

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

**Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS)**

Edisi 2

Jakarta - 2008

# KATA PENGANTAR PENYUSUN

Keselamatan Pasien saat ini sudah menjadi issue global sejak laporan IOM / *Institute of Medicine*, Amerika Serikat pada tahun 2000, yang menyatakan bahwa “*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*”.

PERSI / Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia mengawali Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit / KKP-RS pada 1 Juni 2005 sebagai hasil Raker PERSI Maret 2005 di Surabaya yang kemudian diikuti dengan pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Menteri Kesehatan Dr.dr. Siti Fadillah Supari, Sp.JP.(K) pada 21 Agustus 2005 dalam Seminar Nasional PERSI di Jakarta.

Setelah DEPKES-PERSI-KARS menyusun “Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit” pada Maret 2006, untuk memberikan acuan pada sistem pelaporan insiden, maka KKP-RS Bidang I kemudian menyusun “**Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**” yang berisi panduan pelaporan insiden baik secara internal (Laporan ke Tim KP di rumah sakit) maupun eksternal (Laporan ke KKP- RS).

Semoga Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ini dapat digunakan untuk membantu Rumah Sakit dalam pengiriman laporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Jakarta, September 2007

Tim Penyusun  
Bidang I KKP-RS

## Kata Sambutan Ketua PERSI

Seperti yang kita fahami bahwa nafas dari *Patient Safety* adalah belajar (*learning*) dari KTD yang terjadi dimasa lalu untuk selanjutnya disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak akan terulang kembali, baik di tempat/ unit yang sama maupun di tempat/ unit yang lain di satu Rumah Sakit, bahkan di rumah sakit yang lain.

Proses pembelajaran ini bukan sesuatu yang sederhana, karena dimulai dari proses pelaporan kejadian, dilanjutkan dengan analisis dari laporan tersebut sampai ditemukan akar masalahnya sebagai dasar untuk mendisain ulang suatu sistem sehingga tercapai suatu asuhan pasien yang lebih aman di Rumah Sakit.

Kalau kita perhatikan proses yang merupakan suatu siklus tersebut, dapatlah kita mengerti bahwa sesungguhnya sistem pelaporanlah yang menjadi awal penggerak untuk proses selanjutnya. Sistem Pelaporan menjadi detak jantung dari kegiatan *Patient Safety*. Oleh karena itu diperlukan suatu sistem pelaporan kejadian yang terpercaya dan baku agar mudah dianalisis sebagai bahan untuk pengambilan keputusan.

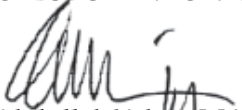
Atas dasar tersebut di atas, saya menghargai upaya KKPRS menyusun buku pedoman pelaporan insiden ini, yang dapat dipergunakan sebagai acuan bagi rumah sakit maupun pelaporan KTD dan KNC baik untuk internal rumah sakit maupun pelaporan ke PERSI (KKPRS). Tentu saja sistem pelaporan ini akan selalu dikaji secara periodik agar selalu *up to date* sesuai perkembangan program *Patient Safety* baik nasional, regional maupun internasional.

Harapan saya dengan adanya buku pedoman ini akan lebih meningkatkan motivasi rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang terkait dengan *Patient Safety*.

Saya ucapkan selamat kepada KKPRS yang telah berhasil menyusun buku pedoman ini.

**SALAM PATIENT SAFETY**

PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT  
SELURUH INDONESIA

  
**Dr. Adib Abdullah Yahya, MARS**  
Ketua Umum

## Kata Sambutan Ketua KKP-RS

Salah satu program utama dalam penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Pelaporan ini akan menggerakkan berbagai proses lanjutan seperti analisis terhadap insiden dan akibat-akibatnya, penemuan berbagai penyebab, konstruksi solusinya, implementasi "*best practice*" dst. Pelaporan insiden dan proses-proses lanjutan tsb merupakan jawaban yang paling tepat terhadap keberadaan KTD / KNC, sehingga di waktu y.a.d. diharapkan statistik KTD / KNC ini dapat ditekan, dan lebih utama lagi terlaksananya asuhan pasien yang lebih aman. Proses yang bergerak spiral tanpa ujung ini merupakan jawaban terhadap, pernyataan dalam Editorial BMJ / British Medical Journal (BMJ 2001;322:1236-40) : "*Errors will never disappear from medical practice ....*".

Oleh karenanya sebagai kelanjutan penerbitan buku PANDUAN NASIONAL KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (DEPKES-PERSI-KARS 2006), KKP-RS menerbitkan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien agar dapat membantu rumah sakit mengembangkan sistem pelaporan insidennya serta juga mengirimkan laporan Insiden Keselamatan Pasien ke KKP-RS sehingga diperoleh peta nasional KTD / KNC dan solusinya yang pada gilirannya digunakan untuk pembelajaran bagi rumah sakit di seluruh nusantara.

