



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@gmail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09. g /RSUD-SK/1/2019**

TENTANG

**SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
INTERNAL MAUPUN EKSTERNAL**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang : a bahwa rumah sakit berpartisipasi dalam menyediakan data, pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien
- b bahwa rumah sakit menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Mengingat : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- 3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
- 8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun

2014 Tentang Susunan Organisasi Dan Tata Kerja Lembaga
Teknis Daerah Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

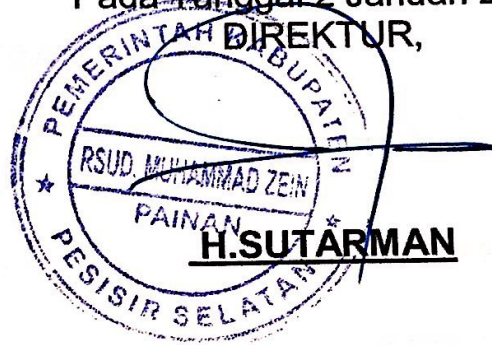
MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU :** KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN BAIK INTERNAL MAUPUN EKSTERNAL.
- KEDUA :** 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 (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian potensial cedera (KPC) dan kejadian sentinel.
- KETIGA :** Pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.
- KEEMPAT :** Rumah sakit menetapkan sistem pelaporan insiden meliputi :
- a) Kebijakan,
 - b) Alur pelaporan,
 - c) Formulir pelaporan,
 - d) Prosedur pelaporan,
 - e) Insiden yang harus dilaporkan,
 - f) Siapa saja yang membuat laporan,
 - g) Batas waktu pelaporan.

KELIMA

- : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada Tanggal 2 Januari 2019



PANDUAN

SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2019



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09. /RSUD-SK/1/2019
TANGGAL : JANUARI 2019
TENTANG : PANDUAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Insiden Keselamatan pasien masih menjadi masalah utama dirumah sakit dimana berbagai macam pelayanan memiliki risiko yang mengancam keselamatan pasien di rumah sakit. Keselamatan Pasien (Patient Safety) Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan lebih aman, yaitu meliputi: Assessment/ Pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan untuk hal ini Pemerintah sudah berupaya mengutamakan Keselamatan pasien di pelayanan rumah sakit.

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP•RS) kejadian keselamatan pasien merupakan media belajar dari proses kesalahan dalam pelayanan di rumah sakit

Pelaporan yang baik dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien, bila didokumentasikan dengan baik, dan setiap staf menerapkan budaya pelaporan setiap ada Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Budaya melaporkan merupakan suatu kebiasaan yang harus dilakukan tanpa menunggu perintah. Agar budaya bisa diterapkan dengan baik, maka seseorang harus mempunyai pengetahuan, kesadaran, untuk merubah sikap dan perilaku menjadi suatu kebiasaan. Oleh karena itu diperlukan suatu panduan sistem pelaporan IKP yang seragam di seluruh area rumah sakit.

PENGERTIAN

Beberapa pengertian terkait keselamatan pasien:

- Keselamatan pasien adalah Pasien bebas dari harm /cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik / sosial / psikologis, cacat, kematian dll), terkait dengan pelayanan kesehatan.
- Keselamatan pasien (patient safety) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko. (Penjelasan UU 44/2009 tentang RS pasal 43)

- Keselamatan pasien Rumah sakit adalah Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan
- Insiden Keselamatan Pasien (IKP)/Patient Safety Incident adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lainlain) yang tidak seharusnya terjadi.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup laporan insiden keselamatan pasien adalah seluruh unit kerja dan atau lingkungan RSUD Dr Muhammad Zein Painan mencakup:

1. Kejadian Nyaris Cidera
2. Kejadian Tidak Cidera
3. Kejadian Tidak Diharapkan
4. Kejadian sentinel
5. Kejadian Potensial Cidera
6. Analisis insiden menggunakan:
 - Investigasi sederhana
 - Root Cause Analysis (RCA)

