PANDUAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  d.  e.  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7. | bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang bertujuan untuk mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil sehingga asuhan pasien di rumah sakit menjadi aman;  bahwa pelaksanaan program keselamatan pasien wajib dilaksanakan di rumah sakit;  bahwa salah satu program dasar keselamatan pasien adalah menekan/menurunkan insiden keselamatan pasien berupa KPC, Sentinel, KTD, KNC, dan KTC;  bahwa terlaksananya program proaktif berupa identifikasi insiden dan meminimalkan insiden diperlukan tata kelola insiden keselamatan pasien di rumah sakit;  bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1,2,3 dan 4, perlu ditetapkan Surat Keputusan Direktur tentang Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251 Tahun 2012 tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor : 134/JSK-2/X-2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA  KEEMPAT  KELIMA  KEENAM  KETUJUH | :  :  :  :  :  :  :  : | Memberlakukan Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini;  Semua insiden di rumah sakit wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak atau akibat yang tidak diharapkan;  Semua kejadian insiden harus dilaporkan secara tertulis pada formulir internal insiden dalam waktu maksimal 2 x 24 jam dengan diketahui oleh atasan langsung, dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit serta dilakukan re-*grading*;  Hasil tindak lanjut dari insiden ditentukan berdasarkan *grading* resiko insiden yaitu berupa investigasi sederhana yang dilakukan oleh unit kerja dan hasilnya dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit. Investigasi komprehensif dilakukan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit dan unit kerja terkait;  Hasil analisa dan rekomendasi dari insiden yang terjadi dilaporkan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Eksternal;  Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya serta dilakukan revisi setiap 3 (tiga) tahun.  Apabila hasil evalusi mensyaratkan adanya perubahan dan perbaikan maka akan dilakukan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |

|  |
| --- |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 |

TEMBUSAN Yth :

1. Semua unit kerja RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pada bulan November 1999, *the America Hospital Associton* (AHA) *Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan pasien dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, institute of medicine di Amerika Serikat melaporkan: “*TORR IS HUMAN, Building a safer health system*” yang mengemukakan bahwa pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/ *Adverse Event*).

Di Indonesia telah diterbitkan beberapa peraturan, diantaranya Undang Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Undang Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dan Permenkes No. 251/Mankes/SK/VII/2012 tentang Komite Keselamatan Pasien yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien.

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

1. Tujuan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
2. Tujuan Umum :
3. Menurunnya insiden keselamatan pasien (KTD, KTC, KNC, KPC, & Kejadian Sentinel) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.
4. Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
5. Tujuan Khusus :
6. Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit / (Internal)
7. Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
8. Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah.
9. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.
10. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit / KKP-RS (Eksternal)
11. Pelaporan cara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kondisi potensial cidera dan insiden keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab dan rekomendasi solusinya.
12. Laporan hasil investagasi sederhana/ analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya dilaporkan oleh Sub Komite Keselamata Pasien di rumah sakit (internal)/ pimpinan rumah sakit ke KKP-RS dengan mengisi Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien.

BAB I

DEFINISI

1. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Adalah suatu kegiatan pelaporan insiden, evaluasi, monitoring, analisis dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien dari unit kerja rumah sakit. Insiden keselamatan pasien di rumah sakit adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cidera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari KPC, KNC, KTC, KTD dan Kejadian Sentinel*.*

1. Insiden Keselamatan Pasien
2. KPC/ Kondisi Potensi Cidera (*Reportabel circumstance*)

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

1. KNC/ Kondisi Nyaris Cidera *(Near miss, Close call)*

Adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cidera pada pasien.

1. KTC/ Kejadian Tidak Cidera *(No harm incident)*

Adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cidera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal : pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

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

Adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cidera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan atau karena tidak bertindak, bukan karena kondisi pasien.

1. Kejadian Sentinel *(Sentinel event)*

Adalah kejadian tak terduga (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima.

1. Analisis Matrix Resiko
2. Penilaian matrix resiko

Penilaian matrix resiko adalah suatu metode analisis kualitatiff untuk menetapkan derajat resiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

1. Dampak (*Consequence*)

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

1. Probablitas/ Frekuensi/ *Likelihood*

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

1. Band Resiko

Band Resiko adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna “*Bands”* akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

1. Investigasi
2. Investigasi sederhana

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

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

Adalah suatu proses untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD dengan matrix grading kuning dan merah.

