



**PEDOMAN NASIONAL
KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT**
(Patient Safety)

UTAMAKAN KESELAMATAN PASIEN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
EDISI III 2015

KATA PENGANTAR



Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan yang Maha Kuasa yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk-Nya kepada kita semua sehingga Buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit selesai disusun. Pedoman ini berisi latar belakang, tujuan, defenisi, standar keselamatan, tujuh langkah keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien, pencatatan dan pelaporan serta pembinaan dan evaluasi terhadap Keselamatan Pasien yang harus diterapkan oleh seluruh Rumah Sakit di Indonesia.

Diharapkan pedoman ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan keselamatan pasien di rumah sakit sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan proses pembelajaran bagi perbaikan pelayanan yang berorientasi kepada pasien dan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang tidak diharapkan di kemudian hari.

Disadari bahwa pedoman keselamatan pasien ini masih terus mengalami penyempurnaan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Oleh karena itu komentar dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan. Tidak lupa pula kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi – tingginya kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan seluruh pihak yang telah berkontribusi, sehingga tersusunnya pedoman ini.

Akhirnya, mudah-mudahan pedoman ini dapat memberikan manfaat yang optimal, khususnya bagi manajemen rumah sakit dan tim keselamatan pasien di rumah sakit.

Jakarta, Juli 2015

Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan



Dr. Tri Hesty Widyaastoeti, Sp.M, MPH

Sambutan DIRJEN BUK



Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, saya menyambut gembira diterbitkannya Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu penanganan segera di rumah sakit di seluruh wilayah Indonesia, dengan adanya Pedoman Nasional Keselamatan Pasien di RS diharapkan rumah sakit dapat mengembangkan dan mengimplementasikan program keselamatan pasien di rumah sakit dengan baik.

Kami menyampaikan apresiasi kepada Tim Penyusun Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang telah bekerja dengan maksimal dalam menyusun pedoman tersebut.

Kepada para direktur rumah sakit, tim keselamatan pasien rumah sakit dan semua yang terlibat dalam kegiatan ini saya ucapkan selamat mempelajari dan semoga pedoman ini bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Terima kasih





Assalamu'alikum, Warahmatullahi Wabarakatuh

Pertama-tama mari kita panjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan ridho-Nya telah tersusun buku Pedoman Nasional tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

2400 tahun yang lalu Hipocrates telah mengeluarkan fatwa : "Primum, Non Nocere (First, Do No Harm). Fatwa ini mengamanatkan tentang keselamatan pasien yang harus diutamakan. Dari fatwa ini tersirat bahwa keselamatan pasien bukan hal yang baru dalam dunia pengobatan. karena pada hakekatnya tindakan keselamatan pasien itu sudah menyatu dengan proses pengobatan itu sendiri.

Namun dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta makin kompleksnya manajemen Rumah Sakit, unsur keselamatan pasien agak terabaikan. Dengan munculnya laporan "To Err is Human" pada tahun 2000; dunia dikagetkan dengan kenyataan bahwa demikian banyaknya kasus-kasus kejadian tidak diharapkan yang terjadi di Rumah Sakit. Sesudah laporan tersebut, keselamatan pasien menjadi issue global sampai saat ini. bahkan pada tahun 2004 WHO mencanangkan "Global Alliance For Patient Safety" yang mengangkat fatwa Hipocrates di atas.

Sebagai tindak lanjut dari terbentuknya Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Menteri Kesehatan dengan Permenkes No. 251/MENKES/SK/VII/2012 dan Program Keselamatan Pasien di tetapkan dengan Permenkes 1691/VIII/2011, maka disusunlah buku "Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit" ini. Mengkaji fatwa Hipocrates diatas maka program keselamatan pasien tidak boleh dipandang sebagai beban bagi Rumah Sakit, dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya melainkan merupakan suatu kewajiban moral bagi seluruh pemberi pelayanan kesehatan tersebut.

Buku Pedoman ini harus dipandang sebagai panduan untuk memudahkan bagi Rumah Sakit serta pelayanan kesehatan dalam melaksanakan program-program keselamatan pasien sebagaimana tercantum dalam Standar Akreditasi versi 2012, sehingga akan didapatkan hasil akhir berupa peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Saya selaku Ketua Umum PERSI menyambut baik atas perhatian Kementerian Kesehatan RI yang telah berupaya menyempurnakan buku “ Pedoman Nasional Keselamatan Pasien RS” ini, semoga buku ini dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya oleh seluruh RS di Indonesia. Kepada tim penyusun saya ucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi atas jerih payahnya.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan Ridho, bimbingan serta perlindungan-Nya bagi kita semua dalam rangka pengabdian profesi kita kepada negara dan bangsa.

Wassalam

**PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT
SELURUH INDONESIA**



Dr. dr. SUTOPO, M.Kes
Ketua Umum

DAFTAR ISI

Halaman

Kata Pengantar.....	iii
Kata Sambutan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Kesehatan.....	iv
Kata Sambutan Ketua PERSI.....	v
Daftar Isi	vii
BAB I. Pendahuluan.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Disusunnya Buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	3
BAB II. Keselamatan Pasien	4
2.1. Mengapa keselamatan pasien ?	4
2.2. Tujuan.....	6
2.3. Dasar Hukum.....	7
BAB III. Definisi	10
BAB IV. <i>WHO Patient Safety</i> dan Komitmen global Keselamatan pasien.....	12
BAB V. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	15
BAB VI. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	21
BAB VII. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	27
BAB VIII. Sistem Pelaporan Insiden, Analisa dan Solusi.....	30
BAB IX. Pelaksanaan Kegiatan Secara Nasional.....	33
BAB X. Pencatatan dan Pelaporan.....	36
BAB XI. Pembinaan , Pengawasan dan Evaluasi.....	37
BAB XII Penutup.....	40
Lampiran :	
1. Tim Penyusun.....	41
2. Form Laporan Insiden Keselamatan Pasien Internal.....	43
3. Form Laporan Insiden Keselamatan Pasien Eksternal.....	46
4. <i>Jakarta Declaration</i>	54

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu : keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit.