Jakarta, September 2007

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit

**Dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM**  
Ketua

# DAFTAR ISI

Halaman

Kata Pengantar Penyusun .....	iii
Kata Sambutan Ketua PERSI .....	iv
Kata Sambutan Ketua KKP-RS .....	v
Daftar Isi .....	vi
<b>BAB I Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
1. Tujuan .....	2
2. Definisi .....	2
<b>BAB II Pelaporan Insiden</b>	
1. Alur Pelaporan Insiden Ke Tim KP di RS (Internal) .....	5
2. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ke KKP-RS (Eksternal) .....	7
<b>BAB III Analisis Matriks Grading Risiko .....</b>	<b>8</b>
<b>BAB IV Petunjuk Pengisian Laporan Insiden Keselamatan Pasien</b>	
1. Data Rumah Sakit .....	11
2. Data Pasien .....	12
3. Rincian Kejadian .....	12
4. Tipe Insiden .....	15
5. Analisa Penyebab Masalah .....	23
<b>BAB V Penutup .....</b>	<b>28</b>
Lampiran :	
1. Tim Penyusun .....	29
2. Formulir Laporan Insiden Internal .....	30
3. <b>Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Eksternal) .....</b>	<b>32</b>
4. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien .....	36
5. Pengurus KKP-RS .....	37

## BAB I

### PENDAHULUAN

Tidak perlu diragukan lagi pernyataan Sir Liam Donaldson, *Chairman WHO World Alliance for Patient Safety* pada tgl 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 s/d Agustus 2006 PERSI, KKPRS, KARS dan Departemen Kesehatan, 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.

Rumah sakit dapat memilih berbagai program Keselamatan Pasien : mulai dari upaya klasik Keselamatan Pasien seperti meningkatkan program pengendalian infeksi di rumah sakit dengan program “*hand hygiene*”, program K3 RS (versi KARS yaitu Keselamatan Kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana), *Informed Consent*, *Safe Blood Transfusion* dsb. Namun sebaiknya rumah sakit menerapkan Keselamatan Pasien dalam lingkup Kerangka Kerja Komprehensif (KKPRS) yaitu selain upaya klasik, juga upaya baru seperti penerapan 7 Langkah Keselamatan Pasien, Standar Keselamatan Pasien. Disamping itu juga upaya diagnostik terhadap laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dan yang terakhir pemahaman taksonomi / klasifikasi Keselamatan Pasien.

Salah satu program yang menjadi dasar Keselamatan Pasien adalah menekan / menurunkan insiden Keselamatan Pasien beserta KTD / KNC. Buku Pedoman Pelaporan IKP ini dengan tujuan umum : Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KNC) dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, 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 External ke KKPRS.

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 :

Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD dan KNC) dan 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) KKP-RS (Eksternal)
  - a) Diperolehnya data / peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD dan KNC)
  - 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, cacad, kematian dll), terkait dengan pelayanan kesehatan.

### 4. Keselamatan Pasien RS/*Hospital Patient Safety*

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen 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 ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

### 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, Cacad, 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, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi, dan ketakutan

#### d. Cacad / *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 kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* /cedera yang tidak seharusnya terjadi.

### 7. Kejadian tidak diharapkan (KTD)/*Adverse event*

Suatu Insiden yang mengakibatkan *harm* /cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah.

### 8. Kejadian Nyaris cedera (KNC)/*Near miss*

Suatu Insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat terjadi karena “keberuntungan” (mis., pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi

tidak timbul reaksi obat), karena “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

#### 9. Laporan insiden RS (Internal)

Pelaporan secara tertulis setiap kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.

#### 10. Laporan insiden keselamatan pasien KKP-RS (Eksternal) :

Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) yang terjadi pada **PASIEN**, telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

#### 11. 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 :

- Faktor kontributor di luar organisasi (eksternal)
- Faktor kontributor dalam organisasi (internal) mis. tidak adanya prosedur,
- Faktor kontributor yang berhubungan dengan petugas (kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *team-work* atau komunikasi)
- Faktor kontributor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

#### 12. 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 ‘**kenapa**’ yang diulang hingga menemukan akar penyebabnya dan penjelasannya. Pertanyaan ‘**kenapa**’ 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 / potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *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 ?

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

#### Masalah yang dihadapi 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 *blame culture*

#### Bagaimana cara membuat Laporan Insiden (*Incident report*) ?

- 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.