BAB III KEBIJAKAN

1. Insiden Keselamatan Pasien yang harus dilaporkan adalah:

- 1) Kejadian Potensial Cidera (KPC) adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
- 2) Kejadian nyaris cedera (KNC) adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Kejadian nyaris cedera meliputi:
 - a) Semua kejadian salah obat, yang belum sampai terpapar ke pasien
 - b) Semua kesalahan medis (medical error) yang belum sampai terpapar ke pasien
- 3) Tidak Cidera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
- 4) Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommission*), bukan karena underlying diseases/kondisi pasien. Kejadian tidak diharapkan (KTD) mencakup:
 - a) Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi, jika sesuai untuk rumah sakit
 - b) Semua kejadian serius akibat reaksi obat, jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
 - c) Semua kesalahan pengobatan yang signifikan jika sesuai dan sebagaimana yang didefinisikan oleh rumah sakit
 - d) Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi; sebagai contoh, diagnosis praoperasi adalah obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi adalah ruptur aneurisme aorta abdominalis (AAA)
 - e) Kejadian tak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian
 - f) Kejadian tak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian
 - g) Kejadian-kejadian lain; sebagai contoh, infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan atau wabah penyakit menular

- 5) Kejadian sentinel adalah peristiwa tidak terduga yang melibatkan kematian atau cedera yang serius secara fisik dan psikologis. RSUD Dr Muhammad Zein Painan menetapkan definisi operasional kejadian sentinel yang mencakup:
 - a. Kematian yang tidak terduga, termasuk:
 - 1) Kematian yang tidak terkait dengan sebab alamiah dari penyakit dan penyakit dasar seorang pasien.
 - 2) Kematian atas bayi cukup bulan; dan
 - 3) Bunuh diri;
 - b. Kehilangan fungsi tubuh pasien yang luas dan permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah dari penyakit atau penyakit dasarnya;
 - c. Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien ketika operasi;
 - d. Penularan penyakit yang kronik atau fatal akibat infus darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi;
 - e. Penculikan bayi atau bayi dipulangkan dengan orang tua yang salah;
 - f. Pemerkosaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh yang permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit
2. Setiap KNC/KTC/KTD/SENTINEL harus dilaporkan dalam waktu maksimal 2x24jam/akhir jam kerja/shift ke Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sub Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
3. Pelaporan disampaikan/dibuat oleh:
 - a) Siapa saja atau semua staf RS pertama menemukan kejadian/insiden
 - b) Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian/insiden
4. Laporan Insiden terdiri dari dua macam :
 - a) Formulir Laporan Internal Insiden Keselamatan pasien Adalah Formulir Laporan yang dilaporkan ke Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Sub Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan. Laporan berisi : data pasien, rincian kejadian, tindakan yang dilakukan saat terjadi insiden, akibat insiden, pelapor dan penilaian grading
 - b) Pelaporan Kejadian Sentinel
 - 1) Kepada representasi pemilik (Dewan Pengawas melalui email)
 - 2) ke Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) melalui email: info@kars.or.id maksimal 2x24 jam setelah kejadian terjadi/disadar

5. Analisis Insiden keselamatan pasien

- a) Untuk grade biru dan hijau, insiden akan dianalisis menggunakan investigasi sederhana
- b) Untuk grade Kuning / Merah, insiden akan dianalisis menggunakan Analisis akar masalah / Root Cause Analysis (RCA)
- c) RCA dilakukan dalam batas waktu yang ditetapkan yaitu maksimal 45 hari sejak tanggal insiden terjadi atau disadari.
- d) RCA dilakukan oleh tim yang terdiri dari multi profesi dan multi unit

BAB IV TATA LAKSANA

1. Analisis Matrik Grading

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

- Dampak (Consequences) Penilaian dampak / akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal
- Probabilitas / Frekuensi / Likelihood Penilaian tingkat probabilitas / frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi

Tabel 1 Penilaian Dampak Klinis

Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

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

Tabel 2 Penilaian Probabilitas

Penilaian Probabilitas / Frekuensi

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

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko.

