

**PEDOMAN**  
**KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KPRS)**



**Dharma  
Nugraha  
Hospital**  
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA JAKARTA**

**2023**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya Buku Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat diselesaikan sesuai kebutuhan.

Buku Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit sebagaimana telah ditetapkan dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS I, PMKP 9). Pedoman ini juga dijadikan sebagai acuan bagi Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit.

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden serta kemampuan belajar dari insiden, tindaklanjutnya dan implementasi solusi guna meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan sebagai akibat tidak melaksanakan suatu tindakan yang harus dilakukan atau mengambil tindakan yang seharusnya tidak dilakukan.

Buku Pedoman ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan / perubahan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan atau bila ditemulcan hal-hal yang tidak sesuai dengan kondisi Rumah Sakit Dharma Nugraha Jakarta.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Tim Penyusun yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Buku Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di Rumah Sakit Dharma Nugraha untuk dijadikan sebagai acuan dalam program keselamatan pasien rumah sakit.

Jakarta, 12 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

## DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I            PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1 – 2
B. Tujuan .....	2
C. Sasaran .....	3
D. Batasan Operasional .....	3 – 5
E. Dasar Hukum .....	5 – 6
BAB II            RUANG LINGKUP .....	7 – 8
BAB III           TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT .....	9
A. Struktur Organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	9
B. Tanggung Jawab Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	9
C. Uraian Tugas Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	9 – 10
D. Pendidikan Dan Pelatihan Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	11 – 12
BAB IV           TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN .....	13
A. Standar Keselamatan Pasien .....	13 – 17
B. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	17 – 22
C. Sasaran Keselamatan Pasien .....	22 – 26
D. Pencatatan dan Pelaporan .....	27
E. Monitoring dan Evaluasi .....	28
BAB V            INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) .....	29
A. Alur Pelaporan .....	29 – 30
B. Penilaian Matriks Risiko (Analisis Matriks Grading Risiko) .....	30 – 33
BAB VI           PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN IKP .....	34
A. Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) .....	34 – 44
B. Faktor Kontributor, Komponen & Subkomponen .....	44 – 47
C. Dokumentasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP) .....	47
BAB VII          PENUTUP .....	47-48

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR  
NOMOR 018/PER-DIR/RSDN/IV/2023  
TENTANG  
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN  
PASIEN

**PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KPRS)**

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

1. Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumah sakitan.
2. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan KTD.

3. Pada tahun 2000 Institute of Medicine di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak: “TO ERR IS HUMAN”, Building a Safer Health System. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (Adverse Event) sebesar 2,9% dimana 6,6% di antaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6%.
4. Di Indonesia data rentang KTD apalagi kejadian Nyaris Cedera (Near Miss) masih langka, namun di lain pihak terjadi peningkatan tuduhan “mal praktek” yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit maka Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia telah mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP – RS). Komite tersebut telah aktif melaksanakan langkah-langkah persiapan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit dengan mengembangkan laboratorium program keselamatan pasien rumah sakit.
5. Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat maka pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit perlu dilakukan, perlu disusun Buku Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di RS Dharma Nugraha sebagai acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan dan program keselamatan pasien rumah sakit, sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan.

## **B. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

- a. Sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit sebagaimana Standar Akreditasi Rumah Sakit.
- b. Sebagai acuan bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dengan melaksanakan program keselamatan pasien.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Terlaksana peningkatan mutu rumah sakit yang menunjang keselamatan pasien dan memperkecil kejadian yang tidak diharapkan.
- b. Terjadi perbaikan yang berkesinambungan dari mutu pelayanan sesuai standar prosedur dan standar pelayanan.
- c. Terselenggara pelayanan yang bermutu dan program-program pencegahan guna memenuhi kebutuhan pasien.
- d. Tercipta budaya keselamatan pasien sehingga mencegah terjadinya risiko dan meningkat kepercayaan masyarakat kepada rumah sakit.

## **C. SASARAN**

1. Terselenggaranya sistem pelaporan, pembahasan, koreksi tindakan dan monitoring dan evaluasi KTD.
2. Terselenggaranya sistem pendekatan reaktif melalui root cause analysis dalam rangka menurunkan KTD.
3. Tersedianya SDM yang professional dan berkompeten, berpegang pada nilai etik dan moral serta memiliki culture of safety.
4. Berjalannya sistem komunikasi yang kondusif antar petugas dan petugas serta pasien/keluarga.
5. Tersedianya SOP/ Standar pelayanan yang berdasar pada evidence based di dukung dengan teknologi yang mendukung keselamatan pasien.

## **D. BATASAN OPERASIONAL**

Dalam pedoman ini yang dimaksud dengan:

1. **Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)** adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assessment risiko, identifikasi, dan pengeolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh

kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2. **Insiden Keselamatan Pasien** yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cidera dan Kejadian Potensial Cidera, terdiri dari:

- a. **Kondisi Potensial Cedera (KPC)** adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- b. **Kejadian Nyaris Cedera (KNC)** adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
- c. **Kejadian Tidak Cedera (KTC)** adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera dapat terjadi karena “keberuntungan”.
- d. **Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)** adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ Adverse Event adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah. Alalisis dilakukan terhadap hal-hal berikut:
  - 1) Semua reaksi transfusi yang sudah di konfirmasi jika sesuai dengan RS.
  - 2) Semua kejadian kesalahan medis/ pengobatan, jika terjadi sesuai definisi yang diterapkan rumah sakit.
  - 3) Semua kesalahan obat (medication error) yang signifikan jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit.
  - 4) Semua ketidakcocokan yang besar (major) antara diagnosa pre operasi dan paska operasi.
  - 5) Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anastesi.
  - 6) Kejadian lain, seperti ledakan infeksi mendadak (infection outbreak).

- e. **Sentinel** adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, kehilangan fungsi secara permanen yang tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit atau kondisi yang mendasari. Analisis dilakukan terhadap hal-hal berikut:
- 1) Kematian yang tidak diantisipasi, termasuk:
    - Kematian yang tidak berkaitan dengan penyebab alami dari penyakit pasien.
    - Bayi yang sudah matang dalam kandungan dan sudah waktunya lahir, namun meninggal dalam kandungan.
    - Bunuh diri.
  - 2) Kehilangan fungsi permanen yang tidak berkaitan dengan kondisi alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari.
  - 3) Salah sisi, salah prosedur, salah pasien.
  - 4) Penularan penyakit kronik atau fatal sebagai hasil dari tindakan transfusi darah atau produk darah lainnya atau transplantasi organ/ jaringan yang terkontaminasi.
  - 5) Penculikan bayi atau bayi yang dipulangkan bersama orang yang bukan orang tuanya.
  - 6) Pemeriksaan, kekejaman dalam lingkungan kerja (yang menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi permanen), pembunuhan pasien, pegawai, dokter, pengunjung atau vendor yang disengaja pihak ketiga ketika berada di dalam lingkungan rumah sakit.
- f. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien RS (Internal)** adalah pelaporan secara tertulis setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau kejadian nyaris cedera (KNC) dan kondisi potensial cedera (KPC) yang menimpa pasien.
- g. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien RS (Eksternal)** adalah pelaporan anonim secara elektronik ke KKPRS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau sentinel event yang terjadi pada pasien setelah dilakukan Analisa penyebab, rekomendasi, dan solusinya.



- h. **Root Cause Analysis (RCA)** adalah sebuah pendekatan terstruktur untuk mengidentifikasi berbagai faktor diantaranya alam, situasi dan kondisi, lokasi, manusia, waktu terjadinya masalah dari kejadian-kejadian di masa lalu untuk mengidentifikasi penyebab masalah yang bisa diperbaiki untuk mencegah masalah yang sama terjadi kembali. RCA juga berguna untuk mengidentifikasi pelajaran yang dapat dipetik untuk mencegah kerugian kembali terjadi dalam proses.

## **E. Dasar Hukum**

1. Undang – Undang RI No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
2. Undang – Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang – Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang – Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/X/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/II/2018 tentang Rekam Medis.
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/III/2018 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 496/MENKES/SK/IV/2015 tentang Pedoman Audit Medik.
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 631/MENKES/SK/IV/2015 tentang Peraturan Internal Staf Medik di Rumah Sakit.
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1197/MENKES/SK/II/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi.

15. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi-1 (SNARS-1), KARS, Kemenkes RI, tahun 2017.
16. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Kemenkes RI, Edisi 2015.
17. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Incident Report), KKPRS 2015.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assessmen risiko, identifikasi, dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden serta kemampuan belajar dari insiden, tindaklanjutnya dan implementasi solusi guna meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan sebagai akibat tidak melaksanakan suatu tindakan yang harus dilakukan atau mengambil tindakan yang seharusnya tidak dilakukan.

Buku Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) pada diktum Kesatu sebagai acuan bagi RS Dharma Nugraha dalam meningkatkan mutu pelayanan dengan melaksanakan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit, agar asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden serta kemampuan belajar dari insiden, disusun dengan ruang lingkup dan tata urut sebagai berikut:

1. Pendahuluan  
(Latar Belakang, Tujuan, Batasan Operasional, Sasaran dan Landasan Hukum).
2. Ruang Lingkup
3. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
  - a. Struktur Organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
  - b. Tanggung Jawab Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
  - c. Uraian Tugas Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
  - d. Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
4. Tata Laksana Keselamatan Pasien
  - a. Standar Keselamatan Pasien
  - b. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit
  - c. Sasaran Keselamatan Pasien

- d. Pencatatan dan Pelaporan
- e. Monitoring dan Evaluasi
- 5. Insiden Keselamatan Pasien
  - a. Alur Pelaporan
  - b. Penilaian Matriks Risiko (Analisis Matriks Grading Risiko)
- 6. Petunjuk Pengisian Laporan Insiden Keselamatan Pasien
  - a. Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
  - b. Faktor Kontributor, Komponen & Subkomponen
  - c. Dokumentasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
- 7. Penutup

### **BAB III**

#### **TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

##### **A. STRUKTUR ORGANISASI TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**



##### **B. TANGGUNG JAWAB TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

Tim keselamatan Pasien Rumah Sakit bertugas dan bertanggung jawab untuk membuat asuhan pasien lebih aman dengan melaksanakan:

1. Sistem yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.
2. Sistem yang mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

## **C. URAIAN TUGAS TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

### **1. Ketua Tim KPRS**

- a. Bertanggung jawab terhadap implementasi program keselamatan pasien.
- b. Mengintegrasikan program keselamatan pasien antar bagian/ bidang dan seluruh unit di Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- c. Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program proaktif untuk identifikasi risiko dan program untuk menekan atau mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.
- d. Mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar bagian/ bidang dan unit serta individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- e. Melakukan evaluasi dan mengkaji efektivitas program keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- f. Berkoodinasi dengan Komite Medik, KSM, dan Komite Keperawatan dalam membahas risiko atau kejadian yang tidak diharapkan yang berkaitan dengan profesi dan etika (Medis dan Keperawatan).

