

PANDUAN

SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : SK/008/PMKP/RSUD/2022

TENTANG
PANDUAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN,

- Menimbang : a bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan, maka diperlukan suatu Panduan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.
- b bahwa untuk standarisasi penatalaksanaan pelayanan, maka dipandang perlu Panduan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai mana dimaksud point a dan b, perlu Panduan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah 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 Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- 9 Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 15 tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 17 tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG RUMAH SAKIT MEMPUNYAI PANDUAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
- KEDUA : Kebijakan Panduan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Dengan dikeluarkannya Peraturan Direktur ini, maka apabila terdapat peraturan yang bertentangan dengan Peraturan Direktur Rumah sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan ini maka peraturan-peraturan yang terdahulu dinyatakan tidak berlaku. Referensi dan informasi yang diperoleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada Bulan Maret 2022
DIREKTUR



HAREFA

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR MUHAMMAD ZEIN
PAINAN
NOMOR : SK/008/PMKP/RSUD/2022
BULAN : MARET 2022
TENTANG : PANDUAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2022

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan, dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit.

Harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *primum, non nocere (first, do no harm)*. Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit, menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*adverse event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati.

Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan terjadinya KTD.

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.

1.2 TUJUAN

a. Tujuan Umum :

Sebagai Panduan untuk dapat melaksanakan system pelaporan insiden keselamatan pasien dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

b. Tujuan Khusus :

1. Sebagai acuan yang jelas bagi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam mengambil keputusan terhadap keselamatan pasien.
2. Sebagai acuan bagi seluruh personil di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan untuk dapat meningkatkan keselamatan pasien.
3. Terlaksananya program keselamatan pasien secara sistematis dan terarah

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 Tidak Diharapkan (KTD)
2. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
4. Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS)
5. Kejadian Sentinel
6. Analisis insiden menggunakan:
 - Investigasi sederhana
 - *Root Cause Analysis* (RCA)

BAB III

KEBIJAKAN

1. Insiden Keselamatan Pasien yang harus dilaporkan adalah:
 - 1) 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,
 - b) Semua kejadian serius akibat reaksi obat (*adverse drug reaction*) yang serius sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit
 - c) Semua kesalahan pengobatan (*medication error*) yang signifikan sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit
 - d) Semua perbedaan besar antara diagnosis pra-operasi dan diagnosis pascaoperasi; misalnya, diagnosis praoperasi adalah obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi adalah ruptur aneurisme aorta abdominalis (AAA)
 - e) Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian
 - f) Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian
 - g) Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien
 - h) Kejadian-kejadian lain; sebagai contoh, infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan atau wabah penyakit menular
 - 2) 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).
 - 3) 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
 - 4) Suatu kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel
 - 5) Kejadian sentinel adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien. Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien

yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal berikut ini:

- a) Kematian
- b) Cedera permanen adalah dampak yang dialami pasien yang bersifat ireversibel akibat insiden yang dialaminya misalnya kecacatan, kelumpuhan, kebutaan, tuli dan lain-lainnya.
- c) Cedera berat yang bersifat sementara/reversible adalah cedera yang bersifat kritis dan dapat mengancam nyawa yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanen/gejala sisa, namun kondisi tersebut mengharuskan pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi/pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, tindakan, atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tersebut.

Kejadian juga dapat digolongkan sebagai kejadian sentinel jika terjadi salah satu dari berikut ini :

- Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, tatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit;
- Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi
- Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah;
- Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan;
- Kaburnya pasien (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut;
- Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya);
- Pemerksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit;
- Pemerksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.
- Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);\

- Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasive, termasuk operasi;
 - Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL)
 - Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan;
 - Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien;
 - Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau
 - Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.
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) Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)
 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)

- Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
- Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
- 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