### Apa sebenarnya hubungan Akreditasi dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien?

- Standar Keselamatan Pasien harus diterapkan rumah sakit, yaitu dengan panduan dari 9 parameter yang terdapat dalam Instrumen Akreditasi Administrasi dan Manajemen (S2P4, S5P4, S5P5, S6P2, S7P3, S7P4) serta Pelayanan Medis (S3P4, S3P5, S7P4). Dalam kerangka tsb, maka Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, baik internal maupun eksternal (ke KKPRS) wajib dilakukan rumah sakit sesuai ketentuan dalam instrumen akreditasi rumah sakit tsb diatas.

## 1. ALUR PELAPORAN INSIDEN KE TIM KP di RS (Internal)

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/ KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja / shift kepada Atasan langsung.  
(Paling lambat 2 x 24 jam ); jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor / Kepala Bagian / Instalasi/ Departemen / Unit, Ketua Komite Medis / Ketua K.SMF).
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** : Investigaasi komprehensif / Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari  
**Grade merah** : Investigaasi 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.
12. Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing-masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.  
(Alur : Lihat Lampiran 4)

## 2. ALUR PELAPORAN INSIDEN KE KKPRS - KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (Eksternal)

1. Laporan hasil investigasi sederhana / analisis akar masalah / RCA yang terjadi pada PASIEN dilaporkan oleh Tim KP di RS (internal) / Pimpinan RS ke KKP-RS dengan mengisi Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien.
2. Laporan dikirim ke KKP-RS lewat POS atau KURIR ke alamat :

### Sekretariat KKP-RS

d/a Kantor PERSI : Jl. Boulevard Artha Gading  
Blok A-7 A No.28, Kelapa Gading-Jakarta Utara 14240.  
Telp.(021) 45845303/304.

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cedera ringan mis. Luka lecet</li> <li>■ Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,</li> </ul>
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cedera sedang mis. Luka robek</li> <li>■ Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.</li> <li>■ Setiap kasus yang memperpanjang perawatan</li> </ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cedera luas / berat mis. Cacad, lumpuh</li> <li>■ Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.</li> </ul>
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit



Tabel 2  
Penilaian Probabilitas / Frekuensi

TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI
1	Sangat jarang / Rare (>5 thn/kali)
2	Jarang / Unlikely (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Posible (1-2 thn/kali)
4	Sering / Likely (Bebrp kali / thn)
5	Sangat sering / Almost certain (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

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

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 *bandsnya*, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

#### b. 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 : (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 (katakstropik) 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

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katakstropik 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

Level / Bands	Tindakan
Ekstrim (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

## BAB IV

# PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP) (Internal dan Eksternal)

Formulir Laporan Insiden terdiri dari dua macam :

**a. Formulir Laporan Insiden (Internal )**

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 insiden Keselamatan Pasien (Eksternal)**

Adalah Formulir Laporan yang dilaporkan ke KKP-RS setelah dilakukan analisis dan investigasi. (Formulir : Lampiran 3).

### PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR LAPORAN IKP Eksternal

#### KODERS

Kode RS bersifat unik dan konfidensial. Setiap RS akan diberikan kode khusus untuk dapat mengakses dan mengirimkan laporan insiden ke KKPRS PERSI.

Cara mendapatkan Kode RS :

Rumah Sakit harus mengisi terlebih dahulu Form data RS (Lampiran 3) yang dapat diakses lewat <http://www.inapat-safety.or.id>

Kode RS akan dikirimkan lewat SMS atau email oleh KKPRS PERSI.

#### I. DATA RS (Form Laporan IKP Eksternal)

**1. Kepemilikan RS**

Dipilih salah satu sesuai Kepemilikan RS : (jelas)

**2. Tipe RS**

Dipilih salah satu sesuai Tipe RS :

Umum atau Khusus, Bila Khusus pilih lagi : mis. RSIA, RS khusus THT, RS khusus Ortopedi.

### 3. Kelas RS

Dipilih salah satu sesuai Kelas RS. Untuk RS Swasta menyesuaikan mis RS Pratama setara dengan RS kelas D, RS Madya setara dengan RS Kelas C dst.

### 4. Kapasitas tempat tidur

Diisi jumlah tempat tidur dengan box bayi

### 5. Propinsi (lokasi RS)

Diisi nama propinsi dimana lokasi RS berada.

### 6. Tanggal Laporan dikirim ke KKP-RS

Diisi tanggal saat laporan dikirim via pos / kurir / e-report ke KKP-RS

## II. DATA PASIEN

Data Pasien : Nama, No MR dan No Ruang, hanya diisi di Form Laporan Internal :

Nama Pasien : (bisa diisi initial mis : Tn AR, atau NY SY)

No MR : (jelas)

Ruangan : diisi nama ruangan dan nomor kamar mis. Ruang Melati kamar 301

Data Pasien : Umur, Jenis Kelamin Penanggung biaya, Tgl masuk RS dan jam diisi di Form Laporan internal dan Eksternal (lihat Lampiran Form Laporan IKP)

Umur : Pilih salah satu (jelas)

Jenis Kelamin : Pilih salah satu (jelas)

Penanggung biaya pasien : Pilih salah satu (jelas)

Tanggal masuk RS dan jam : (jelas)

## III. Rincian Kejadian

### 1. Tanggal dan waktu insiden

- Diisi tanggal dan waktu saat insiden (KTD / KNC) 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 mis :  
Pasien jatuh , salah identifikasi pasien , salah pemberian obat, salah dosis obat, salah bagian yang dioperasi, dll.