1. Formulir Pelaporan Insiden
2. Laporan Insiden Internal

Adalah pelaporan secara tertulis setiap kejadian insiden menimpa pasien kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP rumah sakit.

1. Pelaporan Insiden Eksternal

Adalah pelaporan secara anonim secara elektronik ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit setiap kejadian insiden yang terjadi pada pasien, setelah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

BAB II

RUANG LINGKUP

Jenis Insiden yang di laporkan adalah :

1. KPC/ Kondisi Potensi Cidera (*Reportabel circumstance*)
2. KNC/ Kondisi Nyaris Cidera *(Near miss, Close call)*
3. KTC/ Kejadian Tidak Cidera *(No harm incident)*
4. KTD/ Kejadian Tidak Diharapkan *(Adverse event)*
5. Kejadian Sentinel *(Sentinel event)*

BAB III

TATA LAKSANA

1. Kebijakan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien :
2. Metode yang digunakan untuk megidentifikasi resiko dalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis.
3. Pelaporan insiden penting dilaksanakan karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
4. RSUD dr. Murjani membuat suatu sistem pelaporan insien yang meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang disosialisasikan kepada seluruh karyawan.
5. Pelaporan insiden meliputi kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
6. Laporan Insiden Keselamatan Pasien dibuat oleh semua staf RSUD dr. Murjani Sampit yang pertama menemukan kejadian/insiden dan semua staf yang terlibat dalam kejadian/insiden.
7. Karyawan RSUD dr. Murjani Sampit diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.
8. Alur Pelaporan Insiden Kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Komite PMKP (Internal)
9. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC/Sentinel) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
10. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada kepala unit kerja (paling lambat 2 x 24 jam), diharapkan jangan menunda laporan.
11. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada kepala unit kerja.
12. Kepala unit kerja akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan.
13. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

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

1. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit.
2. Sub Komite Keselamatn Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading.
3. Untuk grade kuning / merah, Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit akan melakuakan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA).
4. Setelah melakukan RCA, Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa : Petunjuk untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
5. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direktur.
6. Unit kerja membuat rekapitulasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam satu bulan sesuai formulir rekapitulasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dan dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP maksimal tanggal 8 bulan berikutnya.
7. Rekomendasi untuk perbaikan & pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit.
8. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
9. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP Rumah Sakit dr. Murjani Sampit dengan melakukan analisis laporan IKP setiap 3 bulan.
10. Hasil analisis IKP oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP dilaporkan ke direktur setiap tribulan / semester / tahunan.
11. Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP melakukan sosialisasi hasil analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP) ke unit kerja.
12. Penemuan insiden dari unit kerja

Penemuan insiden dari unit kerja dilaporkan secara tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien dengan formulir insiden yang telah disediakan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit.

1. Pengisian Formulir Insiden
2. Kondisi Potensial Cidera (KPC)

Kondisi Potensial Cidera (KPC) adalah kejadian potensial cidera harus dilaporkan dari unit pelayanan rumah sakit ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP dalam waktu maksimal 2X24 jam setelah terjadinya insiden, dengan melengkapi formulir laporan Kondisi Potensial Cidera (KPC).

1. Formulir

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formulir Laporan KPC ke Sub Komite Keselamatan Pasien di RS  RSUD dr. Murjani Sampit   |  | | --- | | RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2X24 JAM |   Laporan Kondisi Potensial Cidera (KPC)  (INTERNAL)   1. Tanggal dan waktu ditemukan Kondisi Potensial Cidera (KPC)   Tanggal : ……………………………………………… Jam   1. KPC : 2. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*   🞎 Karyawan : Dokter/Perawat/Petugas lainnya  🞎 Pasien  🞎 Keluarga/ Pendamping pasien  🞎 Pengunjung  🞎 Lain-lain (sebutkan)   1. Lokasi diketahui KPC   (sebutkan)   1. Unit/ Depertemen terkait KPC   (sebutkan)   1. Tindakan apa yang dilakukakn untuk mengatasi kondisi potensial cidera selama ini ?      1. Tindakan dilakukan oleh\* :   🞎 Tim: terdiri dari : .  🞎 Dokter  🞎 Perawat  🞎 Petugas lainnya   1. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di unit kerja lain?\*   🞎 Ya 🞎 Tidak  Apabila ya, isi bagian dibawah ini.  Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kondisi yang sama ?     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Pembuat  Laporan | : …........................... | Penerima  Laporan | : ................................. | | Paraf | : .............................. | Paraf | : …….......................... | |

