



**PEDOMAN PELAPORAN**  
**INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)**  
***(PATIENT SAFETY INCIDENT REPORT)***

**Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)**

**Jakarta**

**2015**



## KATA PENGANTAR



Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan yang Maha Kuasa yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk-Nya kepada kita semua sehingga Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit selesai disusun. Pedoman ini berisi Alur Pelaporan Insiden internal dan eksternal, Analisis Matriks Grading Resiko dan Petunjuk Pengisian Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang harus diterapkan oleh seluruh Rumah Sakit di Indonesia.

Diharapkan pedoman ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan sistem pelaporan dan analisis di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan proses pembelajaran bagi perbaikan pelayanan yang berorientasi kepada pasien.. Hasil analisis insiden akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

Disadari bahwa pedoman pelaporan ini masih terus mengalami penyempurnaan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Oleh karena itu komentar dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan. Tidak lupa pula kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi – tingginya kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan seluruh pihak yang telah berkontribusi, sehingga tersusunnya pedoman ini.

Akhirnya, mudah-mudahan pedoman ini dapat memberikan manfaat yang optimal, khususnya bagi manajemen rumah sakit dan tim keselamatan pasien di rumah sakit.

**Jakarta, Juli 2015**

**Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan**



**Dr. Tri Hesty Widyaastoeti, Sp.M, MPH**

## Sambutan DIRJEN BUK



Saya menyambut gembira dengan diterbitkannya Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang akan sangat bermanfaat bagi semua rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu secara berkesinambungan.

Saya menyambut gembira dengan diterbitkannya Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang akan sangat bermanfaat bagi semua rumah sakit

dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu secara berkesinambungan.

Dengan adanya Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien diharapkan budaya saling menyalahkan bisa dihilangkan dan dapat membantu mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Saya mengucapkan terima kasih dan apresiasi kepada Tim Penyusun Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang telah bekerja dengan maksimal dalam menyusun buku yang sangat berharga ini. Kepada para direktur rumah sakit, tim keselamatan pasien rumah sakit dan semua yang terlibat dalam kegiatan ini saya ucapkan selamat mempelajari dan melaporkan sesuai pedoman.

Terima kasih

Jakarta, Juli 2015

**Direktur Jenderal**



**Prof. Dr. dr Akmal Taher, SP./U (K)**

## **Sambutan Ketua KKPRS**

Terbitnya Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ini merupakan langkah maju signifikan dalam upaya melindungi keselamatan pasien di Indonesia. Data dan informasi yang diperoleh dari pelaporan Insiden Keselamatan Pasien akan menjadikan upaya perlindungan keselamatan pasien di Indonesia menjadi lebih berbasis bukti (evidence based) sehingga hasilnya pun diharapkan akan lebih berdaya guna dan berhasil guna. Pedoman ini berguna bagi praktisi maupun akademisi dibidang kesehatan.

Saya sangat menghargai segala jerih payah tim yang telah mengupayakan tersusunnya pedoman ini, termasuk sistem pelaporan elektronik. Namun demikian upaya tersebut tidak ada artinya tanpa partisipasi semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien untuk menindaklanjutinya dengan melakukan pelaporan sesuai dengan pedoman ini.

Dengan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien maka pemberi pelayanan kesehatan telah menunjukkan profesionalisme dan akuntabilitasnya, dan sebagai imbalannya masyarakat yang akan memberikan penghargaan dan respek yang tinggi terhadap pemberi pelayanan kesehatan. Terimakasih.

Jakarta, Juli 2015

Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit



Prof. dr. Herkutanto, SpF (K), SH, LL.M

# DAFTAR ISI

Halaman

Kata Pengantar.....	iii
Kata Sambutan DIRJEN BUK .....	iv
Kata Sambutan Ketua KKPRS .....	v
Daftar Isi .....	vi
<b>BAB I Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
1. Tujuan.....	3
2. Definisi.....	3
<b>BAB II Pelaporan Insiden .....</b>	<b>8</b>
1. Alur Pelaporan Insiden Ke Tim KP di RS (Internal).....	9
2. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ke KKPRS (Eksternal).....	10
<b>BAB III Analisis Matriks Grading Risiko .....</b>	<b>11</b>
<b>BAB IV Petunjuk Pengisian Laporan Insiden Keselamatan Pasien .....</b>	<b>15</b>
1. Data Pasien.....	15
2. Rincian Kejadian.....	16
3. Tipe Insiden.....	20
4. Analisa Penyebab Masalah.....	26
5. Faktor contributor, komponen dan sub komponen.....	26
<b>BAB V Penutup.....</b>	<b>31</b>
Lampiran :	
1. Tim Penyusun.....	32
2. Formulir Laporan Insiden Internal.....	33
3. Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Eksternal)....	36
4. Tahapan Laporan Insiden Eksternal.....	45
5. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.....	46
6. Contoh permintaan password.....	47
7. Pengurus KKPRS.....	48
8. Susunan anggota Komite Nasional Keselamatan Rumah Sakit.....	49

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Tidak perlu diragukan lagi pernyataan Sir Liam Donaldson, Chairman WHO World Alliance for Patient Safety pada tanggal 2 Mei 2007 ketika meresmikan "Nine Life-Saving Patient Safety Solutions" di WHO Collaborating Centre for Patient Safety : "Patient safety is now recognized as a priority by health systems around the world." Keselamatan Pasien sudah diakui sebagai suatu prioritas dalam pelayanan kesehatan.

Di Indonesia, setelah pada bulan Juni sampai dengan Agustus 2006 Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Departemen Kesehatan (Depkes), bekerja sama dengan Becton Dickinson, melakukan "Road Show" sosialisasi program Keselamatan Pasien di 12 kota dihadapan total 461 rumah sakit, terlihat bahwa Keselamatan Pasien mulai menjadi prioritas di berbagai rumah sakit.