### **2. Sekretaris Tim KPRS**

- a. Mengumpulkan laporan kejadian (*incident report*) dari bidang/ bagian dan unit serta menyampaikan laporan kejadian *incident report* tersebut ke Ketua Tim KPRS.
- b. Melakukan pencatatan/ registrasi risiko dan kejadian tidak diharapkan.
- c. Membantu Ketua Tim KPRS dalam menjalankan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam hal administrasi, registrasi, dan sistem pelaporan.

### **3. Manajer**

- a. Menerima laporan kejadian/ *incident report* dan mengkaji ulang laporan insiden report dan grading pasien safety yang sudah dibuat.
- b. Membahas hasil laporan kejadian pasien safety pada forum rapat pasien safety.

#### **4. Kepala Instalasi**

- Bertanggung jawab terhadap terlaksananya program keselamatan pasien di bagian/ bagian atau unit masing-masing.
- Membuat laporan kejadian yang berhubungan dengan pasien safety, yang di laporkan dari setiap unit kerja bidang/ bagian.
- Membantu Ketua Tim KPRS dalam program keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha, sesuai bagian/ bagian masing-masing.

#### **D. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

1. Sumber daya manusia yang berkompeten dan mampu bekerja secara benar serta seminimal mungkin melakukan kesalahan mutlak diperlukan dalam mensukseskan pelaksanaan program keselamatan pasien.
2. Untuk itu maka Rumah Sakit Dharma Nugraha melaksanakan program-program pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompensasi sumber daya manusia di unit-unit pelayanan yang terkait langsung dengan program keselamatan pasien rumah sakit.
3. Program pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit diberikan untuk seluruh karyawan termasuk dokter fulltimer yang ada di Rumah Sakit Dharma Nugraha, bagi karyawan baru, materi tentang keselamatan pasien rumah sakit akan diberikan pada saat mengikuti diklat orientasi karyawan baru.
4. Sasaran dari program pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit adalah:
  - a. Terbentuknya budaya keselamatan pasien di lingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha, baik bagi karyawan maupun dokter provider.
  - b. Seluruh karyawan Rumah Sakit Dharma Nugraha dan dokter provider mengetahui dan mampu menjalankan usaha keselamatan pasien sesuai dengan peranannya masing-masing.
5. Penatalaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan KPRS:
  - a. Inventarisasi kebutuhan diklat per-unit kerja:
    - 1) Dibuat oleh Tim KPRS Rumah Sakit Dharma Nugraha.
    - 2) Dasar penyusunan program diklat berdasarkan program keselamatan pasien oleh Depkes RI tahun 2005 serta kebijakan Direktur Utama PT. Digdaya Kencana Pratama Tbk tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.
    - 3) Penyusunan diklat didasarkan pada tujuan:

- a) Menambah pengetahuan bagi karyawan orientasi di Rumah Sakit Dharma Nugraha.
  - b) Meningkatkan kemampuan seluruh karyawan baik medis maupun non medis.
  - c) Penyegaran kembali bagi para staf lain yang sudah mengikuti pelatihan namun dirasakan perlu untuk dilakukan diklat penyegaran.
- b. Penyusunan Silabus dan Materi Diklat KPRS
- Silabus dan materi yang akan diselenggarakan dibuat oleh tim keselamatan pasien yang berkoordinasi oleh urusan diklat rumah sakit sehingga diklat dapat terlaksana sesuai dengan sasaran yang ingin dicapai.
- c. Jenis Diklat KPRS
- Menentukan jenis diklat yang akan diikuti berdasarkan sasaran antara lain:
- 1) Penambahan wawasan melalui diklat kelas, seminar, ataupun pelatihan.
  - 2) Peningkatan keterampilan melalui workshop atau round table discussion.
- d. Tempat dan Waktu Pelaksanaan Diklat KPRS
- 1) Tempat pelaksanaan diklat dapat dilakukan antara lain berdasarkan:
    - a) Diklat internal: diklat yang diselenggarakan di lingkungan internal Rumah Sakit Dharma Nugraha.
    - b) Diklat eksternal: diklat yang diselenggarakan di luar lingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha, seperti di Departemen Diklat PT. MPP atau institusi luar RS.
  - 2) Waktu pelaksanaan diklat disesuaikan dengan jadwal pelatihan yang diselenggarakan secara intern ataupun ekstern.
- e. Anggaran dan Biaya Diklat KPRS
- 1) Diklat intern: berdasarkan perhitungan unit cost.
  - 2) Diklat ekstern: diperkirakan berdasarkan kebutuhan rumah sakit.
- f. Kegiatan Evaluasi Pasca Diklat KPRS
- Dilakukan sesuai dengan standar prosedur evaluasi pasca diklat.



## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA KESELAMATAN PASIEN**

#### **A. STANDAR KESELAMATAN PASIEN**

Standar keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha disusun mengacu pada Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Depkes RI 2015 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Standar keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha terdiri dari tujuh standar, yaitu:

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:

##### **1. Standar I: Hak Pasien**

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Untuk itu ditetapkan:

- a. Adanya dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

## **2. Standar II: Mendidik Pasien dan Keluarga**

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien agar keselamatan pasien dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan mitra dalam proses pelayanan.

Karena itu di Rumah Sakit Dharma Nugraha ditetapkan sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

## **3. Standar III: Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan**

Rumah Sakit Dharma Nugraha menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan menerapkan sistem;

- a. Dilakukan koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- b. Dilakukan koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- c. Dilakukan koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- d. Dilakukan komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman, dan efektif.

## **4. Standar IV: Penggunaan Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien**

Untuk memperbaiki proses yang ada, memonitor, dan mengevaluasi kinerja dilakukan dengan cara pengumpulan data, menganalisa secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien, ditetapkan kegiatan sebagai berikut:

- a. RS Dharma Nugraha melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b. Melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan.
- c. Melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d. Menggunakan semua data dan informasi hasil analisa untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

#### **5. Standar V: Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien**

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Terkait dengan Standar V perlu ditindak lanjuti dengan:
  - 1) Tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.

- 2) Dilakukan program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (Near Miss), “Kejadian Tidak Cedera” sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (Adverse Event).
- 3) Mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen di rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 4) Prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada oranglain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisa.
- 5) Mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisa Akar Masalah (RCA), Kejadian Nyaris Cedera (Near Miss), Kejadian Tidak Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan (Adverse Events) dan Kejadian Sentinel pada program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 6) Mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani KTD (Adverse Event) dan Kejadian Sentinel atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan KTD dan Sentinel.
- 7) Kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 8) Sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 9) Sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

## **6. Standar VI: Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien**

Untuk melaksanakan proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas ditetapkan:

- a. Memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b. Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama (*team work*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

## **7. Standar VII: Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staff Untuk Mencapai Keselamatan Pasien**

Melakukan proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal serta transmisi data dan informasi yang tepat waktu dan akurat.

Untuk itu ditetapkan:

- a. Adanya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b. Mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

## **B. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Dapat dipilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit Dharma Nugraha, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit” dan bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik maka dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

Berkaitan hal tersebut maka perlu ada kejelasan perihal tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit tersebut sebagai berikut:

### **1. Bangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien**

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

#### **Langkah penerapan:**

##### **a. Tingkat Rumah Sakit**

Rumah Sakit Dharma Nugraha telah memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien, dan keluarga:

- 1) Rumah Sakit Dharma Nugraha telah memiliki kebijakan dan prosedur yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
- 2) Rumah sakit Dharma Nugraha telah berupaya menumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- 3) Lakukan asesmen dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien.

##### **b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:**

- 1) Pastikan semua rekan sekerja merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
- 2) Demonstrasikan kepada seluruh personil ukuran-ukuran yang dipakai di Rumah Sakit Dharma Nugraha untuk memastikan serta pelaksanaan tindakan/ solusi yang tepat.

### **2. Pimpin dan Dukung Staf RS**

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di seluruh jajaran Rumah Sakit Dharma Nugraha.

#### **Langkah penerapan:**

##### **a. Tingkat Rumah Sakit:**

- 1) Direksi bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- 2) Telah dibentuk panitia Mutu dan Keselamatan Pasien yang ditugaskan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan keselamatan pasien.

- 3) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat jajaran Direksi maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit.
- 4) Keselamatan Pasien menjadi materi dalam semua program orientasi dan pelatihan di Rumah Sakit Dharma Nugraha dan dilaksanakan evaluasi dengan pre dan post test.

b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:

- 1) Semua pimpinan unit kerja wajib memimpin gerakan Keselamatan Pasien.
- 2) Selalu jelaskan kepada seluruh personil, relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien.
- 3) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

**3. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko**

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

**Langkah penerapan:**

a. Tingkat Rumah Sakit:

- 1) Telaah kembali input dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf.
- 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja mutu dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/ Manager Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:

- 1) Dalam setiap rapat koordinasi selalu laksanakan diskusi tentang hal-hal yang berkaitan dengan Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada Manager terkait.