1. Rekomendasi

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Formulir Laporan Insiden ke Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit  RSUD dr. Murjani Sampit   |  | | --- | | RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN  MAKSIMAL 2X24 JAM |   LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD DAN KEJADIAN SENTINEL  (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 🞏 Perusahaan\*  🞏 ASKES Pemerintah 🞏 JKN PBI  🞏 Asuransi Swasta 🞏 JKN Non PBI  Tanggal Masuk RS : ................................................... Jam ………………………….  II. RINCIAN KEJADIAN   1. Tanggal dan Waktu Insiden   Tanggal : ............................................................. Jam   1. Insiden :        1. Kronologis Insiden          1. Jenis Insiden   🞏 Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/ *Near Miss*  🞏 Kejadian Tidak Cidera (KTC)/ *No Harm*  🞏 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event*  🞏 Kejadian Sentinel/ *Sentinel Event*   1. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*   🞏 Karyawan : Dokter/ Perawat/ Petugas lainnya  🞏 Pasien  🞏 Keluarga / Pendamping pasien  🞏 Pengunjung  🞏 Lain-lain (sebutkan)   1. Insiden terjadi pada\*   🞏 Pasien  🞏 Lain-lain (sebutkan)  Mis : karyawan/ Pengunjung/ Pendamping/ Keluarga pasien, lapor ke K3 RS   1. Insiden menyangkut pasien :   🞏 Pasien rawat inap  🞏 Pasien rawat jalan  🞏 Pasien UGD  🞏 Lain-lain sebutkan)   1. Tempat Insiden   Lokasi kejadian (sebutkan)  (Tempat pasien berada).   1. 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)   1. Unit/ Depertemen terkait yang menyebabkan insiden   Unit kerja penyebab (sebutkan)   1. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :   🞏 Kematian  🞏 Cedera Irreversibel / Cedera Berat  🞏 Cedera Reversibel / Cedera sedang  🞏 Cedera Ringan  🞏 Tidak ada cedera   1. Tindakan yang dilakukan segera kejadian, dan hasilnya :          1. Tindakan dilakukan oleh\* :   🞏 Tim : terdiri dari :  🞏 Dokter  🞏 Perawat  🞏 Petugas lainya   1. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi diunit kerja lain ?\*   🞏 Ya 🞏 Tidak  Apabila Ya, isi bagian dibawah ini.  Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulanganya kejadian yang sama ?        Grading Resiko Kejadian\* (Diisi oleh diatas pelapor)  🞏 BIRU 🞏 HIJAU 🞏 KUNING 🞏 MERAH  NB. \* = pilih satu jawaban  Pembuat Laporan Penerima Laporan/ Atasan Langsung  (Nama Terang) : ............................. (Nama Terang) : .............................  Paraf : ............................. Paraf : .............................. |

1. Matriks Grading/ Band Resiko
2. Band Resiko/ Matriks Grading

Adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning, Merah. *“Bands”* akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

1. Dampak/ Consequences

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

1. Penilaian dampak klinis/ konsekuensi/ *Severity*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tinggi**  **Resiko** | **Deskripsi** | **Dampak** |
| 1 | Tidak signifikan | Tidak ada cidera |
| 2 | Minor | Cidera ringan misal luka lecet;  Dapat diatasi dengan pertolongan pertama |
| 3 | Moderat | Cidera sedang atau luka robek  Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.  Setiap kasus yang memperpanjang perawatan |
| 4 | Mayor | Cidera luar/ berat misal cacat, lumpuh  Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. |
| 5 | Katastropik | Kematian yang tidak berhungan dengan perjalanan penyakit |

1. Probabilitas/ Frekuensi/ *Likelihood*

Penilaian tingkat probabilitas/ frekuensi resiko adalh seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

1. Penilaian Probabilitas/ Frekuensi

|  |  |
| --- | --- |
| Tinggi Resiko | 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/ thn) |
| 5 | Sangat sering/Almost certain (Tiap minggu/ bulan) |

1. Skor Resiko
2. Cara menghitung skor resiko :

Skor Resiko = Dampak X Probability

Untuk menetukan skor resiko digunkan matriks grading resiko :

* Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
* Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
* Tetapkan warna *bandsnya*, berdasarkan pertemuan antar frekunsi dan dampak.

1. Warna Band

Warna band adalah hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurutkan kebawah dan nilai probabilitas yang diurutkan kesamping kanan.

