PANDUAN PELAPORAN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

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 KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

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 KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

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 kejadian tidak diharapkan;  bahwa terlaksananya program proaktif berupa identifikasi kejadian tidak diharapkan dan meminimalkan kejadian tidak diharapkan diperlukan tata kelola kejadian tidak diharapkan di rumah sakit;  bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1,2,3 dan 4, perlu ditetapkan Surat Keputusan Direktur tentang Panduan Pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan 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 tentang Tahun 2017 Keselamatan Pasien;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 Tahun 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 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini;  Semua kejadian tidak diharapkan di rumah sakit wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak atau akibat yang tidak diharapkan;  Semua kejadian tidak diharapkan harus dilaporkan secara tertulis pada formulir internal kejadian tidak diharapkan dalam waktu maksimal 2 x 24 jam dengan diketahui oleh atasan langsung, dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP Rumah Sakit dr. Murjani Sampit serta dilakukan re-*grading*;  Hasil tindak lanjut dari kejadian tidak diharapkan ditentukan berdasarkan *grading* resiko insiden dan hasilnya dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP Rumah Sakit dr. Murjani Sampit. Investigasi sederhana dilakukan oleh unit kerja terkait atau komprehensif *(Root Cause Analysis)* dilakukan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP Rumah Sakit dr. Murjani Sampit dan unit kerja terkait;  Hasil analisa dan rekomendasi dari kejadian tidak diharapkan yang terjadi dilaporkan kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit (Internal) dan 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. Kepala Unit Kerja di 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

Tujuan Pencatatan dan Pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

1. Tujuan Umum :

Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.

1. Tujuan Khusus :
2. Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit/Internal.
3. Melaporkan kejadian tidak diharapkan ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)/Eksternal.

BAB I

DEFINISI

RSUD dr. Murjani Sampit mendefinisikan kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cidera pada pasien akibat melaksanakan suatu atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cidera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah. Kejadian tidak diharapkan pada kasus keselamatan pasien terdeteksi apabila ada perubahan yang tidak diinginkan dari apa yang diharapkan. Untuk itu analisis mendalam dilakukan apabila tingkat, pola, atau tren kejadian bervariasi secara signifikan terkait, meliputi :

1. Reaksi transfusi yang sesuai dengan tanda klinis seperti gatal-gatal, jantung berdebar-debar, pusing, merah seluruh tubuh atau perubahan patologis tubuh setelah dilakukan transfusi darah.
2. Kejadian serius akibat efek samping obat.
3. Kesalahan pemberian obat yang menimbulkan reaksi.
4. Ketidaksesuaian diagnosis pra-operasi dan pasca operasi.
5. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi.
6. Infeksi yang disebabkan oleh pelayanan kesehatan di rumah sakit (HAIs).
7. Wabah penyakit menular di rumah sakit.
8. Kejadian pasien jatuh yang menimbulkan cidera (minor, moderate, mayor).
9. Cidera akibat prosedur.
10. Cidera akibat penggunaan fasilitas.
11. Kesalahan pemberian transfusi darah.
12. Pasien jiwa melarikan diri dari ruang rawat inap

Ketika kejadian tidak diharapkan teridentifikasi, maka harus dilaporkan segera ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit dalam waktu selambat-lambatnya 2x24 jam. Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit akan melakukan risk grading matrik, penetapan berdasarkan dampak (*consequens*) dan probabilitas (*likelihood*). Jika grading warna hijau dan biru maka akan dilakukan investigasi sederhana dan jika grading warna kuning dan merah dilakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*) untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit akan melaporkan analisis dan tindak lanjut kepada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit (Internal) dan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Eksternal).

BAB II

RUANG LINGKUP

Jenis Insiden yang di laporkan adalah : Kejadian Sentinel *(Sentinel event).*

BAB III

TATA LAKSANA ALUR PELAPORAN

1. Alur Pelaporan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit/(Internal)
2. Apabila terjadi suatu insiden kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
3. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada akhir jam kerja/shift kepada kepala unit kerja (paling lambat 2 x 24 jam), diharapkan jangan menunda laporan.
4. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada kepala unit kerja.
5. Kepala unit kerja akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
6. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

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

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 Keselamatan 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 melakukan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA).
4. Setelah melakukan RCA, Tim Keselamatan Pasien RSUD dr. Murjani Sampit akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa : Petunjuk / Safety alert untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
5. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direktur.
6. Rekomendasi untuk perbaikan & pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit kerja di RSUD dr. Murjani Sampit.
7. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
8. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit.
9. Alur Pelaporan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan 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 Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit (internal) / Pimpinan Rumah Sakit dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS : www.buk.depkes.go.id

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 Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit dan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit.
6. Penemuan insiden dari unit kerja

Penemuan insiden kejadian tidak diharapkan (KTD) dari unit dilaporkan secara tertulis setiap keadaan yang tidak konsisten dengan kegiatan rutin terutama untuk pelayanan kepada pasien dengan formulir insiden yang telah disediakan.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Risiko
2. Band Risiko/ 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 kearah 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

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.

Solusi, tindak lanjut, sosialisai dari unit sampai dilaporkan ke KKP-RS

|  |  |
| --- | --- |
| 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/Tida 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. Pelaporan Eksternal ke Komite Kelamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)
7. Laporan insiden keselamatan pasien KKP-RS (Eksternal)

Laporan insiden keselamatan pasien KKP-RS (Eksternal) adalah pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP - RS setiap kondisi. Potensi cedera dan insiden (KNC, KTC, KTD, Kejadian Sentinel) keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisis penyebab rekomendasi dan solusinya.

1. Formulir Pelaporan Eksternal

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

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

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