### 3. Kronologis insiden

- Diisi ringkasan insiden mulai saat sebelum kejadian sampai terjadinya insiden.
- Kronologis harus sesuai kejadian yang sebenarnya, bukan pendapat / asumsi pelapor.

### 4. Jenis insiden

Pilih salah satu Insiden Keselamatan Pasien (IKP) : KTD / KNC

### 5. Orang pertama yang melaporkan Insiden

- Pilih salah satu pelapor yang paling pertama melaporkan terjadinya insiden  
Mis : petugas / keluarga pasien dll

### 6. Kejadian terjadi pada :

- Jika insiden terjadi pada pasien : laporkan ke KKP-RS
- Jika insiden terjadi pada karyawan / keluarga pasien / pengunjung, dilaporkan internal ke Tim K3 RS.

### 7. Insiden menyangkut pasien :

Pilih salah satu : Pasien rawat inap / Pasien rawat jalan / Pasien UGD

### 8. Tempat/Lokasi

- Tempat pasien berada, mis. ruang rawat inap, ruang rawat jalan, UGD

### 9. 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.  
Mis. Pasien Gastritis kronis dirawat oleh Internist, dikonsul ke Bedah dengan suspect Appendicitis. Saat appendectomy terjadi insiden, tertinggal kasa, maka Penanggung jawab kasus adalah : Bedah.
- Bila dirawat oleh dokter umum : isi Lain-lain : umum

### 10. 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

#### 11. Akibat insiden

- Pilih salah satu : (lihat tabel matriks grading risiko)
  - Kematian : jelas
  - Cedera irreversibel / cedera berat : kehilangan fungsi motorik, sensorik atau psikologis secara permanen mis. lumpuh, cacad.
  - Cedera reversibel / cedera sedang : kehilangan fungsi motorik, sensorik atau psikologis tidak permanen mis. luka robek
  - Cedera ringan : cedera / luka yang dapat diatasi dengan pertolongan pertama tanpa harus di rawat mis. luka lecet.
  - Tidak ada cedera, tidak ada luka.

#### 12. Tindakan yang dilakukan segera setelah Insiden

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

#### 13. Tindakan dilakukan oleh

- Pilihlah salah satu :
  - Bila dilakukan Tim : sebutkan timnya terdiri dari siapa saja mis. Dokter, perawat.
  - Bila dilakukan petugas lain : sebutkan mis. Analis, asisten apoteker, radiografer, Bidan.

#### 14. 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.

#### IV. TIPE INSIDEN

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

Tabel 5  
Tipe Insiden

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
1.	Administrasi Klinik	a. Proses	i. Serah terima ii. Perjanjian iii. Daftar tunggu / Antrian iv. Rujukan / Konsultasi v. Admisi vi. Keluar/Pulang dari Ranap/RS vii. Pindah Perawatan ( <i>Transfer of care</i> ) viii. Identifikasi Pasien ix. Consent x. Pembagian tugas xi. Respons terhadap kegawatdaruratan
		b. Masalah	i. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi ii. Tidak lengkap / Inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pelayanan
2.	Proses / Prosedur Klinis	a. Proses	i. Skrining / Pencegahan / Medical check up ii. Diagnosis / Assessment iii. Prosedur / Pengobatan / Intervensi iv. <i>General care / Management</i> v. Test / Investigasi vi. Spesimen / Hasil vii. Belum dipulangkan ( <i>Detention/ Restraint</i> )
		b. Masalah	i. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi ii. Tidak lengkap / Inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pengobatan / prosedur vi. Salah bagian tubuh / sisi/

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
3.	Dokumentasi	a. Dokumen yang Terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Order / Permintaan</li> <li>ii. Chart / Rekam medik / Assesmen / Konsultasi</li> <li>iii. Check list</li> <li>iv. Form / sertifikat</li> <li>v. Instruksi / Informasi / Kebijakan / SOP/ Guideline</li> <li>vi. Label / Stiker / Identifikasi Bands / 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 / Illegible/ Informasi dalam dokumen tidak lengkap</li> </ul>
4.	Infeksi Nosokomial ( <i>Hospital Assosiated Infection</i> )	a. Tipe organisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Bakteri</li> <li>ii. Virus</li> <li>iii. Jamur</li> <li>iv. Parasit</li> <li>v. Protozoa</li> <li>vi. Rickettsia</li> <li>vii. Prion (Partikel protein yg infeksius)</li> <li>viii. Organisme tidak teridentifikasi</li> </ul>
		b. Tipe / Bagian infesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Bloodstream</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/ Cairan infus	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Peresepan</li> <li>ii. Persiapan / Dispensing</li> <li>iii. Pemaketan</li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. Pemberian</li> <li>vi. Suply / 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>