Keselamatan Pasien Dalam UU. No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 43 :

1. RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien
2. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
3. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri
4. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 6;

1. Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
2. TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
3. Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit
4. TKPRS melaksanakan tugas:
  - a. mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
  - b. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
  - c. menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
  - e. melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
  - f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
  - g. membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

Buku Pedoman Pelaporan IKP ini akan menuntun rumah sakit dalam upaya menyusun Sistem Pelaporan IKP, dengan elemen-elemen Alur Pelaporan (Bab II), Analisis Matrix Grading Risiko (Bab III) Petunjuk Pengisian Laporan IKP (Bab IV), serta format Formulir Laporan IKP baik Internal maupun Eksternal ke KKPRS.

Pelaporan insiden Eksternal ke KKPRS dapat dilakukan melalui pengisian formulir secara elektronik (e-reporting). E-Reporting insiden



Eksternal diharapkan dapat meningkatkan budaya pelaporan insiden RS ke KKPRS untuk dapat dianalisis dan ditindaklanjuti.

Dengan penerapan sistem pelaporan IKP maka rumah sakit dapat menjawab secara mantap pertanyaan sebagai berikut : Apakah rumah sakit anda dapat mendemonstrasikan bahwa pelayanan rumah sakit anda lebih "safe" / aman dibandingkan tahun yang lalu ?

## **1. TUJUAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

a. Tujuan Umum :

- 1) Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC)
- 2) Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus :

- 1) Rumah Sakit (Internal)
  - a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
  - b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
  - c) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.
- 2) KKPRS (Eksternal)
  - a) Diperolehnya data / peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC)
  - b) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain.
  - c) Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

## **2. DEFINISI**

1. Keselamatan / Safety

Bebas dari bahaya atau risiko (hazard)

2. Hazard / bahaya

Adalah suatu "Keadaan, Perubahan atau Tindakan" yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.

- a. Keadaan  
Adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi suatu "Peristiwa Keselamatan Pasien/ Patient Safety Event , Agent atau Personal"
  - b. Agent  
Adalah substansi, obyek atau sistem yang menyebabkan perubahan
3. Keselamatan Pasien / Patient Safety
- 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.
- Yang dimaksud dengan 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 ttg RS pasal 43)**
4. Keselamatan Pasien RS / Hospital Patient Safety
- 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.
5. Harm/cedera
- Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang

termasuk harm adalah : "Penyakit, Cedera, Penderitaan, Cacat, dan Kematian".

- a. Penyakit/Disease  
Disfungsi fisik atau psikis
  - b. Cedera/Injury  
Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan
  - c. Penderitaan/Suffering  
Pengalaman/ gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, mal-aise, mual, muntah, depresi, agitasi, dan ketakutan
  - d. Cacat/Disability  
Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan harm yang terjadi sebelumnya atau saat ini.
6. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)/Patient Safety Incident  
Setiap adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lainlain) yang tidak seharusnya terjadi.
7. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / Adverse Event  
Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("commission") atau karena tidak bertindak ("omission"), bukan karena "underlying disease" atau kondisi pasien.
8. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Near Miss  
Suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
9. Kejadian Tidak Cedera (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).

10. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “reportable circumstance” kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
11. Kejadian Sentinel (Sentinel Event):  
Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.
12. Laporan insiden keselamatan pasien RS (Internal) Pelaporan secara tertulis setiap kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau kondisi potensial cedera (KPC) yang menimpa pasien.
13. Laporan insiden keselamatan pasien KKPRS (Eksternal):  
Pelaporan secara anonim secara elektronik ke KKPRS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau Sentinel Event yang terjadi pada pasien, setelah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.
14. Faktor Kontributor  
Adalah keadaan, tindakan, atau faktor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan risiko suatu kejadian (misalnya pembagian tugas yang tidak sesuai kebutuhan).  
Contoh:
  - a. Faktor kontributor di luar organisasi (eksternal)
  - b. Faktor kontributor dalam organisasi (internal) misalnya tidak ada prosedur
  - c. Faktor kontributor yang berhubungan dengan petugas (kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya team work atau komunikasi)
  - d. Faktor kontributor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

## 15. Analisis Akar Masalah/ Root Cause Analysis (RCA)

Adalah suatu proses berulang yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian menggunakan pertanyaan 'mengapa' yang diulang hingga menemukan akar penyebabnya dan penjelasannya. Pertanyaan 'mengapa' harus ditanyakan hingga tim investigator mendapatkan fakta, bukan hasil spekulasi.

## **BAB II**

### **PELAPORAN INSIDEN**

Banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya.

Mengapa pelaporan insiden penting?

- Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk
- mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Bagaimana memulainya ?

- Dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.

Apa yang harus dilaporkan ?

- Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.

Siapa yang membuat Laporan Insiden (Incident Report) ?

- Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden
- Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian/insiden

Bagaimana cara membuat Laporan Insiden?

- Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai 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.

Masalah yang sering menghambat dalam Laporan Insiden

- Laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat
- Laporan sering disembunyikan / underreport, karena takut disalahkan.

- Laporan sering terlambat
- Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (blame culture)

## I. ALUR PELAPORAN

### A. Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal)

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam ); diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor/Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen / Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut : (pembahasan lebih lanjut lihat BAB III)

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.

6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
8. Untuk grade Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / Root Cause Analysis (RCA)
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "Safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit
12. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing - masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.  
(Alur : Lihat Lampiran 5)

**B. ALUR PELAPORAN INSIDEN KE KKPRS - 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 Tim KP di RS (internal) / Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS : [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id)



### BAB III

#### ANALISIS MATRIKS GRADING RISIKO

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

a. Dampak (*Consequences*)

Penilaian dampak / akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal (tabel 1).

b. Probabilitas / Frekuensi / *Likelihood*

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

Tabel 1.  
Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / *Severity*

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- 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 / 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.