- Skor Risiko

Skor risiko= Dampak X probabilitas

Cara menghitung skor risiko : Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko (tabel 3)

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

- Bands Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna "bands" akan menentukan Investigasi yang akan dilakukan: Bands BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana Bands KUNING dan MERAH : Investigasi Komprehensif / RCA

Warna bands: hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut kebawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan

Tabel 3 Matriks Grading Risiko

Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu /bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Tabel 4 Tindakan sesuai Tingkat dan Bands Risiko

Tindakan sesuai Tingkat dan *bands* risiko

<i>Level / Bands</i>	Tindakan
<i>Extreme (sangat tinggi)</i>	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur,
<i>High (tinggi)</i>	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen,
<i>Moderate (sedang)</i>	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
<i>Low (rendah)</i>	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

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

- 1) Grading biru : investigasi sederhana oleh atasan langsung bersama dengan staf di unit waktu maksimal 1 minggu
- 2) Grading hijau : investigasi sederhana oleh atasan langsung bersama dengan staf di unit waktu maksimal 2 minggu
- 3) Grading kuning : investigasi komprehensif/analisis akar masalah/ RCA, waktu maksimal 45 hari
- 4) Grading merah : investigasi komprehensif/analisis akar masalah/ RCA, waktu maksimal 45 hari

2. Prosedur pelaporan Insiden Keselamatan pasien

a) Kejadian Nyaris cidera (KNC)

- 1) Pada kejadian nyaris cidera (KNC) wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan
- 2) Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insiden dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung. Jangan menunda laporan.
- 3) Segera serahkan laporan kepada Atasan langsung (kepala unit)
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan menggunakan analisis matriks grading.
- 5) Atasan menyerahkan laporan insiden ke Sub Keselamatan Pasien Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien paling lambat 2x24 jam setelah insiden.

- 6) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sesuai dengan analisis matriks grading.
- 7) Setelah unit selesai melakukan investigasi sederhana, rekomendasi, serta rencana tindak lanjut, laporan hasil diserahkan ke Sub Keselamatan Pasien Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- 8) Sub Keselamatan Pasien Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan akan menganalisa kembali hasil investigasi sederhana dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan dengan melakukan regrading.
- 9) Tindak lanjut hasil regrading berupa:
Sub Keselamatan Pasien melalui Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien akan membuat laporan hasil investigasi sederhana, rekomendasi serta rencana tindak lanjut untuk perbaikan serta pembelajaran. Untuk mencegah kejadian yang sama terulang, hasil investigasi sederhana dikoordinasikan kepada sub manajemen risiko dan Direktur.
- 10) Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait
- 11) Monitoring dan evaluasi bersama unit terkait dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melalui Sub Keselamatan Pasien

b) Kejadian Tidak Cidera (KTC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

- 1) Apabila terjadi KTC dan KTD wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan
- 2) Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insiden dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung. Jangan menunda laporan.
- 3) Segera serahkan laporan kepada Atasan langsung (kepala unit)
- 4) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan menggunakan analisis matriks grading

- 5) Atasan menyerahkan laporan insiden ke Sub Keselamatan Pasien Komite Mutu dan Manajemen Risiko paling lambat 2x24 jam setelah insiden.
- 6) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sesuai dengan analisis matriks grading apakah menggunakan investigasi sederhana atau Root Cause Analysis (RCA)
- 7) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Sub Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- 8) Sub Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA)
- 9) Untuk grade Kuning / Merah, Sub Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan akan melakukan Analisis akar masalah / Root Cause Analysis (RCA)
- 10) RCA dilakukan dalam batas waktu yang ditetapkan yaitu maksimal 45 hari sejak tanggal insiden terjadi atau disadari.
- 11) RCA dilakukan oleh tim untuk mengidentifikasi sumber asal kejadian dapat mengarah pada perbaikan dan atau tindakan dalam mencegah atau mengurangi risiko dari kejadian sentinel berulang. RCA diketuai pimpinan unit terkait dengan surat keputusan direktur utama. Langkah-langkah RCA sebagai berikut:
 - Identifikasi sumber asal kejadian
 - Membentuk tim untuk investigasi
 - Mengumpulkan data melalui wawancara, observasi dan dokumentasi
 - Membuat tabular timeline
 - Menetapkan prioritas masalah
 - Melakukan analisis masalah
 - Membuat rekomendasi dan rencana tindak lanjut

