KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/82/VI/2026

tentang

PEDOMAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN INTERNAL DAN EKSTERNAL DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Menimbang :

a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keselamatan pasien yang bertujuan untuk mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil sehingga asuhan pasien di rumah sakit menjadi aman;

b. Bahwa pelaksanaan program keselamatan pasien wajib dilaksanakan di rumah sakit;

c. Bahwa berdasarbahwa sehubungan dengan hal tersebut di atas perlu ditetapkan Pedoman Sistem Pelaporan Insiden Keselaman Pasien Internal dan Eksternal;

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;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Pedoman Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Internal dan Eksternal di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.

2. Pedoman Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Internal dan Eksternal di RSAU dr. Esnawan Antariksa dijadikan acuan bagi seluruh petugas dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berkaitan dengan keputusan ini, telah diadakan pembetulan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

4. Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

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

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 82 /VI/2026
Tanggal 29 Juni 2026

PEDOMAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN INTERNAL DAN EKSTERNAL DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

PEDOMAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN INTERNAL DAN EKSTERNAL RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang. Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr.Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Angkatan Udara (Diskesau). Diskesau merupakan Badan Pelaksana Pusat Tingkat Markas Besar Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU) yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Staf Angkatan Udara. Diskesau memilik tugas membina dan menyelenggarakan fungsi kesehatan dan pembinaan jasmani personel TNI AU beserta keluarganya. Salah satu pelaksana teknis di jajaran Diskesau adalah RSAU dr. Esnawan Antariksa. Oleh karenanya RSAU dr. Esnawan Antariksa berkedudukan langsung dibawah Kepala Dinas Kesehatan Angkatan Udara.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan yang diperlukan dalam setiap kegiatan operasi dan latihan TNI Angkatan Udara, baik yang diselenggarakan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota Militer dan Pegawai Negeri Sipil TNI Angkatan Udara beserta Keluarga, serta melayanai anggota TNI beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan periodik bagi seluruh anggota militer dalam jajaran lanud Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodik dalam rangka mengikuti mengikuti pendidikan/penugasan, serta melaksanakan uji kesehatan dalam rangka seleksi calon tamtama, bintara dan perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan

kesehatan bagi TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU/TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik Promotif, Preventif dan Kuratif terhadap anggota TNI AU/TNI dan keluarganya serta masyarakat umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut serta aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Motto RSAU dr Esnawan Antariksa adalah “Melayani Dengan Ikhlas Tanpa Batas”. Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki logo sebagai berikut :



Arti dari Logo RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut : Lingkaran menandakan suatu komunitas, integritas dan kesempurnaan dalam pelayanan. Palang emas berarti memberikan pertolongan tanpa membeda-bedakan serta menumbuhkan saling pengertian, kerjasama dan perdamaian. Tongkat dan ular menunjukkan tongka *Aesclepius* merupakan seorang dokter dari Yunani yang diberi gelar *God f Healing* , ular sebagai hewan yang dikaitkan dengan kehidupan/kesembuhan yang baru. Sayap melambangkan pengembangan intelektual dan pelayanan terbaik serta akan terus bergerak mengikuti jaman. Warna emas melambangkan kesan optimis, berpikir positif, aktif, dan modern dalam setiap pelayanan. Warna biru menunjukkan sifat profesinal dan percaya diri dalam bekerja. Warna putih mempunyai arti suci dan ikhlas dalam setiap pelayanan. Bila arti pada logo tersebut dirangkai menjadi satu, logo tersebut memiliki arti “RSAU dr. Esnawan merupakan Rumah Sakit

yang secara profesional, integritas, dan ikhlas dalam memberikan pertolongan kepada pasien, tanpa membedakan status pasien serta memberikan pelayanan yang terbaik dengan mengikuti perkembangan teknologi kesehatan modern saat ini.

Dalam perjalanannya RSAU dr. Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.05/I/1523 pada tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit. RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki sarana pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas pelayanan baik manajemen, secara prasarana maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan teknologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS Edisi 1 Tahun 2018 sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU / TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat dan staf.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, sertta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Internal dan Eksternal di RSAU dr. Esnawan Antariksa sesuai dengan peraturan dan standar yang berlaku, sehingga dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit menetapkan sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien baik Eksternal maupun Internal. Keselamatan dan Keamanan pasien *(patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik *(AHA Board of Trustees)*. Mereka *juga menetapkan capaian – capaian peningkatan yang terukur untuk medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, *Institute of Medicine* di Amerika Serikat melaporkan " *TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*" yang mengemukakan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3 – 16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*).

Di Indonesia telah diterbitkan beberapa peraturan, diantaranya Permenkes No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, memperbaharui Permenkes No.1691 tahun 2011 dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui system keselamatan pasien yang komprehensif, termasuk assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko, pelaporan insiden dan analisis untuk mencegah resiko, dan Permenkes No.80 tahun 2020 tentang Komite Keselamatan Pasien yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medication error* dan memberikan keselamatan bagi pasien

1. Maksud dan Tujuan

a. Maksud. Rumah Sakit menetapkan sistem pelaporan insiden antara lain meliputi :

1) Kebijakan
2) Alur Pelaporan
3) Formulir Pelaporan
4) Prosedur Pelaporan
5) Insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi ataupun nyaris terjadi
6) Siapa saja yang membuat laporan
7) Batas Waktu Pelaporan

b. Tujuan

1) Tujuan Umum

Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KTC, KPC, KNC dan sentinel) dan meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

2) Tujuan Khusus.

a) Rumah Sakit (internal)

Pelaporan internal ini berfokus pada investigasi di Rumah Sakit untuk mencari akar permasalahan dan melakukan perbaikan sistem

- Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit secara sistematis dan terarah, dalam waktu 2x24 jam
- Diketahuinya penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
- Didapatkan pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

b) KKPRS (Eksternal)

- Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap kondisi potensial cidera dan insiden keselamatan pasien yang terjadi pada pasien, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.
- Diperolehnya data peta nasional angka keselamatan pasien (KTD dan KTD)
- Diperolehnya pembelajan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain
- Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia

2. Pengertian

a. Pencatatan dan Pelaporan Insiden

Pencatan dan Pelaporan Insiden adalah pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cidera dan insiden yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.

b. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi, dan pengolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis indisen, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melaksanakan. Insiden keselamatan pasien terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kondisi Potensial Cedera (KPC).

c. Insiden. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, dan Kejadian Potensial Cedera.