#### a. SKOR RISIKO

$$\text{SKOR RISIKO} = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$$

Cara menghitung skor risiko :

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

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
3. Tetapkan warna *bands*nya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

#### b. SKOR 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 : (tabel 3)

- *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**

Contoh : Pasien jatuh dari tempat tidur dan meninggal, kejadian seperti ini di RS X terjadi pada 2 tahun yang lalu

Nilai dampak : 5 (katastropik) karena pasien meninggal

Nilai probabilitas : 3 (mungkin terjadi) karena pernah terjadi 2 thn lalu Skoring

risiko :  $5 \times 3 = 15$

Warna *Bands* : Merah (ekstrim)

Tabel 3  
Matriks Grading Risiko

<b>Probabilitas</b>	<b>Tdk Signifikan 1</b>	<b>Minor 2</b>	<b>Moderat 3</b>	<b>Mayor 4</b>	<b>Katastropik 5</b>
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

<i>Level / Bands</i>	Tindakan
<i>Extreme</i> (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur,
<i>High</i> (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen,
<i>Moderate</i> (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

**BAB IV**  
**PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN**  
**INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)**  
**(Internal dan Eksternal)**

Formulir Laporan Insiden terdiri dari dua macam :

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

**A. PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR LAPORAN IKP INTERNAL dan EKSTERNAL**

**I. DATA PASIEN**

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

Laporan Internal :

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

Ruangan : diisi nama ruangan dan nomor kamar misal: Ruangan Melati kamar 301

Data Pasien : Umur, Jenis Kelamin, Penanggung biaya, Tgl masuk RS dan jam

diisi di Formulir Laporan Internal dan Eksternal (lihat = Lampiran Formulir Laporan IKP)

Umur : bulan dan tahun (jelas)

Kelompok Umur : Pilih salah satu (jelas)

Jenis Kelamin : Pilih salah satu (jelas)

Penanggung biaya pasien : Pilih salah satu (jelas)

Tanggal masuk RS dan jam : (jelas)

## II. RINCIAN KEJADIAN

### 1. Tanggal dan waktu insiden

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

### 2. Insiden

- Diisi insiden misal :  
Pasien jatuh , salah identifikasi pasien , salah pemberian obat, salah dosis obat, salah bagian yang dioperasi, dll.
  1. Grading Risiko : **hijau /biru/kuning/merah**
  2. Kronologis insiden
    - Diisi ringkasan insiden mulai saat sebelum kejadian sampai terjadinya insiden.
    - Kronologis harus sesuai kejadian yang sebenarnya, bukan pendapat / asumsi pelapor.
  3. Jenis insiden. Pilih salah satu Insiden Keselamatan Pasien (IKP) : KTD / KNC / KTC / KPC. **Untuk laporan eksternal, KPC tidak perlu dilaporkan**
  4. Orang pertama yang melaporkan Insiden
    - Pilih salah satu pelapor yang paling pertama melaporkan terjadinya insiden Misal : petugas / keluarga pasien dll
  5. Insiden menyangkut pasien :
    - Pilih salah satu : Pasien rawat inap / Pasien rawat jalan / Pasien UGD
  6. Tempat / Lokasi
    - Tempat pasien berada, misal ruang rawat inap, ruang rawat jalan, UGD
  7. Insiden sesuai kasus penyakit / spesialisasi
    - Pasien dirawat oleh Spesialisasi ? (Pilih salah satu)

Bila kasus penyakit / spesialisasi lebih dari satu, pilih salah satu yang menyebabkan insiden.

Misal : Pasien dengan gastritis kronis dirawat oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam, dikonsulkan ke Dokter Spesialis Bedah dengan suspect Appendicitis. Saat appendectomy terjadi insiden, tertinggal kassa, maka penanggung jawab kasus adalah : Dokter Spesialis Bedah.

Bila dirawat oleh dokter umum : isi Lain-lain : umum

#### 8. Unit / Departemen yang menyebabkan insiden

➤ Adalah unit / Departemen yang menjadi penyebab terjadinya insiden Misalnya :

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

Insiden : salah hasil lab. pada pasien DHF

Jenis Insiden : KNC (tidak terjadi cedera)

Tempat / Lokasi : UGD

Spesialisasi : Kasus Penyakit Dalam

Unit penyebab : Laboratorium

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

Insiden : Salah pemberian obat untuk pasien anak

Jenis Insiden : KNC (tidak terjadi cedera)

Tempat / Lokasi : Farmasi

Spesialisasi : Kasus Anak

Unit penyebab : Farmasi

c. Pasien THT akan dioperasi telinga kiri tapi ternyata yang dioperasi telinga kanan. Hal ini terjadi karena tidak dilakukan pengecekan ulang bagian yang akan dioperasi oleh petugas kamar operasi

Insiden : Salah bagian yang dioperasi : telinga kiri, seharusnya kanan

Jenis Insiden : KTD (terjadi cedera)

Tempat / Lokasi : kamar operasi

Spesialisasi : Kasus THT

Unit penyebab : Instalasi Bedah

#### 9. Akibat insiden

➤ Pilih salah satu : (lihat tabel matriks grading risiko)

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

#### 10. Tindakan yang dilakukan segera setelah insiden

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

#### 11. Tindakan dilakukan oleh

➤ Pilihlah salah satu :



- Bila dilakukan Tim : sebutkan timnya terdiri dari siapa saja misal ; dokter, perawat.
  - Bila dilakukan petugas lain : sebutkan misal ; analis, asisten apoteker, radiografer, bidan.
12. Apakah Insiden yang sama pernah terjadi di unit kerja lain?
- Jika Ya, lanjutkan dengan mengisi pertanyaan dibawahnya yaitu :
    - Waktu kejadian : isi dalam bulan / tahun.
    - Tindakan yang telah dilakukan pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama. Jelaskan.