1. Tabel Matrik Grading Resiko

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Probablitias | Tdk Signifikan  1 | Minor  2 | Moderat  3 | Mayor  4 | Katastropi  5 |
| Sangat sering terjadi  (tiap mg/bln)  5 | **Moderat** | **Moderat** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| Sering terjadi  (beberapa x/thn)  4 | **Moderat** | **Moderat** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| Mungkin terjadi  (1-2 th/x)  3 | **Rendah** | **Moderat** | **Tinggi** | **Ekstrim** | **Ekstrim** |
| Jarang terjadi  (2-5 th/x)  2 | **Rendah** | **Rendah** | **Moderat** | **Tinggi** | **Ekstrim** |
| Sangat jarang sekali (>5th/x)  1 | **Rendah** | **Rendah** | **Moderat** | **Tinggi** | **Ekstrim** |

1. Tindakan sesuai tingkat dan band resiko

Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

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

1. Investigasi Sederhana

Adalah proses yang terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian dengan matriks grading biru dan hijau dengan mengisi flow chart dan formulir dari unit kerja. Solusi, tindak lanjut, sosialisai dari unit sampai dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP.

|  |  |
| --- | --- |
| Flow Chart Investigasi Sederhana   |  | | --- | | Insiden.......................... |   Penyebab  Insiden  Petugas  Peralatan  Lingkungan Tempat Kerja  Prosedur Kerja  Why ?  Why ?  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ...........................  ...........................  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ............................  ............................  Tindakan  .  Rekomendasi  Akar Penyebab  .  ............................  ............................  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ............................  ............................ |

Formulir Investigasi Sederhana

RSUD dr. Murjani Sampit

|  |
| --- |
| Penyebab Langsung Insiden   1. Petugas : 2. Peralatan : 3. Lingkungan tempat kerja : 4. Prosedur kerja : |
| Penyebab yang melatarbelakangi/akar masalah insiden   1. Petugas : 2. Tempat kerja : 3. Managemen : |
| Rekomendasi :  Penaggung Jawab : Tanggal : |
| Tindakan yang akan dilakukan :  Penanggung Jawab : Tanggal : |
| Manager / Kepala Bagian / Kepala Unit :  Nama : Tanggal mulai investigasi :  Tanda Tangan : Tanggal selesai investigasi : |
| Manajemen Risiko :  Investigasi lengkap : Ya/Tidak Tanggal :  Diperlukan investigasi lebih lanjut : Ya/Tidak Tanggal : |
| Investigasi setelah grading ulang : Hijau / Biru/ Kuning / Merah |

1. *Root Cause Analysis* (RCA)
2. Proses pelaksanaan RCA (*Root Cause Analysis*) dilakukan dalam waktu 45 hari.
3. Rekomendasi dan tindak lanjut
4. Laporan direksi
5. Sosialisasi
6. Alur Pelaporan Insiden Kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Eksternal)

Laporan hasil investigasi sederhana / analisis akar masalah / RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (internal) / Pimpinan Rumah Sakit dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS : www.buk.depkes.go.id