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera 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 karena tidak dapat dicegah atau insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

e. Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mendecerai pasien, tetapi cedera serius terjadi, karena "keberuntungan" atau terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien (misal: pasien menerima 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 antidotenya).

f. Kejadian Tidak Cedera (KTC). Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu tindakan yang sudah terpapar ke pasien, tetapu tidak timbul cedera.

g. Kondisi Potensial Cedera (KPC). Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

h. Sentinel adalah 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 (mis. amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

i. Analisis Matrik Resiko

1) Penilaian Matriks Resiko

Penilaian Matriks Resiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat resiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

2) Dampak *(Consequence)*

Penialian dampak/akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cidera sampai meninggal

3) Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood*

BAB II
Ruang Lingkup

A. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam panduan tersebut adalah untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan RSAU dr. Esnawan Antariksa terutama didalam melaksanakan keselamatan pasien, sehingga sangat diperlukan suatu panduan jelas sehingga angka KTD dapat dicegah sedini mungkin.

B. Manfaat Keselamatan Pasien

a. Dapat meningkatkan mutu pelayanan yang berkualitas dan citra yang baik bagi RSAU dr. Esnawan Antariksa.
b. Agar seluruh personil rumah sakit memahami tentang tanggung jawab dan rasa nilai kemanusiaan terhadap pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa.
c. Dapat meningkatkan kepercayaan antara dokter dan pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan.
d. Mengurangi terjadinya KTD di Rumah Sakit.

C. Tujuan Keselamatan Pasien

a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
c. Menurunnya kejadian tidakl diharapkan (KTD) di rumah sakit.
d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

D. Programme WHO, *World Alliance for Patient Safety*

Pada Januari 2002, Executive Board WHO menyusun usulan resolusi dan kemudian diajukan pada World Health Assembly ke 55 Mei 2002, dan diterbitkan sebagai Resolusi WHA55.18. Selanjutnya pada World Health Assembly ke 57 Mei 2004, diputuskan membentuk aliansi Internasional untuk peningkatan keselamatan pasien dengan sebutan World Alliance for Patient Safety, dan ditunjuk Sir Liam Donaldson sebagai ketua. World Alliance for Patient Safety pada tahun 2004 menerbitkan 6 program keselamatan pasien,

dan tahun 2005 menambah 4 program lagi, keseluruhan 10 program WHO untuk keselamatan pasien adalah sbb:

a. Global Patient Safety Challenge
   1st Challenge : 2005-2006 : Clean Care is Safer care, 2nd Challenge : 2007-2008 : Safe Surgery Safe Lives
b. Patient for Patient Safety
c. Taxonomy for Patient Safety
d. Research for Patient Safety
e. Solution for Patient Safety
f. Reporting and Learning
g. Safety in Action
h. Technology for Patient Safety
i. Care of acutely ill patients
j. Patient safety knowledge at your fingertips

E. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

WHO Collaborating Centre for Patient Safety, dimotori oleh Joint Commission Internasional. Suatu badan akreditasi dari Amerika Serikat, mulai tahun 2005 mengumpulkan pakar keselamatan pasien dari lebih 100 Negara, dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi beruba sistem atau intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien. Pada tgl 2 Mei 2007, WHO Colaborating Centre for Patient Safety resmi menerbitkan panduan “Nine Life-Saving Patient Safety Solutions” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit).

Sembilan topik yang diberikan solusinya adalah sbb :

a. Perhatikan Nama Obat, Rupa, dan Ucapan Mirip (Look-Alike, Sound- Alike, Medication Names).
b. Pastikan Identifikasi pasien.
c. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien.
d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.
e. Kendalikan cairan elektrolit pekat (concentrated).
f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan layanan.
g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (tube).
h. Gunakan alat injeksi sekali pakai.
i. Tingkatkan kebersihan (Hand Hygiene) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

BAB III

KEBIJAKAN

A. Kebijakan Umum.

1. Rumah sakit menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien baik internal maupun eksternal sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku
2. Sitem Pelaporan insiden antara lain, meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan, prosedur pelaporan, insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi, siapa saja yang membuat laporan, dan batas waktu pelaporan.

B. Kebijakan Khusus:

1. Rumah sakit mengintegrasikan pelaporan kejadian dan pengukuran mutu agar solusi dan perbaikan yang dilakukan terintegrasi
2. Alur Pelaporan bila terjadi insiden keselamatan pasien secara internal maupun eksternal, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan
3. Waktu pembuatan pelaporan insiden keselamatan pasien maksimal 2x24 jam, diserahkan kepada tim keselamatan pasien di fasilitas tersebut. Pelaporan ini kemudian diteruskan secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).
4. Investigasi dan analisis berdasarkan grading (tingkat keparahan), insiden (low, moderate, high, extreme). Investigasi mendalam menggunakan metode *Analisis Akar Penyebab (Root Cause Analysis/RCA*) harus dilakukan dalam waktu maksimal 45 hari.
5. Tindak Lanjut hasil dari investigasi dan analisis akan menjadi dasar untuk membuat rekomendasi, materi pembelajaran, dam feedback kepada unit terkait guna mencegah terulangnya insiden serupa.
6. Rumah Sakit melaporkan insiden keselamatan pasien setiap 6 bulan kepada representasi pemilik dan bila ada kejadian sentinel dilaporkan di setiap kejadian.