Untuk laporan eksternal dilanjutkan sampai bab V dan VI

### III. TIPE INSIDEN

Untuk mengisi tipe insiden, harus melakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Insiden terdiri dari : tipe insiden dan sub tipe insiden yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini : (Tabel 5)

No.	TIPE INSIDEN		SUBTIPE INSIDEN
1.	Administrasi Klinik	a. a. Proses	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Serah terima</li> <li>ii. Perjanjian</li> <li>iii. Daftar tunggu / Antrian</li> <li>iv. Rujukan / Konsultasi</li> <li>v. Admisi</li> <li>vi. Keluar/Pulang dari Ranap/RS</li> <li>vii. Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>)</li> <li>viii. Identifikasi Pasien</li> <li>ix. Consent</li> <li>x. Pembagian tugas</li> <li>xi. Respons terhadap kegawatdaruratan</li> </ul>
		b. b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tidak <i>performed</i> ketika dibutuhkan/indikasi</li> <li>ii. Tidak lengkap / Inadekuat</li> <li>iii. Tidak tersedia</li> <li>iv. Salah pasien</li> <li>v. Salah proses / pelayanan</li> </ul>
2.	Proses / Prosedur Klinis	a. Proses	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Skrining / Pencegahan / <i>Medical check up</i></li> <li>ii. Diagnosis / <i>Assessment</i></li> <li>iii. Prosedur / Pengobatan / Intervensi</li> <li>iv. General care / <i>Management</i></li> <li>v. Test / Investigasi</li> <li>vi. Spesimen / Hasil</li> <li>vii. Belum dipulangkan (<i>Detention/ Restraint</i>)</li> </ul>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tidak <i>performance</i> ketika dibutuhkan/ indikasi</li> <li>ii. Tidak lengkap / Inadekuat</li> <li>iii. Tidak tersedia</li> <li>iv. Salah pasien</li> <li>v. Salah proses / pengobatan / prosedur</li> <li>vi. Salah bagian tubuh / sisi/</li> </ul>

3.	Dokumentasi	a. Dokumen yang Terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Order / Permintaan</li> <li>ii. <i>Chart</i> / Rekam medik / <i>Assessment</i> / Konsultasi</li> <li>iii. <i>Check list</i></li> <li>iv. Form / sertifikat</li> <li>v. Instruksi / Informasi / Kebijakan / SPO / <i>Guideline</i></li> <li>vi. Label / Stiker / Identifikasi <i>Bands</i> / Kartu</li> <li>vii. Surat / E-mail / Rekaman Komunikasi</li> <li>viii. Laporan / Hasil / Images</li> </ul>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dokumen hilang / tidak tersedia</li> <li>ii. Terlambat mengakses dokumen</li> <li>iii. Salah dokumen / Salah orang</li> <li>iv. Tidak jelas / Membingungkan / <i>Illegible</i></li> </ul>
4.	Infeksi Nosokomial ( <i>Hospital Assosiated Infection</i> )	a. Tipe organisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Bakteri</i></li> <li>ii. Virus</li> <li>iii. Jamur</li> <li>iv. Parasit</li> <li>v. Protozoa</li> <li>vi. <i>Rickettsia</i></li> <li>vii. Prion (Partikel protein yang nfeksius)</li> <li>viii. Organisme tidak teridentifikasi</li> </ul>
		b. Tipe / Bagian infeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Bloodstream</i></li> <li>ii. Bagian yang dioperasi</li> <li>iii. Abses</li> <li>iv. Pneumonia</li> <li>v. Kanul IV</li> <li>vi. Protesis infeksi</li> <li>vii. Drain/ tube urin</li> <li>viii. Jaringan lunak</li> </ul>
5.	Medikasi/ Cairan Infus	a. Medikasi / Cairan infus yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Daftar Medikasi</li> <li>ii. Daftar Cairan infus</li> </ul>
		b. Proses penggunaan medikasi / Ciaran infus	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Peresepan</li> <li>ii. Persiapan / <i>Dispensing</i></li> <li>iii. Pemaketan</li> <li>iv. pengantaran</li> <li>v. Pemberian</li> <li>vi. <i>Supply</i> / pesan</li> <li>vii. Penyimpanan</li> <li>viii. Monitoring</li> </ul>

		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah obat</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah dosis / kekuatan / frekuensi</li> <li>ii. Salah formulasi / presentasi</li> <li>iii. Salah rute pemberian</li> <li>iv. Salah jumlah / kuantitas</li> <li>v. Salah <i>Dispensing</i> Label / Instruksi</li> <li>vi. Kontraindikasi</li> <li>vii. Salah penyimpanan</li> <li>viii. <i>Omitted medicine or dose</i></li> <li>ix. Obat kadaluarsa</li> <li>x. Adverse drug reaction (reaksi efek samping obat)</li> </ul>
6.	Transfusi darah / Produk darah	a. Transfusi darah / Produk darah terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Produk selular</li> <li>ii. Faktor pembekuan (<i>clotting</i>)</li> <li>iii. Albumin / Plasma protein</li> <li>iv. Imunoglobulin</li> </ul>
		b. Proses Transfusi darah / Produk darah terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tes pre transfusi</li> <li>ii. Peresepan</li> <li>iii. Persiapan / <i>Dispensing</i></li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. Pemberian</li> <li>vi. Penyimpanan</li> <li>vii. Monitoring</li> <li>viii. Presentasi / Pemaketan</li> <li>ix. Suply / Pesan</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah Darah / Produk darah</li> <li>iii. Salah dosis / Frekuensi</li> <li>iv. Salah jumlah</li> <li>v. Salah label <i>dispensing</i> / Instruksi</li> <li>vi. Kontraindikasi</li> <li>vii. Salah penyimpanan</li> <li>viii. Obat atau Dosis yang diabaikan</li> <li>ix. Darah kadaluarsa</li> <li>x. Efek samping (<i>Adverse effect</i>)</li> </ul>
7.	Nutrisi	a. Nutrisi yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Nutrisi umum</li> <li>ii. Nutrisi khusus</li> </ul>

