

**PANDUAN
PELAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN**



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN

RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)

Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN

DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR: 800/PMKP/ /RSUD-PS/III/2018

TENTANG

PANDUAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- MENIMBANG**
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar yang ditetapkan Rumah Sakit, diperlukan buku panduan pelaporan insiden keselamatan pasien
 - b. Bahwa sesuai dengan butir a diatas, perlu ditetapkan dengan peraturan direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan
- MENGINGAT**
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/Per/VII/2012 tentang Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 9. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan

Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.

10. Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
11. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Kementerian Kesehatan RI Edisi III 2015.
12. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2015.
13. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
14. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.
15. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

MEMUTUSKAN;

MENETAPKAN

- PERTAMA** : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan Tentang Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- KEDUA** : Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dimaksud dalam Diktum Kesatu sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dimaksud dalam Diktum Kedua harus dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- KEEMPAT** : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.



TIM PENYUSUN

PENASEHAT

drg. H. Busril, MPH (Direktur)

EDITOR DAN DESIGN LAY OUT

dr. Reyantis Capanay

KONTRIBUTOR

- 1. dr. ike Rahayu, Sp.M (Ketua Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien)**
- 2. dr. Reyantis Capanay (Ketua Sub Komite Mutu)**
- 3. Ns. Adek Imelda Syam, S.Kep. MAP (Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien)**
- 4. Erizal T, SKM (Ketua Sub Komite Manajemen Risiko)**
- 5. Arianty, SKM (Sekretaris Ketua Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien)**
- 6. Surya Zeni Leli, S.ST (Wakil Sekretaris Ketua Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien)**

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Direktur

Sambutan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Surat Keputusan

Tim Penyusun

Daftar Isi

Definisi.....	1
Ruang Lingkup.....	5
Tata Laksana.....	7
Dokumentasi.....	21
Penutup.....	27

BAB I

PENDAHULUAN

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau. Selain itu dengan semakin meningkatnya pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat, maka sistem nilai dan orientasi dalam masyarakatpun mulai berubah. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan kesehatan. Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit maka fungsi pelayanan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan secara bertahap perlu terus ditingkatkan agar menjadi lebih efektif dan efisien serta memberi kepuasan kepada pasien, keluarga, maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dapat seperti yang diharapkan, maka perlu disusun Panduan Peningkatan Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Panduan tersebut disusun sebagai acuan bagi pengelola RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di RSUD M. Zein Painan disusun suatu indikator sederhana untuk mengukur kualitas pelayanan. Indikator tersebut terdiri dari Indikator Manajerial, Indikator Mutu Pelayanan dan Indikator Patient Safety (Insiden yang harus dicatat) serta Indikator Sasaran Keselamatan Pasien.

Setiap unit/bagian/instalasi wajib melaksanakan kegiatan pemenuhan indikator yang sudah ditetapkan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Kegiatan tersebut dilaporkan setiap bulan kepada Direktur rumah sakit.

BAB II

DEFINISI

Untuk dapat mengukur mutu diperlukan indikator mutu, dimana upaya peningkatan mutu dimulai dengan menyusun desain/rancangan mutu, dilanjutkan dengan implementasi desain mutu dengan cara monitoring mutu melalui indikator mutu, dihasilkan data yang dianalisis dan dilanjutkan dengan rencana tindak lanjut.

Indikator mutu adalah suatu cara mengukur mutu dari suatu kegiatan yang merupakan variabel yang digunakan untuk menilai perubahan.

Kriteria indikator yang baik:

1. Sahih (valid) yaitu benar benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang dinilai.
2. Dapat dipercaya (reliable) yaitu mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat berulang kali untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
3. Sensitif yaitu cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak.
4. Spesifik yaitu memberikan gambaran perubahan, ukuran yang jelas, dan tidak bertumpang tindih.

Dalam akreditasi indikator mutu terbagi atas 2 komponen:

1. Indikator mutu kunci:
 - a. 11 Indikator area klinis
 1. Asesmen pasien.
 2. Pelayanan laboratorium.
 3. Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*.
 4. Prosedur bedah.
 5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya.
 6. Kesalahan medikasi (*medication error*) dan KNC.
 7. Penggunaan anestesi dan sedasi.
 8. Penggunaan darah dan produk darah.

9. Ketersediaan isi dan penggunaan rekam medis pasien.
 10. PPI, surveilans dan pelaporan.
 11. Riset klinis.
- b. 9 indikator area manajemen
1. Pengadaan rutin alat kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien
 2. Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
 3. Manajemen risiko
 4. Manajemen penggunaan sumber daya.
 5. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
 6. Harapan dan kepuasan staf.
 7. Demografi pasien dan diagnosis klinis
 8. Manajemen keuangan.
 9. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga dan staf.
- c. 5 dari 10 Indikator *International Library of Measures*
1. *Acute Myocardial Infarction (AMI)*
 2. *Heart Failure (HF)*
 3. *Stroke (STK)*
 4. *Children Asthma Care (CAC)*
 5. *Hospital-Based Inpatient Psychiatric Service (HBIPS)*
 6. *Nursing Sensitive Care (NSC)*
 7. *Perinatal Care (PC)*
 8. *Pneumonia (PN)*
 9. *Surgical Care Improvement Project (SCIP)*
 10. *Venous Thromboembolism (VTE)*
- d. 6 indikator Sasaran Keselamatan Pasien
1. Ketepatan identifikasi pasien.
 2. Peningkatan komunikasi yang efektif.
 3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.