BAB IV

TATA LAKSANA

A. ALUR PELAPORAN

1. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Internal)

a) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah atau ditangani) untuk mengurangi dampak atau akibat yang tidak diharapkan

b) Segera ditindaklanjuti dengan membuat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/shift keapada atasan langsung (paling lambat 2x24 jam) diharapkan jangan menunda laporan

c) Segera setelah selesai laporan, segera menyerahkan kepada atasan langsung pelapor

d) Atasan langsung akan memeriksa laporan dan akan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan

e) Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

Grade biru : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu

Gade hijau : Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu

Grade kuning : Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah atau RCA oleh tim KP di Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari

Grade merah : Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah atau RCA oleh Tim KP di Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari

f) Setelah melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan hasil insiden dilaporkan ke Tim KP di Rumah Sakit

g) Tim KP di Rumah Sakit akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading

h) Untuk grade kuning/merah, tim KP Rumah Sakit akan melakukan analisis akar masalah/Root Cause Analysis (RCA)

i) Setelah melakukan RCA, tim KP di Rumah Sakit akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk/ "Safety Alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali

j) Hasil RCA, rekomendasi, dan rencana kerja dilaporkan ke Kepala Rumah Sakit

k) Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit

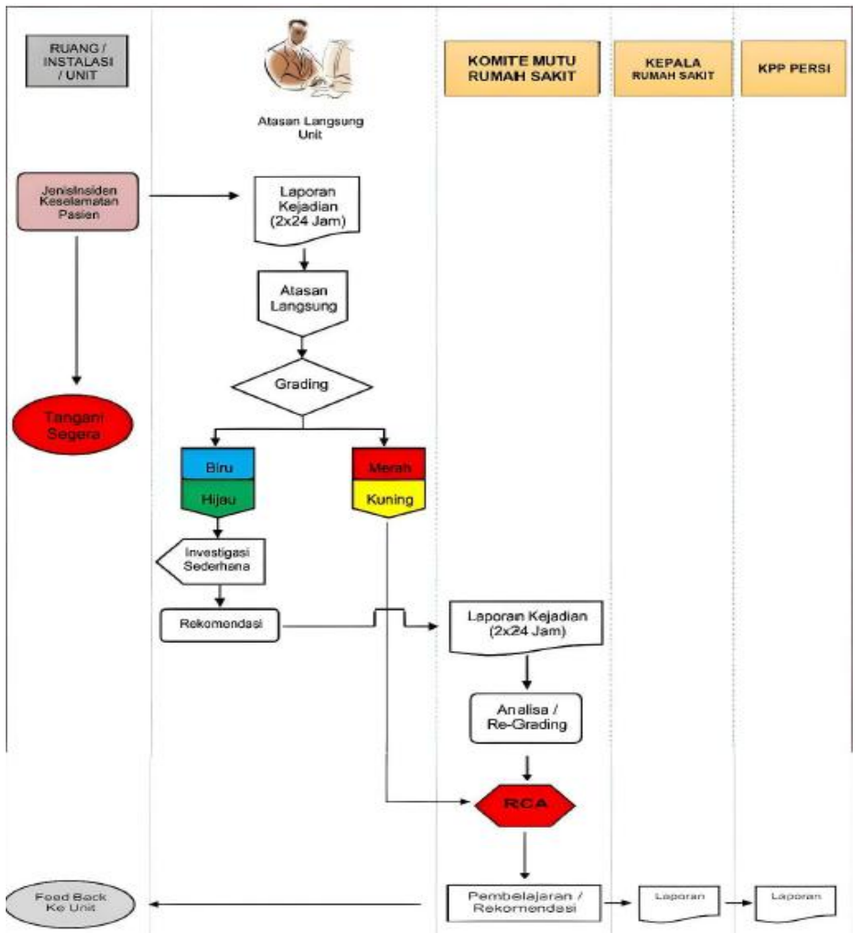
l) Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing – masing

m) Moniitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di Rumah Sakit

2. Alur Pelaporan Insiden ke KKPRS- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Eksternal)

Laporan hasil investigasi sederhana atau analisis akar masalah atau RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di Rumah Sakit (Internal) atau Pimpinan Rumah Sakit dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (*e-reporting*) melalui *website* resmi KKPRS **www.buk.depkes.go.id**

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



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

1) Dampak (*Consequences*).

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

Tabel 1

Penilaian Dampak Klinis /Konsekuensi /Severity

Tingkat Risiko	**Deskripsi**	**Dampak**
1	Tidak Signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	• Cedera ringan misal luka lecet • Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	• Cedera sedang mis. Luka Robek • Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit • Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	• Cedera luas/berat mis. Cacat, lumpuh • Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel) tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

2) Probabilitas/Frekuensi/Likehood

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

Tabel 2

Penilaian Probabilitas /Frekuensi

TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI
1	Sangat jarang / Rate (> 5 tahun / kali)
2	Jarang / unlikely (2-5 tahun / kali)
3	Mungkin / posible (1-2 tahun / kali)
4	Sering / Likely (Bebrp. Kali / tahun)
5	Sangat sering / almost certain (tiap minggu / bulan)

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, dimasukkan dalam table matriks Grading Risiko untuk menghitung skor dan mencari warna *bands* risiko.