|  |  |
| --- | --- |
| SILAHKAN ISI KODE RUMAH SAKIT  UNTUK MELAPORKAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KE KKPS PERSI  Kode Rumah Sakit :   |  | | --- | | Bagi rumah sakit yang belum mengetahui kode rumah sakit, silahkan isi formulir data RS dibawah ini, yang dapat diakses lewat :  **http://www.inapat-safety.or.id** |   E-mail Rumah Sakit :  Nama Rumah Sakit :  Alamat :  Kabupaten/Kota :  Propinsi :  Contact Person :  Telepon :  HP :  Kode dikirim lewat : SMS E-Mail |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formulir Laporan insiden pasien ke KKP-RS   |  | | --- | | RAHASIA |   KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT  LAORAN INSIDEN KESALAHAN PASIEN  KKP-RS  *(Patient Safety Incident Report)*   * Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantum nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi. * Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), bila ada kerancuan persepsi, isilah sesuai dengan pemahaman yang ada. * Isilah semua data pada Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan lengkap, jangan dikosongkan agar data dapat dianalisa. * Segera kirimkan laporan ini langsung ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)   KODE RS : (lewat : <http://www.inapat-safety.or.id> / pos / kurir)  I. DATA RUMAH SAKIT :  Kepemilikan Rumah Sakit :  🞎 Pemerintah Pusat  🞎 Pemerintah Daerah (Provinsi / kab /kota)  🞎 TNI / POLRI  🞎 Swasta  🞎 BUMN / BUMD  Jenis RS :  🞎 RS Umum  🞎 RS Khusus  🞎 RSIA  🞎 RS Paru  🞎 RS Mata  🞎 RS Orthopedi  🞎 RS Jantung  🞎 RS Jiwa  🞎 RS Kusta  🞎 RS Khusus lainnya  Kelas RS  🞎 A  🞎 B  🞎 C  🞎 D  Untuk RS Swasta menyesuaikan, misal RS Pratama serata dengan RS kelas D, RS Madya serata dengan RS kelas C dst.  Kapasitas tempat tidur : tempat tidur  Propinsi (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 🞎 Perusahaan\*  🞎 ASKES Pemerintah 🞎 JKN PBI  🞎 Asuransi Swasta 🞎 JKN Non PBI  Tanggal Masuk RS :............................................... Jam  III. RINCIAN KEJADIAN   1. Tanggal dan Waktu Insiden   Tanggal : .......................................................... Jam   1. Insiden : ............................................................................................................ 2. Kronologis Insiden          1. Jenis Insiden\* :   🞎 Kejadian Nyaris Cidera / KNC (Near miss)  🞎 Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD (Adverse event) / Kejadian Sentinel  *(Sentinel Event)*   1. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden   🞎 Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya  🞎 Pasien  🞎 Kelurga / pendamping pasien  🞎 Pengunjung  🞎 Lain-lain (sebutkan)   1. Insiden terjadi pada\* :   🞎 Pasien  🞎 Lain-lain (sebutkan)  Misal : karyawan / Pengunjung / Pendamping /Keluarga pasien, lapor ke K3 RS   1. Insiden menyangkut pasien :   🞎 Pasien rawat inap  🞎 Pasien rawat jalan  🞎 Pasien UGD  Lain-lain (sebutkan)   1. Tempat Insiden   Lokasi kejadian (sebutkan)  (Tempat pasien berada)   1. 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)   1. Unit/ Depertemen terkait yang menyebabkan insiden   Unit kerja penyebab (sebutkan)   1. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :   🞎 Kematian  🞎 Cedera Irreversibel / Cedera Berat  🞎 Cedera Reversibel / Cedera sedang  🞎 Cedera Ringan  🞎 Tidak ada cedera   1. Tindakan yang dilakukan segera kejadian, dan hasilnya :          1. Tindakan dilakukan oleh\* :   🞎 Tim : terdiri dari :  🞎 Dokter  🞎 Perawat  🞎 Petugas lainya   1. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi diunit kerja lain ?\*   🞎 Ya 🞎 Tidak  Apabila Ya, isi bagian dibawah ini.  Kapan dan langkah/ tindakan apa yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulanganya kejadian yang sama ?        IV.TIPE INSIDEN  Insiden : ........................................................................................  Tipe Insiden : .........................................................................................  Subtipe Insiden : ........................................................................................  V. ANALISA PENYEBAB INSIDEN  Dalam pengisisan penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunkan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)   1. Faktor Eksternal / diluar RS 2. Faktor Organisasi dan Manajemen 3. Faktor Lingkungan Kerja 4. Faktor tim 5. Faktor Petugas / Staf 6. Faktor Tugas 7. Faktor Pasien 8. Faktor Komunikasi 9. Penyebab langsung (Direct / Priximate / Immediate Cause)   ................................................................................................................  ................................................................................................................   1. Akar penyebab masalah (underlying rootcause)   ................................................................................................................  ................................................................................................................   1. Rekomendasi / Solusi  |  |  |  | | --- | --- | --- | | No | Akar Masalah | Rekomendasi / solusi | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   NB. \* : pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.  Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) |

BAB IV

DOKUMENTASI

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

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

PENUTUP

Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan awal proses adanya perubahan dalam pelayanan dirumah sakit, khususnya sebagian dari peningkatan mutu pelayanan.

Diharapkan panduan pencatatan dan pelaporan ini dapat menjadi acuan pencatatan dan pelaporan insiden di rumah sakit dalam melaksanakan sistem pelaporan dan analisis pada kasusnya.

Hasil analisis dan tindak lanjut ini akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008. Panduan Nasional Keselamatan pasien Rumah Sakit-Edisi 2. Depkes, Jakarta.
2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)*, Edisi 1, KARS, Jakarta.
3. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien(IKP)*. KKP-RS, Jakarta.
4. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012. *Panduan Penyusun Dokumen Akreditasi*, IMR, Jakarta

Lampiran 1.

