNC, KPC, dan Kejadian Sentinel) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah.

2. Tujuan Khusus :

a. Melaporkan insiden ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)

- 1) Rumah sakit melaksanakan pelaporan insiden (KTD, KNC, KTC, kejadian sentinel) dan KPC dalam waktu maksimal 2 X 24 Jam.
- 2) Insiden keselamatan pasien dengan band warna biru dilakukan investigasi sederhana maksimal 1 minggu, dan band warna hijau dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu oleh unit insiden terkait.
- 3) Insiden keselamatan pasien dengan Band warna Kuning dan Band warna merah dilakukan tindak lanjut komprehensif/ *Root Cause Analysis* (RCA).
- 4) Mencari faktor penyebab yang dikoreksi atau dihapus supaya tidak terulang insiden yang sama terulang lagi

b. Melaporkan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/ Eksternal

- 1) Pelaporan secara anonim dan tertulis ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit setiap kondisi potensial cedera dan insiden keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi, dan solusinya.
- 2) Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya dilaporkan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (internal)/Pimpinan Rumah Sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Nasional (eksternal) dengan mengisi Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien.

BAB II

DEFINISI

A. Pencatatan dan Pelaporan Insiden

Pencatatan dan Pelaporan Insiden adalah pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera dan insiden yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit. Insiden keselamatan pasien di rumah sakit adalah setiap kejadian yang tidak sengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat di cegah pada pasien, terdiri dari KPC, KNC, KTC, KTD dan *Sentinel Event*.

B. Insiden Keselamatan Pasien

1. KPC/ Kondisi Potensial Cedera (*Reportable circumstance*)

Adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

2. KNC/ Kondisi Nyaris Cedera (*Near miss, Close call*)

Adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

3. KTC/ Kejadian Tidak Cedera (*No harm incident*)

Adalah insiden yang terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.

4. KTD/ Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse event*)

Adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien

5. *Sentinel Event*

Adalah kejadian tak terduga (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

C. Analisis Matrik Resiko

1. Penilaian matriks risiko

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

2. Dampak(*Consequence*)

Penilaian dampak/ akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.

3. Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood*

Penilaian Probabilitas/ Frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

4. Band Risiko

Band Risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah “Bands“ akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

D. Investigasi

1. Investigasi sederhana

Investigasi sederhana adalah proses yang terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian dengan matrix grading biru dan hijau.

2. Investigasi Komprensif/ RCA /*Root Cause Analysis*

Investigasi Komprensif/ RCA /*Root Cause Analysis* adalah suatu proses untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.

E. Fomulir Pelaporan Insiden

1. Laporan Insiden Internal

Laporan Insiden Rumah Sakit (Internal) adalah pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera dan insiden (KNC,KTC,KTD, Kejadian Sentinel) yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.

2. Pelaporan Insiden Eksternal

Laporan insiden keselamatan pasien Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) Nasional (Eksternal) adalah pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kondisi potensial cedera dan insiden (KNC,KTC,KTD, Kejadian Sentinel) keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

BAB III

RUANG LINGKUP

A. Jenis Insiden yang Dilaporkan

1. Kondisi Potensial Cidera (KPC)/ *Reportable Circumstance*

- a. Kejadian potensial cidera harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke komite keselamatan pasien dalam waktu maksimal 2x24 jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan Kondisi Potensial Cidera (KPC).
- b. Kondisi Potensial Cidera (KPC)/ *Reportable Circumstance*, antara lain:
 - 1) Sumber Daya Insani (SDI)
contoh: ICU yang sangat sibuk tetapi jumlah staf kurang.
 - 2) Alat Medis
Contoh: Penempatan *defibrillator stanbay* di IGD ternyata di ketahui bahwa alat tersebut rusak, ventilator di ICU rusak tetapi belum dipakai pasien.
 - 3) Alat non medis
Contoh: tempat tidur tanpa pengaman, oksigen tanpa rantai pengaman dan lain-lain.
 - 4) Obat
Contoh: obat *high alert* di ruangan tanpa label, obat elektrolit *concentrate* tanpa label dan tidak sesuai dengan penempatannya.
 - 5) Bangunan
Contoh: kamar mandi licin, kamar mandi tidak ada tempat pegangan pasien.

2. Kejadian *Near Miss* (Close Call)/Kejadian Nyaris Cidera/ KNC

- a. Kejadian *Near Miss* (Close Call)/ Kejadian Nyaris Cidera (KNC) harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden
- b. Kejadian *Near Miss* (Close Call)/ Kejadian Tidak Cidera (KTD), antara lain: pengobatan, identifikasi, tindakan invasif, diet, transfusi, radiologi, laboratorium
- c. Kejadian *Near Miss* (Close Call) / Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dengan hasil *grading matrix/grading* resiko dengan *bands* biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana.
- d. Kejadian *Near Miss* (Close Call)/Kejadian Nyaris Cidera/ KNC yang

hasil *grading matrix/ grading* resiko dengan *bands* kuning dan merah, dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*).