3) Skor Risiko

SKOR RISIKO = Dampak x Probability

Cara menghitung skor risiko :

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

a) Tetapkan frekuensi pada kolom kiri.

b) Tetapkan dampak pada baris kearah kanan.

c) Tetapkan warna *bandsnya*, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

Tabel 3

Matriks Grading Resiko

Probabilitas	Tdk Signifikan	Minor	Moderat	Mayor	Katastropik
	1	2	3	4	5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 – < 2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (> 2 - <5 thn / kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (> 5 tahun / kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

4) Banda Risiko

Banda risiko adalah derajat risiko yang di gambarkan dalam emapat 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

Tabel 4

Tindakan Sesuai Tingkat dan *Bands* Risiko

Level / Bands	Tindakan
Ekstrem (sangat tinggi)	Risiko ekstrim dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera pelaporan sampai ke Direktur
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
Moderat (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

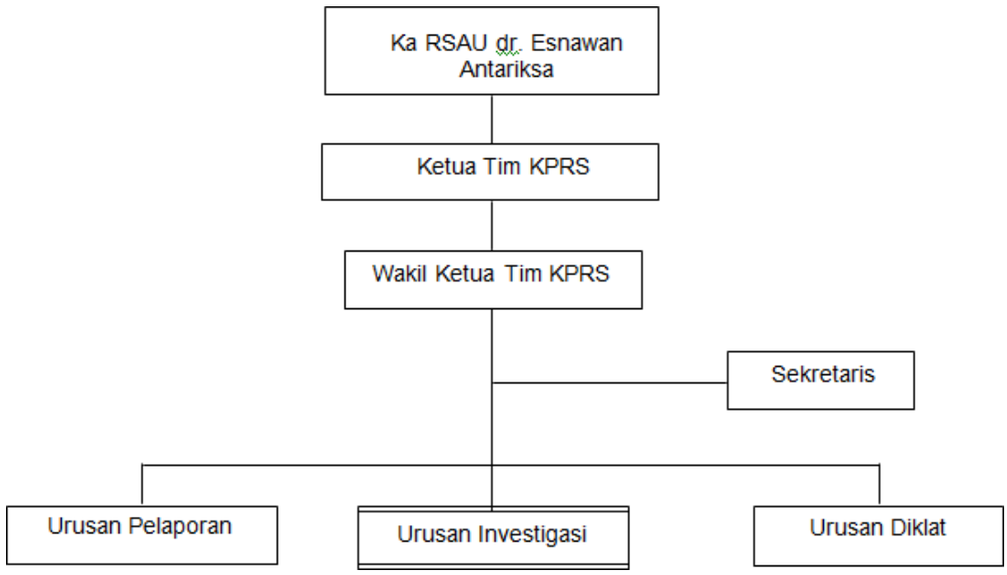
A. Laporan Bulan :

Laporan bulanan berisi laporan insiden yang terjadi selama satu bulan yang terdiri laporan insiden KTC, KNC, dan KTD kepada Komite KPRS Pusat.

B. Struktur Organisasi Dan Uraian Tugas Tim KPRS.

a. Struktur Organisasi Tim KPRS

Struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Tim KPRS) RSAU dr. Esnawan Antariksa, Bandung adalah sebagai berikut :



a. Uraian Tugas.

1) Ketua Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Ka Tim KPRS).

a) Pengertian Jabatan. Seseorang yang diberikan wewenang dan tanggung jawab untuk memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan KPRS.

b) Persyaratan Jabatan.

1) Dokter spesialis/Dokter umum.

2) Memiliki sensitifitas terhadap masalah keselamatan pasien rumah sakit.

3) Memiliki wawasan yang luas dibidang KPRS.

4) Memiliki ketelitian dan kepekaan sosial yang memadai.

5) Memiliki komitmen dan layalitas yang tinggi.

c) Bertanggung jawab kepada Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

d) Bertanggung jawab atas :

1) Wakil Ketua KPRS
2) Sekretaris KPRS
3) Urusan Pelaporan
4) Urusan Investigasi KPRS
5) Urusan Diklat KPRS

e) Korelasi Jabatan :

1) Dengan Ka RSAU dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.
2) Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.
3) Anggota tim KPRS dalam hal bimbingan, pembinaan dan pemberian perintah tugas.

f) Tugas Pokok.

Memimpin tim KPRS dalam penyelenggaraan upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.

g) Uraian Tugas.

1) Memimpin kegiatan pengembangan program keselamatan pasien di Rumah Sakit.
2) Memimpin dan menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan program KPRS.
3) Memimpin dan menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring dan evaluasi.
4) Bersama-sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit melakukan pelatihan internal KPRS.
5) Mengkoordinasikan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan insiden serta analisa insiden terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), dan Kejadian Sentinel (KS), serta mengembangkan solusi pembelajaran.
6) Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

7) Mengkoordinasikanproses laporan insiden KPRS (eksternal) ke KKPRS.
8) Melaporkan hasil kegiatan kepada Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

h) Tanggung Jawab.
1) Terlaksananya program KPRS di seluruh unit kerja di rumah sakit.
2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana keselamatan pasien di seluruh unit kerja rumah sakit.
3) Terpenuhinya prosedur-prosedur pelaksanaan kegiatan dan pelayanan yang menjamin keslamatan pasien rumah sakit.
4) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien rumah sakit.
5) Terpantaunya dan terevaluasinya kasus-kasus KTS, KNS, KTC, dan KC di seluruh unit kerja rumah sakit.
6) Terjaganya komitmen karyawan terhadap keslamatan pasien rumah sakit.

i) Wewenang.
1) Mengelola Tim KPRS.
2) Melakukan pengawasan dan penilaian KPRS di seluruh unit kerja.
3) Memberi masukan, saran, dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas.

j) Hasil Kerja.
1) POA.
2) Rencana dan jadwal kegiatan.
3) SPO yang berhubungan dengan KPRS.
4) Evaluasi dan laporan kegiatan KPRS.