- 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit.
- 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambilah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.
- 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

#### **4. Kembangkan Sistem Pelaporan**

Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

##### **Langkah penerapan:**

##### **a. Tingkat Rumah Sakit**

Sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar rumah sakit mengacu pada Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dharma Nugraha.

##### **b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:**

Berikan semangat kepada seluruh personil untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

#### **5. Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien**

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

##### **Langkah penerapan:**

##### **a. Tingkat Rumah Sakit:**

- 1) Rumah Sakit Dharma Nugraha memiliki kebijakan dan pedoman yang jelas tentang cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- 2) Seluruh staf Rumah Sakit Dharma Nugraha terkait harus mampu memastikan bahwa pasien dan keluarga mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.



- 3) Seluruh jajaran managerial harus mampu memberi dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:

- 1) Pastikan seluruh personil menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.
- 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.
- 3) Pastikan, segera setelah terjadi, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

**6. Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien**

Seluruh staf harus mampu untuk melakukan analisa akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa KTD dan Sentinel itu timbul.

**Langkah penerapan:**

a. Tingkat Rumah Sakit:

- 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisa Akar Masalah (Root Cause Analysis/ RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:

- 1) Diskusikan dalam jajaran unit/ tim pengalaman dari hasil analisa insiden.
- 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

**7. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien**

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/ masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

**Langkah penerapan:****a. Tingkat Rumah Sakit**

- 1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit, serta analisa, untuk menentukan solusi.
- 2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (input dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/ atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrument yang menjamin keselamatan pasien.
- 3) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS – PERSI.
- 5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden.

**b. Tingkat Unit Kerja/ Tim:**

- 1) Libatkan seluruh personil dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- 2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang telah dibuat dan pastikan pelaksanaannya.
- 3) Pastikan seluruh personil menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

**C. SASARAN KESELAMATAN PASIEN**

Sasaran Keselamatan Pasien RS merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang di akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran mengacu pada *Nine Life-saving Patient Safety Solutions* dari WHO Patient Safety (2007) dan dari *Joint Commission International* (JCI).

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran lebih menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari consensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan tersebut.

Terdapat 6 (enam) sasaran keselamatan yang dinilai dalam akreditasi Rumah Sakit, yaitu sebagai berikut:

### **1. Ketetapan Identifikasi Pasien**

- a. RS Dharma Nugraha mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian dalam identifikasi pasien.

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/ tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi dapat terjadi pada pasien dalam keadaan terbius/ tertedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/ kamar/ lokasi di rumah sakit, atau akibat situasi lain.

- b. Penjabaran tentang identifikasi pasien sesuaikan dengan Panduan Identifikasi Pasien tahun 2018.
- c. Maksud dari sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu:
  - 1) Untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan.
  - 2) Untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.
- d. Adanya kebijakan dan/ atau prosedur yang dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi dan memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seperti:
  - 1) Nama pasien
  - 2) Nomor rekam medis
  - 3) Tanggal lahir
  - 4) Gelang identitas pasien dengan bar-code
  - 5) Gelang identitas pasien dibedakan warna berdasarkan kegunaannya yaitu:
    - Jenis kelamin (perempuan = merah muda dan laki-laki = biru muda)
    - Pasien dengan alergi (merah)
    - Pasien dengan risiko jatuh (kuning)
    - Pasien dengan pemasangan radio aktif (putih)
    - Pasien dengan DNR (Do Not Resuscitate) (Ungu)

- e. Pengecualian pada nomor kamar pasien atau lokasi atau nama dokter tidak dapat digunakan sebagai cara untuk mengidentifikasi pasien.
- f. Identifikasi pasien harus dilakukan saat:
  - 1) Pemberian obat
  - 2) Pemberian darah/ produk darah
  - 3) Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
  - 4) Sebelum membeikan pengobatan
  - 5) Sebelum memberikan tindakan
- g. Petugas yang wajib melakukan identifikasi adalah seluruh petugas pemberi pelayanan:
  - 1) Dokter
  - 2) Perawat (rawat inap dan rawat jalan)
  - 3) Petugas Admisi
  - 4) Petugas Rekam Medis
  - 5) Petugas Farmasi
  - 6) Petugas Laboratorium
  - 7) Petugas Rehab Medik
  - 8) Petugas Penunjang Medik
  - 9) Petugas Radiologi/ Radioterapi
- h. Langkah-langkah Identifikasi pasien
  - 1) Semua pasien rawat inap, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur/ tindakan harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya.
  - 2) Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap harus menggunakan gelang pengenalan dengan minimal 2 data (nama pasien, tanggal lahir, atau nomor Rekam Medis/ RM).
  - 3) Tujuan utama tanda pengenalan ini adalah untuk mengidentifikasi pemakaiannya.
  - 4) Gelang pengenalan ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan; atau pemberian pengobatan, mengantar bayi atau tindakan lain.

## **2. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif**

- a. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas antar para pemberi pelayanan akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.
- b. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi secara lisan atau melalui telepon sangat mudah terjadi kesalahan, misalnya dalam melaporkan kembali hasil pemeriksaan laboratorium cito.
- c. Untuk meningkatkan komunikasi yang efektif, prosedur berkomunikasi secara lisan dan telepon Rumah Sakit Dharma Nugraha yaitu:
  - 1) Penerima perintah mencatat perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan (*write back*).
  - 2) Penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan.
  - 3) Penerima perintah mengkonfirmasi kembali bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah sesuai dan akurat.
  - 4) Pengecualian di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU, pembacaan kembali (*read back*) dapat tidak dilakukan bila tidak memungkinkan.
- d. Untuk memudahkan dalam berkomunikasi antar pemberi pelayanan formulir SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dapat digunakan sebagai alat bantu komunikasi agar tercapai tujuan dan efektivitasnya (terlampir).
- e. Penjabaran lebih lanjut tentang komunikasi efektif dituangkan dalam panduan komunikasi efektif.

## **3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert medication)**

Manajemen rumah sakit berperan aktif dalam mengelola keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (high alert medication) untuk memastikan keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai adalah:

- a. Obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/ kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (nama obat rupa dan ucapan mirip/ NORUM atau *look alike sound alike/ LASA*).
- b. Pemberian elektrolit konsentrat misalnya: Kalium Klorida 7,45% atau yang lebih pekat, Kalium Fosfat, Natrium Klorida lebih pekat dari 0,9%, dan Magnesium Sulfat 20 & 40% atau lebih pekat), Natrium Bicarbonat 8,4%.
  - Penempatan elektrolit konsentrat hanya disimpan di farmasi dan terpisah dari obat lainnya dengan diberikan penandaan stiker merah pada sekeliling lemari.
  - Elektrolit konsentrat tidak disimpan di ruang perawatan dan tidak disimpan pada troli/ kit/ tas emergensi.
- c. Penyimpanan obat high alert hanya disimpan di Instalasi Farmasi/ unit/ depo farmasi dan terpisah dari obat lainnya dengan diberikan penandaan stiker merah pada sekeliling lemari. Bila ada kebutuhan dapat disimpan di depo farmasi yang berada di tanggung jawab apoteker.
- d. Setiap kemasan obat high alert sampai pada kemasan primer harus diberikan penandaan label high alert berwarna merah.

#### **4. Kepastian tepat lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi**

- a. Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang kadang terjadi di rumah sakit. Kesalahan biasanya adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi (*site marking*), tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi, assesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang rekam medis pasien yang tidak adekuat, dan lain-lain.
- b. Untuk mengeliminasi kesalahan yang dapat terjadi digunakan format Time-Out sebagai langkah pencegahannya, Format tersebut mengadaptasi *Surgical Safety Checklist* dari WO Patient Safety (2009).
- c. Time-out bertujuan untuk memverifikasi proses praoperatif, tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan

tersedia, tepat, dan fungsional. *Time-out* dilakukan tepat sebelum tindakan dimulai dan melibatkan seluruh tim operasi melalui penerapan dan pencatatan prosedur operasi, serta menjamin terlaksananya keselamatan pasien.

## **5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan**

- a. Terselenggaranya kegiatan pelayanan kesehatan dengan mengacu pada sistem keselamatan pasien rumah sakit dalam rangka mengurangi risiko infeksi adalah melalui pelaksanaan cuci tangan. Pedoman cuci tangan di adaptasi dari pedoman *hand hygiene* WHO dan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi RS Dharma Nugraha.
- b. Impelementasi cuci tangan tidak terbatas pada pemberi pelayanan saja dalam hal ini dokter, perawat, petugas lab, radiografer atau tenaga kesehatan lainnya, namun pasien, pengunjung, dan keluarga pasien juga ikut berperan serta dalam kegiatan cuci tangan.
- c. Hal-hal yang terkait dengan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan dan cuci tangan dijelaskan lebih dalam di Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS Dharma Nugraha.

## **6. Pengurangan risiko pasien jatuh**

- a. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila pasien jatuh.
- b. Pengelolaan risiko pasien jatuh melalui asesmen awal, proses identifikasi, evaluasi, dan rekomendasi terhadap risiko jatuh dengan menggunakan format Morse-fall scale bagi pasien dewasa dan format Humpty Dumpty bagi pasien anak diharapkan dapat mengurangi risiko jatuh pada pasien.

#### **D. PENCATATAN DAN PELAPORAN**

1. Setiap unit kerja di rumah sakit mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan, dan Kejadian Sentinel) pada formulir yang sudah disediakan rumah sakit maksimal dalam 2 x 24 jam kepada Sekretaris KPRS.
2. Tim KPRS menganalisa akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan unit kerja dan berdasarkan hasil analisa akar masalah, Tim KPRS merekomendasikan solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada pimpinan rumah sakit. Setiap bulan dilaporkan ke Ketua KPRS melalui Sekretaris KPRS.
3. Bila terjadi insiden keselamatan pasien, Pimpinan RS melakukan analisa akar masalah dengan hasil solusi masalah untuk dilaporkan ke Tim KPRS (PERSI) secara rahasia setiap bulan, dengan tembusan Departemen Pelayanan Medis di PT. MH Tbk.
4. Insiden keselamatan pasien setiap 6 (enam) bulan di rekapitulasi dan dilaporkan kepada Direksi PT. Pemilik RS/ PT. Digdaya Kencana Pratama Tbk, dengan tembusan Departemen Pelayanan Medis PT. MH Tbk mencakup:
  - a. Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/ insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalah.
  - b. Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut.
  - c. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian.
5. Khusus kejadian Sentinel, Direktur RS wajib melaporkan kejadian kepada Direksi PT. Pemilik RS/ PT. Digdaya Kencana Pratama Tbk, dengan tembusan Departemen Pelayanan Medis PT. MH Tbk paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis masalah setelah 45 hari.