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>iii. Salah dosis / kekuatan / frekuensi</li> <li>iv. Salah formulasi / presentasi</li> <li>v. Salah rute pemberian</li> <li>vi. Salah jumlah / kuantitas</li> <li>vii. Salah Dispensing Label / Instruksi</li> <li>viii. Kontraindikasi</li> <li>ix. Salah penyimpanan</li> <li>x. <i>Omitted medicine or dose</i></li> <li>xi. Obat kadaluarsa</li> <li>xii. <i>Adverse drug reaction</i> (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>clothing</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. Test pre transfusi</li> <li>ii. Peresepan</li> <li>iii. Persiapan / Dispensing</li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. <b>Pemberian</b></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. <b>Salah Darah / Produk darah</b></li> <li>iii. Salah dosis / Frekuensi</li> <li>iv. Salah jumlah</li> <li>v. Salah label dispensing / 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. Diet umum</li> <li>ii. Diet khusus</li> </ul>
		b. Proses nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Peresepan / Permintaan</li> <li>ii. Pesiapan / Manufactur / Proses memasak</li> <li>iii. Suply / order</li> <li>iv. Presentation</li> <li>v. Dispensing / Alokasi</li> <li>vi. Pengantaran</li> <li>vii. Pemberian</li> <li>viii. Penyimpanan</li> </ul>

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
		c. Masalah	i. Salah pasien ii. Salah diet iii. Salah jumlah iv. Salah Frekuensi v. Salah konsistensi vi. Salah penyimpanan
8.	Oksigen / Gas	a. Oksigen / Gas terkait	Daftar oksigen / gas terkait
		b. Proses penggunaan oksigen / Gas	i. Label Cilinder / warna kode / Index pin ii. Peresepan iii. Pemberian iv. Pengantaran v. Suply / order vi. Penyimpanan
		c. Masalah	i. Salah pasien ii. Salah gas iii. Salah rate / flow / konsentrasi iv. Salah mode pengantaran v. Kontraindikasi vi. Salah penyimpanan vii. Gagal pemberian viii. Kontaminasi
9.	Alat medis / Alat kesehatan / Equipment property	a. Tipe Alat medis / Alat kesehatan / Equipment Property	Daftar Alat medis / Alat kesehatan / Equipment property
		b. Masalah	i. Presentation / Pemaketan tidak baik ii. Ketidakterersediaan iii. Inappropriate for task iv. Tidak bersih / Tidak steril v. Kegagalan / Malfungsi vi. Dislodgement / Miskoneksi / Removal vii. User error
10.		a. Perilaku pasien	i. Tidak kooperatif ii. Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar iii. Berrisiko/ Sembrono/Berbahaya iv. Masalah dengan penggunaan substansi / Abuse v. Mengganggu (Harrassment) vi. Diskriminasitif / Berprasangka vii. Berkeliaran, Melarikan diri. viii. Sengaja mencederai diri, Bunuh diri.
		b. Aggression / Assault	i. Agresi verbal ii. Kekerasan fisik iii. Kekerasan seksual

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
			iv. Kekerasan terhadap mayat v. Ancaman nyawa
11.	Jatuh	a. Tipe Jatuh	i. Tersandung ii. Slip iii. Kolaps iv. Hilang keseimbangan
		b. Keterlibatan saat jatuh	i. Velbed ii. Tempat tidur iii. Kursi iv. Strecher v. Toilet vi. Peralatan terapi vii. Tangga viii. Dibawa/dibantu oleh orang lain
12.	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	i. Kontak dengan benda/binatang ii. Kontak dengan orang iii. Hancur, remuk iv. Gesekan kasar
		b. Serangan tajam/ tusukan	i. Cakaran, Sayatan ii. Tusukan iii. Gigitan, sengatan iv. Serangan tajam lainnya
		c. Kejadian mekanik lain	i. Benturan akibat ledakan bom ii. Kontak dengan mesin
		d. Peristiwa mekanik lain	
		e. Mekanisme Panas	i. Panas yang berlebihan ii. Dingin yang berlebihan
		f. Ancaman pada pernafasan	i. Ancaman mekanik pernafasan ii. Tenggelam atau hampir tenggelam iii. Pembatasan oksigen - kekurangan tempat iv. Confinement to Oxygen-Deficient Place
		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	