2) Wakil Ketua Tim KPRS.

a) Pengertian Jabatan. Seseorang yang diberikan wewenang dan tanggung jawab untuk membantu memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan KPRS.

b) Persyaratan Jabatan.

1) Dokter spesialis/Dokter umum/Sarjana Kesehatan.
2) Memiliki sensitifitas terhadap masalah keselamatan pasien rumah sakit.
3) Memiliki wawasan yang luas dibidang KPRS.
4) Memiliki ketelitian dan kepekaan sosial yang memadai.
5) Memiliki komitmen dan layalitas yang tinggi.

c) Bertanggung jawab kepada Ka Tim KPRS.

d) Bertanggung jawab atas :

1) Sekretaris KPRS.
2) Urusan Pelaporan.
3) Urusan Investigasi KPRS.
4) Urusan Diklat KPRS.

e) Korelasi Jabatan :

1) Dengan Ka Tim KPRS dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.

2) Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.

3) Anggota tim KPRS dalam hal bimbingan, pembinaan dan pemberian perintah tugas.

f) Tugas Pokok.

Bersama Ka Tim KPRS memimpin tim KPRS dalam penyelenggaraan upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.

g) Uraian Tugas. Membantu Ka Tim KPRS dalam kegiatan

1) Pengembangan program keselamatan pasien di Rumah Sakit.
2) Menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan program KPRS.
3) Menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring dan evaluasi,

4) Bersama-sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit melakukan pelatihan internal KPRS.

5) Mengkoordinasikan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan insiden serta analisa insiden terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), dan Kejadian Sentinel (KS), serta mengembangkan solusi pembelajaran.

6) Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

7) Mengkoordinasikan proses laporan insiden KPRS (eksternal) ke KKPRS.

8) Melaporkan hasil kegiatan kepada Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

h) Tanggung Jawab :

1) Terlaksananya program KPRS di seluruh unit kerja di rumah sakit.

2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana keselamatan pasien di seluruh unit kerja rumah sakit.

3) Terpenuhinya prosedur-prosedur pelaksanaan kegiatan dan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien rumah sakit.

4) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien rumah sakit.

5) Terpantaunya dan terevaluasinya kasus-kasus KTS, KNS, KTC, dan KC di seluruh unit kerja rumah sakit.

6) Terjaganya komitmen karyawan terhadap keselamatan pasien rumah sakit.

i) Wewenang :

1) Bersama Ka Tim KPRS mengelola Tim KPRS.

2) Melakukan pengawasan dan penilaian KPRS di seluruh unit kerja.

3) Memberi masukan, saran, dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas.

j) Hasil Kerja :

1) POA.

2) Rencana dan jadwal kegiatan.

3) SPO yang berhubungan dengan KPRS.

4) Evaluasi dan laporan kegiatan KPRS.

3) Sekretaris Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit :

a) Pengertian Jabatan. Seseorang yang diberikan wewenang dan tanggung jawab untuk membantu kinerja dari tim KPRS.

b) Persyaratan Jabatan :

1) Dokter/Sarjana Kesehatan.

2) Memiliki sensitifitas terhadap masalah KPRS.

3) Memiliki wawasan yang luas di bidang KPRS.

4) Memiliki ketelitian dan kepekaan

sosial yang memadai.

5) Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi.

c) Bertanggung jawab Kepada Ketua Tim KPRS dan Wakil Ketua Tim KPRS.

d) Korelasi Jabatan :

1) Dengan ketua Tim KPRS dan Wakil Ketua KPRS dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.

2) Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.

3) Anggota tim KPRS dalam hal bimbingan, pembinaan dan pemberian perintah tugas.

e) Tugas Pokok.

Melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan tim

KPRS dalam penyelenggraan upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.

f) Uraian Tugas :

1) Membantu kinerja tim KPRS dalam hal kegiatan pengembangan program keselamatan pasien di rumah sakit.

2) Membantu penyusunan kebijakan dan prosedur yang terkait dengan program KPRS.

3) Bersama-sama dengan bagian diklat RS melakukan pelatihan internal KPRS.

4) Mendokumentasikan dengan baik dan melakukan monitoring pelaksanaan pencatatan dan pelaporan serta analisis masalah terkait dengan KTD, KNC, KTC, KPC dan kejadian Sentinel.

5) Mendokumentasikan dan melakukan proses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke tim KPRS.

6) Melaporkan hasil kegiatan kepada ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

7) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

g) Tanggung Jawab :

1) Terlaksananya program timKPRS di seluruh unit kerja di rumah sakit.

2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana keselamatan pasien di seluruh unit kerja di RS.

3) Terpenuhinya prosedur-prosedur pelaksanaan kegiatan dan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien rumah sakit.

4) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien di rumah sakit.

5) Terpantaunya dan terevaluasinya kasus-kasus KNS, KTD, KTC, KPC, dan KC di seluruh unit kerja RS.

6) Terjaganya komitmen karyawan terhadap keselamatan pasien rumah sakit

h) Wewenang :

1) Membantu mengelola tim KPRS.
2) Melakukan pengawasan dan penilaian KPRS di seluruh unit kerja.
3) Memberi masukan, saran, dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas.

i) Hasil Kerja :

1) Dokumentasi diklat KPRS.