		b. Proses nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Peresepan / Permintaan</li> <li>ii. Pesiapan / Manufaktur / memasak</li> <li>iii. <i>Supply</i> / order</li> <li>iv. Penyajian</li> <li>v. <i>Dispensing</i> / Alokasi</li> <li>vi. Pengantaran</li> <li>vii. Pemberian</li> <li>viii. Penyimpanan</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah diet</li> <li>iii. Salah jumlah</li> <li>iv. Salah Frekuensi</li> <li>v. Salah konsistensi</li> </ul>
8.	Oksigen / Gas	a. Oksigen / Gas terkait	Daftar oksigen /gas terkait
		b. Proses penggunaan oksigen / Gas	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Label silinder / warna kode / <i>Index pin</i></li> <li>ii. Peresepan</li> <li>iii. Pemberian</li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. Suply / order</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah gas</li> <li>iii. Salah <i>rate / flow</i> / konsentrasi</li> <li>iv. Salah mode pengantaran</li> <li>v. Kontraindikasi</li> <li>vi. Salah penyimpanan</li> <li>vii. Gagal pemberian</li> <li>viii. Kontaminasi</li> </ul>
9.	Alat medis / Alat kesehatan / <i>Equipment property</i>	a. Tipe Alat medis / Alat kesehatan / <i>Equipment Property</i>	Daftar Alat medis / Alat kesehatan / <i>Equipment property</i>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Presentasi / Pemaketan tidak baik</li> <li>ii. Ketidaktersediaan</li> <li>iii. <i>Inapropriate for task</i></li> <li>iv. Tidak bersih / Tidak steril</li> <li>v. Kegagalan / Malfungsi</li> </ul>

10.	Pasien	a. Perilaku pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tidak kooperatif</li> <li>ii. Tidak pantas / Sikap bermusuhan/ Kasar</li> <li>iii. Berisiko/ Sembrono / Berbahaya</li> <li>iv. Masalah dengan penggunaan substansi / <i>Abuse</i></li> <li>v. Mengganggu (Harrassment)</li> <li>vi. Diskriminatif / Berprasangka</li> <li>vii. Berkeliaran, Melarikan diri.</li> <li>viii. Sengaja mencederai diri, Bunuh diri.</li> </ul>
		b. Agresi / <i>Assault</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Agresi verbal</li> <li>ii. Kekerasan fisik</li> <li>iii. Ancaman nyawa</li> </ul>
11.	Jatuh	a. Tipe Jatuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tersandung</li> <li>ii. Slip</li> <li>iii. Kolaps</li> <li>iv. Hilang keseimbangan</li> </ul>
		b. Keterlibatan saat jatuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Velbed</i></li> <li>ii. Tempat tidur</li> <li>iii. Kursi</li> <li>iv. Strecher</li> <li>v. Toilet</li> <li>vi. Peralatan terapi</li> <li>vii. Tangga</li> <li>viii. Dibawa/dibantu oleh orang lain</li> </ul>
12.	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Kontak dengan benda/binatang</li> <li>ii. Kontak dengan orang</li> <li>iii. Hancur, remuk</li> </ul>
		b. Serangan tajam/ tusukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>ix. i.</li> <li>x. ii. iii. iv.</li> <li>i. Cakaran, sayatan, tusukan, gigitan, sengatan</li> </ul>
		c. Kejadian mekanik lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Benturan akibat ledakan bom</li> <li>ii. Kontak dengan mesin</li> </ul>
		d. Peristiwa mekanik lain	
		e. Mekanisme Panas	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Panas yang berlebihan, dingin yang berlebihan</li> </ul>

		f. Ancaman pada pernafasan	i. Ancaman mekanik pernafasan, tenggelam atau hampir tenggelam, pembatasan oksigen - kekurangan tempat ( <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i> )
		g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya	i. Keracunan bahan kimia atau substansi lain ii. Bahan kimia korosif
		h. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera	i. Paparan listrik/radiasi ii. Paparan suara/ getaran iii. Paparan tekanan udara iv. Paparan karena gravitasi rendah
		i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam	
13.	Infrastruktur/ Bangunan/ Benda lain yang terpasang Tetap	j. Keterlibatan Struktur/ bangunan Masalah	i. Daftar struktur ii. Daftar Bangunan iii. Daftar Furniture iv. Inadekuat v. Damaged/Faulty/Worn
14.	<i>Resource /</i> Manajemen organisasi	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan Ketersediaan/keadekuatan tempat tidur/ pelayanan Sumber Daya Manusia Ketersediaan/keadekuatan staf Organisasi/ Tim b. Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline c. Ketersediaan / Adequacy	

15.	Laboratorium / Patologi	a.Pengambilan/ <i>Pick up</i> Transport <i>Sorting</i> Data entry Prosesing Verifikasi / Validasi Hasil	
-----	-------------------------	---	--

**Contoh :**

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

**IV. ANALISA PENYEBAB INSIDEN DAN REKOMENDASI**

- Penyebab insiden dapat diketahui setelah melakukan investigasi dan analisa baik investigasi sederhana (*simple investigation*) maupun investigasi komprehensif (*root cause analysis*).
- Penyebab insiden terbagi dua yaitu :
  1. Penyebab langsung (*immediate / direct cause*)  
Penyebab yang langsung berhubungan dengan insiden / dampak terhadap pasien
  2. Akar masalah (*root cause*).  
Penyebab yang melatarbelakangi penyebab langsung (*underlying cause*)