- 12) RCA difasilitasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- 13) Setelah melakukan RCA, tim RCA akan membuat laporan hasil RCA, rekomendasi serta rencana tindak lanjut untuk perbaikan serta pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
- 14) Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait
- 15) Laporan hasil RCA disampaikan ke direktur melalui Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, kepada Dewas Pengawas, KARS (melalui SISMAKADAK) dan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)
- 16) Direktur rumah sakit menindaklanjuti hasil RCA
- 17) Monitoring dan evaluasi oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

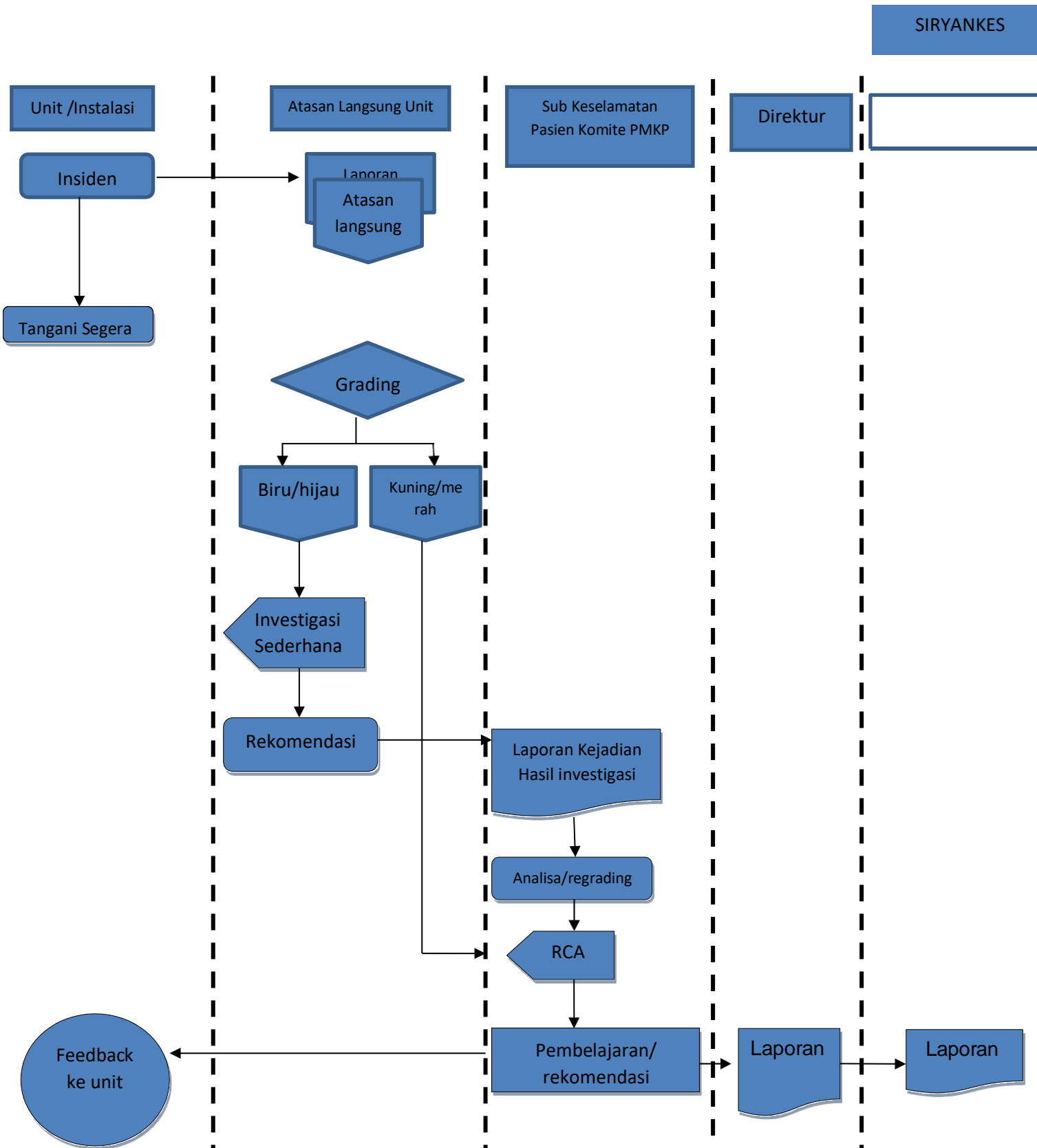
c) Kejadian sentinel

- a. Pada kejadian sentinel wajib segera ditindaklanjuti (ditangani/ dicegah) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setiap staf yang mengetahui melihat terjadinya kejadian sentinel seperti pada pengertian sentinel pada kebijakan butir a sampai dengan f, segera melaporkan secara lisan kepada atasan langsung dan atau ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- c. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan melaporkan secara lisan dan melalui email ke direktur, direktur melaporkan secara lisan dan melalui email ke Dewan Pengawas dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah kejadian
- d. Laporan dibuat secara tertulis kepada Sub Keselamatan Pasien Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan menggunakan formulir yang tersedia dalam waktu maksimal 2x24 jam setelah kejadian, jangan menunda laporan

- e. Grading untuk kejadian sentinel adalah merah.
- f. Bentuk analisa untuk grading kuning atau merah adalah investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA (*Root Causes Analysis*)
- g. RCA dilakukan dalam batas waktu yang ditetapkan yaitu maksimal 45 hari sejak tanggal insiden terjadi atau disadari.
- h. RCA dilakukan oleh tim untuk mengidentifikasi sumber asal kejadian dapat mengarah pada perbaikan dan atau tindakan dalam mencegah atau mengurangi risiko dari kejadian sentinel berulang. Ketua tim RCA adalah pimpinan unit terkait dengan surat keputusan direktur. Langkah- langkah RCA sebagai berikut:
 - Identifikasi sumber asal kejadian
 - Membentuk tim untuk investigasi