## **E. MONITORING DAN EVALUASI**

1. Pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada unit-unit kerja di rumah sakit, terkait tentang pelaksanaan keselamatan pasien di unit kerja.
2. Mengadakan rapat rutin untuk mengevaluasi kegiatan keselamatan pasien di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

## **BAB V**

### **INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

#### **A. ALUR PELAPORAN**

##### **1. Alur Pelaporan Insiden kepada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal)**

- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/ KTD/ KTC/ KPC) di rumah sakit dan wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Dalam laporan insiden di tentukan tipe insiden agar dapat di tentukan rekomendasi perbaikan (tipe insiden terlampir).
- c. Laporan Insiden pada akhir jam kerja/ shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam); diharapkan jangan menunda laporan. (Formulir insiden report terlampir).
- d. Setelah selesai mengisi laporan, segeera meyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen: Supervisor/ Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen/ Unit).
- e. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- f. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut: (pembahasan lebih lanjut lihat BAB V).
  - 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.

- g. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden di laporkan ke Tim KP di RS.
- h. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
- i. Untuk grade Kuning/ Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah/ Root Cause Analysis (RCA).
- j. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “Pembelajaran” berupa: Petunjuk/ “Safety alert” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- k. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja di laporkan kepada Direksi.
- l. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
- m. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
- n. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS. (Alur: Lihat Lampiran 5).
- o. Insiden yang harus di laporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
- p. Siapa yang membuat laporan insiden (insiden report).
  - Siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian/ insiden.
  - Siapa saja atau semua staf rumah sakit yang terlibat dalam kejadian/ insiden.

## **2. Alur Pelaporan Insiden Ke KKPRS-Komite Keselamatan Pasien RS (Eksternal)**

Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS (internal)/ Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS: [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id)

## B. PENILAIAN MATRIKS RISIKO (ANALISIS MATRIKS GRANDING RISIKO)

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa 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 (tabel 1).

### 2. Probabilitas/ Frekuensi/ Likelihood

Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi (tabel 2).

Tabel 1  
Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak Signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	1. Cedera ringan mis. Luka lecet 2. Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	1. Cedera sedang mis. Luka robek 2. Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. 3. Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	7. Cedera luas / berat mis. Cacat, lumpuh 8. kehilangan fungsi motorik / sensorik / psikologis atau intelektual ( irreversibel ), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit.

Tabel 2  
Penilaian Probabilitas/ Frekuensi

TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI
1	Sangat jarang / Rare ( >5 thn/kali )
2	Jarang / Unlikely ( > 2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Posible ( 1-2 thn/kali )
4	Sering / Likely ( Beberapa kali )
5	Sangat sering / almost certain ( tiap minggu / bulan )

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko.

### 3. Skor Risiko

<b>SKOR RISIKO = Dampak X Probability</b>
---

**Cara menghitung Skor Risiko:**

- a. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri.
- b. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan.
- c. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

**Tabel 3**  
**Matrix Grading Resiko**

Probabilitas	Tidak Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap mgg/bln ) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi ( Bbrp kali / thn ) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi ( 1-<2 kali / thn ) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi ( >2-<5kali / thn ) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi ( >5 th/ kali ) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

#### 4. Band Resiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu Biru, Hijau, Kuning, dan Merah. Warna “Bands” akan menentukan investigasi yang akan dilakukan (Tabel 3).

**Warna BANDS adalah hasil pertemuan antar nilai dampak yang diurut ke bawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping.**

- a. Bands BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana.
- b. Bands KUNING dan MERAH : Investigasi/ Komprehensif/ RCA.

Tabel 4  
Penentuan Tindakan Sesuai Tingkat Dan Bands Resiko

LEVEL / BANDS	TINDAKAN
<b>Ekstrim</b> ( sangat tinggi )	Resiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur,
<b>High</b> ( tinggi )	Resiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dengan detil dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
<b>Moderate</b> (sedang )	Resiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu, manajer terkait sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola resiko
<b>Low</b> ( rendah )	Resiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur

## **BAB VI**

### **PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

#### **A. FORMULIR LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)**

##### **1. Formulir Laporan Insiden terdiri dari dua macam:**

- a. Formulir Laporan Internal Insiden Keselamatan pasien adalah Formulir Laporan yang dilaporkan ke Tim KP di RS dalam waktu maksimal 2 x 24 jam/ akhir jam kerja/ shift/ laporan berisi: data pasien, rincian kejadian, tindakan yang dilakukan saat terjadi insiden, akibat insiden, pelapor, dan penilaian grading.
- b. Formulir Laporan Eksternal insiden Keselamatan Pasien adalah Formulir Laporan yang di laporkan ke KKPRS setelah dilakukan analisis dan investigasi.  
(Formulir Lampiran 3).

##### **2. Petunjuk Pengisian Formulir Laporan IKP Internal dan Eksternal**

###### **a. Data Rumah Sakit**

- 1) Kepemilikan Rumah Sakit  
Dipilih salah satu sesuai kepemilikan RS: (jelas).
- 2) Tipe Rumah Sakit  
Dipilih salah satu sesuai tipe RS: (umum/ khusus, bila khusus pilih lagi misal RSIA).
- 3) Kelas Rumah Sakit
- 4) Kapasitas Tempat Tidur  
Diisi jumlah tempat tidur dengan box bayi.
- 5) Provinsi (lokasi RS)
- 6) Tanggal laporan laporan dikirim ke KKPRS

###### **b. Data Pasien**

Data Pasien: Nama, No. Medical Record dan No. Ruangan, hanya diisi di Formulir



Laporan Internal:

Nama Pasien : (bisa diisi initial mis: Tn AR, atau NY SY) No.  
MR: (jelas)

Ruangan : Diisi nama ruangan dan nomor kamar

Data Pasien : Umur, Jenis Kelamin, Penanggung biaya, Tgl  
Masuk RS dan jam diisi di Formulir Laporan  
Internal dan Eksternal

Umur : Bulan dan tahun (jelas)

Kelompok Umur : Pilih salah satu (jelas)

Jenis Kelamin : Pilih salah satu (jelas)

Penanggung biaya pasien : Pilih salah satu (jelas)

Tanggal masuk RS dan jam : (jelas)

**c. Rincian Kejadian**

1) Tanggal dan waktu insiden

- a) Diisi tanggal dan waktu saat insiden (KTD/ KNC/ KTC/ KPC) terjadi.
- b) Buat prosedur pelaporan agar tanggal dan waktu insiden tidak lupa, insiden harus di laporkan paling lambat 2 x 24 jam atau pada akhir jam kerja/ shift.

2) Insiden

Diisi insiden misal: Pasien jatuh, salah identifikasi pasien, salah pemberian obat, salah dosis obat, salah bagian yang di operasi, dll.

- a) Grading Risiko
- b) Kronologis insiden
  - Diisi ringkasan insiden mulai saat sebelum kejadian sampai terjadinya insiden.
  - Kronologis harus sesuai kejadian yang sebenarnya, bukan pendapat/ asumsi pelapor.
- c) Jenis insiden. Pilih salah satu Insiden Keselamatan Pasien (IKP): KTD/ KNC/ KTC/ KPC. Untuk laporan EKSTERNAL, KPC tidak perlu di laporkan.

d) Orang pertama yang melaporkan Insiden

Pilih salah satu pelapor yang paling pertama melaporkan terjadinya insiden  
Misal: petugas/ keluarga pasien, dll 5. Insiden menyangkut pasien: Pilih salah satu: Pasien rawat inap/ Pasien rawat jalan/ Pasien UGD.

e) Tempat/ Lokasi

Tempat pasien berada, misal ruang rawat inap, ruang rawat jalan, UGD.

f) Insiden sesuai kasus penyakit/ spesialisasi

- Pasien dirawat oleh Spesialisasi? (Pilih salah satu)
- Bila kasus penyakit/ spesialisasi lebih dari satu, pilih salah satu yang menyebabkan insiden. Misal: Pasien dengan gastritis kronis dirawat oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam, di konlkan ke Dokter Spesialis Bedah dengan suspect Appendicitis. Saat appendectomy terjadi insiden, tertinggal kassa, maka penanggung jawab kasus adalah: Dokter Spesialis Bedah.

g) Unit/ Departemen yang menyebabkan insiden

Adalah unit/ Departemen yang menjadi penyebab terjadinya insiden  
Misalnya:

- Pasien DHF ke UGD, diperiksa laboratorium, ternyata hasilnya salah interpretasi.

Insiden : Salah hasil lab. pada pasien DHF

Jenis Insiden : KNC (tidak terjadi cedera)

Tempat/ Lokasi : UGD

Spesialisasi : Kasus Penyakit Dalam

Unit penyebab : Laboratorium

- Pasien anak berobat ke poliklinik, diberikan resep, ternyata terjadi kesalahan pemberian obat oleh petugas farmasi. Hal ini diketahui setelah pasien pulang. Ibu pasien datang kembali ke Farmasi untuk menanyakan obat tersebut.