Program WHO dalam keselamatan pasien adalah “WHO Patients Safety” dimulai tahun 2004, dengan Visi : *Every patient receives safe health care, every time, everywhere.*

Misinya adalah *to coordinate, facilitate and accelerate patient safety improvements around the world by:*

- *being a leader and advocating for change;*
- *generating and sharing knowledge and expertise;*
- *supporting Member States in their implementation of patient safety action*

Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hippocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *Primum, non nocere (First, do no harm)*. Dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi di pelayanan kesehatan risiko pasien cedera meningkat.

Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus.

Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan insiden keselamatan pasien (IKP).

Pada tahun 2000 Institute of Medicine di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak (*"wake up call"*) : *"TO ERR IS HUMAN"*, *Building a Safer Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara ; Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien.

Di Indonesia gerakan keselamatan pasien dimulai ketika Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tahun 2005, kemudian berubah menjadi Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS). Pada tahun 2012 untuk melaksanakan ketentuan pasal 43 UU nomor 44/2009 tentang Rumah Sakit dan ketentuan pasal 3 Permenkes 1691/Menkes/Per/VIII/2011 ttg Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Menteri Kesehatan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), dengan SK Menteri Kesehatan RI No 251 tahun 2012.

Keselamatan Pasien telah menjadi bagian dari kesadaran dan kebutuhan bersama serta merupakan komitmen global dalam meningkatkan kualitas dan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan, maka diperlukan gerakan nasional keselamatan pasien yang lebih komprehensif dengan melibatkan berbagai kalangan. Karena itu diperlukan acuan yang jelas untuk implementasinya. Buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit diharapkan dapat membantu rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan tersebut.

1.2. Tujuan

Tujuan Umum :

Memberikan informasi dan acuan bagi pemerintah pusat dan daerah, rumah sakit, institusi pendidikan, institusi penelitian, dan masyarakat dalam melaksanakan sistem keselamatan pasien rumah sakit sehingga tercipta budaya keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Tujuan Khusus :

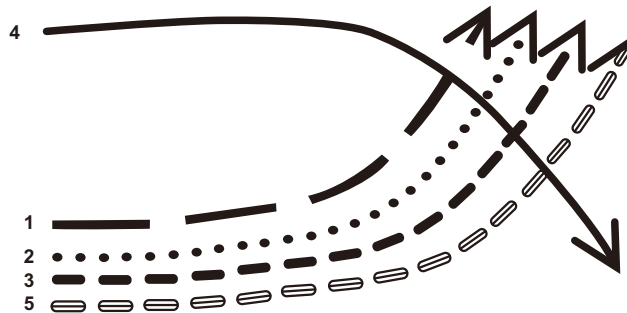
1. Terlaksananya program keselamatan pasien rumah sakit secara sistematis dan terarah.
2. Terlaksananya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
3. Terlaksananya pendidikan dan penelitian tentang keselamatan pasien di berbagai institusi.
4. Sebagai acuan pemerintah pusat dan daerah dalam melakukan pembinaan rumah sakit serta institusi pendidikan dan penelitian.
5. Terbangunnya kesadaran tenaga kesehatan dan masyarakat tentang budaya keselamatan pasien.

BAB II

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

2.1. Mengapa Keselamatan Pasien?

Diagram ini meringkaskan jawaban atas mengapa keselamatan pasien rumah sakit/KPRS:



1. Perkembangan Iptek Yankes
2. Perkembangan Populasi Pasien Lansia
3. Perkembangan Risiko Klinis
4. Perkembangan Keselamatan Pasien
5. Perkembangan Proses Litigasi

Sejak awal tahun 1900 Institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 (tiga) elemen yaitu struktur, proses dan *outcome* dengan bermacam-macam konsep dasar dan regulasi, misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, Quality Assurance, Total Quality Management, Countinuous Quality Improvement, Perizinan, Akreditasi, Kredensialing, Audit Medis, Indikator Klinis, Clinical Governance, ISO, dan lain sebagainya. Harus diakui program-program tersebut telah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses maupun output dan outcome. Namun harus diakui, pada pelayanan yang telah berkualitas tersebut masih terjadi kesalahan dalam asuhan pasien yaitu insiden keselamatan pasien (IKP) antara lain kejadian tidak diharapkan (KTD), yang tidak jarang berakhir dengan tuntutan hukum. Oleh sebab itu perlu program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena KTD dalam proses

pelayanan sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan hak-nya. Program tersebut yang kemudian dikenal dengan istilah keselamatan pasien (*patient safety*).