 - Mengumpulkan data melalui wawancara, observasi dan dokumentasi
 - Membuat tabular timeline
 - Menetapkan prioritas masalah
 - Melakukan analisis masalah
 - Membuat rekomendasi dan rencana tindak lanjut
- i. RCA difasilitasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- j. Setelah melakukan RCA, tim RCA akan membuat laporan hasil RCA, rekomendasi serta rencana tindak lanjut untuk perbaikan serta pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
- k. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait
- l. Laporan hasil RCA disampaikan ke direktur melalui Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, kepada Dewas Pengawas, KARS (melalui SISMADAK) dan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)
- m. Direktur rumah sakit menindaklanjuti hasil RCA
- n. Monitoring dan evaluasi oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dalam waktu 3 bulan setelah RCA selesai dilakuka

3. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Bagan Alur pelaporan Insiden Keselamatan pasien di RSUD Dr Muhammad Zein Painan



BAB V
DOKUMENTASI

1. Formulir laporan internal
2. Lembar investigasi sederhana
3. Laporan Root Cause Analysis



LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA
Untuk Bands Risiko BIRU/HIJAU

Sebab Langsung Insiden :		
Sebab Yang Melatarbelakangi/akar masalah insiden		
Rekomendasi	Penanggung Jawab	Tanggal
Tindakan Yang Dilakukan	Penanggung Jawab	Tanggal
Manager/Kepala Bagian/Kepala Unit		
Nama :	Tanggal mulai investigasi :	
Tanda tangan :	Tanggal selesai investigasi :	
Manajemen	Investigasi lengkap..... Ya/Tidak	Tanggal.....
	Diperlukan investigasi lebih lanjut: Ya/tidak	
	Investigasi setelah grading ulang : biru/hijau/kuning/merah	



KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
RSUD. Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

LAPORAN INSIDEN
(INTERNAL)

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

Nama :
No MR : Ruang :
Umur : Bulan Tahun
Kelompok Umur* : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun
 > 1 tahun 5 tahun > 5 tahun - 15 tahun
 > 15 tahun 30 tahun > 30 tahun - 60 tahun
 > 65 tahun
Jenis kelamin : Laki Perempuan
Penanggung biaya pasien : Pribadi Asuransi Swasta
 BPJS lainnya (sebutkan)
Tanggal Masuk RS : Jam

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam

2. Insiden :

3. Kronologis Insiden

.....
.....