**V. FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN**

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



## 1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL / DI LUAR RS

<b>Komponen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Regulator dan Ekonomi</li> <li>b. Peraturan &amp; Kebijakan Depkes</li> <li>c. Peraturan Nasional</li> <li>d. Hubungan dengan Organisasi lain</li> </ul>

## 2. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI & MANAJEMEN

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Organisasi & Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Struktur Organisasi</li> <li>b. Pengawasan</li> <li>c. Jenjang Pengambilan Keputusan</li> </ul>
Kebijakan, Standar & Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan &amp; Misi</li> <li>b. Penyusunan Fungsi Manajemen</li> <li>c. Kontrak Service</li> <li>d. Sumber Keuangan</li> <li>e. Pelayanan Informasi</li> <li>f. Kebijakan diklat</li> <li>g. Prosedur &amp; Kebijakan</li> <li>h. Fasilitas &amp; Perlengkapan</li> <li>i. Manajemen Risiko</li> <li>j. Manajemen K3</li> <li>k. Quality Improvement</li> </ul>
Administrasi	Sistim Administrasi
Budaya Keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Attitude kerja</li> <li>b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf</li> </ul>
SDM	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketersediaan</li> <li>b. Tingkat Pendidikan &amp; Keterampilan Staf yang berbeda</li> <li>c. Beban Kerja yang optimal</li> </ul>
Diklat	Manajemen Training Pelatihan / <i>Refreshing</i>

### 3. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
Lingkungan	a. <i>Housekeeping</i> b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruangan
Peralatan / sarana / prasarana	a. Malfungsi Alat b. Ketidakterediaan c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain, Penggunaan & Pemeliharaan peralatan

### 4. FAKTOR KONTRIBUTOR : TIM

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Supervisi & Konsultasi	a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi b. Cepat Tanggap
Konsistensi	a. Kesamaan tugas antar profesi b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat
Kepemimpinan & Tanggung Jawab	a. Kepemimpinan Efektif b. <i>Job Desc</i> Jelas
Respon terhadap Insiden	Dukungan <i>peers</i> setelah insiden

### 5. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Kompetensi	a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan & Keterampilan

Stressor Fisik dan Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Motivasi</li> <li>b. Stresor Mental: efek beban kerja beban mental</li> <li>c. Stresor Fisik: Efek beban kerja = Gangguan Fisik</li> </ul>
---------------------------	--

## 6. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS

Komponen	SubKomponen
Ketersediaan SOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prosedur Peninjauan &amp; Revisi SPO</li> <li>b. Ketersediaan SPO</li> <li>c. Kualitas Informasi</li> <li>d. Prosedur Investigasi</li> </ul>
Ketersediaan & akurasi hasil test	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Test Tidak Dilakukan</li> <li>b. Ketidaksesuaian antara interpretasi hasil test</li> </ul>
Faktor Penunjang dalam validasi alat medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ketersediaan, penggunaan, reliabilitas</li> <li>b. Kalibrasi</li> </ul>
Desain Tugas	Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SPO

## 7. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN

Komponen	SubKomponen
Kondisi	Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepribadian</li> <li>b. Bahasa</li> <li>c. Kondisi Sosial</li> <li>d. Keluarga</li> </ul>
Pengobatan	Mengetahui risiko yang berhubungan dengan pengobatan
Riwayat	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Riwayat Medis</li> <li>b. Riwayat Kepribadian</li> <li>c. Riwayat Emosi</li> </ul>
Hubungan Staf dan Pasien	Hubungan yang baik

## 8. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI

Komunikasi Verbal	a. Komunikasi antar staf junior dan senior b. Komunikasi antar Profesi c. Komunikasi antar Staf dan Pasien d. Komunikasi antar Unit Departemen
Komunikasi Tertulis	Ketidaklengkapan Informasi

Contoh :

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

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

## **BAB V**

### **P E N U T U P**

Sistem pelaporan insiden di rumah sakit merupakan awal proses analisis dan investigasi insiden. Diharapkan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan sistem pelaporan dan analisis di rumah sakitnya.

Dengan meningkatnya jumlah laporan insiden akan menggambarkan budaya dan motivasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kepada pasien. Hasil analisis insiden akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

Lampiran 1

**TIM PENYUSUN**

**PEDOMAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

**SURAT KEPUTUSAN NOMOR : HK.02.04/III.4/0613/2014**

**Penanggung Jawab : Prof. Dr. dr. Herkutanto, SpF(K), SH, LL.M**

**Ketua : dr. Adib A. Yahya, MARS**

**Anggota : 1. dr. Arjaty W Daud, MARS**

**2. dr. Hilda Hamdi**

**3. dr. Herta Puspitasari**

Lampiran 2

**Formulir Laporan Insiden Internal ke Tim KP di RS**

Rumah Sakit .....

**LAPORAN INSIDEN  
(INTERNAL)**

**I. DATA PASIEN**

Nama : .....

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

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 Sentinel (*Sentinel Event*)
  - 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	:.....
Tgl Terima	:.....	Tgl Laport	:.....

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

**BIRU**

**HIJAU**

**KUNING**

**MERAH**

NB. \* = pilih satu jawaban.

**KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT  
LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KKPRS  
(Patient Safety Incident Report)**

- Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantumkan nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi.
- Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) , bila ada kerancuan persepsi, 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 (KKPRS).

**KODERS** : ..... (lewat : <http://www.buk.depkes.go.id>)

**I. DATA PASIEN**

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  
 JKN                     Lainnya (sebutkan)

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

**II. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden

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

2. Insiden : .....

3. **Grading Risiko**

4. Kronologis Insiden

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

5. Jenis Insiden\*:

- Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
- Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian
- Sentinel (*Sentinel Event*)
- Kejadian Tidak Cedera / KTC

6. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

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

7. Insiden terjadi pada\*:

- Pasien
- Lain-lain ..... (sebutkan)  
Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien,  
lapor ke K3 RS.