2) Dokumen dan laporan KTD, KNC, KTC, KPC, dan kejadian sentinel.

3) Dokumen evaluasi dan tindak lanjut KTD, KNC, KTC, KPC dan kejadian sentinel.

4) Dokumentasi kegiatan tim KPRS.

4) Urusan Pelaporan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

a) Pengertian Jabatan. Kelompok kerja yang diberi tugas dan wewenang untuk membantu ketua Tim KPRS dalam bidang pencatatan dan pelaporan.

b) Persyaratan Jabatan. Dokter / Sarjana Kesehatan / D3 kesehatan.

c) Bertanggung jawab kepada Ketua Tim KPRS.

d) Korelasi Jabatan :

1) Dengan ketua tim KPRS dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.

2) Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.

e) Tugas Pokok.

Menyelenggarakan administrasi pelaporan kegiatan dan evaluasi upaya-upaya menjaga keselamatan pasien dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit dan tindak lanjut atas kejadian kecelakaaan atau cidera pasien di rumah sakit.

f) Uraian Tugas :

1) Melaksanakan kegiatan adminstrasi tim KPRS dalam hal pencatatan dan pelaporan.

2) Menyususn laporan kegiatan tim KPRS dalam hal pencatatan dan pelaporan.

3) Mengontrol dan menilai pelaksanaan system informasi dan komunikasi oleh unit-unit kerja terkait untuk menjaga kesinambungan layanan dan keselamatan pasien.

4) Melaksanakan dokumentasi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), dan kejadian Sentinel (KS).

5) Memproses laporan insiden keselamatan rumah sakit (eksternal) ke Komite KPRS PERSI.

g) Tanggung Jawab :

1) Terpenuhinya SPO kegiatan dan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien rumah sakit.

2) Terkendalinya kondisi-kondisi yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien rumah sakit.

3) Terpantaunyadan terevaluasinyakasus-kasus KTD, KNS, KTS, KPC dan sentinel.

4) Terjaga komitmen personil RS terhadap keselamatan pasien rumah sakit.

h) Wewenang :

1) Melakukan pengawasan dan penilaian KPRS di seluruh unit kerja rumah sakit.

2) Memberikan masukan saran dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas kegiatan.

i) Hasil Kerja :

1) POA.

2) Rencana dan jadwal kegiatan.

3) Dokumen laporan dan tindak lanjut KTD, KNC, KTC, KPC, dan sentinel.

4) Dokumen evaluasi dan tindak lanjut KTD, KNC, KTC, KPC dan sentinel di RS.

5) Dokumen Kegiatan KPRS.

5) Urusan Investigasi Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

a) Pengertian Jabatan. Kelompok kerja yang diberi tugas dan wewenang untuk membantu ketua tim KPRS.

b) Persyaratan Jabatan :

1) Dokter spesialis/Dokter umum/Sarjana Kesehatan D3 kesehatan.

2) Memiliki sensitifitas terhadap masalah.

3) Memiliki wawasan yang luas di bidang KPRS.

4) Memiliki ketelitian dan kepekaan social yang memadai.

5) Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi.

c) Bertanggung jawab Kepada Ka Tim KPRS.

d) Korelasi Jabatan :

i. Dengan ketua Tim KPRS dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.

ii. Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.

e) Tugas Pokok.

Melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan tim KPRS dalam penyelengaraan upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.

f) Uraian Tugas :

1) Menerima laporan hasil dan laporan insiden yang dilaporkan oleh unit kerja.

2) Menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untukmenentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.

3) Melakukan Analisis akar masalah/ Root Cause Analysis (RCA) terhadap investigasi untuk grade kuning/merah.

4) Rekomendasi untuk "perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.

5) Hasil RCA dilaporkan kepada Ka tim KPRS untuk disampaikan kepada Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

g) Tanggung Jawab :

1) Kebenaran laporan investigasi unit kerja.

2) Kesesuaian program kerja dengan pelaksanaan kegiatan.

3) Kelancaran investigasi KPRS.

4) Kebenaran hasil investigasi dan regarding KPRS.

h) Wewenang :

1) Merencanakan investigasi lanjutan dan Regrading KPRS.

2) Terpantaunyadan terevaluasinyakasus-kasus KTD, KNS, KTS, KPC dan sentinel.

3) Terjaganya komitmen personil RS terhadap keselamatan pasien rumah sakit.
4) Memberikan masukan saran dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas kegiatannya.

i) Hasil Kerja :

1) Rencana dan jadwal kegiatan.

2) Dokumen investigasi laporan kejadian dari unit kerja.

3) Dokumen evaluasi investigasi dan Regrading serta tindak lanjut kejadian dari unit kerja.

4) Dokumen kegiatan KPRS.

6) Urusan Diklat Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

a) Pengertian Jabatan. Kelompok kerja yang diberi tugas dan wewenang untuk membantu ketua tim KPRS.

b) Persyaratan Jabatan :

1) Dokter spesialis / Dokter Umum / Sarjana Kesehatan / D3 Kesehatan.
2) Memiliki sensitifitas terhadap masalah.
3) Memiliki wawasan yang luas di bidang KPRS.
4) Memiliki ketelitian dan kepekaan social yang memadai.

vi. Memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi.

c) Bertanggung Jawab kepada Ketua Tim KPRS.

d) Korelasi Jabatan :

1) Dengan ketua Tim KPRS dalam hal konsultasi, menerima tugas, tanggung jawab dan pelaporan.
2) Dengan pejabat terkait di rumah sakit terkait dengan koordinasi tugas.

e) Tugas Pokok.

Melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan tim KPRS dalam penyelengaraan upaya-upaya untuk menjamin keselamatan pasien selama berada dan mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit.

f) Uraian Tugas :

1) Menyusun program diklat KPRS.
2) Mengusulkan jenis diklat dan personil yang akan mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan KPRS yang dilaksanakan didalam dan diluar rumah sakit.
3) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

g) Tanggung Jawab :

1) Kebenaran rencana kebutuhan dan kegiatan.
2) Kesesuaian program kerja dengan pelaksanaan kegiatan.
3) Kelancaran diklat KPRS.
4) Kebenaran hasil dan laporan kegiatan.

h) Wewenang :

1) Merencanakan metode diklat KPRS.
2) Mengatur jadwal diklat KPRS.
3) Mengusulkan personil yang akan dikirim mengikuti diklat KPRS.
4) Mengkoordinasikan seluruh kegiatan diklat KPRS.
5) Memberikan masukan saran dan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan tugas kegiatannya.

i) Hasil Kerja :

1) Rencana kegiatan dan program kerja.
2) Jadwal kegiatan diklat KPRS.

ii) Pengetahuan dan ketrampilan personil berkenaan dengan KPRS terus meningkat.Evaluasi dan laporan kegiatan.

b. **Tim Investigator**

1) Pembentukan dan Penugasan Tim Investigator
   a. Kepala Rumah Sakit menetapkan Tim Investigator melalui surat keputusan atau surat tugas sesuai ketentuan yang berlaku, untuk melaksanakan investigasi komprehensif terhadap setiap kejadian sentinel yang terjadi di lingkungan rumah sakit.
   b. Tim Investigator dibentuk dan ditugaskan sesegera mungkin setelah kejadian sentinel diketahui atau dilaporkan, dengan mempertimbangkan kebutuhan penanganan segera, pengamanan bukti, serta kompleksitas kejadian.
   c. Tim Investigator terdiri atas personel yang memiliki kompetensi, integritas, objektivitas, dan pemahaman mengenai keselamatan pasien serta metode investigasi dan Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis/RCA).
   d. Keanggotaan Tim Investigator dapat melibatkan unsur Komite Mutu, tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya, serta unit kerja terkait sesuai karakteristik kejadian, dengan tetap memperhatikan independensi dan potensi konflik kepentingan.

2) Pelaksanaan Investigasi Komprehensif

a. Setiap kejadian sentinel wajib dilakukan investigasi komprehensif melalui metode Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis/RCA) untuk mengidentifikasi faktor penyebab langsung, faktor kontribusi, kelemahan sistem, dan akar masalah yang mendasari terjadinya insiden.

b. Investigasi komprehensif dilaksanakan sesegera mungkin setelah kejadian sentinel teridentifikasi dan harus diselesaikan dalam kurun waktu tidak melebihi 45 (empat puluh lima) hari kalender sejak tanggal terjadinya kejadian sentinel.

c. Pelaksanaan investigasi dilakukan secara sistematis, objektif, terstruktur, menyeluruh, dan berbasis bukti, dengan mengutamakan prinsip keselamatan pasien, kerahasiaan informasi, budaya adil (just culture), dan perbaikan sistem pelayanan.

d. Investigasi sekurang-kurangnya meliputi:

i. Pengumpulan data, dokumen, dan bukti pendukung kejadian.

ii. Penyusunan kronologi dan rekonstruksi alur kejadian.

iii. Wawancara terhadap personel dan pihak terkait.

iv. Identifikasi faktor penyebab langsung dan faktor kontribusi.

v. Analisis faktor manusia, komunikasi, prosedur, lingkungan kerja, sarana prasarana, serta sistem organisasi.

vi. Penentuan akar masalah menggunakan metode RCA.

vii. Penyusunan rekomendasi tindakan korektif dan pencegahan.

viii. Penyusunan laporan hasil investigasi komprehensif.

e. Dalam pelaksanaan investigasi, Tim Investigator wajib menjaga objektivitas, kerahasiaan data pasien dan personel, serta menghindari konflik kepentingan.

3) Tugas dan Tanggung Jawab Tim Investigator

Tim Investigator mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:

a. Menindaklanjuti setiap penugasan investigasi kejadian sentinel secara cepat, tepat, objektif, dan komprehensif.

b. Menyusun rencana kerja investigasi dengan memperhatikan batas waktu penyelesaian yang telah ditetapkan.

c. Melaksanakan pengumpulan, pemeriksaan, dan analisis data serta bukti pendukung secara sistematis.
d. Melaksanakan investigasi komprehensif dan RCA terhadap seluruh kejadian sentinel.
e. Mengidentifikasi akar masalah serta faktor-faktor sistem yang berkontribusi terhadap kejadian sentinel.
f. Menyusun rekomendasi perbaikan yang spesifik, terukur, dapat dilaksanakan, relevan, dan memiliki batas waktu penyelesaian.
g. Menyusun laporan hasil investigasi komprehensif dan RCA secara lengkap, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan.
h. Menyampaikan laporan hasil investigasi kepada Kepala Rumah Sakit melalui mekanisme pelaporan yang ditetapkan.
i. Berkoordinasi dengan Komite Mutu dan unit kerja terkait dalam penyusunan rencana tindak lanjut perbaikan.
j. Menjaga kerahasiaan seluruh dokumen, data, dan informasi yang diperoleh selama proses investigasi.