3. Kejadian Tidak Cidera (KTC)/ *No Harm Incident*

- a. Kejadian tidak cidera (KTC)/ *No Harm Incident* harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden .
- b. Kejadian Tidak Cidera (KTC)/ *No Harm Incident*, antara lain: pengobatan, identifikasi, tindakan invasif, diet, transfusi, radiologi, laboratorium.
- c. Kejadian tidak cidera (KTC)/ *No Harm Incident* dengan hasil *grading matrix/ grading* resiko dengan *bands* biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana.
- d. Kejadian tidak cidera (KTC)/ *No Harm Incident* yang hasil *grading matrix/grading* resiko dengan *bands* kuning dan merah, dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*).

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event*

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden .
- b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* antara lain: reaksi transfusi, efek samping obat yang serius, *significant medical error*, perbedaan signifikan diagnosa pre dan post operasi, *adverse event* atau kecenderungan saat dilakukan sedasi dalam/ anasthesi, kejadian khusus yaitu *outbreak* infeksi (diare, demam berdarah dengue dan campak), kesalahan obat, kasus infeksi nosokomial (plebitis, decubitus, ILO, dll)
- c. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse event* dengan hasil *grading matrix/ grading* resiko dengan *bands* biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* dengan hasil *grading matrix/ grading* resiko dengan *bands* kuning dan merah, dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*).

5. *Sentinel Event*

- a. Kejadian sentinel harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden .
- b. Kejadian *sentinel* yang harus dilaporkan antara lain :
 - 1) Kematian yang tidak terantisipasi yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
 - 2) Kehilangan permanen dari fungsi fisiologis pasien yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
 - 3) Salah lokasi, prosedur dan salah pasien saat pembedahan.
 - 4) Penculikan bayi, salah identifikasi bayi.
- c. Hasil laporan dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*) oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dan unit terkait.

B. Pelaporan Insiden Internal

1. Pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera dan insiden yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.
2. Formulir pelaporan insiden internal terdiri dari :
 - a. Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Cidera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel menggunakan Formulir Pelaporan Insiden Internal
 - b. Kejadian Potensial Cidera (KPC) menggunakan formulir KPC.

C. Analisis Matriks Risiko/*Matrix Grading*

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

1. Dampak (*Consequences*)

Penilaian dampak/ akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.
2. Probabilitas/ Frekuensi/*Likelihood*

Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

D. Investigasi

1. Investigasi sederhana

Investigasi sederhana dilakukan bila ditemukan band grading resiko biru dan hijau. Sedangkan waktu investigasi sederhana bila dengan band warna biru maksimal 1 (satu) minggu dan hijau maksimal 2 (dua) minggu.

2. Investigasi Komprehensif

Investigasi komprehensif dilakukan bila ditemukan brand grading resiko kuning dan merah dengan waktu maksimal 45 (empat puluh lima) hari.

E. Rekomendasi

Kesimpulan, pendapat, dan sarana yang disusun berdasarkan hasil dari investigasi, yang ditujukan kepada orang dan atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan atau perbaikan untuk peningkatan mutu.

F. Tindak Lanjut

Dimana suatu aksi atau tindakan koreksi (*corrective action*) sebagai lanjutan langkah dalam mencapai perbaikan dan atau mengembalikan segala kegiatan pada tujuan yang seharusnya.

G. Sosialisasi

Interaksi sosial langsung maupun tidak langsung yang berlangsung melalui kelompok dengan informasi tentang hasil kegiatan ke seluruh unit rumah sakit melalui pertemuan, informasi secara tertulis dengan bukti notulen, daftar hadir atau form/ buku yang telah ditandatangani.

H. Pelaporan Insiden External

Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap Kondisi Potensial Cedera dan Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

I. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang perlu dilakukan untuk menghindari kesalahan yang sama, serta memilih strategi yang baik dari berbagai alternatif strategis yang ada, meningkatkan efisiensi secara general, dan melihat apakah tujuan kegiatan sudah tercapai atau sudah dilaksanakan.

BAB IV
TATA LAKSANA
PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN

A. Penemuan insiden dari unit

Penemuan insiden dari unit dilaporkan secara tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien dengan formulir insiden yang telah disediakan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

B. Pengisian formulir Insiden

1. KPC

- a.** Kondisi Potensial Cidera (KPC) adalah kejadian potensial cidera harus di laporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan Kondisi Potensial Cidera (KPC).
- b.** Jenis
 - 1) SDI (Sumber Daya Insani)
 - 2) Alat medis
 - 3) Alat non medis
 - 4) Obat
 - 5) Bangunan

c. Formulir

Formulir Laporan KPC ke Sub Komite KP di RS Rumah Sakit			
RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2x24 JAM			
LAPORAN Kondisi Potensial Cedera (KPC) (INTERNAL)			
1. Tanggal dan waktu ditemukan Kondisi Potensi Cedera (KPC) Tanggal : Jam			
2. KPC:			
3. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden* D Karyawan : Dokter/ Perawat/ Petugas lainnya D Pasien D Keluarga/ Pendamping pasien D Pengunjung D Lain-lain(sebutkan)			
4. Lokasi diketahui KPC(sebutkan)			
5. Unit / Departemen terkait KPC(sebutkan)			
6. Tindakan apa yang dilakukan untuk mengatasi kondisi potensi cedera selama ini ?			
7. Tindakan dilakukan oleh* : D Tim: terdiri dari : D Dokter D Perawat D Petugas lainnya			
8. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di unit kerja lain? * D Ya D Tidak Apabila ya, isi bagian di bawah ini. Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kondisi yang sama?			
Pembuat Laporan	:	Penerima Laporan	:
Paraf	:	Paraf	:

d. Rekomendasi

Rekomendasi terdiri atas surat, ataupun bukti perbaikan/ pembaruan yang berhubungan dengan hasil Kondisi Potensial Cidera (KPC).

2. INSIDEN (KNC,KTC.KTD,Sentinel)

a. Jenis

- 1) Kondisi Nyaris Cidera (KNC)/ *Near miss, Close call* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- 2) Kejadian Tidak Cidera (KTC)/ *No harm incident* adalah Insiden yang terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cidera.
- 3) Kejadian Tidak Diharpakan (KTD)/ *Adverse event* adalah insiden yang mengakibatkan cidera pada pasien
- 4) Kejadian Tak Terduga (KTD)/ *Sentinel Event* adalah yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius.

b. Formulir insiden

FORMULIR LAPORAN INSIDEN ke Sub KP di RS RS Siti Khodijah	
RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN	
MAKSIMAL 2x24 JAM LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD DAN KEJADIAN SENTINEL	
LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)	
I. DATA PASIEN	
Nama :
No MR :
Umur * :	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D 0-1 bulan D > 1 bulan – 1 tahun </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D > 1 tahun – 5 tahun D > 5 tahun – 15 tahun </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D > 15 tahun – 30 tahun D > 30 tahun – 65 tahun </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D > 65 tahun </div>
Jenis kelamin :	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D Laki-laki D Perempuan </div>
Penanggung biaya pasien :	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D Pribadi D Perusahaan* </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D ASKES Pemerintah D JKN PBI </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D Asuransi Swasta D JKN Non PBI </div>
Tanggal Masuk RS : Jam
II. RINCIAN KEJADIAN	
1. Tanggal dan Waktu Insiden	Tanggal : Jam
2. Insiden :
3. Kronologis Insiden
4. Jenis Insiden* :	D Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ <i>Near miss</i> D Kejadian Tidak Cedera (KTC)/ <i>No Harm</i> D Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ <i>Adverse Event</i> D Kejadian Sentinel/ <i>Sentinel Event</i>
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*	D Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya D Pasien D Keluarga / Pendamping pasien D Pengunjung D Lain-lain(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :
D Pasien
D Lain-lain(sebutkan)
Mis : karyawan/ Pengunjung/ Pendamping/ Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.
7. Insiden menyangkut pasien :
D Pasien rawat inap
D Pasien rawat jalan
D Pasien UGD
D Lain-lain(sebutkan)
8. Tempat Insiden
Lokasi kejadian(sebutkan)
(Tempat pasien berada).
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit/ spesialisasi)
D Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
D Anak dan Subspesialisasinya
D Bedah dan Subspesialisasinya
D Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
D THT dan Subspesialisasinya
D Mata dan Subspesialisasinya
D Saraf dan Subspesialisasinya
D Anastesi dan Subspesialisasinya
D Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
D Jantung dan Subspesialisasinya
D Paru dan Subspesialisasinya
D Jiwa dan Subspesialisasinya
D Lain-lain(sebutkan)
10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
Unit kerja penyebab(sebutkan)
11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
D Kematian
D Cedera Reversibel / Cedera Sedang
D Tidak ada cedera
D Cedera Irreversibel / Cedera Berat
D Cedera Ringan
12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :
.....
.....
.....
13. Tindakan dilakukan oleh* :
D Tim : terdiri dari :
D Dokter
D Perawat
D Petugas lainnya

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

D Ya D Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....

.....

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

I BIRU **I HIJAU** **I KUNING** **I MERAH**

NB. * = pilih satu jawaban

Pembuat Laporan Penerima Laporan/

(Nama terang) : Atasan langsung

Paraf : (Nama terang)

Paraf :

KKP-RS.02/2014

C. Matrix Grading/ Band Risiko

1. Band Risiko/ Matrix Grading

Matrix Grading/ Band Risiko adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu: Biru, Hijau, Kuning dan Merah “Bands” akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

2. Dampak/ Consequences

Penilaian dampak/ akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.

a. Penilaian dampak klinis/ Konsekuensi/ Severity

Tingkat Resiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan misal luka lecet; dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	3 Moderat	<ul style="list-style-type: none"> Cedera sedang misal luka robek Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	4 Mayor	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/ berat misal Cacat, lumpuh Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversible), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

b. Probabilitas/ Frekuensi/ *Likelihood*

Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

1) Penilaian Probabilitas/ Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang/ <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang/ <i>Unlikely</i> (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin/ <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering/ <i>Likely</i> (Beberapa kali /thn)
5	Sangat sering <i>Almost certain</i> (Tiap minggu /bulan)

2) Skor Resiko

a) Cara menghitung skor resiko :

$$\text{Skor Risiko} = \text{Dampak} \times \text{Probability}$$

Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko:

- Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
- Tetapkan warna *bands*nya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

b) Warna Band

Warna band adalah hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurutkan ke bawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan.

c) Tabel *Matrix Grading* Resiko

Matriks Grading Risiko					
Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg /bln) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (Bebrp x /thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/x) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (2-5 thn/x) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang sekali (>5 thn/x) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

- 3) Tindakan sesuai tingkat dan band risiko
 Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:

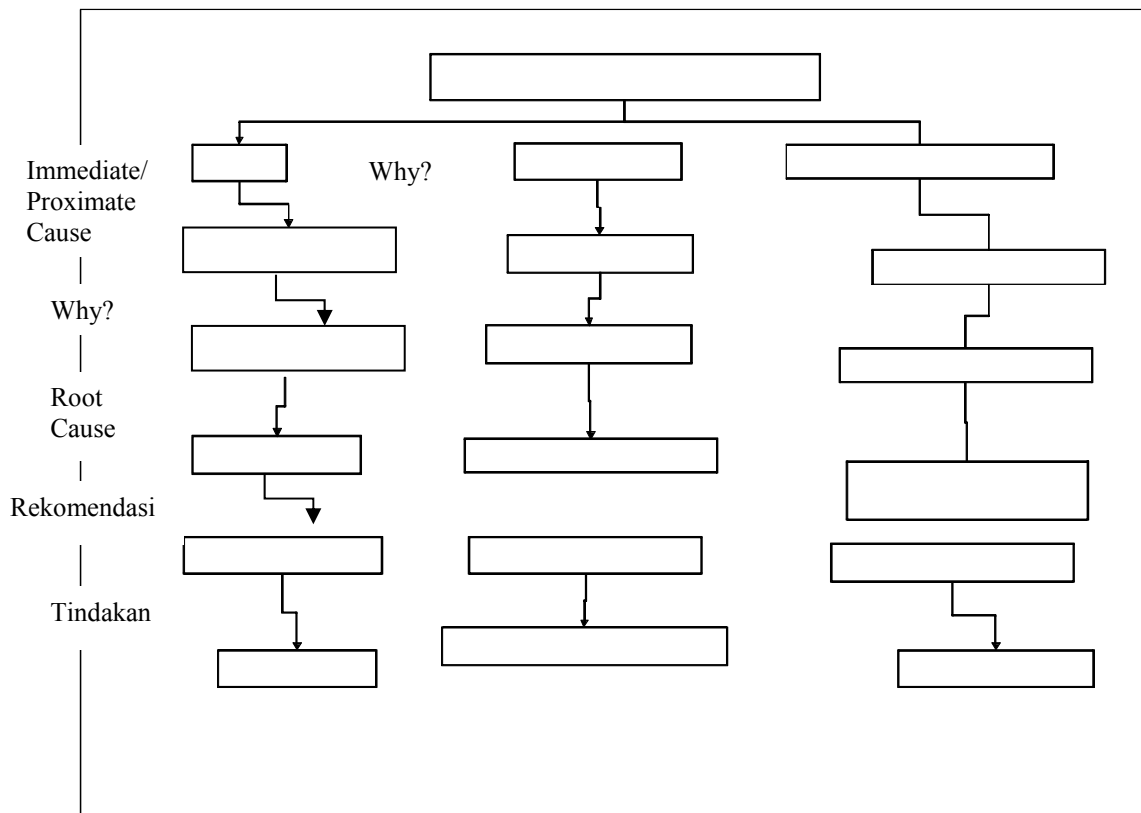
Grade biru	: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu
Grade hijau	: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
Grade kuning	: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
Grade merah	: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

D. Investigasi Sederhana

Investigasi sederhana adalah proses yang terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian dengan matrix grading biru dan hijau dengan mengisi *flow chart* dan formulir dari unit.

Solusi, tindaklanjut, sosialisasi dari unit sampai dilaporkan ke Sub KKP-RS.

1. **Formulir**
2. **Flow Chart**



3. Formulir Investigasi Sederhana

LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA Untuk <i>Bands</i> Risiko BIRU/ HIJAU		
Penyebab langsung insiden :		
Penyebab yang melatarbelakangi/ akar masalah insiden :		
Rekomendasi :	Penanggung jawab :	Tanggal :
Tindakan yang akan dilakukan :	Penanggung jawab :	Tanggal :
Manager / Kepala Bagian / Kepala Unit		
Nama : _____ Tanggal mulai Investigasi : _____		
Tanda tangan : Tanggal selesai Investigasi : _____		
Manajemen Risiko/ Ketua KKP-RS	Investigasi Lengkap : _____ YA/TIDAK Tanggal : _____	
	Diperlukan Investigasi lebih lanjut : YA / TIDAK	
	Investigasi setelah <i>Grading</i> ulang : Hijau/Kuning/Merah	
KKP-RS.04/2014		

E. Root Cause Analysis (RCA)

Yang dilakukan RCA meliputi:

1. Pelaporan Insiden sebagai berikut :

a. Kejadian Sentinel.

*Panduan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*

- 1) Kejadian Sentinel adalah Kejadian Tak Terduga (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius/ kehilangan fungsi utama fisik secara permanen yang tidak terkait dengan proses alami penyakit pasien atau kondisi yang mendasarinya.
- 2) Kejadian sentinel harus di laporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi Formulir Laporan Insiden.
- 3) Kejadian sentinel yang harus di laporkan antara lain :
 - a) Kematian yang tidak terantisipasi yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
 - b) Kehilangan permanen dari fungsi fisiologis pasien yang tidak berhubungan dengan proses penyakit.
 - c) Salah lokasi, prosedur dan salah pasien saat pembedahan.
 - d) Penculikan bayi, salah identifikasi bayi.
 - e) Kekerasan/ perkosaan di tempat kerja yang mengakibatkan kematian, cacat permanen, dan kasus bunuh diri di rumah sakit.

b. Kejadian KTD (*Adverse event*).

- 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- 2) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* harus di laporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/ KKPRS dalam waktu 2x24 jam, setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden .
- 3) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event* antara lain :
 - a) Reaksi transfusi
 - b) Efek samping obat yang serius
 - c) *Significant medical error*

- d) Perbedaan signifikan diagnosa pre dan post operasi.
- e) *Adverse event* atau kecenderungan saat dilakukan sedasi dalam/anasthesi.
- f) Kejadian khusus yaitu *outbreak* infeksi.
- g) Kesalahan obat.

c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss*

- 1) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar kepada pasien.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss* harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien dalam waktu 2x24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan insiden.
- 3) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss*, antara lain:
 - a) Pengobatan
 - b) Identifikasi
 - c) Tindakan invasif
 - d) Diet
 - e) Transfusi
 - f) Radiologi
 - g) Laboratorium

2. Analisis Matriks Grading Risiko

Dari insiden sentinel, KTD dan KNC dilakukan :

a. Skor risiko

$$\text{Skor Risiko} = \text{Dampak} \times \text{Probability}$$

- Tetapkan frekuensi pada kolom kiri

- Tetapkan dampak pada garis kekanan
- Tetapkan warna band antara frekuensi dan dampak

b. Band risiko

Band risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu: biru, hijau, kuning dan merah

- Band biru dan hijau : investigasi sederhana
- Band kuning dan merah : investigasi komprehensif/ RCA

c. Analisis matrik grading risiko sentinel event, KTD dan KNC dengan warna bands kuning dan merah dilakukan investigasi komprehensif / RCA

d. Proses pelaksanaan RCA (Root Cause Analysis) dilakukan dalam waktu 45 hari.

e. Rekomendasi dan tindak lanjut

f. Laporan Direktur

g. Sosialisasi

F. Pelaporan Eksternal ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)

1. Laporan insiden keselamatan pasien KKP-RS (Eksternal)

Laporan insiden keselamatan pasien KKP-RS (Eksternal) adalah pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kondisi.

Potensial cedera dan insiden (KNC, KTC, KTD, Kejadian Sentinel) keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

2. Formulir Pelaporan Eksternal

**SILAHKAN ISI KODE RUMAH SAKIT
UNTUK MELAPORKAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KE KKPS
PERSI**

Kode Rumah Sakit : _____

Bagi rumah sakit yang belum mengetahui kode rumah sakit,
silahkan isi formulir data RS dibawah ini, yang dapat diakses lewat :
<http://www.inapat-safety.or.id>

E-mail Rumah Sakit : _____

Nama Rumah Sakit : _____

Alamat : _____

Kabupaten/Kota : _____

Propinsi : _____

Contact Person : _____

Telepon : _____

HP : _____

Kode dikirim lewat : D SMS

D E-Mail

**Formulir Laporan insiden keselamatan pasien ke
KKP-RS**

RAHASIA



**KOMITE KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT LAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN KKP-RS
(Patient Safety Incident Report)**

- Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantumkan nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi.
- Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), bila ada kerancuan persepsi, isilah sesuai dengan pemahaman yang ada.
- Isilah semua data pada Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan lengkap. Jangan dikosongkan agar data dapat dianalisa.
- Segera kirimkan laporan ini langsung ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

KODE RS : (lewat : <http://www.inapat-safety.or.id/pos/kurir>)

I. DATA RUMAH SAKIT:

Kepemilikan Rumah Sakit :

D Pemerintah Pusat

D Pemerintah Daerah (Provinsi / Kab / Kota)

D TNI / POLRI

D Swasta

D BUMN / BUMD

Jenis RS :

D RS Umum

D RS Khusus

D RSIA

D RS Paru

D RS Mata

D RS Orthopedi

D RS Jantung

D RS Jiwa

D RS Kusta

D RS Khusus lainnya

Kelas RS A,
C, D

Untuk RS Swasta menyesuaikan, misal RS Pratama setara dengan RS kelas D, RS Madya setara dengan RS dst.

Kelas

Kapasitas tempat tidur : tempat tidur
 Propinsi (lokasi RS) :
 Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KKP-RS :

II. DATA PASIEN

Umur * : D 0-1 bulan D > 1 bulan – 1 tahun D
 > 1 tahun – 5 tahun D > 5 tahun – 15 tahun
 D > 15 tahun – 30 tahun D > 30 tahun – 65 tahun
 D > 65 tahun

Jenis kelamin : D Laki-laki D Perempuan

Penanggung biaya pasien :
 D Pribadi D Perusahaan*
 D ASKES Pemerintah D JKN PBI
 D Asuransi Swasta D JKN Non PBI

Tanggal Masuk RS : Jam

III. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam

2. Insiden :

3. Kronologis Insiden

4. Jenis Insiden* :

D Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
 D Kejadian Tidak diharapkan/ KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden

D Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 D Pasien
 D Keluarga / Pendamping pasien
 D Pengunjung
 D Lain-lain (sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :

D Pasien
 D Lain-lain (sebutkan)
 Misal : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

7. Insiden menyangkut pasien :

D Pasien rawat inap
 D Pasien rawat jalan
 D Pasien UGD
 D Lain-lain (sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)
(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit/ spesialisasi)

D Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
D Anak dan Subspesialisasinya
D Bedah dan Subspesialisasinya
D Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
D THT dan Subspesialisasinya
D Mata dan Subspesialisasinya
D Saraf dan Subspesialisasinya
D Anastesi dan Subspesialisasinya
D Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
D Jantung dan Subspesialisasinya
D Paru dan Subspesialisasinya
D Jiwa dan Subspesialisasinya
D Lain-lain(sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab (sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

D Kematian
D Cedera Irreversibel / Cedera Berat
D Cedera Reversibel / Cedera Sedang
D Cedera Ringan
D Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....
.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

D Tim, terdiri dari :
D Dokter
D Perawat
D Petugas lainnya.....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

D Ya D Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan dan Langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....
.....

IV. TIPE INSIDEN

Insiden :

Tipe Insiden :

Subtipe Insiden :

V. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)

- a. Faktor Eksternal / di luar RS
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas / Staf
- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate/ Immediate Cause*)

.....

2. Akar penyebab masalah (*underlying n root cause*)

.....

3. Rekomendasi/Solusi

No	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

NB. * : pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.

Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

BAB V

DOKUMENTASI

Dokumentasi dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan insiden adalah sebagai bukti adanya tindak lanjut sebagai pencegahan insiden supaya tidak terulang lagi dengan kasus yang sama.

1. Laporan insiden dari unit
2. Adanya form pelaporan insiden yang telah diisi lengkap sesuai dengan data yang ada dan diketahui oleh kepala unit yang disertai dengan tanda tangan dan nama terang.
3. Adanya hasil dokumentasi yang berkaitan dengan insiden.
4. Bila grading insiden biru atau hijau harus dilampirkan investigasi sederhana dan *flow chart*.
5. Bila grading kuning dan merah harus dilakukan RCA, dan dilaporkan ke Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah.

BAB VI

PENUTUP

Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan awal proses adanya perubahan dalam pelayanan di rumah sakit, khususnya sebagian dari peningkatan mutu pelayanan. Diharapkan panduan pencatatan dan pelaporan ini dapat menjadi acuan pencatatan dan pelaporan insiden di rumah sakit dalam melaksanakan sistem pelaporan dan analisis insiden pada khususnya. Hasil analisis dan tindak lanjut ini akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Panduan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

DAFTAR PUSTAKA

1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012. *Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi*, IMR, Jakarta.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008. *Panduan Nasional Keselamatan pasien Rumah Sakit-Edisi 2*. Depkes, Jakarta.
3. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), 2008. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)-Edisi 2*. KKP-RS, Jakarta.
4. Institut Manajemen Risiko Klinis, 2010, *Workshop Analisa Akar Masalah*, IMRK, Jakarta.

Lampiran 1.

Tipe Insiden

Tipe Insiden

- 1. Administrasi Klinis**
- 2. Proses / Prosedur klinis**
- 3. Dokumentasi**
- 4. Infeksi Nosokomial**
- 5. Proses Medikasi / Cairan Infus**
- 6. Darah / Produk darah**
- 7. Gizi / Nutrisi**
- 8. Oksigen / Gas medis**
- 9. Alat Medis**
- 10. Perilaku pasien**
- 11. Pasien jatuh**
- 12. Pasien Kecelakaan**
- 13. Infrastruktur / Sarana / Bangunan**
- 14. Sumber daya / Manajemen**
- 15. Laboratorium**

Tipe insiden

No	Tipe Insiden	Subtipe Insiden	
1.	Administrasi Klinik	a. proses	1) Serah terima 2) Perjanjian 3) Daftar tunggu / Antrian 4) Rujukan / Konsultasi 5) Admisi 6) Keluar/Pulang dari Ranap/RS 7) Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>) 8) Identifikasi Pasien 9) Consent 10) Pembagian tugas 11) Respons terhadap kegawat daruratan
		b. Masalah	1) Tidak <i>performance</i> ketika dibutuhkan/indikasi Tidak lengkap/ Inadekuat Tidak tersedia 2) Salah pasien 3) Salah proses/ pelayanan
2.	Proses/ Prosedur	a. Proses	1) Skrining/ Pencegahan/ <i>Medical check up</i> Klinis 2) Diagnosis/ <i>Assessment</i> Prosedur/ 3) Pengobatan / Intervensi <i>General care/</i> Managemen 4) Test / Investigasi
		b. Masalah	1) Tidak <i>performance</i> ketika dibutuhkan/indikasi 2) Tidak lengkap/ Inadekuat 3) Tidak tersedia 4) Salah pasien 5) Salah proses/ pengobatan/ prosedur 6) Salah bagian tubuh/sisi
3.	Dokumentasi	a. Dokumen yang terkait	1) Order / Permintaan Terkait 2) <i>Chart</i> / Rekam medik / <i>Assessmen/</i> Konsultasi 3) <i>Check list</i> 4) Form / sertifikat 5) Instruksi/ Informasi/ Kebijakan/ SOP/ Guideline 6) Label / Stiker / Identifikasi Bands/Kartu 7) Surat / E-mail / Rekaman Komunikasi 8) Laporan / Hasil / <i>Images</i>

		b. Masalah	1) Dokumen hilang / tidak tersedia 2) Terlambat mengakses dokumen 3) Salah dokumen / Salah orang 4) Tidak jelas/ Membingungkan/ <i>Illegible</i> / Informasi dalam dokumen tidak lengkap
4.	Infeksi Nosokomial	a. Tipe organisme	1) Bakteri (<i>Hospital Assosiated</i>) 2) <i>Virus Infection</i> 3) Jamur 4) Parasit 5) Protozoa 6) Rickettsia 7) Prion (Partikel protein yang infeksius) 8) Organisme tidak teridentifikasi
		b. Tipe/ Bagian infeksi	1) Bloodstream 2) Bagian yang dioperasi 3) Abses 4) Pneumonia 5) Kanul IV 6) Protesis infeksi 7) Drain/ tube urin 8) Jaringan lunak
5.	Medikasi/ Cairan Infus	a. Medikasi/ Cairan Infus yang terkait	1) Daftar medikasi 2) Daftar cairan infus
		b. Proses penggunaan	1) Peresepan medikasi / cairan 2) Persiapan/ Dispensing infus 3) Pemaketan 4) Pengantaran 5) Pemberian 6) Suply/ pesan 7) Penyimpanan 8) Monitoring
		c. Masalah	1) salah pasien 2) salah obat 3) Salah dosis / kekuatan / frekuensi 4) Salah formulasi / presentasi 5) Salah rute pemberian 6) Salah jumlah / kuantitas 7) Salah Dispensing Label / Instruksi 8) Kontraindikasi 9) Salah penyimpanan 10) <i>Ommited medicine or dose</i> 11) Obat kadaluarsa 12) <i>Adverse drug reaction</i> (reaksi efek samping obat)

6.	Transfusi darah/ Produk darah	a. transfusi darah/ produk darah terkait	1) Produk selular 2) Faktor pembekuan (<i>clotting</i>) 3) Albumin / Plasma protein 4) Imunoglobulin
		b. proses transfusi darah/ produk darah terkait	1) Test pre transfusi 2) Peresepan darah terkait 3) Persiapan/ Dispensing 4) Pengantaran 5) Pemberian 6) Penyimpanan 7) Monitoring 8) Presentasi / Pemaketan 9) <i>Supply</i> / Pesan
		c. Masalah	1) Salah pasien 2) Salah Darah / Produk darah 3) Salah dosis / Frekuensi 4) Salah jumlah 5) Salah label dispensing / Instruksi 6) Kontraindikasi 7) Salah penyimpanan 8) Obat atau Dosis yang diabaikan 9) Darah kadaluarsa 10) Efek samping (<i>Adverse effect</i>)
7.	Nutrisi	a. Nutrisi yang	1) Diet umum terkait 2) Diet khusus
		b. Proses nutrisi	1) Peresepan / Permintaan 2) Pesiapan/ Manufaktur/ Proses memasak 3) Supply/ order 4) Presentation 5) Dispensing / Alokasi 6) Pengantaran Pemberian 7) Penyimpanan 8)
		c. Masalah	1) Salah pasien 2) Salah diet 3) Salah jumlah 4) Salah frekuensi 5) Salah konsistensi 6) Salah penyimpanan
8.	Oksigen / Gas	a. Oksigen/ Gas terkait	Daftar oksigen/ gas terkait

		b. Proses penggunaan	1) Label Cilinder/warna kode/Index pin 2) oksigen/ Gas 3) Peresapan 4) Pemberian 5) Pengantaran 6) Suply / order 7) Penyimpanan
		c. Masalah	1) Salah pasien 2) Salah gas 3) Salah rate / flow / konsentrasi 4) Salah mode pengantaran 5) Kontraindikasi 6) Salah penyimpanan 7) Gagal pemberian 8) Kontaminasi
9.	Alat medis / Alat kesehatan / <i>Equipment property</i>	a. Tipe Alat medis / Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i>	Daftar Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment Property</i>
		b. Masalah	1) Presentation / Pemaketan tidak baik 2) Ketidaktersediaan 3) Inapropriate for task 4) Tidak bersih/ Tidak 5) steril Kegagalan/ 6) Malfungsi 7) Dislodgement/ Miskoneksi/ <i>Removal User error</i>
10.		a. Perilaku pasien	1) Tidak kooperatif 2) Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar 3) Berisiko/ Sembrono/Berbahaya 4) Masalah dengan penggunaan substansi/ <i>Abuse</i> 5) Mengganggu (<i>Harrassment</i>) 6) Diskriminasitif/ Berprasangka 7) Berkeliaran, Melarikan diri 8) Sengaja mencederai diri, bunuh diri
		b. Aggression/ <i>Assault</i>	1) Agresi verbal 2) Kekerasan fisik 3) Kekerasan seksual 4) Kekerasan terhadap mayat 5) Ancaman nyawa
11.	Jatuh	a. Tipe Jatuh	1) Tersandung 2) Slip 3) Kolaps 4) Hilang keseimbangan

		b. Keterlibatan saat jatuh	1) Velbed 2) Tempat tidur 3) Kursi 4) Strecher 5) Toilet 6) Peralatan terapi 7) Tangga 8) Dibawa/dibantu oleh orang lain
12.	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	1) Kontak dengan benda/binatang 2) Kontak dengan orang 3) Hancur, remuk 4) Gesekan kasar
		b. Serangan tajam/tusukan	1) Cakaran, sayatan 2) Tusukan 3) Gigitan, sengatan 4) Serangan tajam lainnya
		c. Kejadian mekanik lain	1) Benturan akibat ledakan bom 2) Kontak dengan mesin
		d. Peristiwa mekanik lain	
		e. Mekanisme Panas	1) Panas yang berlebihan 2) Dingin yang berlebihan
		f. Ancaman pada pernafasan	1) Ancaman mekanik pernafasan 2) Tenggelam atau hampir tenggelam 3) Pembatasan oksigen- kekurangan tempat 4) <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i>
		g. Paparan bahan kimia atau lain substansi lainnya	1) Keracunan bahan kimia atau substansi 2) Bahan kimia korosif
		h. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera	1) Paparan listrik/radiasi 2) Paparan suara/ getaran 3) Paparan tekanan udara 4) Paparan karena gravitasi rendah
		i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam	
13.	Infrastruktur/ Bangunan/ Benda lain yang terpasang tetap	a. Keterlibatan Struktur/ bangunan	1) Daftar struktur 2) Daftar Bangunan 3) Daftar Furniture
		b. Masalah	1) Inadekuat 2) <i>Damaged/Faulty/Worn</i>

14	<i>Resource/</i> Manajemen organisasi	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan/ke adekuatan tempat tidur/pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan/ keadekuatan staf e. Organisasi/ Tim f. Protocol/Kebijak an/SOP <i>Guideline</i> g. Ketersediaan/ <i>Adequacy</i>	
15.	Laboratorium/ Patologi	a. Pengambilan/ <i>Pick up</i> b. Transport c. <i>Sorting</i> d. <i>Data entry</i> e. Prosesing f. Verifikasi/ Validasi g. Hasil	

FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN

1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL / DI LUAR RS

Komponen
<ul style="list-style-type: none"> a. Regulator dan ekonomi b. Peraturan & Kebijakan Depkes c. Peraturan Nasional d. Hubungan dengan organisasi lain

2. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI & MANAJEMEN

Komponen	Sub komponen
Organisasi & Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
Kebijakan, Standar & Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tujuan & Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Servis d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan diklat g. Prosedur & Kebijakan h. Fasilitas & Perlengkapan
Komponen	Sub komponen
	<ul style="list-style-type: none"> a. Manajemen Risiko b. Manajemen K3 c. <i>Quality Improvement</i>
Administrasi	Sistim Administrasi
Budaya keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Atitude</i> kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
SDM	<ul style="list-style-type: none"> a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan & Keterampilan Staf yang berbeda c. Beban Kerja yang optimal
Diklat	Diklat Manajemen Training Pelatihan/ <i>Refreshing</i>

3. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA

Komponen	Sub komponen
Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
Lingkungan	a. House keeping b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruangan
Peralatan/ sarana/ prasarana	a. Malfungsi Alat b. Ketidaktersediaan c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain, Penggunaan & <i>Maintenance</i> Peralatan

4. FAKTOR KONTRIBUSI : TIM

Komponen	Sub Komponen
Supervisi & Konsultasi	a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi b. Cepat Tanggap
Konsistensi	a. Kesamaan tugas antar profesi b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat
Kepemimpinan & Tanggung Jawab	a. Kepemimpinan Efektif b. <i>Job Desc</i> Jelas
Respon terhadap Insiden	Dukungan peers setelah insiden

5. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS

Komponen	Sub Komponen
Kompetensi	a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan & Keterampilan
Stresor Fisik dan Mental	a. Motivasi b. Stresor Mental: efek beban kerja beban mental c. Stresor Fisik: Efek beban kerja = Gangguan

6. FAKTOR KONSTRIBUTOR : TUGAS

Komponen	Sub
Ketersediaan SOP	a. Prosedur Peninjauan & revisi SOP b. Ketersediaan SOP c. Kualitas Informasi d. Prosedur Investigasi
Ketersediaan & akurasi hasil test	a. Tes Tidak Dilakukan b. Ketidaksesuaian antara interpretasi hasil test
Faktor Penunjang dalam validasi alat	a. Ketersediaan, penggunaan, medis reliabilitas b. Kalibrasi
Desain Tugas	Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SOP

7. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN

Komponen	Sub
Kondisi	Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi
Personal	a. Kepribadian b. Bahasa c. Kondisi Sosial d. Keluarga
Pengobatan	Mengetahui risiko yang berhubungan dengan pengobatan
Riwayat	a. Riwayat Medis b. Riwayat Kepribadian c. Riwayat Emosi
Hubungan Staf dan Pasien	Hubungan yang baik

8. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI

Komponen	Sub Komponen
Komunikasi Verbal	a. Komunikasi antar staf junior dan senior b. Komunikasi antar Profesi c. Komunikasi antar Staf dan Pasien d. Komunikasi antar Unit Departemen
Komunikasi Tertulis	Ketidaklengkapan Informasi

ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