8. Insiden menyangkut pasien :

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

9. Tempat Insiden

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

10. 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)

11. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

12. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :

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

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

.....  
.....

14. Tindakan dilakukan oleh\* :

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

15. 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?**

.....  
.....

### III. TIPE INSIDEN

Insiden : .....

Tipe Insiden : .....

Subtipe Insiden : .....

### IV. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)

- a. Faktor Eksternal / di luar RS
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas / Staf
- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

### V. FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN

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

#### 1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL / DI LUAR RS

Komponen
a. Regulator dan Ekonomi b. Peraturan & Kebijakan Depkes c. Peraturan Nasional d. Hubungan dengan Organisasi lain

## 2. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI & MANAJEMEN

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Organisasi & Manajemen	a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
Kebijakan, Standar & Tujuan	a. Tujuan & Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Service d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan diklat g. Prosedur & Kebijakan h. Fasilitas & Perlengkapan i. Manajemen Risiko j. Manajemen K3 k. Quality Improvement
Administrasi	Sistim Administrasi
Budaya Keselamatan	a. Attitude kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
SDM  Diklat	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan & Keterampilan Staf yang berbeda c. Beban Kerja yang optimal  Manajemen Training Pelatihan / <i>Refreshing</i>

## 3. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
Lingkungan	a. <i>Housekeeping</i> b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruangan

Peralatan / sarana / prasarana	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Malfungsi Alat</li> <li>b. Ketidaktersediaan</li> <li>c. Manajemen Pemeliharaan</li> <li>d. Fungsionalitas</li> <li>e. Desain, Penggunaan &amp; Pemeliharaan peralatan</li> </ul>
--------------------------------	---

#### 4. FAKTOR KONTRIBUTOR : TIM

Komponen	SubKomponen
Supervisi & Konsultasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi</li> <li>b. Cepat Tanggap</li> </ul>
Konsistensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kesamaan tugas antar profesi</li> <li>b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat</li> </ul>
Kepemimpinan & Tanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepemimpinan Efektif</li> <li>b. <i>Job Desc</i> Jelas</li> </ul>
Respon terhadap Insiden	Dukungan <i>peers</i> setelah insiden

#### 5. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS

Komponen	SubKomponen
Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Verifikasi Kualifikasi</li> <li>b. Verifikasi Pengetahuan &amp; Keterampilan</li> </ul>
Stressor Fisik dan Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Motivasi</li> <li>b. Stressor Mental: efek beban kerja beban mental</li> <li>c. Stressor Fisik: Efek beban kerja = Gangguan Fisik</li> </ul>

## 6. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS

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

## 7. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN

<b>Komponen</b>	<b>SubKomponen</b>
Kondisi	Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi
Personal	a. Kepribadian b. Bahasa c. Kondisi Sosial d. Keluarga
Pengobatan	Mengetahui risiko yang berhubungan dengan pengobatan
Riwayat	a. Riwayat Medis b. Riwayat Kepribadian c. Riwayat Emosi
Hubungan Staf dan Pasien	Hubungan yang baik



## 8. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI

Komunikasi Verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Komunikasi antar staf junior dan senior</li> <li>b. Komunikasi antar Profesi</li> <li>c. Komunikasi antar Staf dan Pasien</li> <li>d. Komunikasi antar Unit Departemen</li> </ul>
Komunikasi Tertulis	Ketidaklengkapan Informasi

Contoh :

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

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

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

.....

.....

.....

.....

2. Akar penyebab masalah (underlying - root cause)

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

3. Rekomendasi / Solusi

No	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

**NB. \* : pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.**

**Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)**

## Lampiran 4

### **Tahapan Laporan Insiden Eksternal**

#### **(Panduan e- report bagi RS)**

Akses Website KKPRS yaitu : <http://www.buk.depkes.go.id>

Klik Banner Keselamatan Pasien di RS

Setelah tampil terdapat 2 isian yang perlu diperhatikan yaitu username dan password

Username merupakan kode RS

Untuk mendapatkan password, RS mengajukan terlebih dahulu ke Kementerian

Kesehatan dengan surat permintaan resmi (form terlampir)

Lakukan entry data

Apabila masih kurang jelas silahkan hubungi :

#### **SEKRETARIAT KKPRS**

DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

d/a Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196

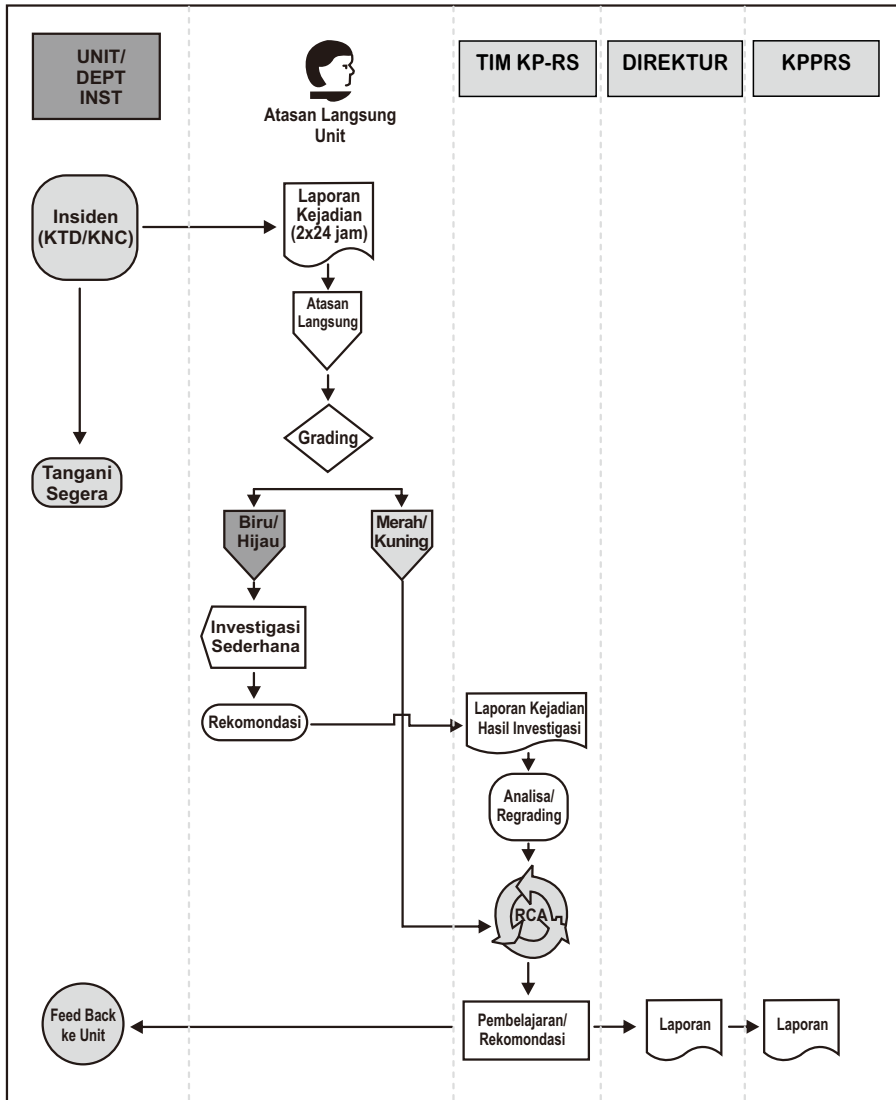
Jakarta 12950

Telepon / fax : (021) 5274915

Surat elektronik : [subdit.rspendidikan@gmail.com](mailto:subdit.rspendidikan@gmail.com)

# Lampiran 5

## Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien



Lampiran 6 . Contoh surat permintaan password pelaporan IKPRS

**Bagi Rumah Sakit yang sudah mempunyai nomor Registrasi RS Online, silahkan isi Formulir Data RS dibawah ini, dengan menggunakan kop resmi RS yang ditandatangani oleh Ketua Tim KPRS dan diketahui oleh Direktur/ Direktur utama RS.**

Kepada Sekretariat Komite Keselamatan Pasien RS

Subdit Bina Yankes di RS Pendidikan

Ruang 507 lantai 5 alamat Kementerian Kesehatan RI

Di Jakarta

Sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di RS tahun 2011, RS harus melaporkan insiden KTD secara tertulis ke Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS), oleh karena sudah dikembangkannya pengelolaan sistem pelaporan insiden secara elektronik (e-reporting) bersama ini kami sampaikan permohonan untuk mendapatkan password untuk melakukan entrian insiden keselamatan pasien di RS.

Nama Rumah Sakit :

Alamat :

Kabupaten/Kota : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_

Contact Person : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

HP : \_\_\_\_\_

E-Mail Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

Mengetahui tanda tangan ketua Tim KPRS

Direktur RS nama jelas

Note ; surat bisa discan dan diemailkan kepada sekretariat KPPRS dengan alamat

[subdit.rspendidikan@gmail.com](mailto:subdit.rspendidikan@gmail.com) . Password dikirim lewat email resmi RS dan harus segera diganti (menjadi tanggung jawab RS bila ada penyalahgunaan). **2016 diganti : yanmedikwat@gmail.com**

**PENGURUS KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KKPRS)**

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 251/MENKES/SK/VII/2012  
TENTANG  
KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Mengangkat Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk masa bakti tahun 2012-2015.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu bertugas memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri dalam rangka penyusunan kebijakan nasional dan peraturan keselamatan pasien rumah sakit.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Diktum Ketiga, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:

1. penyusunan standar dan pedoman keselamatan pasien rumah sakit;
2. kerja sama dengan berbagai institusi dalam dan luar negeri;
3. pengkajian program keselamatan pasien rumah sakit;
4. pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan insiden untuk pembelajaran di rumah sakit; dan
5. monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.

**SUSUNAN ANGGOTA  
KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

- Pengarah : 1. Sekretaris Jenderal  
2. Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan  
3. Staf Ahli Menteri Bidang Mediko Legal
- Ketua : Prof. Dr. Herkutanto, SpF (K), SH, LL.M
- Wakil Ketua : Dr. Nico A. Lumenta.K. Nefro,MM
- Sekretaris : Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan
- Anggota : 1. Dr. dr. Sutoto, M.Kes. (Asosiasi Perumahsakitán)  
2. dr. Gmar Wahid, Sp.P (Pakar Perumahsakitán)  
3. dr. Adib Yahya, MARS (Pakar Perumahsakitán)  
4. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, Ph.D (Pakar Perumahsakitán)  
5. Elis Puji Utami, Ns, Skep, M. Kes (Unsur Keperawatan)  
6. Dr. Zaenal Abidin, MH Kes, (Pakar Kesehatan)  
7. DR. drg. Nursanty Andi Sapada (Kementerian Kesehatan)  
8. Dr. Hem Ariyadi, MPH (Asosiasi Perumahsakitán)
- Sekretariat: 1. Kasubdit Bina Pelayanan Kesehatan Rujukan di Rumah Sakit Pendidikan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan  
2. Kasie Standarisasi, Subdit Pelayanan Kesehatan Rujukan di Rumah Sakit Pendidikan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan  
3. Kasie Bimbingan dan Evaluasi, Subdit Pelayanan Kesehatan Rujukan di Rumah Sakit Pendidikan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan  
4. drg. Christiana Hendarjudani, M.Kes  
5. dr. Wita Nurshanti Nasution  
6. dr. Ida Bagus Anom  
7. dr. Supinah