4) Batas Waktu Penyelesaian Investigasi
a. Tim Investigator wajib menyelesaikan seluruh tahapan investigasi komprehensif dan RCA terhadap setiap kejadian sentinel dalam waktu paling lama 45 (empat puluh lima) hari kalender sejak tanggal kejadian.
b. Batas waktu tersebut meliputi proses pengumpulan data, analisis kejadian, identifikasi akar masalah, penyusunan rekomendasi, dan penyelesaian laporan hasil investigasi.
c. Ketua Tim Investigator bertanggung jawab memastikan pelaksanaan investigasi berjalan sesuai jadwal dan tidak melampaui batas waktu yang telah ditetapkan.
d. Apabila ditemukan kendala yang berpotensi menghambat penyelesaian investigasi, Ketua Tim Investigator wajib segera melaporkan kepada Kepala Rumah Sakit untuk memperoleh arahan dan dukungan penyelesaian, tanpa mengabaikan ketentuan batas waktu yang berlaku.

5) Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Investigasi
a. Hasil investigasi komprehensif dan RCA dituangkan dalam laporan tertulis yang memuat kronologi kejadian, hasil analisis, akar masalah, rekomendasi perbaikan, serta rencana tindak lanjut.

b. Laporan hasil investigasi disampaikan kepada Kepala Rumah Sakit melalui Komite Mutu sesuai mekanisme dan kewenangan yang ditetapkan.
c. Kepala Rumah Sakit menetapkan atau memberikan persetujuan terhadap rencana tindak lanjut perbaikan berdasarkan rekomendasi hasil investigasi.
d. Unit kerja terkait wajib melaksanakan tindakan perbaikan sesuai penanggung jawab dan batas waktu yang telah ditetapkan.
e. Komite Mutu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan serta efektivitas tindakan perbaikan untuk mencegah terulangnya kejadian sentinel.
f. Hasil investigasi dan pembelajaran dari kejadian sentinel digunakan sebagai dasar peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

6) Pengawasan dan Evaluasi
a. Kepala Rumah Sakit melalui Komite Mutu melakukan pengawasan terhadap ketepatan waktu, kelengkapan, kualitas, dan tindak lanjut hasil investigasi kejadian sentinel.
b. Evaluasi pelaksanaan investigasi dilakukan untuk memastikan seluruh kejadian sentinel telah dianalisis secara komprehensif dan diselesaikan sesuai batas waktu yang ditetapkan.
c. Hasil evaluasi digunakan sebagai bahan perbaikan kebijakan, prosedur, tata kelola risiko, dan sistem keselamatan pasien rumah sakit.

A. Rancangan Proses Baru

1) Proses baru atau modifikasinya menggunakan unsur rancangan berasal dari sumber pihak berwenang, termasuk undang-undang dan peraturan yang berlaku. Termasuk dalam sumber yang berasal dari pihak berwenang ini adalah pedoman pelayanan klinis, standar nasional, norma dan sumber informasi lain.
2) Rancangan proses yang baru atau modifikasinya mungkin juga memperoleh informasi dari pengalaman orang lain dalam praktek klinis yang dianggap baik/lebih baik/sangat baik. Praktek yang demikian dievaluasi oleh rumah sakit, dan praktek yang relevan dapat digunakan serta diuji.
3) Rancangan proses yang baik adalah :
a. Konsisten dengan misi dan rencana rumah sakit;

b. Memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, staf dan lainnya;
c. Menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai informasi berbasis bukti yang relevan dalam hal rancangan praktek klinis;
d. Sesuai dengan praktek business yang sehat;
e. Mengembangkan informasi dari manajemen risiko yang relevan;
f. Dibangun pengetahuan dan keterampilan yang ada di RS;
g. Dibangun praktek klinis yang baik/lebih baik/sangat baik dari rumah sakit lain;
h. Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan terkait;

4) Rancangan proses baru diintegrasikan dari berbagai proses dengan sistem.
5) Bila sebuah rumah sakit merancang proses baru, maka harus ditentukan indikator yang sesuai dari proses baru tersebut dan data harus dikumpulkan untuk mengetahui apakah proses berjalan sesuai yang diharapkan.

BAB IV
DOKUMENTASI

Semua kegiatan pemberian panduan didokumentasikan dan pelaporan sebagai berikut :

a Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera, dan Kejadian Sentinel.

Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera, dan Kejadian Sentinel.

a. Pencatatan dan pelaporan insiden Keselamatan Pasien (IKP) mengacu pada panduan yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Persi.

b. Pelaporan insiden terdiri dari :

1) Pelaporan internal yaitu mekanisme/alur pelaporan KPRS di internal RSAU dr. Esnawan Antariksa.

2) Pelaporan eksternal yaitu pelaporan dari RSAU dr. Esnawan Antariksa ke Komite Keselamatan Pasien RS.

c. Tim Keselamatan Pasien RSAU dr. Esnawan Antariksa melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Kepala Rumah Sakit secara berkala.

d. Alur Pelaporan Insiden TIM KP

e. RS RSAU dr. Esnawan Antariksa (Internal) :

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Pimpinan Rumah Sakit secara berkala melakukan monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Komite Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Komite Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit secara berkala melakukaan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang dipergunakan di Rumah Sakit dan melakukan evaluasi kegiatan setiap triwulan dan membuat tindak lanjutnya.

BAB VI

PENUTUP

Sistem pelaporan insiden di rumah sakit merupakasn awal proses analisis dan investigasi insiden. Diharapkan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ini dapat menjadi acuan bagi ruimah sakit untuk melaksanakan sistem pelaporan dan analisis di rumah sakitnya. Dengan meningkatnya jumlah laporan insiden akan tergambarkan budaya dan motivasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kepada pasien. Hasil Analisa insiden akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

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., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330