Insiden : Salah pemberian obat untuk pasien anak

Jenis Insiden : KNC (tidak terjadi cedera)

Tempat/ Lokasi : Farmasi  
Spesialisasi : Kasus Anak  
Unit penyebab : Farmasi

h) Akibat insiden

Pilih salah satu: (lihat tabel matriks grading risiko)

Kematian: jelas

- Cedera irreversible/ cedera berat: kehilangan fungsi motorik, sensorik, atau psikologis secara permanen misal lumpuh, cacat.
- Cedera reversible/ cedera sedang: kehilangan fungsi motorik, sensorik, atau psikologis tidak permanen misal luka robek.
- Cedera ringan: cedera/ luka yang dapat diatasi dengan pertolongan pertama tanpa harus di rawat misal luka lecet.
- Tidak ada cedera, tidak ada luka.

i) Tindakan yang dilakukan segera setelah insiden

Ceritakan penanganan/ tindakan yang saat itu dilakukan agar insiden yang sama tidak terulang lagi.

j) Tindakan dilakukan oleh (pilih salah satu):

Bila dilakukan Tim: sebutkan timnya sendiri dai siapa saja misal: dokter, perawat. Bila dilakukan petugas lain: sebutkan misal analis, asisten apoteker, radiographer, bidan.

k) Apakah Insiden yang sama pernah terjadi di unit kerja lain?

Jika Ya, lanjutkan dengan mengisi pertanyaan dibawahnya yaitu: Waktu kejadian: isi dalam bulan/ tahun. Tindakan yang telah dilakukan pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama. Jelaskan.

**d. Tipe Insiden**

Untuk mengisi tipe insiden, harus melakukan analisis dan investigasi dahulu. Insiden terdiri dari: tipe dan subtype insiden yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
1	Administrasi Klinik	a. Proses	I. Serah terima II. Perjanjian III. Daftar tunggu / Antrian IV. Rujukan / Konsultasi V. Admisi VI. Keluar/Pulang dari Ranap/RS VII. Pindah Perawatan (Transfer of care) VIII. Identifikasi Pasien IX. Consent X. Pembagian tugas XI. Respons terhadap kegawatdaruratan

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
2		b.Masalah	I. Tidak performed ketika dibutuhkan /indikasi II. Tidak lengkap / Inadekuat III. Tidak tersedia IV. Salah pasien V. Salah proses / pelayanan
2		a.Proses	I. Skrining / Pencegahan / Medical check up II. Diagnosis / Assessment III. Prosedur / Pengobatan / Intervensi IV. General care / Management V. Test / Investigasi VI. Spesimen / Hasil VII. Belum dipulangkan (Detention/ Restrain)
	Proses/ prosedur klinis	b.Masalah	I. Tidak performance ketika dibutuhkan / indikasi II. Tidak lengkap / Inadekuat III. Tidak tersedia IV. Salah pasien V. Salah proses / pengobatan / prosedur VI. Salah bagian tubuh / sisi
3		a.Dokumen yang terkait	I. Order / Permintaan II. Chart / Rekam medik / Assessment / Konsultasi III. Check list IV. Form / sertifikat V. Instruksi / Informasi / Kebijakan / SPO /Guideline VI. Label / Stiker / Identifikasi Bands / Kartu VII. Surat / E-mail / Rekaman Komunikasi VIII. Laporan/ hasil/ images
	Dokumentasi	b.Masalah	I. Dokumen yang hilang/ tidak II. tersedia III. Terlambat mengakses dokumen IV. Salah dokumen/ salah orang V. Tidak jelas / Membingungkan / Illegible / Informasi dalam dokumen tidak lengkap

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
4	Infeksi Nosokomial (Hospital Associated Infection)	a. Tipe organisme	I. Bakteri II. Virus III. Jamur IV. Parasit V. Protozoa VI. Rickettsia VII. Prion VIII. Organisme tidak teridentifikasi
		b. Tipe/ bagian infeksi	I. Bloodstream II. Bagian yang dioperasi III. Abses IV. Pneumonia V. Kanul IV VI. Protesis infeksi VII. Drain/ tube urin VIII. Jaringan lunak
5	Medikasi/ cairan infus	a. Proses penggunaan medikasi/ cairan infus	I. Peresepan II. Persiapan/ dispensing III. Pemaketan IV. Pengantaran V. Pemberian VI. Supply/ pesan VII. Penyimpanan VIII. Monitoring
		b. Masalah	I. Salah pasien II. Salah obat III. Salah dosis/ kekuatan/ frekuensi IV. Salah formulasi/ presentasi V. Salah rute pemberian VI. Salah jumlah/ kuantitas VII. Salah dispensing label/ instruksi VIII. Kontraindikasi IX. Salah penyimpanan X. Omitted medicine or dose XI. Obat kadaluarsa XII. Adverse drug reaction ( reaksi efek samping obat)
6	Transfusi darah/ produk darah terkait	a. Transfusi darah/ produk darah terkait	I. Produk selular II. Faktor pembekuan (clothing) III. Albumin / Plasma protein IV. Imunoglobulin

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
		b. Proses transfuse darah/ produk darah terkait	I. Tes pre transfusi II. Peresepan Persiapan/Dispensing III. Pengantaran IV. Pemberian V. Penyimpanan VI. Monitoring VII. Presentasi / Pemaketan VIII. Supply/ pesan
		c. Masalah	I. Salah pasien II. Salah Darah / Produk darah III. Salah dosis / Frekuensi IV. Salah jumlah V. Salah label dispensing / Instruksi VI. Kontraindikasi VII. Salah penyimpanan VIII. Obat atau Dosis yang diabaikan IX. Darah kadaluarsa X. Efek samping (Adverse effect)
7	Nutrisi	a. Nutrisi yang terkait	I. Nutrisi umum II. Nutrisi khusus
		b. Proses nutrisi	I. Peresepan / Permintaan II. Pesiapan / Manufaktur / memasak III. Supply / order Penyajian IV. Dispensing / Alokasi V. Pengantaran VI. Pemberian VII. Penyimpanan
		c. Masalah	I. Salah pasien II. Salah diet III. Salah jumlah IV. Salah Frekuensi V. Salah konsistensi
8	Oksigen/Gas	a. Oksigen/ Gas terkait	Daftar oksigen/ gas terkait
		b. Proses penggunaan oksigen / Gas	I. Label silinder/warna kode/Index pin II. Peresepan III. Pemberian IV. Pengantaran V. Suply / order

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
		c.Masalah	I. Salah pasien II. Salah gas III. Salah rate / flow / konsentrasi IV. Salah mode pengantaran V. Kontraindikasi VI. Salah penyimpanan VII. Gagal pemberian VIII. Kontaminasi
	Alat medis / Alat kesehatan / Equipment property	a. Tipe Alat medis/Alat kesehatan/ Equipment Property	Daftar Alat medis / Alat kesehatan / Equipment property
		b.Masalah	I. Presentasi / Pemaketan tidak baik II. Ketidakterediaan III. Inapropriate for task IV. Tidak bersih / Tidak steril V. Kegagalan / Malfungsi
10	Pasien	a. Perilaku pasien	I. Tidak kooperatif II. Tidak pantas / Sikap bermusuhan/ Kasar III. Berisiko/ Sembrono / Berbahaya IV. Masalah dengan penggunaan substansi / Abuse V. Mengganggu (Harrassment) Diskriminasitif / Berprasangka VI. Berkeliaran, Melarikan diri. VII. Sengaja mencederai diri, Bunuh diri
		b. Agresi / Assault	I. Agresi verbal II. Kekerasan fisik III. Ancaman nyawa
11	Jatuh	a. Tipe Jatuh	I. Tersandung II. Slip III. Kolaps IV. Hilang keseimbangan
		b. Keterlibatan saat jatuh	I. Velbed II. Tempat tidur III. Kursi IV. Strecher V. Toilet VI. Peralatan terapi VII. Tangga dibawa/ dibantu oleh orang lain



No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
12	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	I. Kontak dengan benda/binatang II. Kontak dengan orang III. Hancur, remuk
		b. Serangan tajam/ tusukan	I. Cakaran II. Sayatan III. Tusukan IV. Gigitan, sengatan V. Serangan tajam lainnya
		c. Kejadian mekanik lain	I. Benturan akibat ledakan bom II. Kontak dengan mesin
		d. Peristiwa mekanik lain	
		e. Mekanisme Panas	I. Panas yang berlebihan II. Dingin yang berlebihan
		f. Ancaman pada pernafasan	I. Ancaman mekanik pernafasan, II. tenggelam atau hampir tenggelam, III. pembatasan oksigen – kekurangan tempat IV. Confinement to Oxygen - Deficient Place
		g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya	I. Keracunan bahan kimia atau substansi lain II. Bahan kimia korosif
		h. Mekanisme spesifik lain yang menyebabkan cedera	I. Paparan listrik/radiasi II. Paparan suara/ getaran III. Paparan tekanan udara IV. Paparan karena gravitasi rendah
		i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam	
13	Infrastruktur/ Bangunan/ Benda lain yang terpasang tetap	J. Keterlibatan Struktur/ bangunan Masalah	I. Daftar struktur II. Daftar Bangunan III. Daftar Furniture IV. Inadekuat V. Damaged/Faulty/Worn

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
14	Resource / Manajemen organisasi	a.Beban kerja manajemen yang berlebihan Ketersediaan/ keadekuatan tempattidur/ pelayanan SumberDaya Manusia Ketersediaan/ keadekuatan staf Organisasi/ Tim b. Protocols/ Kebijakan/SOP Guideline c.Ketersediaan / Adequacy	
15	Laboratorium / Patologi	a.Pengambil an/ Pick up Transport Sorting Data entry Prosesing Verifikasi / Validasi	

Contoh:

- Insiden : Pasien jatuh dari tempat tidur  
 Tipe insiden : Jatuh  
 Subtipe insiden : Tipe jatuh: slip/ terpeleset  
 Keterlibatan saat jatuh : Toilet
- Insiden : Tertukar hasil pemeriksaan laboratorium  
 Tipe insiden : Laboratorium  
 Subtipe insiden : Hasil

#### e. Analisa Penyebab Insiden dan Rekomendasi

- 1) Penyebab insiden dapat diketahui setelah melakukan investigasi dan analisa baik investigasi sederhana (simple investigation) maupun investigasi komprehensif (root cause analysis).

- 2) Penyebab insiden terbagi dua yaitu:
  - a) Penyebab langsung (immediate/ direct cause).
  - b) Penyebab yang langsung berhubungan dengan insiden/ dampak terhadap pasien.
  - c) Akar masalah (root cause).
  - d) Penyebab yang melatarbelakangi penyebab langsung (underlying cause).

## B. FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN

Faktor kontributor adalah faktor yang melatarbelakangi terjadinya insiden. Penyebab insiden dapat digolongkan berdasarkan penggolongan faktor kontributor seperti terlihat pada tabel di bawah ini. Faktor kontributor dapat dipilih lebih dari satu.

### 1. Faktor Kontributor Eksternal/ Di Luar RS

Komponen
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	a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
Kebijakan, Standar & Tujuan	a. Tujuan & Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Service d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan diklat g. Prosedur & Kebijakan h. Fasilitas & Perlengkapan i. Manajemen Risiko j. Manajemen K3 k. Quality Improvement

Komponen	Sub Komponen
Administrasi	Sistim Administrasi
Budaya Keselamatan	a. Attitude kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
SDM	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan & Keterampilan Staf yang berbeda c. Beban Kerja yang optimal
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. <i>Housekeeping</i> 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 & Pemeliharaan peralatan

### 4. Faktor Kontributor: 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. Uraian Jabatan Jelas
Respon terhadap Insiden	Dukungan <i>peers</i> setelah insiden

## 5. Faktor Kontributor: Petugas

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

## 6. Faktor Kontributor: Tugas

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

## 7. Faktor Kontributor: Pasien

Komponen	Sub Komponen
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

Contoh: Pasien mengalami luka bakar saat dilakukan fisioterapi. Petugas fisioterapi adalah petugas yang baru bekerja tiga bulan di RS X. Hasil investigasi ditemukan:

1. Penyebab langsung (Direct/ Proximate/ Immediate Cause)
  - Peralatan/ sarana/ prasarana: intensitas berlebihan pada alat transducer.
  - Petugas: fisioterapis kurang memahami prosedur penggunaan alat.
2. Akar penyebab masalah (underlying root cause)
  - Peralatan/ sarana/ prasarana: Manajemen pemeliharaan/ maintenance alat tidak ada.
  - Manajemen (Diklat): tidak pernah diberikan training dan orientasi.
3. Rekomendasi/ Solusi Bisa dibagi atas: Jangka pendek, Jangka Menengah, Jangka Panjang

### C. DOKUMENTASI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

Pelaksanaan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), di dukung dengan pencatatan dan dokumentasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP) sesuai yang tercantum pada Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dari Komite Keselamatan pasien RS, Edisi-2. Tahun 2008, sebagaimana tercantum dalam lampiran-lampiran terdiri dari:

1. Alur Proses Pengelolaan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan penjelasan.
2. Formulir Laporan Insiden Internal di RS dengan penjelasan.
3. Formulir Laporan Insiden Eksternal dengan penjelasan.

4. Formulir Laporan Investigasi Sederhana dengan penjelasan.
5. Formulir Laporan Bulanan IKP RS dengan penjelasan.
6. Glosarium KKP-RS dengan penjelasan.

## **BAB VII**

### **PENUTUP**


Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit maka pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien Rumah Sakit Dharma Nugraha sangatlah penting. Melalui kegiatan ini, diharapkan kejadian penekanan/ penurunan insiden sehingga dapat lebih meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dharma Nugraha adalah merupakan proses yang harus selalu dilaksanakan dan berlanjut (never ending process), karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang cukup tinggi untuk bersedia melaksanakan program keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada Tanggal 12 April 2023

DIREKTUR

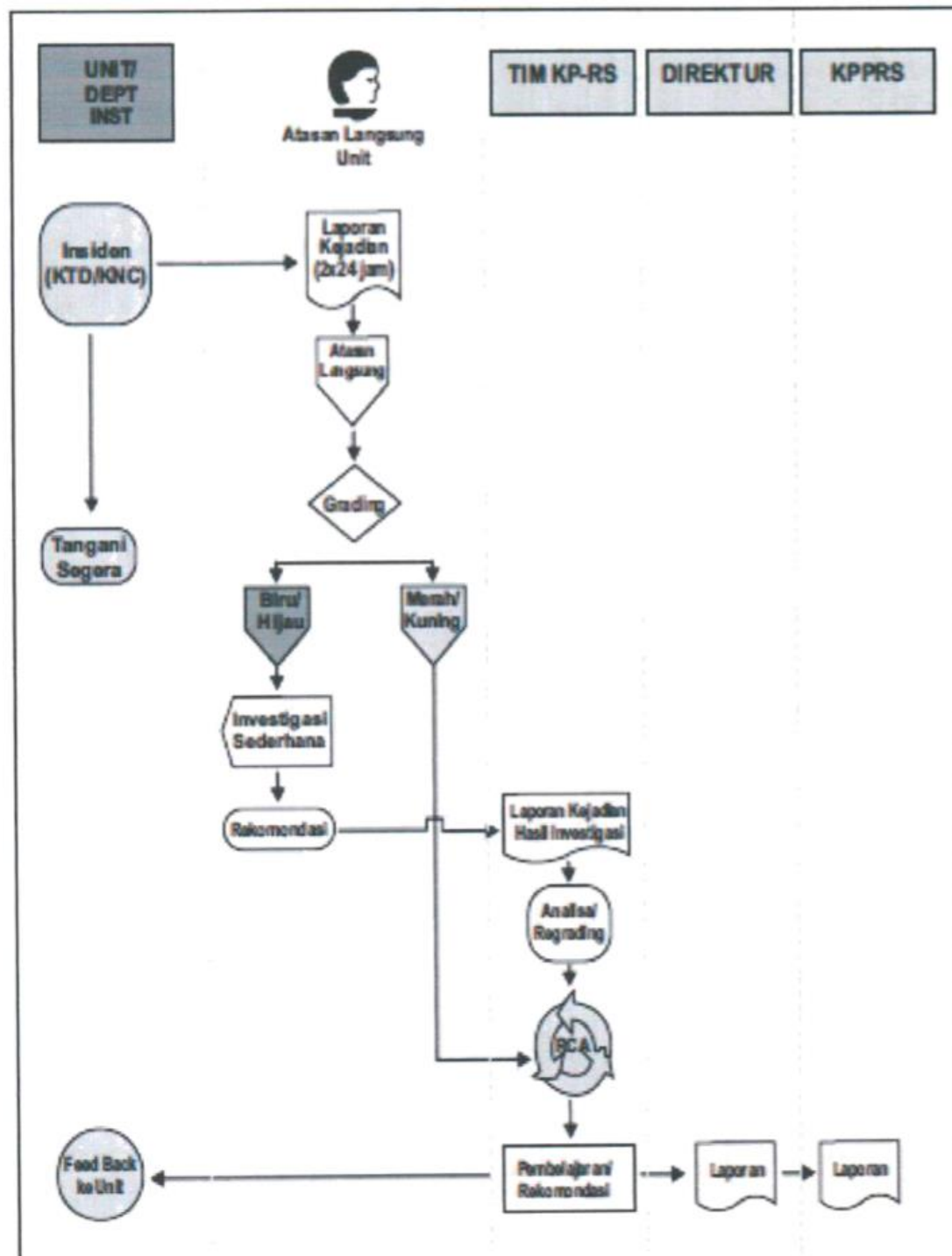


The logo of Dharma Nugraha Hospital, established in 1996, is a blue circular emblem with a stylized flower or sunburst design. The text 'Dharma Nugraha Hospital Est. 1996' is written in blue to the right of the emblem. A handwritten signature in blue ink is written over the logo.

dr. Agung Darmanto, Sp.A



Lampiran 1: Alur Proses Pengelolaan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

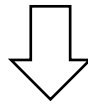




**Penjelasan:**

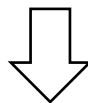
**PROSES 1:**

<i>Pelaksana</i>	<b>STAF YANG TERKAIT DENGAN INSIDEN</b> (di tempat terjadinya insiden)
<i>Kegiatan</i>	1. Tangani kasus segera 2. Buat Incident Report (Dalam 1 x 24 jam)
<i>Dokumen</i>	Form Incident Report (Lamp. 2)



**PROSES 2:**

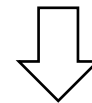
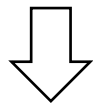
<i>Pelaksana</i>	<b>ATASAN LANGSUNG</b>
<i>Kegiatan</i>	1. Pelajari kronologis, koreksi dari segi administrasi 2. Lakukan <i>Risk grading</i> 3. Berdasarkan Incident Report, buat Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Proses 1-3 hari dalam waktu 2 x 24 jam) 4. Serahkan Laporan IKP ke Sekretaris KPRS 5. Lakukan Investigasi Sederhana (selesai maksimal 1 minggu)
<i>Dokumen</i>	1. Matrix Grading Resiko (Lamp. 3) 2. Format Laporan IKP (Lamp. 4) 3. Lembar kerja investigasi sederhana (Lamp. 5)



**PROSES 3:**

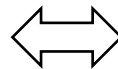
<i>Pelaksana</i>	<b>TIM KPRS</b>
<i>Kegiatan</i>	1. Sekretaris tim menerima Laporan IKP, hasil SI dan RCA 2. Rapat Tim KPRS:

	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dilaksanakan rutin (minimal 1x/ bln) kecuali bila ada insiden grade merah/ kuning/ sentinel, bisa dipercepat dari jadwal</li> <li>b. Agenda rapat: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Presentasi rekap data insiden</li> <li>❖ Identifikasi insiden baru yang akan di-RCA</li> <li>❖ Bentuk tim RCA untuk insiden baru</li> <li>❖ Tim RCA yang telah melaksanakan tugasnya melaporkan hasil RCA dan rekomendasi</li> <li>❖ Lakukan evaluasi dan tindak lanjut dari rekomendasi hasil rapat Tim KPRS sebelumnya</li> <li>❖ Menyusun CMP dari setiap insiden</li> </ul> </li> <li>3. Buat laporan ke Tim KPRS Grup</li> <li>4. Lakukan Pelaporan Bulanan</li> </ol>
<i>Dokumen</i>	Form Pelaporan ke Grup ( <i>Lamp. 7</i> ).

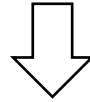


**PROSES 4:**

<i>Pelaksana</i>	<b>TIM RCA</b>
<i>Kegiatan</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan RCA sesuai dengan SOP langkah-langkah RCA</li> <li>• Membuat Rekomendasi</li> </ul>
<i>Dokumen</i>	Lembar Kerja RCA ( <i>Lamp. 6</i> )

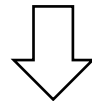


<i>Pelaksana</i>	<b>Rapat SMF terkait/ Komite Medik</b>
<i>Kegiatan</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembahasan insiden terkait <i>medical errors</i> (<i>standar/ etika profesi</i>)</li> <li>• Membuat Rekomendasi</li> </ul>
<i>Dokumen</i>	Laporan Kasus



**PROSES 5:**

<i>Pelaksana</i>	<b>TIM KPRS GRUP/ DEP. MEDIS</b>
<i>Kegiatan</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rapat rutin setiap 1x/ 3 bulan. (dihadiri Yanmed, Jangmed, dan Keperawatan). <i>Agenda rapat:</i><ul style="list-style-type: none"><li>❖ Pembahasan Insiden dan rencana tindak lanjutnya.</li><li>❖ Evaluasi serta tindak lanjut dari hasil rapat sebelumnya.</li></ul></li><li>2. Buat laporan ke Direksi Grup: Rekomendasi/ masukan/ saran.</li></ol>
<i>Dokumen</i>	Format laporan ke Grup ( <i>Lamp. 7</i> ).



**PROSES 6:**

<i>Pelaksana</i>	<b>DEPARTEMEN/ UNIT KERJA TERKAIT</b>
<i>Kegiatan</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengkoordinir pelaksanaan rekomendasi Direksi dan Tim KPRS Grup.</li><li>2. Implementasi.</li></ol>
<i>Dokumen</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pembuatan/ Revisi SOP</li><li>2. Pembuatan SK-DIR</li><li>3. Pengadaan sarana/ prasarana pendukung</li><li>4. Dll.</li></ol>

## Lampiran 2: Formulir Laporan Insiden Internal RS

## FORMULIR LAPORAN INSIDEN di RS RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

RAHASIA, TIDAK BOLEH DI FOTOCOPY,  
DILAPORKAN MAXIMAL 2 X 24 JAM

**(INTERNAL)**

## I. DATA PASIEN

Nama : .....

No. MR : ..... Ruangan: .....

Umur\* : ☐ 0 – 1 bulan ☐ > 1 bulan – 1 tahun  
☐ > 1 tahun – 5 tahun ☐ > 5 tahun – 15 tahun  
☐ > 15 tahun – 30 tahun ☐ > 30 tahun – 65 tahun  
☐ > 65 tahun

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien:

☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta ☐  
☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan \* ☐  
☐ JAMKESMAS

Tanggal Masuk RS : ..... Jam .....

## II. RINCIAN KEJADIAN

- **Tanggal dan Waktu Insiden**

Tanggal : ..... Jam .....

- **Insiden** : .....

- **Kronologis Insiden :**

.....

.....

- **Jenis Insiden \* :**
  - ☐ Kejadian Nyaris Cedera/ KNC (Near Miss)
  - ☐ Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD (*Adverse Event*)
  - ☐ Kejadian Sentinel (Sentinel Event)
- **Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden \***
  - ☐ Karyawan: Dokter/ Perawat/ Petugas lainnya ☐
  - ☐ Pasien
  - ☐ Keluarga/ Pendamping Pasien
  - ☐ Pengunjung
  - ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)
- **Insiden terjadi pada \* :**
  - ☐ Pasien
  - ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)

Mis: karyawan/ pengunjung/ pendamping/ keluarga pasien, lapor ke K3 RS
- **Insiden menyangkut pasien**
  - ☐ Pasien rawat inap
  - ☐ Pasien rawat jalan
  - ☐ Pasien UGD
  - ☐ Lain-lain
- **Tempat Insiden**
  - ☐ Lokasi kejadian ..... (sebutkan)
- **Insiden terjadi pada pasien: (sesuai kasus penyakit/ spesialisasi)**
  - ☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
  - ☐ Anak dan Subspesialisasinya
  - ☐ Bedah dan Subspesialisasinya
  - ☐ Obstetri Ginekologi dan Subspesialisasinya
  - ☐ THT dan Subspesialisasinya
  - ☐ Mata dan Subspesialisasinya
  - ☐ Saraf dan Subspesialisasinya

- ☐ Anastesi dan Subspesialisasinya
- ☐ Kulit & kelamin dan Subspesialisasinya
- ☐ Jantung dan Subspesialisasinya
- ☐ Paru dan Subspesialisasinya
- ☐ Jiwa dan Subspesialisasinya

• **Unit Kerja tempat terjadinya insiden**

Unit kerja ..... (sebutkan)

• **Akibat Insiden Terhadap Pasien \***

- ☐ Kematian
- ☐ Cedera Irreversibel/ Cedera Berat
- ☐ Cedera Reversibel/ Cedera Sedang
- ☐ Cedera Ringan
- ☐ Tidak ada cedera

• **Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian dan hasilnya:**

.....  
 .....

• **Tindakan dilakukan oleh \***

- ☐ Tim: terdiri dari: .....
- ☐ Dokter
- ☐ Perawat
- ☐ Petugas lainnya: .....

• **Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain ? \***

- ☐ Ya      ☐ Tidak

Apabila ya, isi bagian di bawah ini.

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

.....

Pembuat Laporan	: .....	Penerima Laporan	: .....
Paraf	: .....	Paraf	: .....
Tanggal Terima	: .....	Tanggal Lapor	: .....

**Grading Risiko Kejadian \*** (Diisi oleh atasan pelapor):

☐ BIRU

☐ HIJAU

☐ KUNING

☐ MERAH

NB\* = pilih satu jawaban.

Lampiran 3: Formulir Laporan Insiden Eksternal

**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, istilah 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:** .....

**I. DATA RUMAH SAKIT:**

Kepemilikan Rumah Sakit:

- ☐ Pemerintah Pusat
- ☐ Pemerintah Daerah (Provinsi/ Kab./ Kota)
- ☐ TNI/ POLRI
- ☐ Swasta
- ☐ BUMN/ BUMD

Jenis RS:

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RS Umum                 | <input type="checkbox"/> RS Khusus    |
| <input type="checkbox"/> RSIA                    | <input type="checkbox"/> RS Paru      |
| <input type="checkbox"/> RS Mata                 | <input type="checkbox"/> RS Orthopedi |
| <input type="checkbox"/> RS Jantung              | <input type="checkbox"/> RS Jiwa      |
| <input type="checkbox"/> RS Kusta                |                                       |
| <input type="checkbox"/> RS Khusus lainnya ..... |                                       |



Kelas RS

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

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

Kapasitas tempat tidur: ..... tempat tidur

Provinsi (Lokasi RS): .....

Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KKP-RS: .....

## II. DATA PASIEN

**Umur\*** : ☐ 0 – 1 bulan ☐ > 1 bulan – 1 tahun  
☐ > 1 tahun – 5 tahun ☐ > 5 tahun – 15 tahun  
☐ > 15 tahun – 30 tahun ☐ > 30 tahun – 65 tahun  
☐ > 65 tahun

**Jenis Kelamin** : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

**Penanggung biaya pasien:**

☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta ☐  
☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan \*☐  
☐ JAMKESMAS

Tanggal Masuk RS : ..... Jam .....

## III. RINCIAN KEJADIAN

### 1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : ..... Jam .....

2. Insiden : .....

**3. Kronologis Insiden** : .....  
.....  
.....

**4. Jenis Insiden \* :**

- ☐ Kejadian Nyaris Cedera/ KNC (*Near Miss*)
- ☐ Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD (*Adverse Event*)/ Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

**5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden \***

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

**6. Insiden terjadi pada \* :**

- ☐ Pasien
  - ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)
- Mis: karyawan/ pengunjung/ pendamping/ keluarga pasien, lapor ke K3 RS

**7. Insiden menyangkut pasien**

- ☐ Pasien rawat inap
- ☐ Pasien rawat jalan
- ☐ Pasien UGD
- ☐ Lain-lain

**8. Tempat Insiden**

- ☐ Lokasi kejadian ..... (sebutkan)
- (Tempat pasien berada)

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

- ☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
- ☐ Anak dan Subspesialisasinya
- ☐ Bedah dan Subspesialisasinya

- ☐ Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
- ☐ THT dan Subspesialisasinya
- ☐ Mata dan Subspesialisasinya
- ☐ Saraf dan Subspesialisasinya
- ☐ Anastesi dan Subspesialisasinya
- ☐ Kulit & kelamin dan Subspesialisasinya
- ☐ Jantung dan Subspesialisasinya
- ☐ Paru dan Subspesialisasinya
- ☐ Jiwa dan Subspesialisasinya

Lain-lain ..... (sebutkan)

**10. Unit/ Departemen terkait yang menyebabkan insiden**

Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

**11. Akibat Insiden Terhadap Pasien \***

- ☐ Kematian
- ☐ Cedera Irreversibel/ Cedera Berat
- ☐ Cedera Reversibel/ Cedera Sedang
- ☐ Cedera Ringan
- ☐ Tidak ada cedera

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

.....  
 .....  
 .....

**13. Tindakan dilakukan oleh \***

- ☐ Tim: terdiri dari: .....
- ☐ Dokter
- ☐ Perawat
- ☐ Petugas lainnya: .....

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

- ☐ Ya      ☐ Tidak

Apabila ya, isi bagian di bawah ini.

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

.....  
.....  
.....