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

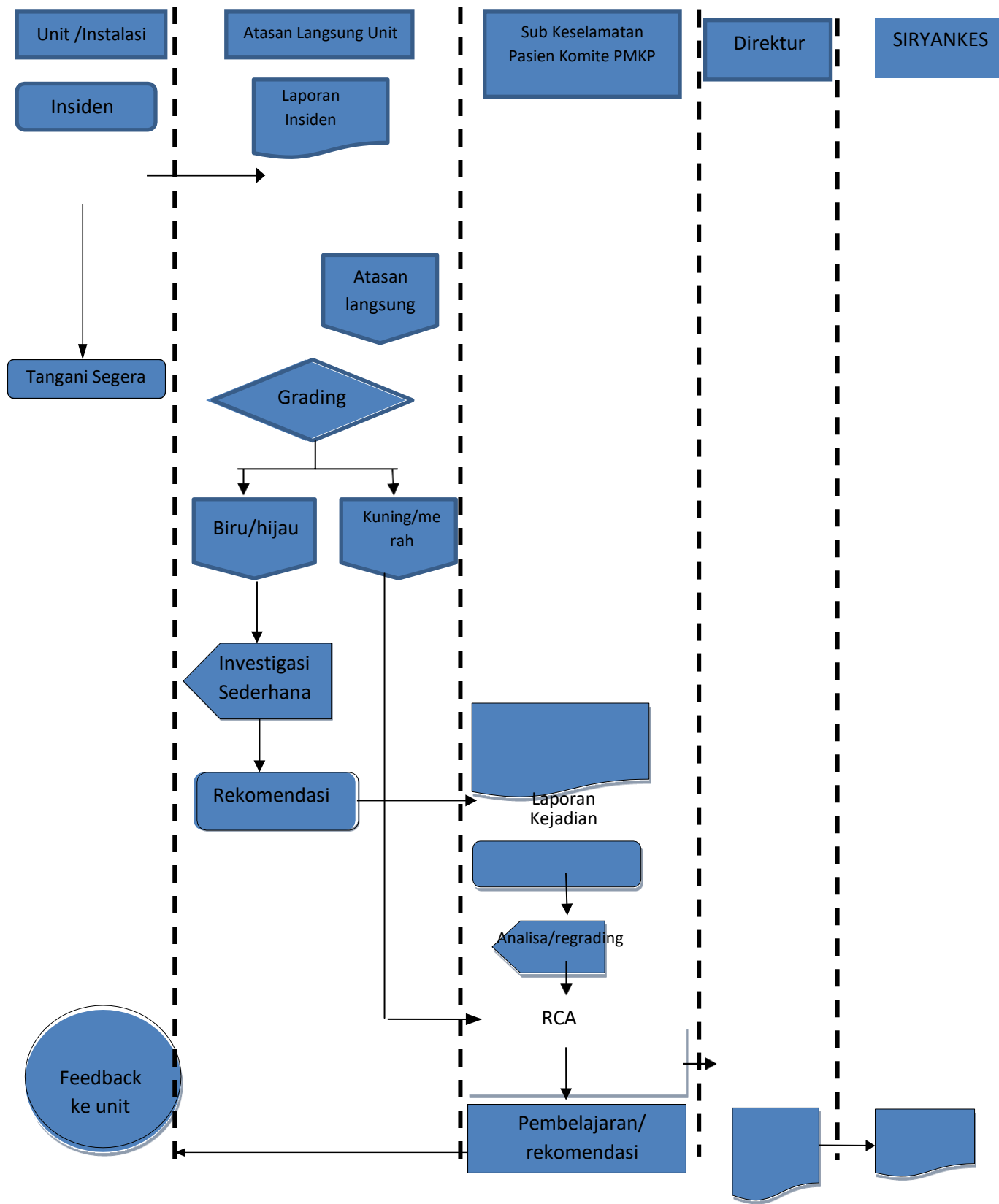
- a. Pada kejadian sentinel wajib segera ditindaklanjuti (ditangani/ dicegah) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setiap staf yang mengetahui melihat terjadinya kejadian sentinel seperti pada pengertian sentinel pada kebijakan butir a sampai dengan f, segera melaporkan secara lisan 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 Grading untuk kejadian sentinel adalah merah.
- e. Bentuk analisa untuk grading kuning atau merah adalah investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/ RCA (*Root Causes Analysis*)
- f. RCA dilakukan dalam batas waktu yang ditetapkan yaitu maksimal 45 hari sejak tanggal insiden terjadi atau disadari.
- g. 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
- h. RCA difasilitasi Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr Muhammad Zein Painan
- i. 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
- j. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik

kepada unit kerja terkait

- k. Laporan hasil RCA disampaikan ke direktur melalui Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, kepada Dewas Pengawas dan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)
- l. Direktur rumah sakit menindaklanjuti hasil RCA
- m. 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



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 : Tanda tangan :	Tanggal mulai investigasi : 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

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. KronologisInsiden
.....
.....

4. JenisInsiden* :
☐ KejadianNyarisCedera / KNC (Near miss)
☐ KejadianTidakdiharapkan / KTD (Adverse Event) / KejadianSentine
☐ KejadianTidakCedera / KTC
☐ KPC

5. Orang Pertama Yang MelaporkanInsiden*
☐ Karyawan :Dokter/Perawat/ Petugaslainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendampingpasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain.....(sebutkan)

6. Insidenmenyangkutpasien :
☐ Pasienrawatnap
☐ Pasienrawatjalan
☐ Pasien UGD
☐ Lain-lain (sebutkan)

7. TempatInsiden
Lokasikejadian (sebutkan)
(Tempatpasienberada)

8. Insidenterjadipadapasien : (sesuaikasuspenyakit / spesialisasi)
☐ PenyakitDalamdanSubspesialisasinya
☐ AnakdanSubspesialisasinya
☐ BedahdanSubspesialisasinya
☐ ObstetriGynekologidanSubspesialisasinya
☐ THT danSubspesialisasinya
☐ Mata danSubspesialisasinya
☐ SarafdanSubspesialisasinya
☐ AnastesidanSubspesialisasinya
☐ Kulit&KelamindanSubspesialisasinya
☐ JantungdanSubspesialisasinya
☐ ParudanSubspesialisasinya
☐ JiwadanSubspesialisasinya
☐ 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, isikan di bawah ini.

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

.....
.....

Pembuat Laporan : Penerima laporan :

Paraf : Paraf :

Tanggal Terima : Tanggal lapor :

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atas anpelapor) :

- ☐ 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 :