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
13.	Infrastruktur/ Bangunan/ Benda lain yang terpasang tetap	a. Keterlibatan Struktur/ bangunan b. Masalah	i. Daftar struktur ii. Daftar Bangunan iii. Daftar Furniture i. Inadekuat ii. <i>Damaged/Faulty/Worn</i>
14.	Resource / Manajemen organisasi	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan/ keadekuatan tempat tidur/ pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan/ keadekuatan staf e. Organisasi/ Tim f. Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline g. Ketersediaan / Adequacy	
15.	Laboratorium / Patologi	a. Pengambilan/ <i>Pick up</i> b. Transport c. <i>Sorting</i> d. <i>Data entry</i> e. <i>Prosesing</i> f. Verifikasi / Validasi g. Hasil	

**Contoh :**

- Insiden : Salah pemberian obat (IM menjadi IV)
- Tipe insiden : Medikasi
- Subtipe insiden : Proses pemberian medikasi : salah pemberian
- Masalah : Salah rute pemberian

- 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

**V. 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*)
- 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.

**FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN**

**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**

Komponen	SubKomponen
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	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan & Keterampilan Staf yang berbeda c. Beban Kerja yang optimal
Diklat	Manajemen Training Pelatihan / Refreshing

**3. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA**

Komponen	SubKomponen
Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
Lingkungan	a. Housekeeping b. Pengawasan Lingkungan Fisik

	c. Perpindahan Pasien antar Ruangan
Peralatan / sarana / prasarana	a. Malfungsi Alat b. Ketidaktersediaan c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain, Penggunaan & Maintenance Peralatan

**4. FAKTOR KONTRIBUTOR : TIM**

Komponen	SubKomponen
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. Job Desc Jelas
Respon terhadap Insiden	Dukungan peers setelah insiden

**5. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS**

Komponen	SubKomponen
Kompetensi	a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan & Keterampilan
Stressor Fisik dan Mental	a. Motivasi b. Stresor Mental: efek beban kerja beban mental c. Stresor Fisik: Efek beban kerja = Gangguan Fisik



6. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS

Komponen	SubKomponen
Ketersediaan SOP	a. Prosedur Peninjauan & Revisi SOP b. Ketersediaan SOP 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 SOP

7. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN

Komponen	SubKomponen
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	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

# PENUTUP

---

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

### PENGARAH:

Dr. Adib A Yahya MARS

Dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM

### PENYUSUN:

Dr. Arjaty W. Daud, MARS

Prof Dr. Budi Sampurna, SpF, SH

Dr. Sri Handono, MPH

Dr. Tri Hesty Widyastoeti, SpM

## Lampiran 2

### Formulir Laporan Insiden ke Tim KP di RS

Rumah Sakit .....

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

#### LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)

#### I. DATA PASIEN

Nama : .....  
No MR : ..... **Ruangan :** .....  
Umur\* :  0-1 bulan  > 1 bulan - 1 tahun  
 > 1 tahun - 5 tahun  > 5 tahun - 15 tahun  
 > 15 tahun - 30 tahun  > 30 tahun - 65 tahun  
 > 65 tahun  
Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan  
Penanggung biaya pasien :  
 Pribadi  Asuransi Swasta  
 ASKES Pemerintah  Perusahaan\*  
 JAMKESMAS  
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*)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*  
 Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya  
 Pasien  
 Keluarga / Pendamping pasien  
 Pengunjung  
 Lain-lain ..... (sebutkan)
6. **Insiden terjadi pada\*** :  
 Pasien  
 Lain-lain ..... (sebutkan)  
Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.
7. **Insiden menyangkut pasien :**  
 Pasien rawat inap  
 Pasien rawat jalan  
 Pasien UGD  
 Lain-lain ..... (sebutkan)
8. **Tempat Insiden**  
Lokasi kejadian ..... (sebutkan)  
(Tempat pasien berada)
9. **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  
 Anestesi dan Subspesialisasinya  
 Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya  
 Jantung dan Subspesialisasinya  
 Paru dan Subspesialisasinya  
 Jiwa dan Subspesialisasinya  
 Lain-lain ..... (sebutkan)
10. **Unit/Departemen terkait yang menyebabkan insiden**  
Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)
11. **Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :**  
 Kematian  
 Cedera Irreversibel / Cedera Berat

- Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

**12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :**

.....

.....

.....

**13. Tindakan dilakukan oleh\* :**

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

**14. 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 Laporan	: .....

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

- BIRU  HIJAU  KUNING  MERAH

NB. \* = pilih satu jawaban.

**Lampiran 3**

**Form Data RS**

**SILAHKAN ISI KODE RUMAH SAKIT  
UNTUK MELAPORKAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KE KKPS PERSI**

Kode Rumah Sakit : .....