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

Lampiran 2

Tipe Insiden

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tipe Insiden | Subtipe Insiden | |
| 1. | Administrasi  Klinik | 1. Proses | 1. Serah terima 2. Perjanjian 3. Daftar tunggu/ Antrian 4. Rujukan / Konsultasi 5. Admisi 6. Keluar / Pulang dari Ranap/ RS 7. Pindah Perawat (Transfer of care) 8. Identifikasi Pasien 9. Consent 10. Pembagian tugas 11. Respons terhadap kegawatan derurat |
| 1. Masalah | 1. Tidak *performance* ketika dibutuhkan/indikasi 2. Tidak lengkap/ Inadekuat 3. Tidak tersedia 4. Salah pasien 5. Salah proses/ pelayanan |
| 2. | Proses/ Prosedur | 1. Proses | 1. Srining/ Pencegahan/ Medical check up klinis 2. Diagnosis/ *Assessment* 3. Prosedur/ Pengobatan/ Intervensi 4. General care/ Managemen 5. Test/ Investigasi |
| 1. Masalah | 1. Tidak *perfprmance* ketika dibutuhkan/ indikasi 2. Tidak lengkap/ Inadekuat 3. Tidak tersedia 4. Salah pasien 5. Salah proses/ pengobatan/ prosedur 6. Salah bagian tubuh/ sisi |
| 3. | Dokumentasi | 1. Dokumen yang terkait | 1. Order/ Permintaan Terkait 2. *Chart/* Rekam medik/ Assessmen/ Kondultasi 3. Check list 4. Form/ sertifikat 5. Insiden/ Informasi/ Kebijakan/ SOP/ Guideline 6. Lebel/ Stiker/ Identifikasi Bands/ Kartu 7. Surat/ E-mail/ Rekaman Komunikasi 8. Laporan/ Hasil/ *Images* |
| 1. Masalah | 1. Dokumen hilang/ tidak tersedia 2. Terlambat mengakses dokumen 3. Salah dokumen/ Salah orang 4. Tidak jelas/ Membingungkan/ *Illegible*/ Informasi dalam dokumen tidak lengkap |
| 4. | Infeksi  Nosokomial | 1. Tipe organisme | 1. Bakteri (Hospital Assosiated) 2. Virus Infection 3. Jamur 4. Parasit 5. Protozoa 6. Rickettsia 7. Prion (Partikel protein yang infeksius) 8. Organisme tidak terindentifikasi |
| 1. Tipe/ Bagian infeksi | 1. Bloodstream 2. Bagian yang dioperasi 3. Abses 4. Pneumonia 5. Kanul IV 6. Protesis infeksi 7. Drain/ tube urin 8. Jarang lunak |
| 5. | Medikasi/ Cairan Infus | 1. Medikasi/ Cairan Infus yang terkait | 1. Daftar medikasi 2. Daftar cairan infus |
| 1. Proses penggunaan | 1. Peresepan medikasi/ cairan 2. Persiapan/ Dispensing infus 3. Pemaketan 4. Pengantaran 5. Pemberian 6. Suply/ pesan 7. Penyimpanan 8. Monitoring |
| 1. Masalah | 1. Salah pasien 2. Salah obat 3. Salah dosis/ kekuatan/ frekuensi 4. Salah formulasi/ presentasi 5. Salah rute pemberian 6. Salah jumlah/ kuantitas 7. Salah dipensing label/ Instruksi 8. Kontraindikasi 9. Salah penyimpanan 10. Ommited medicine or dose 11. Obat kadaluwarsa 12. *Adverse* drug reation (reaksi efek samping obat) |
| 6. | Transfusi darah/ Produk darah | 1. Transfusi darah/ produk darah terkait | 1. Produk selular 2. Faktor pembekuan (clothing) 3. Albumin/ Plasma protein 4. Imunoglobin |
| 1. Proses tranfusi darah/ produk darah terkait | 1. Test pre transfusi 2. Peresepan darah terkait 3. Persiapan/ Dispensing 4. Pengantaran 5. Pemberian 6. Penyimpanan 7. Monitoring 8. Presentasi/ Pemaketan 9. *Suply*/ Pesan |
|  |  | 1. Masalah | 1. Salah pasien 2. Salah darah/ Produk darah 3. Salah dosis/ Frekuensi 4. Salah jumlah 5. Salah lebel dispensing/ Instruksi 6. Kontraindikasi 7. Salah penyimpanan 8. Obat atau Dosis yang diabaikan 9. Darah kadaluwarsa 10. Efek samping (Adverse effect) |
| 7. | Nutrisi | 1. Nutrisi yang | 1. Diet umum terkait 2. Diet khusus |