4. Jenis Insiden* :

- Kejad Nyaris Cedera / KNC (Near miss)
- Kejad Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentine
- Kejad Tidak Cedera / KTC
- KPC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

- Karyaw : Dokter/Perawat/ Petugas lainnya
- Pasien
- keluarga / Pendamping pasien
- Pengun g
- Lain-lain (sebutkan)

6. Insiden menyangkut pasien :

- pasien rawat inap
- pasien rawat jalan
- pasien UGD
- Lain-lain (sebutkan)

7. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)
(Tempat pasien berada)

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

- Penyak al 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
- Jiwad dan Subspesialisasinya
- Lain-lain (sebutkan)

9. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
Unit kerjanya penyebab (sebutkan)

10. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

- Kematian
- Cedera Irreversible / Cedera Berat
- Cedera Reversible / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

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

.....

.....

.....

12. Tindakan dilakukan oleh* :

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

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

Ya Tidak

Apabila ya, isibagiandibawahini.

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

.....

.....

Pembuat Laporan : Penerima laporan :

Paraf : Paraf :

Tanggal Terima : Tanggal lapor :

Grading Risiko Kejadian* (Diisoleh atas anpelapor) :

- BIRU
- HIJAU
- KUNING
- MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.



E MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN

RSUD. Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN KONDISI POTENSIAL CEDERA

1. Tanggal : Jam :

2. Kejadian Potensial Cedera/KPC :

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

3. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

- Nyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
- Pasien
- Keluarga / Pendamping pasien
- Pengunjung
- lain-lain.....(sebutkan)

4. Lokasi diketahui Kejadian Potensial Cedera :

5. Unit / Departemen terkait KPC :

6. Tindakan yang dilakukan dan hasilnya :

.....
.....

7. Tindakan dilakukan oleh* :

- Tim : terdiri dari :
- Dokter
- Perawat
- Tugas lainnya

8. 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 kejadian yang sama?

Pembuat Laporan : Penerima laporan :

Paraf : Paraf :

Tanggal Terima : Tanggal lapor :



KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

RSUD. Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

LAPORAN INSIDEN

(INTERNAL)

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

I. DATA PASIEN

Nama :

No MR : Ruangan :

Umur : Bulan Tahun

Kelompok 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
 BPJS lainnya (sebutkan)

Tanggal Masuk RS : Jam

II. 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 Sentine
 Kejadian Tidak Cedera / KTC

KPC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

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

6. Insiden menyangkut pasien :

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

7. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)
(Tempat pasien berada)

8. 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)

9. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab (sebutkan)

10. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

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

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

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

12. Tindakan dilakukan oleh* :

Tim : terdiri dari :

- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya

13. 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 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.



KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
SUBKOMITE KESELAMATAN PASIEN
RSUD. Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN KONDISI POTENSIAL CEDERA

1. Tanggal : Jam :
2. Kejadian Potensial Cedera/KPC :
.....
.....
.....
3. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
 Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 Pasien
 Keluarga / Pendamping pasien
 Pengunjung
 Lain-lain.....(sebutkan)
4. Lokasi diketahui Kejadian Potensial Cedera :
5. Unit / Departemen terkait KPC :
6. Tindakan yang dilakukan dan hasilnya :
7. Tindakan dilakukan oleh* :
 Tim : terdiri dari :
 Dokter
 Perawat
 Petugas lainnya
8. 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 kejadian yang sama?
.....

Pembuat Laporan :

Penerima laporan :

Paraf :

Paraf :

Tanggal Terima :

Tanggal lapor :