RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA	ANALISIS DAN PEMANTAUAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN		
	No. Dokumen SPO/85/PMKP.Akr/VI/2025	No. Revisi 02	Halaman 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 29-06-2026	Ditetapkan oleh, Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa, dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS. Kolonel Kes NRP 524330	
PENGERTIAN	Analisis dan pemantauan insiden keselamatan pasien adalah kegiatan Komite/Tim Penyelenggara Mutu dalam melakukan analisis terhadap insiden keselamatan pasien yang dilaporkan secara berkala untuk mengetahui pola, tren, frekuensi, dan risiko kejadian serta menentukan tindak lanjut perbaikan.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam melakukan analisis dan pemantauan insiden keselamatan pasien secara berkala untuk mencegah kejadian berulang dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien.		
KEBIJAKAN	1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/180/IX/2025 tentang Panduan Manajemen Data PMKP 2. Setiap insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dilakukan analisis dan pemantauan sekurang-kurangnya setiap triwulan. Insiden yang memerlukan investigasi dilakukan dengan RCA (Root Cause Analysis) atau simple RCA sesuai tingkat risiko dan ketentuan rumah sakit.		
REFERENSI	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien (pasal 14,15,16,17)		
PROSEDUR	1. Komite/Tim Penyelenggara Mutu mengumpulkan seluruh laporan insiden keselamatan pasien dari unit terkait. 2. Melakukan verifikasi dan pengelompokan insiden berdasarkan jenis, frekuensi, dampak, dan risiko. 3. Melakukan analisis untuk mengetahui pola, tren, dan kejadian yang berulang. 4. Melakukan investigasi dengan RCA atau simple RCA apabila diperlukan.		

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">ANALISIS DAN PEMANTAUAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/85/PMKP.Akr/VIII/2025</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

2 dari 2</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">5. Hasil analisis sekurang-kurangnya mencakup kejadian berikut :
a. Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi.
b. Semua reaksi obat (adverse drug reaction) yang serius sesuai ketentuan yang ditetapkan rumah sakit.
c.Semua kesalahan pengobatan (medication error) yang signifikan sesuai ketentuan yang ditetapkan rumah sakit.
d. Semua perbedaan besar antara diagnosis praoperasi dan diagnosis pascaoperasi, misalnya diagnosis praoperasi obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi ruptur aneurisme aorta abdominalis (AAA).
e. Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural, tanpa memandang cara pemberian sedasi.
f. Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi, tanpa memandang cara pemberian anestesi.
g. Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien.
h. Kejadian lain yang relevan, termasuk infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau wabah penyakit menular.
6. Berdasarkan hasil analisis/investigasi, Komite/Tim Penyelenggara Mutu bersama unit terkait menetapkan tindak lanjut perbaikan dan pencegahan.
7. Melakukan monitoring terhadap pelaksanaan dan efektivitas tindak lanjut.
8. Hasil analisis dan pemantauan didokumentasikan dan dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit sesuai ketentuan.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">1. Ka. RSAU dr. Esnawan Antariksa
2. Komite Mutu
3. Seluruh unit pelayanan dan penunjang</td></tr>
</table>