| 1. Proses nutrisi | 1. Peresepan/ Permintaan 2. Persiapan/ Manufaktur/ Proses memasak 3. Suply/ order 4. Presentation 5. Dispensing/ Alokasi 6. Pengantaran 7. Pemberian 8. Penyimpanan |
| 1. Masalah | 1. Salah pasien 2. Salah diet 3. Salah jumlah 4. Salah frekunsi 5. Salah konsistensi 6. Salah penyimpanan |
| 8. | Oksigen / Gas | 1. Oksigen/ Gas terkait | Daftar oksigen/ gas terkait |
| 1. Proses penggunaan | 1. Label Cilinder/ warna kode/ Index pin 2. Oksigen/ Gas 3. Peresepan 4. Pemberian 5. Pengantaran 6. Suply/ order 7. Penyimpanan |
| 1. Masalah | 1. Salah pasien 2. Salah gas 3. Salah rate/ flow/ konsentrasi 4. Salah mode pengantaran 5. Kontraindikasi 6. Salah penyimpanan 7. Gagal pemberian 8. kontaminasi |
| 9. | Alat medis/ Alat kesehatan/ Equipment property | 1. Tipe alat medis/ Alat kesehatan/ Equipment property | Daftar alat medis/ Alat kesehatan/ Equipment Property |
| 1. Masalah | 1. Presentation/ pemaketan tidak baik 2. Ketidak tersediaan 3. Inapropiate for task 4. Tidak bersih/ Tidak streril 5. Kegagalan/ Malfungsi 6. Dislodgement/ Miskoneksi/ *Removal* 7. *User error* |
| 10. |  | 1. Perilaku pasien | 1. Tidak kooperatif 2. Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar 3. Beresiko/ Sembrono/ Berbahaya 4. Masalah dengan penggunaan substensi/ Abuse 5. Menggangu (Harrassment) 6. Diskrikinasitif/ Berprasangka 7. Berkeliaran, Melarikan diri 8. Sengaja menciderai diri, bunuh diri |
| 1. Aggression/ Assault | 1. Agresi verbal 2. Kekerasan fisik 3. Kekerasan seksual 4. Kekerasan terhadap mayat 5. Ancaman nyawa |
| 11. | Jatuh | 1. Tipe Jatuh | 1. Tersandung 2. Slip 3. Kolaps 4. Hilang keseimbangan |
| 1. Keterlibatan saat jatuh | 1. Velbed 2. Tempat tidur 3. Kursi 4. Strecher 5. Toilet 6. Peralatan terapi 7. Tangga 8. Dibawa/ dibantu oleh orang lain |
| 12 | Kecelakaan | 1. Benturan tumpul | 1. Kontak dengan benda/ binatang 2. Kontak dengan orang 3. Hancur, remuk 4. Geseran kasar |
| 1. Serangan tajam/ tusukan | 1. Cakaran, sayatan 2. Tusukan 3. Gigitan, sengatan 4. Serangan tajam lainnya |
| 1. Kejadian mekanik lain | 1. Benturan akibat ledakan bom 2. Kontak dengan mesin |
| 1. Peristiwa mekanik lain |  |
|  |  | 1. Mekanisme panas | 1. Panas yang berlebihan 2. Dingin yang berlebihan |
| 1. Ancaman pada pernafasan | 1. Ancaman mekanik pernafasan 2. Tenggelam atau hampir tenggelam 3. Pembatasan oksigen- kekurangan tempat 4. Confinement to Oxygen-Definicent Place |
| 1. Paparan bahan kimia atau lainnya substansi lainnya | 1. Keracunana bahan kimia atau substansi 2. Bahan kimia korosif |
| 1. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cidera | 1. Paparan listrik/ radiasi 2. Paparan suara/ getaran 3. Paparan terkena udara 4. Paparan karen gravitasi rendah |
| 1. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam |  |
| 13. | Infrastruktur/ Bangunan/ Benda lain yang terpasang tetap | 1. Keterlibatan Sruktur/ bangunan | 1. Daftar struktur 2. Daftar Bangunan 3. Daftar Furniture |
| 1. Masalah | 1. Inadekuat 2. Damaged*/ Faulty/* Worn |
| 14. | *Resource/* Manajemen organisai | 1. Beban kerja manajemen yang berlebih 2. Ketersediaan/ keadejuat tempat tidur/ pelayanan 3. Sumber Daya Manusia 4. Ketersediaan/ keadekuatan staf 5. Organisasi/ Tim 6. Protocol/ Kebijakan/ SOP *Guideline* 7. Ketersediaan/ *Adequacy* |  |
| 15. | Laboratorium/ Patologi | 1. Pengambilan / Pick up 2. Transport 3. Sorting 4. Data entry 5. Prosesing 6. Verifikasi/ Validesi 7. Hasil |  |