WHO menjelaskan secara singkat tentang **apa itu keselamatan pasien** sebagai berikut:

Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care. The discipline of patient safety is the coordinated efforts to prevent harm, caused by the process of health care itself, from occurring to patients. Over the past ten years, patient safety has been increasingly recognized as an issue of global importance, but much work remains to be done. Dari penjelasan tersebut perlu digaris bawahi bahwa intinya keselamatan pasien terkait dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, dan sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin.

Belajar dari dunia penerbangan, yang telah mengalami kemajuan pesat dalam bidang teknologinya, ternyata faktor *human error* cukup tinggi kontribusinya. Selain kemampuan teknis, ternyata 70-80% penyebab kejadian yang tak diinginkan adalah kegagalan pada kemampuan **non teknis / behavioral skills** dari para kru. Karena itu sejak 30 tahun yang lalu mereka telah mengembangkan kemampuan *Crew Resource Management*. Menerapkan konsep tersebut, maka dalam pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan selain **kemampuan teknis** yaitu kemampuan medis (diagnosis dan terapi) dan ketrampilan klinis, serta juga **kemampuan non teknis / behavioral skills** (a.l. dalam hal mental, kognitif, sosial dan interpersonal) terdiri dari *leadership*, kemampuan komunikasi dan kerjasama, serta *situation awareness* atau kesadaran situasi. Amerika dan Eropa yang dalam 10 tahun belakangan ini telah menerapkan kemampuan ini dalam pelayanan kesehatan, juga menemukan bahwa 70-80% IKP disebabkan oleh kurangnya kemampuan non teknis tersebut.

Situation awareness (SA) adalah persepsi seseorang terhadap elemen lingkungan (dibatasi oleh waktu dan tempat), pemahaman makna elemen tersebut dan proyeksi atas akibat dari perubahan

variabel-variabel tersebut. SA penting bagi para pengambil keputusan di bidang asuhan pasien yang kompleks dan dinamis yaitu DPJP (Dokter penanggung jawab pelayanan) dan para profesional pemberi asuhan lainnya, dimana arus informasi sangat tinggi dan keputusan yang buruk dapat menyebabkan konsekuensi serius. Kemampuan non teknis termasuk *situation awareness* dapat dikuasai antara lain melalui pelatihan-pelatihan dengan mensimulasi keadaan yang kerap dihadapi dan dengan berlatih bertukar peran. Hal-hal tersebut diatas akan membentuk dan menumbuhkan suatu organisasi pelayanan di rumah sakit yang dapat diandalkan atau dipercaya dan tahan uji (*High Reliability Organisation*).

Dengan meningkatnya keselamatan pasien rumah sakit diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi IKP, yang selain berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke arena *blamming*, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, *blow-up* ke mass media yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit, selain itu rumah sakit dan dokter bersusah payah melindungi dirinya dengan asuransi, pengacara dsb. Tetapi pada akhirnya tidak ada pihak yang menang, bahkan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

2.2. Tujuan :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya Angka Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.3. Dasar Hukum :

1. Undang – Undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ;
 - a. Pasal 2 : RS diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika & profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak & anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.
 - b. Pasal 3 ayat b : memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan RS dan SDM di RS
 - c. Pasal 29 ayat b : memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, & efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan RS.
 - d. Pasal 43 :
 - Ayat 1 ; RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien
 - Ayat 2 ; Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa & menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka KTD
 - Ayat 3 ; RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri
 - Ayat 4 ; Pelaporan IKP pada ayat 2 dibuat secara anonim & ditujukan utk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien

Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 & ayat 2 tertuang dalam Peraturan Menteri.

2. Permenkes 1691 / VIII / 2011 Tentang KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
 - a. Pasal 5 : Rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program dgn mengacu pada kebijakan nasional Komite KPRS.

b. Pasal 6 :

- 1) Ayat 1 : Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
- 2) Ayat 4 : TKPRS melaksanakan tugas:
 - mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
 - menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program KPRS;
 - menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (Implementasi) program KPRS;
 - bekerja sama dengan bagian Diklat RS untuk melakukan pelatihan internal KPRS;
 - melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
 - memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan KPRS; dan
 - membuat laporan kegiatan kepada kepala RS.

c. Pasal 7 Standar Keselamatan Pasien

d. Pasal 8 Sasaran Keselamatan Pasien

e. Pasal 9 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

3. Undang - Undang No 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran

- Pasal 2 : Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, serta perlindungan dan keselamatan pasien.

- Penjelasan Umum ; asas & tujuan penyelenggaraan praktik kedokteran yang menjadi landasan yang didasarkan pada nilai ilmiah, dan keselamatan pasien;
- Penjelasan Pasal 2 : perlindungan dan keselamatan pasien adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran, dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien

BAB III

DEFINISI

1. **Keselamatan Pasien** adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessmen 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. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.
2. **WHO Patient Safety** mendefinisikan : *Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care.*
3. **Insiden Keselamatan Pasien** adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
4. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien** adalah laporan tertulis atau suatu sistem untuk mendokumentasikan insiden yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Sistem ini juga mendokumentasikan kejadian-kejadian yang tidak konsisten dengan operasional rutin rumah sakit atau asuhan pasien.
5. **Kejadian Potensi Cedera / Reportable circumstance** adalah kondisi atau situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
Contoh : Alat defibrilator di IGD rusak, ICU yang dalam kondisi jumlah tenaga yang kurang.
6. **Kejadian Tidak Cedera** adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.
7. **Kejadian Nyaris Cedera** adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga pasien tidak cedera.
8. **Kejadian Tidak Diharapkan** adalah suatu kejadian yang mengakibatkan

cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“commission”) atau karena tidak bertindak (“omission”), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.

9. **Kejadian Sentinel** adalah suatu kejadian tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti:
 - Operasi pada bagian tubuh yang salah.
 - Amputasi pada kaki yang salah, dsb sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan & prosedur yang berlaku.
10. **RCA/ Root Cause Analysis** adalah metode evaluasi terstruktur untuk identifikasi akar masalah dari kejadian yang tidak diharapkan dan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
11. **FMEA/ Failure Mode & Effect Analysis** adalah metode perbaikan kinerja yang dilakukan secara proaktif dengan melakukan identifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

BAB IV
WHO PATIENT SAFETY
DAN
KOMITMEN GLOBAL KESELAMATAN PASIEN

Pada Januari tahun 2002 Executive Board WHO menyusun usulan resolusi, dan kemudian diajukan pada World Health Assembly (WHA) ke 55 bulan Mei tahun 2002, dan diterbitkan sebagai Resolusi WHA 55.18. Selanjutnya pada WHA ke 57 bulan Mei tahun 2004, diputuskan membentuk aliansi internasional untuk peningkatan keselamatan pasien dengan sebutan World Alliance for Patient Safety, dan ditunjuk Sir Liam Donaldson sebagai Ketua.

Visi WHO Patient Safety adalah : *Every patient receives safe health care, every time, everywhere. Sedangkan Misinya adalah to coordinate, facilitate and accelerate patient safety improvements around the world by:*

- *being a leader and advocating for change;*
- *generating and sharing knowledge and expertise;*
- *supporting Member States in their implementation of patient safety actions*

4.1. Program Keselamatan Pasien WHO

Program WHO Patient Safety diciptakan dengan alasan untuk memfasilitasi pengembangan kebijakan dan praktik keselamatan pasien secara global dan berperan sebagai kekuatan utama untuk peningkatan keselamatan pasien didunia. Program tersebut sangat komprehensif karena mencakup tentang budaya, leadership, pendidikan, penelitian termasuk pemberdayaan pasien dan keluarga. Program WHO Patient Safety disusun secara bertahap mulai tahun 2004 dan komprehensif. Sampai saat ini program ini sudah mencakup 13 “action areas” :

1. Global Patient Safety Challenge
 - a. 1st Challenge : 2005-2006 : Clean Care is Safer Care,
 - b. 2nd Challenge : 2007-2008 : Safe Surgery Safe Lives
 - c. 3rd Challenge, 2010 : Tackling Antimicrobial Resistance

2. Patients for Patient Safety
3. Research for Patient Safety
4. International Patient Safety Classification
5. Reporting and Learning
6. Solutions for Patient Safety
7. High 5s Initiative
8. Technology for Patient Safety
9. Knowledge Management Patient Safety
10. Eliminate central line-associated bloodstream infections
11. Education for Safer Care
12. Safety Prize
13. Medical Checklists

4.2. Nine Solution of Patient Safety/ 9 Program Keselamatan Pasien

Suatu pedoman untuk mengintervensi atas sembilan masalah penting keselamatan pasien telah ditetapkan hasil dari WHO Collaborating Centre for Patient Safety, dimotori oleh Joint Commission suatu badan akreditasi dari Amerika Serikat mulai tahun 2005. Dikumpulkan pakar keselamatan pasien dari lebih 100 negara, dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi berupa sistem atau intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien. Pada tgl 2 Mei 2007 WHO Collaborating Centre for Patient Safety resmi menerbitkan panduan "*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*" ("Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit"). Sembilan topik yang diberikan solusinya adalah sbb :

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau Look-Alike, Sound-Alike Medication Names/ LASA.
2. Identifikasi Pasien
3. Komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien
4. Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar
5. Pengendalian Cairan Elektrolit Peekat (concentrated)

6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Transisi Asuhan
7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (Tube)
8. Penggunaan Alat Injeksi Sekali Pakai
9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (Hand hygiene) untuk Pencegahan Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.

4.3. Kepemimpinan Keselamatan Pasien

Program WHO Patient Safety telah melahirkan “Leader”, suatu elemen penting dalam keselamatan pasien, yang berhasil dalam inisiasi dan membentuk gerakan keselamatan pasien yang dibutuhkan cukup langgeng, antara lain misalnya Professor Didier Pittet untuk First Global Patient Safety Challenge, Clean Care is Safer Care (Hand Hygiene), Dr Atul Gawande untuk Second Global Patient Safety Challenge, Safe Surgery Saves Lives, Susan Sheridan untuk Patients for Patient Safety, Professor David Bates untuk Research for patient safety, untuk Reporting and Learning programme a.l. Professor Lucian Leape, untuk Monitoring and Evaluation Professor Peter Pronovost.

BAB V

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 rumah sakit yang disusun ini mengacu pada “Hospital Patient Safety Standards” yang dikeluarkan oleh Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnya di Indonesia. 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 Kejadian Tidak Diharapkan.

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 Kejadian Tidak Diharapkan.

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 pasien dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan mitra dalam proses pelayanan. Oleh 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 dan kesinambungan pelayanan

Standar :

Rumah Sakit menjamin 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 metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standar :

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

Kriteria :

- 4.1. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) 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 Kejadian Tidak Diharapkan, 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 Kejadian Tidak Diharapkan.
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, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (*Adverse event*).
- 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 (RCA) “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 interdisiplin 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 interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf 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

BAB VI
TUJUH LANGKAH
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Dalam menerapkan Standar Keselamatan Pasien maka rumah sakit harus melaksanakan Tujuh Langkah Keselamatan Pasien. Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis setiap 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”. Berkaitan hal tersebut diatas maka perlu ada kejelasan perihal tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit tersebut.

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.

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

B. Bagi Unit/Tim :

- Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden
- 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. PIMPIN DAN DUKUNG STAF ANDA

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program Keselamatan Pasien di rumah sakit anda.

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit :

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

B. Untuk Unit/Tim :

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

3. INTEGRASIKAN AKTIVITAS PENGELOLAAN RISIKO

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

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit :

- Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan Staf
- Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/ Pimpinan rumah sakit
- 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 :

- Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait
- Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit
- Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
- Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

4. KEMBANGKAN SISTEM PELAPORAN

Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

Langkah penerapan :

A. Untuk Rumah Sakit :

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KPPRS.

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. LIBATKAN DAN BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan :

A. Untuk Rumah Sakit :

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.

Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden

Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

B. Untuk Unit/Tim :

Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden

Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat

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

6. BELAJAR DAN BERBAGI PENGALAMAN TENTANG KESELAMATAN PASIEN

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

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab
- Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria 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:

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

7. CEGAH CEDERA MELALUI IMPLEMENTASI SISTEM KESELAMATAN PASIEN

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

Langkah penerapan:

A. Untuk Rumah Sakit:

- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat
- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan

- Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kemenkes RI.
- Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

B. Untuk Unit/Tim :

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

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif dalam menerapkan 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.

BAB VII

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 1 : Ketepatan Identifikasi Pasien

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

Langkah Penerapan :

- Rumah Sakit membuat kebijakan tentang Identifikasi Pasien.
- Rumah Sakit membuat Pedoman/ Panduan Identifikasi Pasien yang dijadikan acuan seluruh unit.
- Rumah Sakit merancang SPO Identifikasi Pasien melalui pemasangan gelang identitas (min. 2 identitas, kapan dipasang? Dimana dipasang?)
- Rumah sakit mengemangkan SPO pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit.
- Rumah sakit merancang SPO tentang Pemasangan dan pelepasan gelang identitas

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 2 : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan

Langkah Penerapan :

- Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Keakuratan dan penerapan Komunikasi (lisan, telepon) secara konsisten di rumah sakit.
- Rumah sakit mengembangkan Pedoman/ Panduan Komunikasi Efektif yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit di rumah sakit.
- Rumah sakit merancang SPO tentang Komunikasi Efektif (lisan, telepon)
- Rumah sakit merancang SPO tentang Komunikasi Efektif SBAR
- Rumah sakit membuat Daftar Singkatan resmi yang digunakan oleh seluruh unit.

- Rumah sakit membuat SPO Serah Terima pasien
- Rumah sakit merancang SPO tentang Penyampaian Hasil Nilai Kritis

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 3 : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/ *high – alert*

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

Langkah Penerapan :

- Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Pengelolaan Obat di rumah sakit.
- Rumah sakit membuat Pedoman/ Panduan Pengelolaan Obat (*high alert & norum*) yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit/
- Rumah sakit merancang SPO Identifikasi, Pelabelan dan Penyimpanan obat *High Alert*
- Rumah sakit merancang SPO Penyiapan dan Penyerahan obat *Hight Alert*
- Rumah sakit mmbuat SPO Pencampuran Obat IV *Hight Alert*
- Rumah sakit membuat SPO tentang Pemberian Obat dengan Benar
- Rumah sakit membuat Daftar Obat Yang Perlu diwaspadai

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 4 : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

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

Langkah Penerapan :

- Rumah sakit mengembangkan Kebijakan tentang Prosedur Operasi (tepat lokasi-tepat prosedur; tepat pasien)
- Rumah sakit merancang SPO tentang Penandaan Identifikasi Lokasi Operasi
- Rumah sakit merancang SPO tentang Surgical Patient Safety Check List
- Rumah sakit mengembangkan Form Surgical Patient Safety Check List

- Rumah sakit merancang SPO tentang Pengecekan Instrumen, Kasa
- Rumah sakit mengembangkan Form Pengecekan Instrumen, Kasa

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 5 : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

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

Langkah Penerapan :

- Rumah sakit mengembangkan Kebijakan RS Pencegahan Infeksi
- Rumah sakit membuat Pedoman Pencegahan Infeksi di RS yang dijadikan acuan diseluruh unit
- Rumah sakit merancang SPO tentang Cuci Tangan
- Rumah sakit menyediakan Fasilitas Cuci Tangan
- Rumah sakit melakukan sosialisasi dengan alat bantu :
 - Sosialisasi ; brosur, flyer, standing banner
 - Edukasi ; Pedoman Hand Hygiene (WHO)

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 6 : Pengurangan Risiko Cedera Karena Jatuh

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

Langkah Penerapan :

- Rumah sakit mengembangkan Kebijakan RS tentang Pencegahan Pasien Jatuh
- Rumah sakit merancang SPO tentang Penilaian Awal Risiko Jatuh
- Rumah sakit menggunakan Form Penilaian : Morse Fall, Humpty Dumpty
- Rumah sakit menggunakan Form Monitoring Risiko Jatuh
- Rumah sakit membuat fasilitas seperti ; Signage/ Alat bantu

BAB VIII

SISTEM PELAPORAN INSIDEN, ANALISA DAN SOLUSI

Mengapa pelaporan insiden penting?

- Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Bagaimana memulainya ?

- Dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.

Apa yang harus dilaporkan ?

- Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.

Siapa yang membuat Laporan Insiden ?

- Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden
- Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian/insiden

Bagaimana cara membuat Laporan Insiden (*Incident Report*)?

- Karyawan diberikan pelatihan menganalisis sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

Masalah yang sering menghambat dalam Laporan Insiden

- Laporan dipersepsikan sebagai "pekerjaan perawat"
- Laporan sering disembunyikan / *underreport*, karena takut disalahkan.
- Laporan sering terlambat
- Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (*blame culture*)

1. ALUR PELAPORAN INSIDEN KE TIM KP di RS (Internal)

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

2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja / shift kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam); jangan menunda laporan
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor / KepalaBagian / Instalasi/ Departemen / Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading*risiko Terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut : (pembahasan lebih lanjut lihat BAB III)
 - Grade* biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade* hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - Grade* kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 - Grade* merah : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*.
8. Untuk *grade* Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*.
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "*Safety alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
11. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
12. Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing – masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

2. ALUR PELAPORAN INSIDEN KE KKPRS – KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (Eksternal)

Laporan hasil investigasi sederhana / analisis akar masalah / RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS (internal) / Pimpinan RS. Laporan dilakukan dengan melakukan entry data (e-reporting) dikirim ke KKPRS melalui website www.buk.depkes.go.id dengan menggunakan username dan password untuk menjamin kerahasiaan sumber informasi.

BAB IX

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT DALAM AKREDITASI

Akreditasi rumah sakit adalah suatu proses dimana suatu lembaga, yang independen, melakukan asesmen terhadap rumah sakit dengan tujuan untuk menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan. Sedangkan standar akreditasi adalah suatu pernyataan yang mendefinisikan harapan terhadap kinerja, struktur, proses yang harus dimiliki rumah sakit untuk memberikan pelayanan & asuhan yang bermutu dan aman.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1995, yang dimulai hanya 5 (lima) pelayanan, pada tahun 1998 berkembang menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 pelayanan. Namun rumah sakit dapat memilih akreditasi untuk 5 (lima), 12 (duabelas) atau 16 (enam belas) pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung berapa pelayanan akreditasi yang diikuti.

KARS bekerjasama dengan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit – PERSI pertama kali memasukkan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit kedalam Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2007. Dua standar dengan 3 parameter Keselamatan Pasien Rumah Sakit masuk kedalam Standar Pelayanan Medis pada standar 3 parameter 4 dan 5 (S3.P4 dan S3.P5) dan standar 7 parameter 4 (S7.P4). Sedangkan 5 standar dengan 6 parameter masuk kedalam Standar Administrasi dan Manajemen yaitu pada standar 2, 5, 6 dan 7 (S2.P4, S5.P4, S5.P5, S6.P2, S7.P3, S7.P4). Standar akreditasi rumah sakit dengan masuknya standar KPRS diberlakukan 1 Januari 2008.

Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 yang disusun oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit bersama-sama dengan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan R.I, mengacu pada standar internasional selain standar nasional sebagai berikut :

1. Buku International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd edition December 2007
2. International Society for Quality in Health Care
3. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4rd edition dari JCI 2011
4. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, edisi 2007
5. Standar-standar spesifik lainnya

Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 terdiri dari 4 kelompok sebagai berikut :

I. Kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien

Bab 1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)

Bab 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Bab 3. Asesmen Pasien (AP)

Bab 4. Pelayanan Pasien (PP)

Bab 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

Bab 6. Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)

Bab 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

II. Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit

Bab 1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Bab 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Bab 3. Tata Kelola, Kepemimpinan, dan Pengarahan (TKP)

Bab 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Bab 5. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)

Bab 6. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)

III. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert)

Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

IV. Sasaran Milenium Development Goals

Sasaran I : Penurunan Angka Kematian Bayi dan Peningkatan Kesehatan Ibu

Sasaran II : Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS

Sasaran III : Penurunan Angka Kesakitan TB

Pada Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 ini elemen-elemen keselamatan pasien rumah sakit tercakup dalam standar akreditasi sebagai berikut : Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien dan dalam Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit.

Rincian Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang masuk dalam berbagai bab dalam kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien dan Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

- Standar 1 Hak Pasien dalam Bab HPK – Hak Pasien dan Keluarga
- Standar 2 Mendidik Pasien dan Keluarga dalam Bab PPK – Pendidikan Pasien dan Keluarga
- Standar 3 Keselamatan Pasien dan Kesenambungan Pelayanan dalam Bab APK – Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan, AP – Asesmen Pasien, PP – Pelayanan-Pelayanan Pasien, PAB – Pelayanan Anestesi dan Bedah
- Standar 4 Penggunaan Metoda-metoda Peningkatan Kinerja untuk melakukan Evaluasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien dalam Bab PMKP – Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- Standar 5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan Pasien dalam Bab PMKP
- Standar 6 Mendidik staf tentang keselamatan pasien dalam Bab KPS – Kualifikasi dan Pendidikan Staf, Bab PMKP
- Standar 7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf utk mencapai KP dalam Bab MKI – Manajemen Komunikasi dan Informasi.

Akreditasi akan menunjukkan komitmen sebuah rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan dan mutu asuhan pasien. Proses akreditasi akan meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga berusaha meningkatkan mutu dan keamanan pelayanannya. Selain itu memastikan bahwa lingkungan pelayanan aman dan rumah sakit senantiasa berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf rumah sakit.

BAB X

PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. RUMAH SAKIT

1. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera dan kejadian sentinel.
2. Pencatatan dan pelaporan insiden (KTD, KNC dan Sentinel) mengacu kepada Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah
3. Pelaporan insiden terdiri dari :
 - a. Pelaporan internal yaitu mekanisme/alur pelaporan KPRS di internal rumah sakit.
 - b. Pelaporan eksternal yaitu pelaporan dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pelaporan eksternal wajib dilakukan oleh rumah sakit sesuai ketentuan dalam instrumen akreditasi rumah sakit yaitu pada Instrumen Akreditasi Administrasi dan Manajemen.
4. Unit kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Direktur Rumah Sakit secara berkala.
5. Sistem pelaporan anonim..... (pasal 11 ayat 3, 4 dari 1691)

B. KOMITE KESELAMATAN PASIEN

1. Merekapitulasi laporan insiden dari rumah sakit dan menjaga kerahasiaan.
2. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan kajian dan analisis dari laporan insiden rumah sakit serta melakukan sosialisasi hasil analisis dan solusi masalah ke rumah sakit-rumah sakit
3. KKPRS membuat laporan tahunan kegiatan yang telah dilaksanakan ke Kementerian Kesehatan
4. Melakukan pengembangan dan pengelolaan sistem pelaporan insiden untuk pembelajaran di RS

BAB XI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN SERTA EVALUASI

A. KEMENTERIAN KESEHATAN dan KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT :

Secara berjenjang melakukan pembinaan, pengawasan dan evaluasi terhadap kegiatan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit sesuai tugas dan fungsi masing - masing. Dalam melaksanakan pembinaan, pengawasan dan evaluasi tersebut diatas, Menteri Kesehatan, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dapat mengikut sertakan asosiasi perumah sakitan dan organisasi profesi kesehatan serta Institusi pendidikan.

B. KOMISI AKREDITASI RS/ KARS

KARS melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien dengan menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit.

C. RUMAH SAKIT

1. Pimpinan rumah sakit secara berkala melakukan monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Unit Kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Unit Kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit secara berkala (paling lama 2 tahun) melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang dipergunakan di rumah sakit
3. Unit Kerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan evaluasi kegiatan setiap triwulan dan membuat tindak lanjutnya
Kepala rumah sakit secara berkala wajib melakukan pembinaan, pengawasan dan evaluasi kegiatan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh TKPRS. Dalam rangka penyelenggaraan keselamatan pasien rumah sakit, setiap rumah sakit wajib:
 1. Membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
 2. Menerapkan Standar Keselamatan Pasien.

3. Mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien.
4. Melaksanakan sistem pelaporan insiden yang dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Bagi Rumah Sakit yang tidak melaksanakan ketentuan seperti di atas, maka dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengambil tindakan administratif kepada rumah sakit yang bersangkutan, berupa:

- Teguran lisan;
- Teguran tertulis; atau
- Penundaan atau penangguhan perpanjangan izin operasional.

Penyelenggaraan keselamatan pasien di rumah sakit dapat terlaksana bila rumah sakit mempunyai jajaran pimpinan (kepala rumah sakit, para direksi, ketua KPRS, *champions*, para ketua departemen, dll) yang berkomitmen dan memiliki budaya keselamatan pasien.

Kewenangan dan tanggung jawab untuk menerapkan keselamatan pasien dan upaya perbaikan pelayanan kesehatan sebagai prioritas strategik ada pada para pimpinan rumah sakit dan harus dimulai dari para pimpinan di rumah sakit. Untuk itu para pimpinan rumah sakit wajib melaksanakan kegiatan - kegiatan keselamatan pasien, antara lain:

1. Ronde eksekutif keselamatan pasien rumah sakit
2. Secara berkala rumah sakit mengadakan pelatihan internal yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan mensimulasikan praktik-praktik untuk keselamatan pasien, antara lain seperti:
 - a. Simulasi pelaksanaan cuci tangan yang benar
 - b. Simulasi Surgical Safety Checklist yang juga melatih bergantian peran.
 - c. Simulasi Situation Awareness
 - d. dll.
3. Rumah sakit mengembangkan indikator-indikator tentang pelaksanaan keselamatan pasien, seperti:
 - a. Indikator pelaksanaan cuci tangan, baik di ruang rawat intensif, kamar operasi, ruang persalinan, ruang perawatan, poliklinik, dll.

- b. Indikator pelaksanaan Surgical Safety Checklist (bila tidak dilaksanakan sama sekali, dianggap suatu Kejadian Nyaris Cedera)
 - c. Penggunaan identitas pasien, dan labeling pada pasien-pasien dengan riwayat alergi, pasien risiko jatuh.
 - d. Labeling obat – obat berisiko (*high alert medication*), obat-obat anestesi, obat – obat yang diberikan melalui infus.
 - e. Dll.
4. Mengembangkan tools - tools / SPO yang berkaitan dengan keselamatan pasien, seperti:
- a. Formulir dan tata cara *hand over* pasien.
 - b. Tata cara komunikasi SBAR.
 - c. Dll.