Bagi Rumah Sakit yang belum mengetahui Kode rumah sakit, silahkan isi Formulir Data RS dibawah ini, yang dapat diakses lewat : <http://www.inapat-safety.or.id>

E-Mail Rumah Sakit : .....

Nama Rumah Sakit : .....

Alamat : .....

Kabupaten/Kota : .....

Propinsi : .....

Contact Person : .....

Telepon : .....

HP : .....

Kode dikirim lewat :  SMS  E-Mail

**RAHASIA**



**KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

**LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

**KKP-RS**

*(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 (KKP-RS).

**KODERS** : ..... (lewat : <http://www.inapat-safety.or.id/pos/kurir>)

**I. DATA RUMAH SAKIT:**

Kepemilikan Rumah Sakit :

- Pemerintah Pusat
- Pemerintah Daerah (Provinsi / Kab / Kota)
- TNI / POLRI
- Swasta
- BUMN / BUMD

Jenis RS :

- RS Umum
- RS Khusus
  - RSIA
  - RS Paru

- RS Mata
- RS Orthopedi
- RS Jantung
- RS Jiwa
- RS Kusta
- RS Khusus lainnya .....

Kelas RS

- A
- B
- C
- D

Untuk RS Swasta menyesuaikan mis RS Pratama setara dengan RS kelas D, RS Madya setara dengan RS Kelas C dst.

Kapasitas tempat tidur : ..... tempat tidur

Propinsi (lokasi RS) : .....

Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KKP-RS : .....

**II. DATA PASIEN**

- Umur \*** :  0-1 bulan  > 1 bulan - 1 tahun  
 > 1 tahun - 5 tahun  > 5 tahun - 15 tahun  
 > 15 tahun - 30 tahun  > 30 tahun - 65 tahun  
 > 65 tahun

**Jenis kelamin** :  Laki-laki  Perempuan

**Penanggung biaya pasien :**

- Pribadi  Asuransi Swasta
- ASKES Pemerintah  Perusahaan\*
- JAMKESMAS

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

**III. 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*)

**5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\***

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

**6. Insiden terjadi pada\* :**

- Pasien
- Lain-lain ..... (sebutkan)

Mis: karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

**7. Insiden menyangkut pasien :**

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

**8. Tempat Insiden**

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

**9. 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)

**10. Unit/ Departemen terkait yang menyebabkan insiden**

Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

**11. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :**

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

**12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :**

.....  
.....

**13. Tindakan dilakukan oleh\* :**

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

**14. 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?

.....  
.....

**IV. TIPE INSIDEN**

Insiden : .....

Tipe Insiden : .....

Subtipe Insiden : .....

**V. 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

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

.....

.....

.....

.....

2. Akar penyebab masalah (*underlying → root cause*)

.....

.....

.....

.....

3. Rekomendasi / Solusi

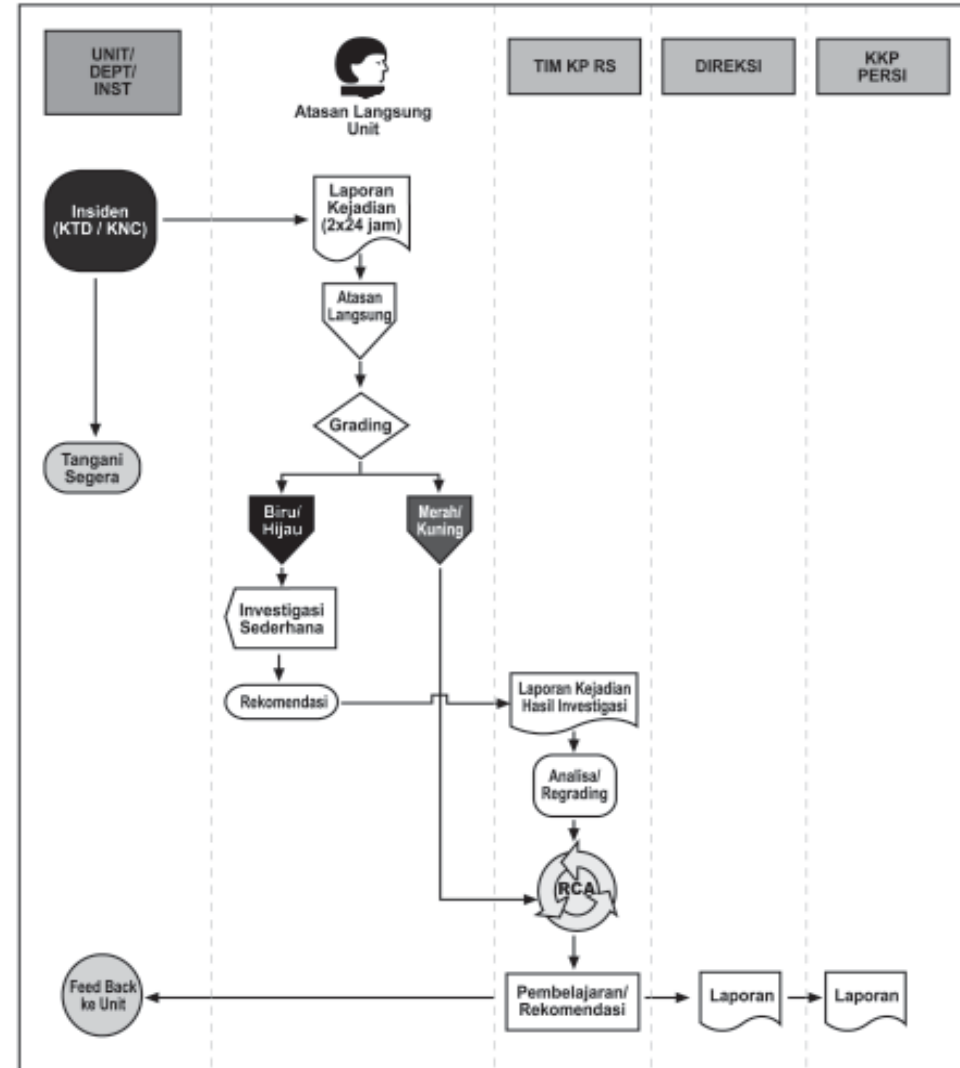
No	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

