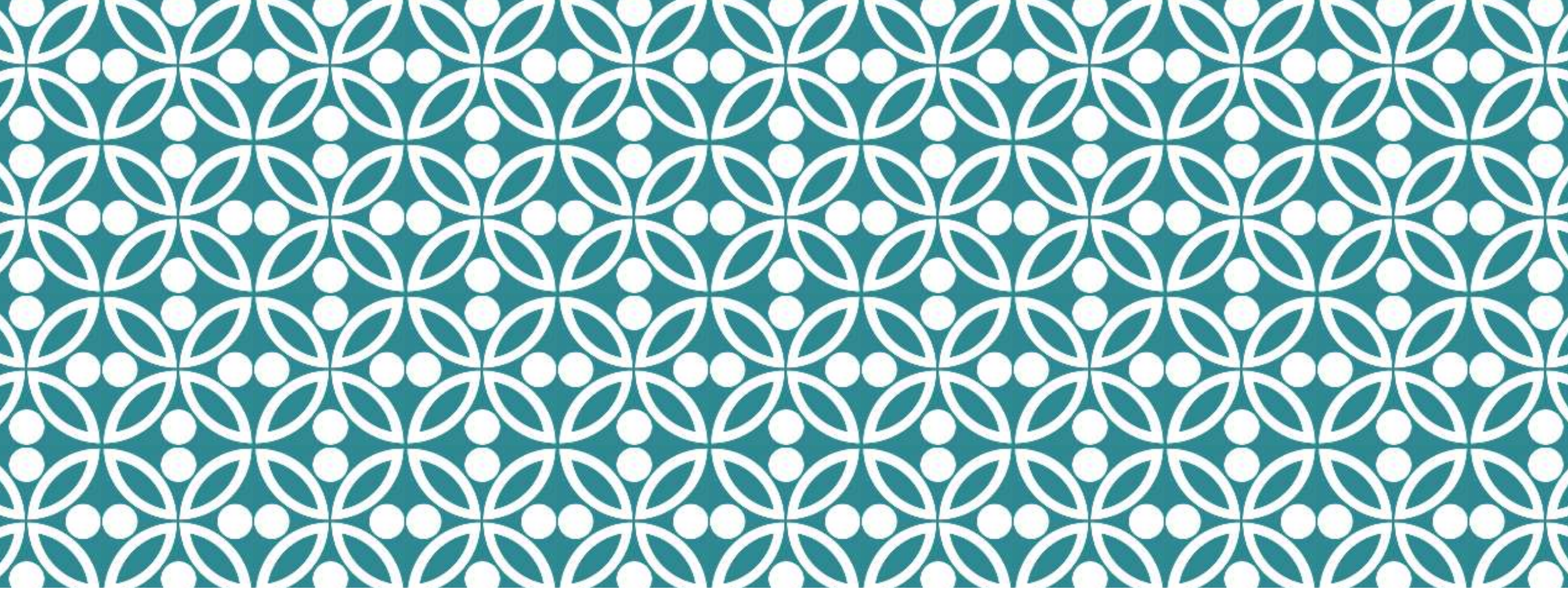




TOOLS DALAM PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS

ANDRIANI YULIANTI, MPH
(ndiani_86@yahoo.com)

SISTEMATIKA PRESENTASI

1. Pengertian Keselamatan pasien dan Insiden
2. Pengorganisasian mutu dan keselamatan pasien
3. Butir-butir penting dalam standar mutu dan keselamatan pasien
4. Penyusunan indikator sasaran keselamatan pasien
5. Jenis-jenis insiden di Faskes
6. Pelaporan insiden dan kajiannya
7. Penyusunan Risk Register

REFERENSI

1. Standar dan Instrumen Akreditasi Puskesmas
2. PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3. Pedoman Manajemen Risiko di FKTP Tahun 2018

1) KESELAMATAN PASIEN

(PERMENKES NO.11 TH 2017)

Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, 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 mengambil tindakan yang seharusnya diambil.



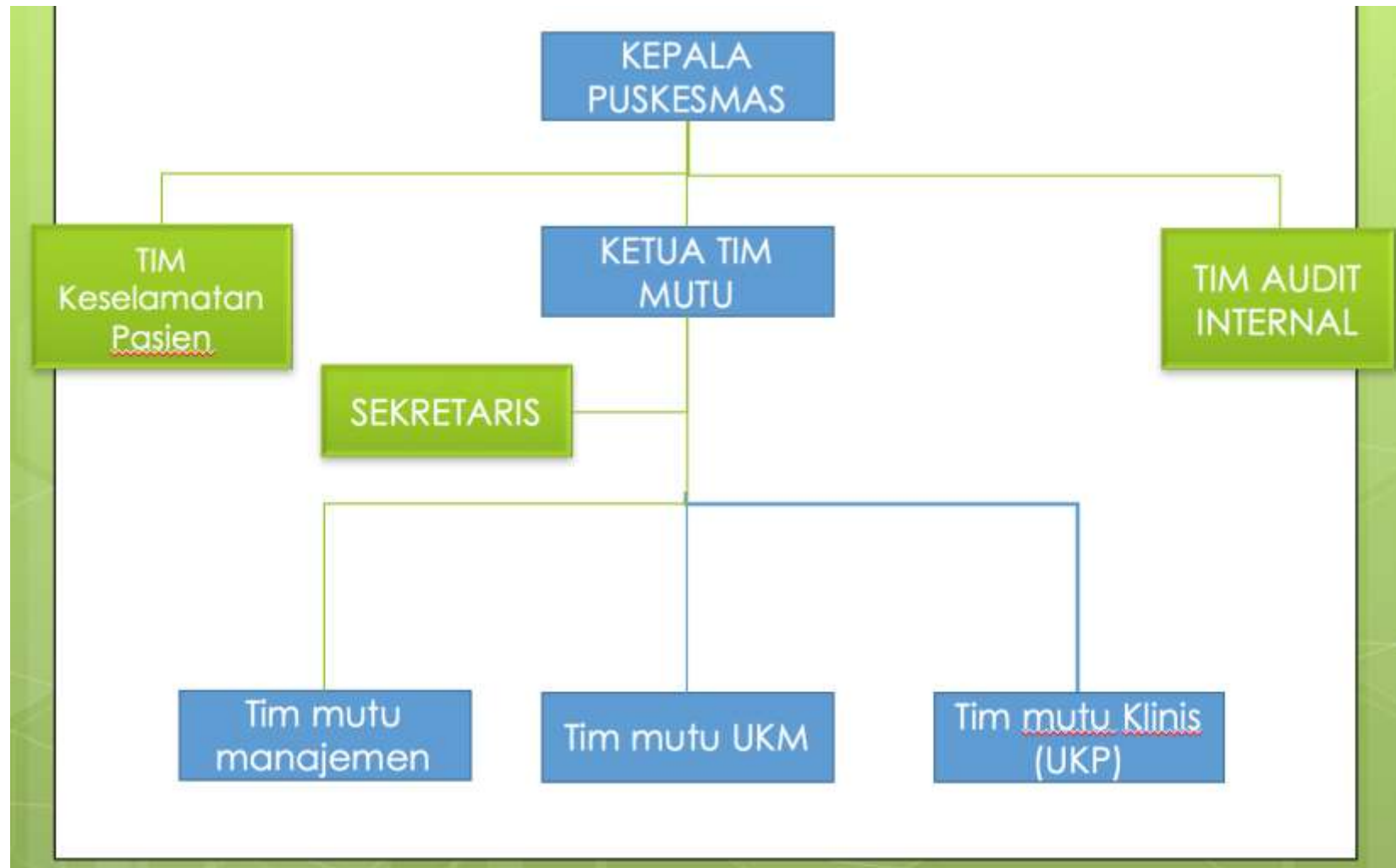
INSIDEN KESELAMATAN PASIEN/ INSIDEN

(PERMENKES NO.11 TH 2017)

Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.



2) CONTOH PENGORGANISASIAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS



3) BUTIR PENTING PENGORGANISASIAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN

Kriteria 3.1.1

Pimpinan Puskesmas menetapkan Penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan, memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja Puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan Puskesmas

Kriteria 9.4.1

Upaya peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien didukung oleh tim yang berfungsi dengan baik

1. Ada kejelasan siapa yang bertanggung jawab untuk peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien.
2. Terdapat tim peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang berfungsi dengan baik.
3. Ada kejelasan uraian tugas dan tanggung jawab tim.
4. Ada rencana dan program peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun.

BUTIR-BUTIR PENTING

Standar



9.1. Tanggung jawab tenaga klinis dalam Peningkatan mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien → implementasi peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien pada area prioritas

9.2. Pemahaman mutu layanan klinis

9.3. Pengukuran mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien

9.4. Peningkatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien

RINCIAN KEGIATAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN



#50572309

1. Membuat panduan sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)
2. Memonitor capaian sasaran keselamatan pasien
3. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan insiden
4. Melakukan analisis kejadian insiden
5. Melakukan tindak lanjut

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SKP.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai

SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawata Kesehatan

SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh



4) PENYUSUNAN INDIKATOR DARI SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Prinsip menyusun indikator: **SMART**

- Specific: sasaran kinerja harus bersifat spesifik
- Measurable: sasaran kinerja yang telah disusun dapat diukur
- Achievable: target yang ditetapkan dapat dicapai dengan dukungan sumber daya yang tersedia
- Relevant: sasaran kinerja yang ditetapkan bersifat relevan dengan tugas pokok dan tanggungjawab yang dilaksanakan
- Timeliness: sasaran kinerja yang kita susun memiliki target waktu yang jelas

LANGKAH PENYUSUNAN INDIKATOR

Ada tim penyusun indikator

Kajian pustaka (literature review)

Tim penyusun membuat draft indikator dan bagaimana cara analisisnya

Ujicoba

Revisi dan menyepakati bersama

Implementasi

PERHATIKAN

Tujuan pengumpulan indikator

Tiap indikator menunjukkan apa?

Definisi operasional

Rumusan dengan numerator denominator yang jelas

Sumber data

Periode pengumpulan data

Periode analisis

Cara analisis

Pelaporan

CONTOH

Indikator Keselamatan pasien

Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert
Oleh Farmasi

Numerator

Jumlah obat yang diberi label

Denominator

Jumlah seluruh obat yang seharusnya diberikan label

Kepatuhan melakukan hand hygiene dengan benar

Numerator

Jumlah tenaga kesehatan yang melakukan hand hygiene dengan benar

Denominator

Jumlah seluruh tenaga kesehatan yang melakukan hand hygiene

KAMUS INDIKATOR

Indikator	Isikan judul indikator
Dimensi mutu	Isikan dimensi mutu
Tujuan	Isikan apa yang ingin dituju
Rasionalisasi	Isikan latar belakang/alasan indikator tersebut dipilih
Definisi terminology	Isikan istilah lain yang perlu dimasukkan
Frekuensi pengumpulan data	Kapan pengumpulan data dilakukan
Frekuensi analisa data	Kapan analisa data dilakukan
Numerator	Pembilang
Denominator	Penyebut
Standar	Target yang diharapkan
Sumber data	Sumber data diperoleh

LEMBAR KERJA 1

1. Tetapkan indikator dari sasaran keselamatan pasien dari masing-masing unit terkait
2. Lanjutkan dengan menyusun kamus indikator

CONTOH SASARAN KESELAMATAN PASIEN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
1	Tidak terjadinya salah identifikasi pasien	Kepatuhan melakukan pemberian gelang identitas oleh petugas, kepatuhan identifikasi pasien sebelum tindakan/pemberian obat	100%	Menyusun kebijakan identifikasi pasien minimal dengan dua cara yang relatif tidak berubah (nama/tgl lahir/rekam medis) Menyusun dan sosialisasi prosedur identifikasi pasien Monitoring dan tindak lanjut terhadap kepatuhan identifikasi pasien

LANJUTAN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
2	Komunikasi efektif dalam pelayanan	Kepatuhan melaksanakan penulisan perintah lisan/telepon dalam rekam medis/catatan khusus	100%	Menyusun kebijakan komunikasi efektif dalam pelayanan Menyusun prosedur komunikasi efektif dalam pelayanan Melaksanakan komunikasi efektif dalam pelayanan sesuai prosedur Memonitor dan menindak lanjuti pelaksanaan komunikasi efektif dalam pelayanan dengan menggunakan indicator yang telah ditentukan

LANJUTAN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
3	Tidak terjadinya kesalahan pemberian obat	Kepatuhan pelabelan atau penyimpanan obat High Alert	100%	Menyusun kebijakan dan prosedur pelabelan obat High Alert dan obat LASA (<i>look alike sound alike</i>) Melaksanakan prosedur pelabelan dengan benar

LANJUTAN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
4	Tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan	Kepatuhan melakukan penandaan pada lokasi yang akan dibedah	100%	Melaksanakan tindakan klinis sesuai prosedur dan melakukan penandaan lokasi agar tidak terjadi salah sisi atau salah orang

LANJUTAN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
5	Pengurangan terjadinya infeksi dalam pelayanan	Kepatuhan melakukan hand hygiene dengan benar	100%	Menyusun kebijakan dan prosedur pengendalian infeksi dalam pelayanan Melaksanakan pengendalian infeksi dalam pelayanan sesuai kebijakan dan prosedur Melakukan monitoring dan tindak lanjut dengan menggunakan indicator yang sudah ditetapkan

LANJUTAN

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
6	Tidak terjadinya pasien jatuh di fasilitas kesehatan	Kepatuhan melakukan kajian risiko jatuh pada pasien	100%	Menyusun kebijakan dan prosedur kajian pasien jatuh Melaksanakan upaya pencegahan pasien jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur . Melakukan monitoring dan tindak lanjut sesuai dengan indicator yang ditetapkan

Judul Indikator	Jumlah kejadian pasien jatuh
Dimensi Mutu	Keamanan
Tujuan	Kejadian pasien jatuh yang terjadi selama dirawat di puskesmas yang dapat menyebabkan konsekuensi yang serius dan bahkan mengancam keselamatan banyak pasien.
Definisi Operasional	Pasien jatuh adalah pasien yang mengalami insiden secara cepat dan tiba tiba berpindah posisi dari tempat tidur ke lantai sampai setengah atau lebih bagian tubuh berada di lantai, sehingga memungkinkan pasien mengalami cedera ringan sampai berat atau tidak menimbulkan cedera.
Alasan/Implikasi/ rasionalisasi	Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan resiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien beresiko untuk jatuh dan mengalami perlukaan. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko pasien jatuh adalah menempatkan perawat professional pada bangsal – bangsal perawatan pasien.
Numerator	Jumlah pasien jatuh selama sebulan di seluruh unit rawat inap
Denominator	-
Standar	0
Sumber Data	Pengumpulan data pasien jatuh (total sampling). Data bisa didapat dari formulir laporan insiden keselamatan pasien puskesmas (Insiden KTD, KNC, KTC, dan sentinel) atau pencatatan lainnya Inklusi: Pasien jatuh yang terjadi saat berada di unit rawat inap Eksklusi: -
Periode pengumpulan data	Setiap 1 bulan
Periode analisa data	Setiap ada kasus
Penanggung Jawab/Pengumpul data	Ketua Komite Keselamatan Pasien

5) JENIS INSIDEN DI FASILITAS LAYANAN KESEHATAN

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC)
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)



BUTIR PENTING IDENTIFIKASI INSIDEN

9.1. Perencanaan, monitoring, dan evaluasi mutu layanan klinis dan keselamatan menjadi tanggung jawab tenaga yang bekerja di pelayanan klinis

9.1.1 Upaya peningkatan mutu layanan klinis, dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis yang memberikan asuhan pasien.

EP 5. Dilakukan identifikasi dan dokumentasi terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi Potensial Cedera (KPC), maupun Kejadian Nyaris Cedera (KNC).

LEMBAR KERJA 2

Berikan contoh dari masing-masing kejadian dbawah ini:

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.

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

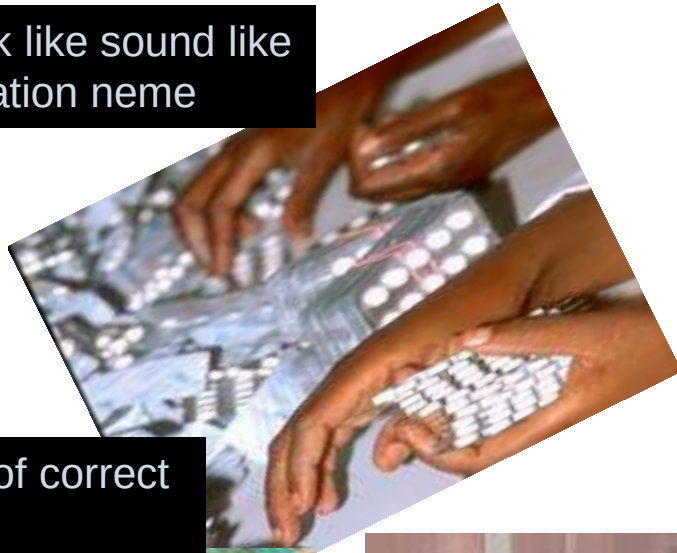
5. Kejadian Sentinel

sesuatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

CONTOH INSIDEN

- KPC (Kejadian Potensial Cedera)
 - Kerusakan alat medis, tempat tidur yang tidak dilengkapi dengan pengaman, lantai yang licin yang berisiko terjadi pasien terjatuh
- KTC (Kejadian Tidak Cedera)
 - Pasien minum obat yang bukan seharusnya namun tidak ada reaksi apapun
- KNC (Kejadian Nyaris Cedera)
 - Salah identitas pasien/ salah persiapan obat, namun diketahui sebelum dilakukan tindakan
- KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)
 - Tertusuk jarum, pasien jatuh
- Sentinel
 - Salah sisi lokasi operasi

1. Look like sound like
Medication name



2. Patient identification



3. Communication during
patient hand-over



4. Performance of correct
procedure at
correct body site



5. Control of concentrated
electrolyte solutions



7. Avoiding catheter and
tubing misconnection



6. Assuring medication
accuracy at transitions in care



8. Single use of
injection device



9. Improved
hand hygiene



PENANGANAN INSIDEN DI FASYANKES

Pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan Insiden.

Kegiatan tim keselamatan pasien berupa **pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden** tanpa menyalahkan, menghukum, dan mempermalukan seseorang.

Keanggotaan Tim Keselamatan Pasien paling sedikit terdiri atas **unsur manajemen** fasilitas pelayanan kesehatan dan **unsur klinisi** di fasilitas pelayanan kesehatan.

PELAPORAN INSIDEN DI FASYANKES

Setiap Insiden harus **dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien** dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan

Laporan **diverifikasi** oleh tim Keselamatan Pasien untuk memastikan kebenaran adanya Insiden.

Setelah melakukan verifikasi laporan, tim Keselamatan Pasien melakukan **investigasi** dalam bentuk **wawancara dan pemeriksaan dokumen**.

Berdasarkan hasil investigasi, tim Keselamatan Pasien **menentukan derajat insiden (grading) dan melakukan Root Cause Analysis (RCA)** dengan metode baku untuk menemukan akar masalah.

Tim keselamatan pasien harus **memberikan rekomendasi** keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil *Root Cause Analysis* (RCA)

Fasilitas pelayanan kesehatan harus **melakukan pelaporan Insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien** sesuai dengan format laporan KNKP



Merah dan kuning – RCA (analisis&tindak lanjut sls maks 45 hari)

Biru (analisis sederhana tindak lanjut maks 1 minggu)

Hijau (analisis sederhana, tindak lanjut maks 2 minggu)

Laporan ke Dinkes kab/kota

KAJIAN TINGKAT KEPARAHAN (SEVERITY ASSESSMENT) RISIKO

Untuk menentukan dampak resiko

Tingkat Risiko	Dampak	Penjelasan
1	Minimal	Tidak ada cedera
2	Minor	Cedera ringan, misal luka lecet, dapat diatasi misalnya dengan P3K
3	Moderat	Cedera sedang, misalnya luka robek, berkurangnya fungsi motoric, sensorik, psikologis atau intelektual yang bersifat reversible, tidak berhubungan dengan penyakit, atau memperpanjang hari perawatan
4	Mayor	Cedera luas/berat, missal: cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motoric, sensorik, psikologi atau intelektual yang bersifat irreversible, tidak berhubungan dengan penyakit
5	Ekstrem (katastropik)	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

LANJUTAN

Untuk menentukan tingkat kemungkinan terjadinya, digunakan tabel di bawah ini:

Tingkat kemungkinan terjadi	Probabilitas	Deskripsi
1	Sangat jarang terjadi	Sama atau lebih dari lima tahun sekali
2	Jarang terjadi	Sama atau lebih dari 2 tahun tetapi kurang dari lima tahun sekali
3	Mungkin terjadi	Sama atau lebih dari satu tahun tetapi kurang dari dua tahun sekali
4	Sering terjadi	Beberapa kali setahun
5	Sangat sering terjadi	Sangat sering terjadi, hampir tiap minggu atau tiap bulan terjadi

LANJUTAN

Setelah dilakukan penilaian terhadap dampak dan kemungkinan terjadinya ,
maka tingkat keparahan risiko ditetapkan

dengan matriks sebagai berikut:

		DAMPAK				
		1	2	3	4	5
P R O B A B I L I T A S	5		rendah	tinggi	Ekstree,	
	4					
	3	sedang				
	2					
	1					

CATATAN

Kategori merah: risiko ekstrem

Kategori kuning: risiko tinggi

Kategori hijau: risiko sedang

Kategori biru: risiko rendah

RCA: merah, kuning

Investigasi sederhana: hijau, biru

3. 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/unit K3 Fasyankes lain
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 dan 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 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 Lapor	

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU HIJAU KUNING MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.

REGISTER RISIKO (*RISK REGISTRY*)

Risiko-risiko yang terkait dengan penyediaan pelayanan pasien di klinik/fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas tempat pelayanan, dan kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung FKTP

[illegible]

- ▶ Pelayanan/tempat kerja: diisi dengan jenis pelayanan
- ▶ Risiko yang mungkin terjadi: risiko-risiko yang terkait dengan kegiatan pelayanan, atau risiko yang dapat terjadi di tempat kerja
- ▶ Tingkat risiko : diisi dengan risiko ekstrem, risiko tinggi, risiko sedang, atau risiko rendah, dengan menggunakan *severity assessment*.
- ▶ Penyebab terjadi: diisi dengan kemungkinan penyebab terjadinya risiko.
- ▶ Akibat: diisi dengan akibat yang mungkin terjadi terkait dengan risiko.
- ▶ Pencegahan: diisi dengan upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko
- ▶ Upaya penanganan jika terjadi insiden: diisi dengan tindakan atau kegiatan yang perlu dilakukan untuk melakukan koreksi terhadap akibat dari insiden

NO	PELAYANAN	RISIKO YG MUNGKIN TERJADI	TK RISIKO (SANGAT TINGGI, TINGGI,SEDANG,RENDA H)	PENYEBAB TERJADINYA	AKIBAT	PENCEGAHAN RISIKO	UPAYA PENANGANAN JIKA TERKENA RISIKO	PELAPORAN
	UKM							
1	Pelayanan Imunisasi di Posyandu	1.Bagi Petugas -Tertusuk Jarum -Teka pecahan botol pelarut vaksin	-Tinggi -Sedang	Petugas tidak menjalankan SOP	Tertular Penyakit Terjadi Luka	Menggunakan APD sesuai dengan SOP	Menggunakan APD sesuai dengan SOP	Jika terjadi kasus
		2.Bagi Lingkungan -Limbah botol Vaksin	-Sedang	Petugas tidak menjalankan SOP pembuangan limbah	Pencemaran Lingkungan	Menggunakan APD sesuai dengan SOP	Menggunakan APD sesuai dengan SOP	
		3.Bagi Pasien -KIPI -Demam	-Sedang -Sedang	Petugas tidak menjalankan SOP Imunisasi	Menimbulkan kematian	Menjalankan SOP	Menjalankan SOP	

LEMBAR KERJA : REGISTER RISIKO PELAYANAN KLINIS

NO	Pelayanan/tempat kerja	Risiko yang mungkin terjadi	Tingkat risiko	Penyebab terjadi	Akibat	Pencegahan	Upaya penanganan jika terjadi resiko	Pelaporan
1	Ruang Imunisasi	Bagi petugas: - Tertusuk jarum bekas pakai	Tinggi	Petugas menutup kembali jarum pemakaian dengan 2 tangan	Tertular penyakit infeksi	-Recapping dengan 1 tangan -Membuang jarum langsung ke tempat khusus tanpa ditutup lagi	-Cuci bagian yang terpapar dengan air mengalir dan antiseptik -Menggali status kesehatan pasien dan petugas -Konsul dokter	Pj Imunisasi PJ UKP Tim PMKP Ka Pkm Dinkes (jika ada sentinel)

KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN
LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KNKP
(Patient Safety Incident Report)

Nomor

- 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 Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)

KODE RS/Fasyankes Lain : (lewat : [ttp://www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id))

A. DATA PASIEN

Umur	:	 Bulan	 Tahun	
Kelompok 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	
Penanggung biaya pasien	:	☐ Pribadi		☐ Asuransi Swasta
		☐ Pemerintah		☐ Perusahaan*
		☐ BPJS		☐ Lain-lain

Tanggal Masuk

RS/Fasyankes Lain : Jam

B. 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*)
☐ Kejadian Tidak Cedera / KTC
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/Unit K3 Fasyankes Lain.
7. Insiden menyangkut pasien :
☐ Pasien rawat inap D Pasien rawat jalan D 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 Ginekologi 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?

.....
.....

C. TIPE INSIDEN

Insiden :
Tipe Insiden :
Subtipe Insiden :

D. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

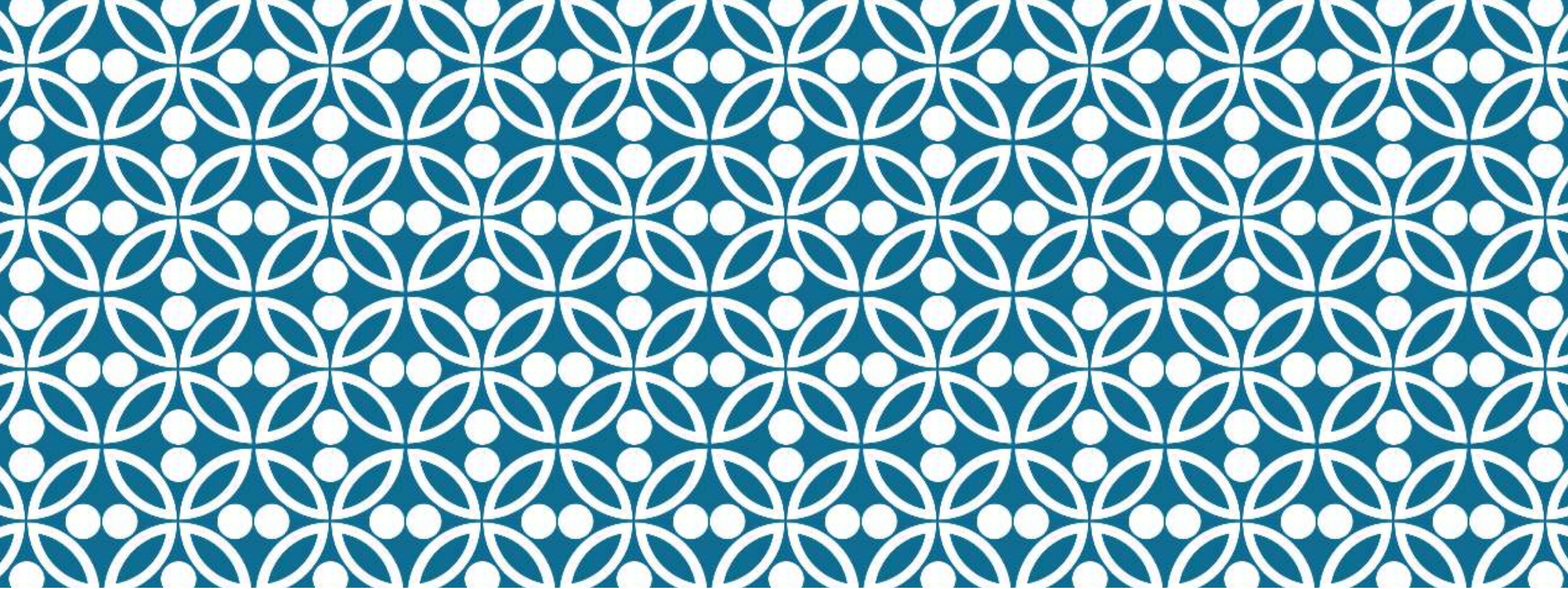
Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)

- a. Faktor Eksternal / di luar Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- 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)



TERIMA KASIH