#### IV. TIPE INSIDEN

Tipe Insiden : .....

Sub Tipe 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 dan Kinerja
- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

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

.....  
.....

##### 2. Akar penyebab masalah (*underlying → 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).

Lampiran 4: Formulir Laporan Investigasi Sederhana

**FORM LAPORAN INVESTIGASI SEDERHANA**

Penyebab Langsung Insiden
Penyebab yang melatarbelakangi insiden/ akar insiden

Rekomendasi	Tindakan yang telah dilakukan	Penanggung Jawab	Tanggal

Tgl. Mulai Investigasi : .....

Tgl. Selesai Investigasi : .....

**Ka. Instalasi .....**

**Manager .....**

**ANALISA TIM KPRS: Tanggal: .....**

Investigasi Lengkap: ..... YA/ TIDAK Diperlukan Investigasi lebih lanjut: YA/ TIDAK Investigasi setelah Grading ulang: Hijau/ Kuning/ Merah
---

Lampiran 5: Formulir Laporan Bulanan IKP RS

**LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

**RS DHARMA NUGRAHA**

**PERIODE: BULAN ..... TAHUN .....**

**I. JUMLAH LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) BERDASARKAN TEMPAT KEJADIAN**

(adalah insiden yang terjadi pada bulan ini)

No.	INSTALASI TEMPAT TERJADINYA INSIDEN/ ASAL INSIDEN	JUMLAH LAPORAN IKP				
		KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL
1.	IGD					
2.	Rawat Jalan					
	a. Inst.....					
	b. Inst.....					
	c. dst.....					
3.	Rawat Inap Ibu					
	a. Inst.....					
	b. Inst.....					
	c. dst.....					

4.	Rawat Inap Anak					
	a. Inst.....					
	b. Inst.....					
	c. dst.....					
5.	Rawat Inap Umum					
	a. Inst.....					
	b. Inst.....					
	c. dst.....					
6.	Perinatologi – ICU					
	a. Inst. Perina LI (KBBL)					
	b. Inst. Perina LII					
	c. Inst. ICU					
7.	VK					
8.	OK					
9.	Rekam Medik					
10.	Rehabilitasi Medik					
11.	Laboratorium					
12.	Farmasi					
13.	Radiologi					
<b>TOTAL</b>						



## II. JUMLAH IR BERDASARKAN JENIS KEJADIAN DAN ANALISIS RISIKO

*(Berdasarkan Insiden yang terjadi pada bulan ini)*

JENIS	JUMLAH IR	ANALISIS RISIKO	
		SI (%)	RCA (%)
KPC			
KNC			
KTC			
SENTINEL			
<i>TOTAL</i>			

## III. HASIL INVESTIGASI: AKAR MASALAH, REKOMENDASI, DAN RENCANA TINDAKAN

*Kasus yang terkait dengan disiplin profesi medis dibahas dalam rapat SMF terkait atau Peer Group dan hasilnya dimasukkan dalam tabel*

NO	RINGKASAN IKP	INSIDEN *	PENYEBAB INSIDEN		REKOMENDASI (RENCANA TINDAK LANJUT)	UNIT KERJA PNG JWB	BUKTI PENYELESAIAN **
			PENYEBAB LANGSUNG	AKAR MASALAH			
		Jenis Insiden:					

		Tipe Insiden:					
		Sub Tipe Insiden:					

**Petunjuk Pengisian:**

1. No : Diisi dengan nomor urut
2. Ringkasan IKP : Diisi dengan ringkasan Insiden Keselamatan Pasien yang terdiri dari:
  1. Judul Masalah
  2. Kelompok Pelayanan/ Ruangan
  3. Tanggal Kejadian
  4. Ringkasan Kronologis
  5. Akibat Insiden (lihat tabel Penilaian Dampak Klinis/ Konsekuensi/ Security): Tidak signifikan, Minor, Moderat, Mayor, Katastropik
  6. Petugas Yang Terkait (nama lengkap, level, dan masa kerja)
  7. Grading Risk
3. Jenis & Tipe Insiden : Diisi dengan Jenis dan Tipe/ sub insiden (terdapat pada daftar tipe insiden dalam buku pedoman pelaporan IKP) yang terdiri dari:

1. Jenis Insiden
2. Tipe Insiden
3. Sub Tipe Insiden
4. Penyebab Insiden :
  - a. Penyebab Langsung : Diisi dengan penyebab langsung dengan insiden/ dampak terhadap pasien. (lihat daftar tipe insiden dalam buku pedoman pelaporan IKP)
  - b. Akar Masalah : Diisi dengan penyebab yang melatar belakangi penyebab langsung (lihat daftar faktor kontribusi, komponen dan sub komponen dalam buku pedoman pelaporan IKP)
5. Rekomendasi (Rencana Tindak Lanjut) : Diisi dengan rekomendasi dan rencana tindak lanjut dari hasil pembahasan IKP yang disesuaikan dengan penyebab
6. Bukti Penyelesaian : Diisi dengan data dari penyelesaian yang telah dilakukan (terdiri penyelesaian yang langsung saat kejadian terjadi, penyelesaian pelaporan IKP)
7. Unit Kerja Penanggung Jawab : Diisi dengan Instalasi yang terkait

*\*Kode diisi sesuai dengan daftar kode tipe insiden, jika belum ada maka dituliskan kategori insidennya.*

**JUMLAH LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) BERDASARKAN UNIT PENYEBAB, AKAR MASALAH** (*merupakan rekapitulasi akar masalah dari hasil investigasi*)

[illegible]

Lampiran 6: Glosarium KKP-RS

**GLOSARIUM KKP-RS**

No	Istilah	Definisi/ Penjelasan
1.	Keselamatan Pasien Rumah Sakit ( <i>Patient Safety</i> )	Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisa insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
2.	<i>Hazard</i> / Bahaya	Suatu “keadaan, perubahan atau tindakan” yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.
3.	<i>Harm</i> / Cedera gangguan	Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh, dapat berupa fisik, psikologis, dan sosial. Yang termasuk <i>harm</i> /cedera adalah: “penyakit, cedera fisik/ psikologis/ sosial, penderitaan, cacat, dan kematian”.
4.	Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.
5.	Kondisi Potensial Cedera (KPC)	Kondisi di rumah sakit yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien, karyawan, atau

		lingkungan. Misalnya: ICU yang selalu sibuk tetapi jumlah staf kurang, kabel yang melintang di ruang operasi dapat mengakibatkan pasien/ karyawan tersandung dan jatuh.
6.	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ <i>Near Miss</i>	<p>Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar/ tidak mengenai ke pasien. Contoh: unit transfusi darah sudah siap dipasang pada pasien yang salah, tetapi kesalahan diketahui namun kesalahan tersebut diketahui sebelum transfusi dimulai.</p> <p>KNC yang harus dilaporkan antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salah pemberian obat</li> <li>2. Salah pemeriksaan laboratorium</li> <li>3. Salah expertise radiologi</li> </ol>
7.	Kejadian Tidak Cedera (KTC)/ <i>No harm incident</i>	<p>Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (<i>commission</i>) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (<i>omission</i>), yang dapat mencederaikan pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi. Contoh:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat obat kontra indikasi tidak timbul (<i>chance</i>).</li> <li>2. Dosis lethal akan diberikan, diketahui, dibatalkan (<i>prevention</i>).</li> <li>3. Dapat obat dosis lethal/ kontra indikasi, diketahui, diberi antidote-nya (<i>Mitigation</i>).</li> </ol>
8.	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ( <i>Adverse event</i> )	Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan

		<p>medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.</p> <p>Jenis KTD yang dilakukan analisis adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi jika sesuai dengan RS.</li> <li>Semua kejadian kesalahan medis/ pengobatan, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>Semua kesalahan obat (<i>medication error</i>) yang signifikan jika terjadi sesuai dengan definisi RS.</li> <li>Semua ketidakcocokan yang besar (<i>major</i>) antara diagnosa pre operasi dan paska operasi.</li> <li>Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi.</li> <li>Kejadian lain, seperti ledakan infeksi mendadak (<i>infection outbreak</i>).</li> </ol>
9.	KTD yang tidak dapat dicegah ( <i>Unpreventable adverse event</i> )	Suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang mutakhir.
10.	Kejadian Sentinel ( <i>Sentinel Event</i> )	<p>Kejadian sentinel di RS Dharma Nugraha PT. MH adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kematian yang tidak diduga dan tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.</li> <li>Kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.</li> </ol>

		<p>c. Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien bedah.</p> <p>d. Terjangkit penyakit kronik atau fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ/ jaringan.</p> <p>e. Penculikan anak termasuk bayi yang diculik atau bayi yang diserahkan kepada orang yang bukan orang tuanya.</p> <p>f. Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen), pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, serta pengunjung atau vendor/ pihak ketiga berada dalam lingkungan RS.</p>
11.	Kesalahan Medis ( <i>Medical errors</i> )	Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Dapat akibat melaksanakan suatu tindakan ( <i>commission</i> ) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil ( <i>omission</i> ).
12.	Investigasi Sederhana/ <i>Simple Investigation (SI)</i>	Suatu proses investigasi yang dilakukan secara sederhana.
13.	Analisis Akar Masalah/ <i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	Suatu proses investigasi yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian hingga menemukan akar



		penyebabnya dan penjelasannya yang dilakukan secara mendetail.
14.	HFMEA ( <i>Healthcare Failure Modes Effects and Analysis</i> / Analisa mengenai Modus Kegagalan dan Dampak)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suatu asesmen prospektif yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengembangkan langkah-langkah yang dapat ditempuh pada suatu proses demi menjamin keselamatan dan mendapatkan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan.</li> <li>2. Suatu pendekatan yang sistematis yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dan mencegah permasalahan itu sebelum terjadi.</li> </ol>
15.	Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Laporan IKP)	Suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis, dan solusi untuk pembelajaran.
16.	Laporan Insiden Keselamatan Pasien KKP-RS (Eksternal)	Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) yang terjadi pada pasien, telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi, dan solusinya.