KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/81/VI/2026

tentang

PEDOMAN SISTEM PELAPORAN DAN PEMBELAJARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. bahwa dalam meiningkatkan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa untuk meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku maka diperlukan Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS) di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

b. bahwa RSAU dr. Esnawan Antariksa senantiasa berupaya meningkatkan mutu pelayanan dengan mengutamakan keselamatan dan keamanan pasien secara berkesinambungan sesuai dengan Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS) di RSAU dr. Esnawan Antariksa

c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu ditetapkan Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu di RSAU dr. Esnawan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;

4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 6 tahun 2026 tentang Rumah Sakit;

6. Keputusan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Kep/10-PKS/V/2025 tanggal 16 Mei 2025 tentang Pemberhentian Dari dan Pengangkatan Dalam Jabatan di Lingkungan TNI Angkatan Udara;

Memperhatikan : 1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pemberlakuan Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu;

2. Kebijakan Pimpinan dalam upaya pelaksanaan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa agar lebih optimal, efektif dan efisien;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : 1. Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang Pemberlakuan Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KRS) di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

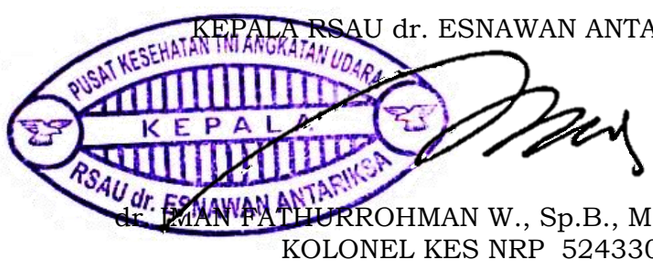
2. Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KPRS) RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana dimaksud dalam Diktum kesatu dijadikan acuan dalam penyelenggaraan fungsi pemantauan, pengelolaan dan penanggulangan risiko yang mungkin terjadi baik pada pasien maupun petugas di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

3. Hal-hal lain yang belum ada dalam keputusan ini, apabila diperlukan akan ditambah dan/atau diubah sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 81 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026



PEDOMAN SISTEM PELAPORAN DAN PEMBELAJARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 81 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PEDOMAN SISTEM PELAPORAN DAN PEMBELAJARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I

PENDAHULUAN

1. **Latar Belakang.** Keselamatan pasien merupakan asas mendasar dalam pelayanan kesehatan. RSAU dr. Esnawan Antariksa menjamin mutu pelayanan yang aman dan bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi. Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan sebuah sistem komprehensif yang tidak hanya mendeteksi insiden, tetapi juga berfokus pada budaya belajar (*learning culture*), bukan menyalahkan (*blame culture*). Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien (SP2KP) merupakan instrumen strategis untuk memetakan risiko, menganalisis akar masalah, dan mengimplementasikan solusi berkelanjutan. Pedoman ini disusun sebagai acuan baku agar pengelolaan pelaporan insiden berjalan secara terstandar, rahasia, dan akuntabel.

2. **Maksud dan Tujuan**

a. **Maksud.** Penyusunan Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah untuk memberikan panduan informasi dan tindakan pelayanan yang bermutu untuk terciptanya keselamatan pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

b. **Tujuan**

1) **Tujuan Umum.** Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa melalui penerapan sistem pelaporan yang proaktif dan pembelajaran yang berkelanjutan dari insiden.

2) **Tujuan Khusus:**

a) Menumbuhkan budaya melaporkan tanpa takut disalahkan (*just culture*).
b) Membakukan alur pelaporan insiden, baik internal maupun eksternal
c) Menghasilkan pembelajaran (*lessons learned*) dari setiap analisis insiden guna mencegah kejadian serupa terulang kembali.
d) Memastikan kepatuhan RSAU dr. Esnawan Antariksa terhadap regulasi keselamatan pasien nasional.

3. **Ruang Lingkup dan Tata Urut.** Ruang lingkup Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSAU dr. Esnawan Antariksa disusun dengan tata urut sebagai berikut:

a. Bab I Pendahuluan

b. Bab II Standar Ketenagaan

c. Bab III Standar Fasilitas

d. Bab IV Tatalaksana Pelayanan

e. Bab V Logistik

f. Bab VI Keselamatan pasien

g. Bab VII Keselamatan Kerja

h. Bab VIII Pengendalian Mutu

i. Bab IX Penutup

4. **Batasan Operasional.** Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien (SP2KP) adalah mekanisme pengumpulan, pengolahan, analisis, dan pemanfaatan data insiden keselamatan pasien sebagai sarana belajar guna meningkatkan keselamatan pasien. Berikut adalah rincian batasan operasional :

a. **Batasan Waktu (*Time Frame*) Pelaporan.**

1) Pelaporan Internal (Unit ke Sub Komite Keselamatan Pasien): Waktu maksimal pelaporan tertulis oleh staf yang menemukan kejadian adalah 2 × 24 jam setelah insiden terjadi atau disadari.

2) Investigasi Sederhana: Dilakukan dalam waktu maksimal 1 (satu) minggu oleh atasan langsung atau unit terkait.

3) *Root Cause Analysis* (RCA): Investigasi mendalam untuk kejadian sentinel atau grading risiko merah / kuning wajib selesai maksimal 45 hari sejak insiden terjadi

b. **Batasan Jenis Insiden**

1) **Kondisi Potensial Cedera (KPC):** Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

2) **Kejadian Nyaris Cedera (KNC):** Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien (terintersepsi).

3) **Kejadian Tidak Cedera (KTC):** Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera nyata.

4) **Kejadian Tidak Diharapkan (KTD):** Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

5) **Kejadian Sentinel:** Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera permanen / serius yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien.

c. **Alur dan Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

1) Penyimpanan formulir laporan asli bersifat rahasia, tidak boleh difotokopi, dan tidak boleh disimpan di rekam medis pasien maupun di file unit / ruangan.

2) Akses laporan hanya boleh diserahkan dan disimpan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien.

3) Pelaporan Eksternal dilaporkan secara anonim ke Komite Nasional Keselamatan Pasien di bawah Kementerian Kesehatan RI untuk keperluan *national learning*.

5. **Landasan Hukum**

a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

c. Peraturan Menteri Kesehatan terkait Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

6. **Kualifikasi Sumber Daya Manusia (SDM).** Personel yang terlibat dalam pengelolaan SP2KP harus memiliki kualifikasi sebagai berikut:

a. **Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien:** Seorang tenaga medis (Dokter/Dokter Gigi) atau tenaga kesehatan senior yang memiliki sertifikasi pelatihan Keselamatan Pasien (termasuk pelatihan Manajemen Risiko dan *Root Cause Analysis* / RCA).

b. **Sekretaris Tim:** Tenaga kesehatan (Perawat / Bidan / Apoteker / Tenaga Kesehatan Lain) yang terampil dalam administrasi, pengolahan data digital, dan memiliki pemahaman dasar keselamatan pasien.

c. **Anggota / Poli / Unit Khusus:** Perwakilan dari setiap unit pelayanan (Keperawatan, Farmasi, Laboratorium, Sarpras) yang bertindak sebagai *Person in Charge* (PIC) Keselamatan Pasien di unitnya.

7. **Distribusi Ketenagaan.** Struktur tim diatur agar dapat menjangkau seluruh lini pelayanan:

a. **Tingkat Manajerial / Komite:** Berkedudukan langsung di bawah Komite Mutu untuk merumuskan kebijakan, menerima laporan valid, dan memimpin investigasi komprehensif (RCA).

b. **Tingkat Unit Pelayanan:** Diisi oleh Kepala Unit atau PIC Keselamatan Pasien Unit yang bertugas memantau harian, memotivasi staf untuk melapor, dan melakukan investigasi sederhana.

BAB III

STANDAR FASILITAS

8. **Denah Ruang.** Sub Komite Keselamatan Pasien memiliki ruang yang terpisah dari ruang publik demi menjaga privasi saat melakukan wawancara investigasi insiden (*debriefing*). Ruangan ini harus tenang, memiliki pencahayaan memadai, serta ventilasi yang baik.

9. **Standar Fasilitas.** Untuk menunjang kelancaran operasional pelaporan dan pembelajaran, fasilitas yang harus dipenuhi meliputi:

No	Nama Sarana /Prasarana	Spesifikasi / Fungsi
1	Komputer/ Laptop	Spesifikasi memadai untuk mengolah data *database* insiden dan menyusun laporan analitik.
2	Jaringan Internet(WiFi/LAN)	Koneksi stabil dan aman guna mengakses sistem pelaporan eksternal (*e-report*).
3	Lemari Arsip Terkunci (*Filling Cabinet*)	Tempat penyimpanan berkas fisik laporan insiden asli dan hasil RCA agar tidak diakses pihak tidak berwenang.
4	Kotak Laporan Insiden Fisik	Diletakkan di area strategis non-publik staf untuk menampung formulir manual bagi unit yang belum digital.
5	Perangkat Lunak /Aplikasi Internal	Sistem *e-Reporting* keselamatan pasien internal melalui SIMRS.
6	Ruang Pertemuan Khusus	Dilengkapi meja, kursi, dan proyektor untuk keperluan diskusi tim RCA dan diseminasi hasil pembelajaran.

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN

10. **Sistem.** Bagian ini mengatur inti dari alur analisis risiko, pergerakan laporan, tindakan korektif, hingga proses pembelajaran, dengan penatalaksanaan sebagai berikut :

a. **Matriks Grading Risiko (*Risk Grading*).** Analisis tingkat risiko dilakukan dengan mengalikan skor dampak (akibat insiden) dengan tingkat probabilitas (frekuensi kejadian).

Tingkat Risiko = Dampak (*Severity*) x Probabilitas (*Probability*)

Hasil perkalian menghasilkan warna pita (*Band Risk*) yang menentukan tindakan selanjutnya:

1) **Pita Hijau (Rendah):** Investigasi sederhana oleh atasan langsung, target penyelesaian maksimal 1 minggu.

2) **Pita Biru (Moderat):** Investigasi sederhana oleh atasan langsung dibantu Sub-Sub Komite Keselamatan Pasien, target penyelesaian maksimal 2 minggu.

3) **Pita Kuning (Tinggi):** Investigasi komprehensif / *Root Cause Analysis* (RCA) oleh Sub Komite Keselamatan Pasien, target penyelesaian maksimal 45 hari.

4) **Pita Merah (Ekstrim):** Investigasi komprehensif / RCA mendalam dipimpin langsung oleh Komite Mutu / Direksi, target penyelesaian maksimal 45 hari.

b. **Alur Pelaporan Insiden Internal.** Setiap staf yang menemukan atau terlibat dalam insiden wajib melaporkan kejadian tersebut maksimal 2 x 24 jam dengan tahapan sebagai berikut:

1) **Penanganan Segera:** Jika terjadi insiden pada pasien, berikan pertolongan pertama atau tindakan medis segera untuk meminimalkan dampak cedera.

2) **Pengisian Formulir:** Penemu insiden mengisi Formulir Laporan Insiden Internal (baik manual maupun via aplikasi internal). Laporan harus objektif, tanpa opini pribadi, dan bersifat rahasia.

3) **Penyerahan ke Atasan Langsung:** Laporan diserahkan kepada Kepala Unit untuk dilakukan *Grading Risiko Awal*.

4) **Penerusan ke Sub-Sub Komite Keselamatan Pasien:** Kepala Unit meneruskan laporan yang telah diverifikasi ke Sub Komite Keselamatan Pasien.

c. **Alur Pelaporan Eksternal.** Laporan insiden yang telah selesai diinvestigasi (terutama KTD berat, sentinel, atau tren KNC yang tinggi) dan telah mendapatkan rekomendasi solusi dari Pimpinan, wajib dilaporkan secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan secara elektronik (anonim, rahasia, dan terenkripsi) untuk keperluan pemetaan nasional.

d. **Sistem Pembelajaran Keselamatan Pasien (*Learning System*).** Laporan tidak boleh sekadar menjadi arsip statis. Pembelajaran aktif dilakukan melalui mekanisme:

1) ***Safety Alert* (Buletin Keselamatan):** Penerbitan selebaran ringkas visual mengenai ringkasan kronologi kasus (tanpa nama pasien / staf) dan poin pencegahannya untuk ditempel di ruang staf.

2) ***Clinical Debriefing / Mini-Lecture*:** Pembahasan kasus secara multidisiplin saat pergantian sif atau rapat klinis.

3) **Redesain Sistem dan Prosedur:** Jika akar masalah bersumber pada sistem (bukan kelalaian individu), fasykes wajib merevisi Standar Prosedur Operasional (SPO) atau alur pelayanan terkait guna menutup celah bahaya.

e. **Program Edukasi & Pelatihan Berkelanjutan:**

1) Pelatihan orientasi keselamatan pasien bagi seluruh staf / pegawai baru.

2) Pelatihan penyegaran (*refreshment*) berkala tahunan mengenai tata cara pengisian formulir insiden dan investigasi bagi PJ Unit.

3) Diklat khusus *Root Cause Analysis* (RCA) dan *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) untuk anggota inti komite / tim.

BAB V

LOGISTIK

11. **Manajemen logistik**. Memastikan ketersediaan seluruh instrumen pendukung sistem pelaporan berjalan tanpa hambatan teknis, yang meliputi :

a. Pengajuan Nota Dinas untuk proyek perbaruan dan perbaikan yang dilakukan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien (contoh : Poster, Kepustakaan dan lain-lain).

b. Pengadaan cetak formulir laporan insiden fisik (jika belum sepenuhnya digital).

c. Pembelian alat tulis kantor (ATK) khusus tim investigasi.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

12. **Identifikasi Insiden Berdasarkan Target SKP.** Setiap laporan insiden yang masuk wajib dikategorikan berdasarkan pemenuhan 6 Sasaran Keselamatan Pasien berikut, guna melihat tren kegagalan sistem pada aspek tertentu:

a. **SKP 1 Ketepatan Identifikasi Pasien** (Contoh insiden: Salah memberikan obat karena salah nama pasien).
b. **SKP 2: Peningkatan Komunikasi yang Efektif** (Contoh insiden: Salah menerima instruksi verbal dokter lewat telepon / SBAR).
c. **SKP 3: Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai / *High-Alert Medications*** (Contoh insiden: Tertukarnya konsentrat kalium klorida dengan cairan lain).
d. **SKP 4: Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi** (Contoh insiden: Salah menandai lokasi tindakan minor).
e. **SKP 5: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan / HAIs** (Contoh insiden: Kelalaian fasilitas cuci tangan yang memicu infeksi silang).
f. **SKP 6: Pengurangan Risiko Pasien Cedera Akibat Jatuh** (Contoh insiden: Pasien tergelincir karena tidak adanya penanda lantai basah atau *bed rail* yang rusak).

13. **Budaya Adil (*Just Culture*).** RSAU dr. Esnawan Antariksa menjamin penerapan *Just Culture*, yaitu memberikan perlindungan hukum dan kerahasiaan bagi staf yang melaporkan insiden keselamatan pasien secara jujur. Staf tidak akan diberikan sanksi atas kesalahan sistemis (*human error*), kecuali jika insiden terjadi akibat tindakan kriminal, sabotase, atau pelanggaran berat yang disengaja (*reckless behavior*).

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

14. **Perlindungan Psikososial dan Hukum Bagi Tim Pemeriksa.** Petugas yang mengelola data insiden dan melakukan investigasi juga menghadapai risiko kerja mental dan fisik yang harus dimitigasi.

a. **Stres Kerja / Kelelahan Mental:** Proses investigasi RCA (terutama pada kasus kematian / sentinel) dapat menguras emosi tim pemeriksa dan staf yang diwawancarai. RSAU dr. Esnawan Antariksa menyediakan ruang mediasi dan dukungan konseling psikologis jika diperlukan.

b. **Kerahasiaan Hukum:** Seluruh hasil investigasi internal, notulensi RCA, dan nama pelapor bersifat rahasia negara (*confidential*) serta dilindungi secara hukum. Dokumen ini tidak boleh dipublikasikan keluar tanpa persetujuan Direksi dan penasihat hukum untuk menghindari tuntutan hukum eksternal (*subpoena*).

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

15. **Indikator Mutu Sistem Pelaporan.** Pengendalian mutu merupakan tahap evaluasi untuk menilai apakah SP2KP ini berjalan efektif dan memberikan dampak nyata bagi penurunan angka insiden. Mutu dari sistem ini diukur menggunakan indikator kinerja utama sebagai berikut:

a. **Angka Kelengkapan Laporan Insiden:** Persentase laporan insiden yang diisi secara lengkap dalam waktu 2 x 24 jam (Target: 100%).

b. **Ketepatan Waktu Pelaksanaan Investigasi:** Persentase investigasi sederhana yang selesai 14 hari dan RCA yang selesai 45 hari (Target: 90%).

c. **Persentase Rekomendasi yang Ditindaklanjuti:** Rasio jumlah rekomendasi perbaikan RCA yang sukses diimplementasikan oleh unit terkait (Target: 80%).

16. **Audit Internal Keselamatan Pasien**

a. Dilakukan audit internal secara periodik setiap 6 bulan sekali terhadap kepatuhan unit pelayanan dalam melaporkan kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kondisi Potensial Cedera (KPC).

b. Tingginya laporan KNC/KPC justru menunjukkan indikator mutu budaya lapor yang sehat, berbeda dengan hasil laporan "nol" namun terjadi KTD mendadak yang tidak terpetakan.

BAB IX

PENUTUP

17. **Penutup**. Demikian pedoman ini dibuat untuk dipergunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 29 Juni 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
KOLONEL KES NRP 524330