Lampiran 3

FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN

1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL / DI LUAR RS

|  |
| --- |
| Komponen |
| 1. Regulator dan ekonomi 2. Peraturan & Kebijakan Depkes 3. Peraturan Nasional 4. Hubungan dengan organisasi lain |

1. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI & MANAJEMEN

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Organisasi & Manajemen | 1. Struktur Organisasi 2. Pengawasan 3. Jenjang Pengambilan Keputusan |
| Kebijakan, Standar & Tujuan | 1. Tujuan & Misi 2. Penyusutan Fungsi Manajemen 3. Kontrak Servis 4. Sumber Keuangan 5. Pelayanan Informasi 6. Kebijakan diklat 7. Prosedur & Kebijakan 8. Fasilitas & Perlengkapan 9. Manajemen Resiko 10. Manajemen K3 11. Quality Improvement |
| Administrasi | Sistem administrasi |
| Budaya keselamatan | 1. Atitude kerja 2. Dukungan manajemen seluruh staf |
| SDM | 1. Ketersediaan 2. Tingkat Pendidikan & Keterampilan Staf yang berbeda 3. Beban kerja yang optimal |
| Diklat | Dilat Mnajemen Training Pelatihan/ Refreshing |

1. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub Komponen |
| Desain dan Bangunan | 1. Manajemen Pemeliharaan 2. Penilaian Ergonomik 3. Fungsionalitas |
| Lingkungan | 1. House keeping 2. Pengawasan Lingkungan Fisik 3. Perpindahan Paisen antara Ruangan |
| Peralatan/ sarana/ prasarana | 1. Malfungsi Alat 2. Ketidaktersediaan 3. Manajemen Pemeliharaan 4. Fungsionalitas 5. Desain, Penggunaan &*Maintenance* Peralatan |

1. FAKTOR KONTRIBUSI : TIM

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Supervisi & Konsultasi | 1. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi 2. Cepat Tanggap |
| Konsistensi | 1. Keselamatan antar profesi 2. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat |
| Kepemimpinana & Tanggung Jawab | 1. Kepemimpinana Efektif 2. Job Desc jelas |
| Respon terhadap Insiden | Dukungan peers setelah insiden |

1. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Kompetensi | 1. Verifikasi Kualifikasi 2. Verifikasi Pengetahuan & Keterampilan |
| Stresor Fisik dan Mental | 1. Motivasi 2. Stresor Mental : efek beban kerja beban mental 3. Stresor Fisik : Efek beban kerja = Gangguan Fisik |

1. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Ketersedian SOP | 1. Prosedur Penilaian & revisi SOP 2. Ketersediaan SOP 3. Kualitas Informasi 4. Prosedur Investigasi |
| Ketersediaan & akurasi hasil test | 1. Tes Tidak Dilakukan 2. Ketidaksesuaian antara interperensi hasil test |
| Faktor penunjang dalam velidasi alat | 1. Ketersediaan, penggunaan, medis reliabilitas 2. Kalibrasi |
| Desain Tugas | Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SOP |

1. FAKTORKONTRIBUTOR : PASIEN

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Kondisi | Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi |
| Personal | 1. Kepribadian 2. Bahasa 3. Kondisis sosial 4. Keluarga |
| Pengobatan | Mengetahui resiko berhubungan dengan pengobatan |
| Riwayat | 1. Riwayat Medis 2. Riwayat Kepribadian 3. Riwayat Emosi |
| Hubungan Staf dan Paisen | Hubungan yang baik |

1. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sub komponen |
| Komunikasi Verbal | 1. Komunikasi antar staf Junior dan Senior 2. Komunikasi antar Profesi 3. Komunikasi antar Staf dan Paisen 4. Komunkasi antar Unit Depertemen |
| Komunikasi Tertulis | Ketidaklengkapan Informasi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |