



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.541, 2011

KEMENTERIAN KESEHATAN. Keselamatan
Pasien. Pengawasan. Standardisasi.

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011
TENTANG
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang** : bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 43 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- Mengingat** : 1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan :

1. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan 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.
2. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang 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.
3. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

5. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
6. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
7. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
8. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Menteri Kesehatan ini meliputi Organisasi, Standar Keselamatan Pasien, Sasaran Keselamatan Pasien, Penyelenggaraan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pelaporan Insiden, Analisis dan Solusi, serta Pembinaan dan Pengawasan.

BAB II ORGANISASI

Pasal 3

- (1) Menteri membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organisasi nonstruktural dan independen dibawah koordinasi direktorat jenderal yang membidangi rumah sakit, serta bertanggung jawab kepada Menteri.
- (3) Keanggotaan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit berjumlah 11 (sebelas) orang yang terdiri dari unsur Kementerian Kesehatan, asosiasi perumahsakit, dan pakar perumahsakit.
- (4) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibantu oleh sekretariat.
- (5) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri dalam rangka penyusunan kebijakan nasional dan peraturan keselamatan pasien rumah sakit.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi:

- a. penyusunan standar dan pedoman keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. kerja sama dengan berbagai institusi dalam dan luar negeri;
 - c. pengkajian Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - d. pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan insiden untuk pembelajaran di rumah sakit; dan
 - e. monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit.
- (7) Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit dapat membentuk tim *ad hoc* sesuai kebutuhan.

Pasal 4

Keanggotaan Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Menteri atas usulan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Pasal 5

Rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program dengan mengacu pada kebijakan nasional Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Pasal 6

- (1) Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
- (2) TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
- (3) Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit.
- (4) TKPRS melaksanakan tugas:
 - a. mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
 - b. menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit;

- d. bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
- e. melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
- f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
- g. membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

BAB III

STANDAR KESELAMATAN PASIEN

Pasal 7

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien.
- (2) Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. hak pasien;
 - b. mendidik pasien dan keluarga;
 - c. keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
 - d. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
 - e. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan
 - g. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan ini.

BAB IV

SASARAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Pasal 8

- (1) Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien.
- (2) Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut:
 - a. Ketepatan identifikasi pasien;
 - b. Peningkatan komunikasi yang efektif;
 - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
 - d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi;

- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan
 - f. Pengurangan risiko pasien jatuh.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan menteri ini.

BAB V

PENYELENGGARAAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Pasal 9

- (1) Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- (2) Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien;
 - b. memimpin dan mendukung staf;
 - c. mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
 - d. mengembangkan sistem pelaporan;
 - e. melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
 - f. belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien; dan
 - g. mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran Peraturan menteri ini.

Pasal 10

Asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan wajib berperan serta dalam persiapan penyelenggaraan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

BAB VI

PELAPORAN INSIDEN, ANALISIS DAN SOLUSI

Pasal 11

- (1) Sistem pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- (2) Pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit mencakup KTD, KNC, dan KTC, dilakukan setelah analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari TKPRS.

- (3) Sistem pelaporan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.
- (4) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).

Pasal 12

- (1) Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada TKPRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 1 Peraturan menteri ini.
- (2) TKPRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit.

Pasal 13

- (1) Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 2 Peraturan menteri ini.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara nasional.

Pasal 14

Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem pelaporan insiden diatur dengan Peraturan Menteri.

BAB VII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 15

- (1) Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota secara berjenjang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengikutsertakan asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan.

- (3) Kepala rumah sakit secara berkala wajib melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh TKPRS.

Pasal 16

Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengambil tindakan administratif kepada rumah sakit terhadap pelanggaran ketentuan Pasal 6 ayat (1), Pasal 7 ayat (1), Pasal 8 ayat (1) dan Pasal 11 ayat (1), berupa:

- a. teguran lisan;
- b. teguran tertulis; atau
- c. penundaan atau penangguhan perpanjangan izin operasional.

BAB VIII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 17

- (1) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang telah ada dan dibentuk oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) masih tetap melaksanakan tugas sepanjang Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit belum terbentuk.
- (2) Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus dibentuk dalam waktu selambat-lambatnya 6 (enam) bulan sejak peraturan menteri ini ditetapkan.
- (3) Setiap rumah sakit harus membentuk TKPRS sesuai dengan Peraturan ini dalam waktu selambat-lambatnya 1 (satu) tahun sejak peraturan menteri ini ditetapkan.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 18

Peraturan menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 8 Agustus 2011
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 24 Agustus 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR

LAMPIRAN

PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1691/MENKES/PER/VIII/2011
TENTANG
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. hak pasien
2. mendidik pasien dan keluarga
3. keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:

Standar I. Hak pasien

Standar:

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriteria:

- 1.1. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 1.2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 1.3. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Standar:

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.

4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar:

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- 3.1. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 3.2. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3.3. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- 3.4. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar:

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- 4.1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 4.2. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- 4.3. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- 4.4. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar:

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- 5.1. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 5.2. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- 5.3. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 5.4. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5.5. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 5.6. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 5.7. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 5.8. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan

pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- 5.9. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

1. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- 6.1. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 6.2. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 6.3. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

- 7.1. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 7.2. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI).

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

SASARAN I : KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

SASARAN II : PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian Sasaran II

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

SASARAN III : PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (*HIGH-ALERT*)

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Implementasi kebijakan dan prosedur.
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

SASARAN IV : KEPASTIAN TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN OPERASI

Standar SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran IV

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant2 yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien

dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

SASARAN V : PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

Standar SKP V

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan Sasaran V

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran V

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
2. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

SASARAN VI : PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH

Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran VI

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Mengacu kepada standar keselamatan pasien pada Lampiran I, maka rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

1. MEMBANGUN KESADARAN AKAN NILAI KESELAMATAN PASIEN

Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Langkah penerapan:

A. Bagi Rumah Sakit:

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.

- 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
- 2) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- 3) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

B. Bagi Unit/Tim:

- 1) Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
- 2) Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

2. MEMIMPIN DAN MENDUKUNG STAF

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
- 2) Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- 4) Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- 2) Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

3. MENGINTEGRASIKAN AKTIVITAS PENGELOLAAN RISIKO

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;
- 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
- 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait;
- 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit;

- 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut;
- 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

4. MENGEMBANGKAN SISTEM PELAPORAN

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

B. Untuk Unit/Tim:

Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

5. MELIBATKAN DAN BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- 2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- 3) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat

- 3) Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

6. BELAJAR DAN BERBAGI PENGALAMAN TENTANG KESELAMATAN PASIEN

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*root cause analysis*/RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

B. Untuk Unit/Tim:

- 1) Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
- 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

7. MENCEGAH CEDERA MELALUI IMPLEMENTASI SISTEM KESELAMATAN PASIEN

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- 1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- 2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- 3) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- 4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- 5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

B. Untuk Unit/Tim :

- 1) Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- 2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
- 3) Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Formulir 1

FORMAT LAPORAN INSIDEN KE TKPRS

Rumah Sakit.....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD DAN KEJADIAN SENTINEL

I . DATA PASIEN

Nama :

No MR : Ruangan :

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 ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien :
☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta
☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan*
☐ JAMKESMAS ☐ Jaminan Kesehatan Daerah

Tanggal Masuk RS : Jam

II. 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 Cedera/KTC (No Harm)
☐ Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentinel (Sentinel Event)

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.

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 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

Lokasi kejadian(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?

.....

.....

Pembuat Laporan	:.....	Penerima Laporan	:.....
Paraf	:.....	Paraf	:.....
Tgl Terima	:.....	Tgl Lapo	:.....

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

☐ **BIRU** ☐ **HIJAU** ☐ **KUNING** ☐ **MERAH**

NB. * = pilih satu jawaban.

FORMAT LAPORAN KE TKPRS

Rumah Sakit.....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

Laporan Kondisi Potensial Cedera (KPC)

1. Tanggal dan Waktu ditemukan Kondisi Potensi Cedera (KPC)
 Tanggal : Jam
2. KPC :

3. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendamping pasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain(sebutkan)
4. Lokasi diketahui KPC
(sebutkan)
5. Unit / Departemen terkait KPC
 (sebutkan)
6. Tindakan yang dilakukan selama ini, dan hasilnya :

7. Tindakan dilakukan oleh* :
☐ Tim : terdiri dari :
☐ Dokter
☐ Perawat
☐ Petugas lainnya
8. 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 Lapo	:	Tgl terima	:

Formulir 2

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

- 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 RUMAH SAKIT :

I . DATA RUMAH SAKIT:

Kepemilikan Rumah Sakit :

- ☐ Pemerintah
- ☐ Pemerintah Daerah (Provinsi / Kab / Kota)
- ☐ TNI / POLRI
- ☐ Privat
- ☐ BUMN / BUMD

Jenis Rumah Sakit :

- ☐ RS Umum
- ☐ RS Khusus:
 - ☐ RS Ibu dan Anak
 - ☐ RS Paru
 - ☐ RS Mata
 - ☐ RS Orthopedi
 - ☐ RS Jantung
 - ☐ RS Jiwa
 - ☐ RS Kusta
 - ☐ RS Khusus lainnya

Kelas Rumah Sakit Umum

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D

Kelas Rumah Sakit Khusus

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C

Kapasitas tempat tidur :tempat tidur

Propinsi (lokasi RS):.....

Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KNKP :

II. DATA PASIEN

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 ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien : ☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta
☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan*
☐ JAMKESMAS ☐ Jaminan Kesehatan Daerah

Tanggal Masuk RS : Jam

III. 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 Cedera/KTC (*No Harm Incident*)
☐ Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
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.
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 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?
.....
.....

IV. TIPE INSIDEN

Tipe Insiden :
Sub Tipe Insiden :

V. 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 RS
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas & Kinerja
- 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.