RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**		
	No. Dokumen SPO/57/PMKP.Akr/VI/2026	No. Revisi 02	Halaman 1 dari 3
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	1. Laporan insiden adalah suatu usaha atau kegiatan untuk melaporkan insiden yang terjadi akibat pelayanan kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa berupa KNC, KTD dan kejadian sentinel. 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC**)** adalah Terjadinya insidenyang belum sampai terpapar ke pasien akibat melaksanakan tindakan/tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dapat terjadi karena keberuntungan. 3. Kejadian Tidak diharapkan (KTD) adalah insiden yang mengakibatkan cidera pada pasien akibat melaksanakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. 4. Kejadian Sentinel adalah kejadian tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan kematian pada pasien		
TUJUAN	1. Mengetahui secara cepat semua insiden/kejadian yang terjadi akibat tindakan medis untul mempermudah infentarisasi insiden dan menentukan tindak lanjutnya. 2. Menunjang pelaksanaan administrasi pasien dengan benar 3. Menghindari terjadinya insiden yang sama 4. Menghindari kesalahan medis yang dapat berakibat KNC, KTD dan kejadian sentinel		
KEBIJAKAN	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien		
REFERENSI	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien (pasal 11,12,13,14-18, 20)		
PROSEDUR	1. Apabila terjadi insiden (KNC, K T C , K P C , KTD dan kejadian sentinel) di unit kerja wajib segera di tindak lanjut (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan 2. Laporan insden bersifat rahasia sehingga harus segera dilaporkan secara internal maksimal 2x24 jam dan jangan menunda laporan		

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA	LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN		
	No. Dokumen SPO/57/PMKP.Akr/VI/2026	No. Revisi 02	No. Dokumen 2 dari 3
PROSEDUR	3. Setelah di tindak lanjuti segera dibuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden 4. Setelah mengisi Laporan insiden segera laporkan keatasan langsung 5. Atasan langsung segera memeriksa laporan dan melakukan grading resiko dari insiden yang dilaporkan 6. Hasil grading yang digunakan untuk menentukan bentuk investigasi dan analisa yang dilakukan sebagai berikut : a. Garde Biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung waktu maksimal 1 minggu b. Grade Hijau : Investigasi sederhana oleh atasan langsung waktu maksimal 2 minggu c. Grade Kuning : Investigasi komprehensif/Analisa Akar Masalah/RCA oleh KPRS waktu maksimal 45 hari d. Grade Merah : Investigasi komprehensif/Analisa Akar Masalah/RCA oleh KPRS waktu maksimal 45 hari 7. Setelah melakukan nvestigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Komite Mutu danKeselamatan Pasien RSAU dr.Esnawan Antariksa . 8. Selanjutnya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSAU dr.Esnawan Antariksa menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan perlu atau tidaknya dillakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading. 9. Untuk grade kuning dan merah KPRS RSAU dr. Esnawan Antariksa melakukan Analisa Akar Masalah/RCA 10. Setelah melakukan RCA, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSAU dr.Esnawan Antariksa membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran berupa petunjuk/*safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali Hasil RCA rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada RSAU dr.Esnawan Antariksa. 11. Rekomendasi untuk Perbaikan dan Pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja. a. Unit kerja membuat analisa dan trend kejadian di bagian masing-masing b. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa melakukan monitoring dan evaluasi perbaikan. c. Laporan Insiden dilaporkan berdasarkan laporan yang berlaku dan sudah disepakati serta tercantum dalam formulirlaporan insiden RSAU dr. Esnawan Antariksa.		

<table>
<tr><td rowspan="2">
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/57/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

3 dari 3</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">d. Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dilaporkan kepada Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa (internal) dan eksternal ke mutu fasyankes dan pembelajaran berupa petunjuk /safety alert untuk mencegah kejadian yangsama terulang kembali.
e. Hasil RCA rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">Seluruh unit kerja di RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
</table>

LAMPIRAN ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