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

Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

## Lampiran 4

### Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien



## Lampiran 5

### PENGURUS KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KKP-RS)

#### PELINDUNG

Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI

#### PENASEHAT

Ketua Umum PERSI PUSAT

Ketua MAKERSI PUSAT

Direktur Eksekutif KARS (Komisi Akreditasi RS)

#### PENGURUS

Ketua merangkap Anggota : Dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM  
Wakil Ketua I merangkap Anggota : Dr. Mgs. Johan T. Saleh, MSc  
Wakil Ketua II merangkap Anggota : Dr. Boedihartono, MHA  
Sekretaris I merangkap Anggota : DR. Rokiah Kusumapradja, SKM, MHA  
Sekretaris II merangkap Anggota : Dr. Luwiharsih, MSc

#### Bidang Kajian Keselamatan Pasien (I)

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Alex Papilaya, DTPH  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : DR. Dr. Herkutanto, SpF, SH, Faclm  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Wasista Budiwaluyo, MHA  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Prof.DR.Wila Chandrawila S, SH  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Arjaty W. Daud, MARS

#### Bidang Komunikasi Keselamatan Pasien (II)

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Muki Reksoprodjo, SpOG  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Grace Frelita, MM  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. HM. Natsir Nugroho, SpOG, M.Kes

#### Bidang Pendidikan dan Pelatihan (III)

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Robby Tandiar SpRad  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : DR. Dr. Sutoto, M.Kes  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. May Hizrani, MARS  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Andry, MM

#### Bidang Pelaporan Insiden dan Pembelajaran (IV)

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Arjaty W. Daud, MARS  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Prof Dr. Budi Sampurna, SpF, SH  
Anggota : Dr Zainal Abidin  
: Dr. Samhari Baswedan,  
: Dr. Mus Aida, MARS  
: Dr. Tri Hesty Widyastoeti, SpM  
: Dr. Sri Handono, MPH

#### Anggota :

1. Dr. Adib A. Yahya, MARS
2. Dr. Samsi Jacobalis, SpB
3. Dr. Farid Husain, SpB(K)
4. Dr. G. Pandu Setiawan, SpKJ
5. Prof. Dr. Iwan Dwiprahasto, M.Med.Sc, PhD
6. Dr. Hermansyur Kartowisastro, SpBD
7. Dr. H.A. Sanoesi Tambunan, SpPD,KR
8. Dr. Koesno Martoatmodjo, SpA, MM
9. Dr. Marius Widjajarta, SE
10. Dr. Hanna Permana Subanegara, MARS
11. Dr. Buddy HW Utoyo, MARS
12. Dr. Robert Imam Sutedja
13. H.M. Ali Taher Parasong, SH, MHum
14. Prof. Dr. Tjandra Y. Aditama, SpP(K), MARS
15. Dr. Guntur Bambang Hamurwono, SpM
16. Dr. Untung S. Suseno, M.Kes
17. Prof. Dr. Budi Sampurna, SpF, SH
18. Johanna Kawonal, SMIP, CV.RN
19. Laurensia Lawintono, MSc
20. Drg.H.Edi Sumarwanto, MM
21. DR.Dr.Ingerani Sujana Prawira, SKM
22. Dr. Ratna Rosita, MPHM
23. Dr. Saidi
24. Rumondang Panjaitan SKp, MKes