4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
6. Pengurangan risiko jatuh.
2. Indikator mutu unit/Penilaian kinerja unit/IKU
 - a. Unit kerja di RS
 - b. Unit yang di *outsourcing* (kalau ada)

Langkah penyusunan indikator mutu kunci adalah dengan menciptakan lingkungan yang menyadari perlunya mengukur mutu dengan cara:

1. Membentuk tim penyusun
2. Pelajari sistem mutu yang ada
3. Tentukan sumber informasi yang dibutuhkan untuk menyusun indikator
4. Workshop untuk mendapat dukungan dari pihak terkait.
5. Memahami konteks/latar belakang penyusunan indikator (apa yang ingin dikerjakan, mengapa, bagaimana, sebaik apa, dan problem apa yang mungkin dijumpai).
6. Kejelasan tujuan penyusunan indikator.
7. Identifikasi pendukung dan penghambat dan bagaimana mengatasinya.

Langkah penyusunan indikator kinerja adalah dengan cara:

1. Review indikator-indikator yang ada dari literatur maupun dari Kemenkes.
2. Review indikator-indikator yang selama ini digunakan.
3. Identifikasi unit-unit terkait.
4. Identifikasi indikator-indikator yang yang dapat dimonitor.
5. Susun indikator dan buat kamus indikatornya.
6. Tetapkan metoda pengumpulan data dan sumber informasi.
7. Tentukan metoda analisis.
8. Sosialisasi.
9. Tetapkan cara pelaporan indikator.
10. Monitor proses pengumpulan data.
11. Monitor analisis terhadap indikator dan pelaporannya.
12. Monitor penggunaan hasil analisis indikator.

13. Hitung biaya implementasi.
14. Kaji ulang terhadap indikator, cara pengumpulan data, analisis dan hasil analisis, pemanfaatan indikator untuk perbaikan, tindak lanjut perbaikan.
15. Perbaikan/penambahan/atau pengurangan indikator.
16. Evaluasi dan *on going monitor*.

Cara menyusun indikator mutu:

1. Ada kejadian tujuan dan latar belakang dari tiap-tiap indikator, mengapa indikator tersebut penting dan dapat menunjukkan tingkat kinerja organisasi/bagian/unit kerja.
2. Kejelasan terminologi yang digunakan.
3. Kapan pengumpulan data (kapan indikator harus diupdate), kapan harus dianalisis, cara analisis, dan interpretasinya.
4. Numerator dan denominator.
5. *Threshold* (target)
6. Dari mana data diperoleh (sistem informasi untuk mendukung perolehan data)

Cara menetapkan *threshold* (target) mutu:

1. Rujukan (referensi) sebagai konsensus nasional atau konsensus profesi.
2. Jika *rate based indicator* belum dapat ditentukan, dapat ditetapkan *threshold* secara konsensus pada tahun pertama.
3. Adakalanya *threshold* tidak dapat ditetapkan, penilaian terhadap indikator berdasarkan trend naik atau turun.

Alur pemilihan indikator:

1. Identifikasi masalah di unit kerja.
2. Pilih masalah yang ingin/dapat diperbaiki.
3. Lihat di standar akreditasi dan SPM apakah masalah tersebut ada standar mutunya.
4. Lakukan uji coba pengumpulan data.
5. Bila indikator sudah dipilih, buat profil indikatornya.
6. Bila ada, pilih indikator berdasarkan standar yang diminta.
7. Tetapkan indikator tersebut.

8. Tetapkan pengumpul data, latih, dan data mulai dikumpulkan.

Pemilihan indikator klinik:

1. Prioritas tinggi.
2. Sederhana.
3. Mulai dengan sedikit indikator.
4. Data tersedia.
5. Ditingkatkan secara bertahap.
6. Dampak terhadap pengguna dan pelayanan.
7. Mengukur berbagai dimensi mutu.

Pertimbangan dalam memilih indikator yang prioritas untuk menilai mutu pelayanan:

1. Dipersyaratkan standar akreditasi.
2. Dipersyaratkan oleh pemilik (pertanggungjawaban).
3. Ketersediaan data.
4. *High risk, high cost, high volume, problem prone.*
5. Konsensus.
6. Dipersyaratkan oleh customer.

Kriteria untuk menentukan prioritas area:

1. Dampak pasien.
2. Area yang memerlukan perbaikan performa.
3. Level diperlukan perbaikan.
4. Hubungan dengan strategic plan RS.
5. Frekuensi kejadian/isu.
6. Peluang keberhasilan.
7. Dampak keuangan.
8. Fokus pimpinan.
9. Dampak outcome pasien.
10. Kepuasan karyawan.

BAB III

RUANG LINGKUP

A. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berbasis data dimana penggunaan data secara efektif bisa dilakukan bila praktek klinis dan praktek manajemen telah dijalankan berdasarkan *evidence based*.

2. Tujuan

1. Terlaksananya pengukuran mutu dengan menggunakan indikator kunci/indikator prioritas baik di area klinis, area manajemen maupun area sasaran keselamatan pasien.
2. Terlaksananya pengukuran mutu/penilaian kinerja di unit kerja yang lebih dikenal dengan istilah standar pelayanan minimal di lingkup pemerintah.
3. Terlaksananya penilaian kinerja individu baik untuk staf klinis maupun non klinis
4. Terlaksananya standarisasi asuhan klinis yang meliputi *Patient Center Care*. Integrasi pelayanan dan pelaksanaan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathways* (CP)

B. LANDASAN

1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/Menkes/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.

6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/Per/VII/2012 tentang Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
9. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.
10. Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
11. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Kementrian Kesehatan RI Edisi III 2015.
12. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2015.
13. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
14. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.
15. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

BAB IV

INDIKATOR RUMAH SAKIT

A. Indikator RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

a. Indikator manajemen

Merupakan indikator yang menilai seluruh struktur, proses, output dan outcome manajemen rumah sakit. Indikator manajemen meliputi :

- Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien
- Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan
- Manajemen risiko
- Manajemen penggunaan sumber daya
- Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga
- Harapan dan kepuasan staf
- Demografi pasien dan diagnosis klinik
- Manajemen keuangan
- Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf

b. Indikator mutu pelayanan

Merupakan indikator yang menilai seluruh struktur, proses, output dan outcome seluruh unit/instalasi di rumah sakit

c. Indikator klinis

Pemilihan indikator yang terkait dengan area klinik yang meliputi :

- Assesmen terhadap area klinik
- Pelayanan laboratorium
- Pelayanan radiologi dan *diagnostic imaging*
- Prosedur bedah
- Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
- Kesalahan medis (medication error) dan kejadian nyaris cedera (KNC)
- Anestesi dan penggunaan sedasi
- Penggunaan darah dan produk darah

- Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik
 - Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan
- d. Indikator keselamatan pasien
- e. Formulir yang digunakan dengan cara pengisian :
- Formulir sensus harian : format harian sederhana rumah sakit yang mencakup semua variabel (satuan) yang ada dalam formula dan seluruh indikator yang dipakai
 - Formulir KPC
 - Formulir insiden

B. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sensus harian indikator rumah sakit diberikan kepada semua unit/bagian
2. Penanggung jawab pengisian sensus harian adalah kepala ruang/kepala bagian
3. Kepala ruang mengkompilasi seluruh data yang ada dan menyerahkan kepada Kepala Instalasi
4. Kepala instalasi/kepala bagian menganalisa secara sederhana hasil pemenuhan indikator dan menyerahkan kepada manajer terkait
5. Hasil analisa tersebut diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit dalam laporan bulanan
6. Laporan pemenuhan indikator dianalisa setiap 3 bulan oleh Panitia PMKP untuk mengetahui *trend* dan menemukan akar permasalahan mengapa sebuah indikator tidak tercapai
7. Berdasarkan analisa akar masalah (RCA) Panitia PMKP memberikan rekomendasi perbaikan kepada Direktur
8. Direktur akan memutuskan rekomendasi dan memberikan umpan balik kepada unit terkait
9. Panitia PMKP mengawasi pelaksanaan perbaikan berdasarkan umpan balik dari Direktur

BAB V

ANALISA MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

Beberapa tahapan yang harus dilalui pada waktu menerima data-data dari lapangan yaitu :

1. Pemeriksaan tentang kelengkapan dan kebenaran laporan yang diterima.
Hal ini penting untuk menjamin validitas dan akurasi data secara statistik
2. Adanya pemahaman bahwa yang diperhatikan adalah pelayannya yang jelek saja sedang yang baik tidak perlu diperhatikan.
3. Untuk mendapatkan gambaran umum dari data yang terkumpul, perlu disusun tabel umum, *bar chart* dan *chart line graph* untuk seluruh bulan. Pada visualisasi data tersebut dapat dipilih kecenderungan dari tingkat mutu pelayanan yang diukur
4. Untuk dapat mengetahui apakah tingkat mutu pelayanan yang dicapai pada bulan tertentu perlu diketahui beberapa angka sederhana yang ada pada statistik deskriptik, antara lain :
 - a. Angka rata-rata = mean
 - b. Angka simpanan = SD (standar deviasi)
 - c. Rentang (*range*)Pengukuran cara sederhana ini disebut *time series analysis* (analisis kecenderungan menurut waktu)

BAB VI

PENUTUP

Keberadaan suatu indikator untuk mengukur mutu pelayanan di rumah sakit akan mempunyai manfaat yang sangat banyak bagi rumah sakit, terutama untuk mengukur kinerja rumah sakit itu sendiri (*self assessment*). Manfaat tersebut antara lain sebagai alat untuk melaksanakan manajemen kontrol dan jasa sebagai alat untuk mendukung pengambilan keputusan di dalam rangka perencanaan kegiatan untuk masa yang akan datang.