BAB XII

PENUTUP

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan dirumah sakit maka pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit sangatlah penting. Melalui kegiatan ini diharapkan terjadi penekanan / penurunan insiden sehingga dapat lebih meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit di Indonesia. Program Keselamatan Pasien merupakan *never ending* proses, karena itu diperlukan budaya termasuk motivasi yang tinggi untuk bersedia melaksanakan program keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

Lampiran 1 :

TIM PENYUSUN EDISI III
BUKU PANDUAN NASIONAL KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT

Prof. dr. Herkutanto, Sp.F(K), SH, LL.M
(Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)

dr. Nico A Lumenta, K. Nefro, MM
(Ketua Tim Penyusun Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit)

Dr. dr. Sutoto, MKes
(Asosiasi Perumahsakitan)

dr. Umar Wahid, Sp.P
(Pakar Perumahsakitan)

dr. Adib Yahya, MARS
(Pakar Perumahsakitan)

Prof. dr. Laksono Trisnantoro, PhD
(Pakar Perumahsakitan)

Elis Puji Utami, Ns, Skep, Mkes
(Anggota Keselamatan Pasien Rumah Sakit)

dr. Zaenal Abidin, MHKes
(Pakar Kesehatan)

DR. drg. Nursanty Andi Sapada, MSc
(Anggota Keselamatan Pasien Rumah Sakit)

dr. Heru Ariyadi, MPH
(Asosiasi Perumahsakitan)

dr. Bambang Tutoko, Sp.An
(Anggota Tim Penyusun)

dr. May Hizrani, MARS
(Anggota Tim Penyusun)

dr. Tedjo WP, MARS
(Anggota Tim Penyusun)

Dr. dr. Ina Rosalina, SpA(K), M.Kes, MHKes
Kasubdit. RS Pendidikan

dr. Wita Nursanthi, MARS

Kepala Seksi Standarisasi di Subdit. RS Pendidikan

dr. Ester Marini Lubis, MARS

Kepala Bimbingan dan Evaluasi di Subdit. RS Pendidikan

dr. Yayan Gusman

Subdit. RS Pendidikan

dr. Muhammad Riki Iqbal

Subdit. RS Pendidikan

Dr. Rima Kuraisina

Subdit. RS Pendidikan

dr. Ida Bagus Anom

Subdit. RS Khusus

dr. Supinah

Subdit. RS Privat

FORMULIR LAPORAN INSIDEN INTERNAL di RS

I. DATA PASIEN

Nama :

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN **MAKSIMAL** 2 x 24 JAM

No MR : Ruangan :

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 Perempuan

Penanggung biaya pasien :

Pribadi

Asuransi Swasta

JKN

Asuransi lainnya

(sebutkan)

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 diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
- Kejadian Tidak Cedera / KTC
- KPC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
 - Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 - Pasien
 - Keluarga / Pendamping pasien
 - Pengunjung
 - Lain-lain.....(sebutkan)
6. Insiden menyangkut pasien :
 - Pasien rawat inap Pasien rawat jalan
 - Pasien UGD
 - Lain-lain (sebutkan)
7. Tempat Insiden
Lokasi kejadian (sebutkan)
(Tempat pasien berada)
8. 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 & Kelamin dan Subspesialisasinya
 - Jantung dan Subspesialisasinya
 - Paru dan Subspesialisasinya
 - Jiwa dan Subspesialisasinya
 - Lain-lain (sebutkan)
9. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
Unit kerja penyebab(sebutkan)
10. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
 - Kematian
 - Cedera Irreversibel / Cedera Berat
 - Cedera Reversibel / Cedera Sedang
 - Cedera Ringan
 - Tidak ada cedera

11. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....
.....
.....

12. 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 Laporan	:

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU HIJAU KUNING MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.

RAHASIA

KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KKPRS
(Patient Safety Incident Report)

- 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 Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

KODERS : (lewat : <http://www.buk.depkes.go.id>)

I. 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 Perempuan

Penanggung biaya pasien :
 Pribadi Asuransi Swasta
 JKN Lainnya (sebutkan)

Tanggal Masuk RS : Jam

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
 Tanggal : Jam
2. Insiden :
3. Grading Risiko : hijau /biru/kuning/merah
4. 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.
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
 - Anestesi 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?

.....

III. TIPE INSIDEN

Insiden :
 Tipe Insiden :
 Subtipe Insiden :

IV. 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 / Staf

- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

Penyebab yang melatarbelakangi penyebab langsung (*underlying cause*)

V. FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN & SUBKOMPONEN

Faktor kontributor adalah faktor yang melatarbelakangi terjadinya insiden. Penyebab insiden dapat digolongkan berdasarkan penggolongan faktor Kontributor seperti terlihat pada tabel dibawah ini. Faktor kontributor dapat dipilih lebih dari satu.

1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL / DI LUAR RS

Komponen
<ul style="list-style-type: none"> a. Regulator dan Ekonomi b. Peraturan & Kebijakan Depkes c. Peraturan Nasional d. Hubungan dengan Organisasi lain

2. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI & MANAJEMEN

Komponen	Sub Komponen
Organisasi & Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
Kebijakan, Standar & Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tujuan & Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Service d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan diklat g. Prosedur & Kebijakan h. Fasilitas & Perlengkapan i. Manajemen Risiko j. Manajemen K3 k. Quality Improvement

Administrasi	Sistim Administrasi
Budaya Keselamatan	a. Attitude kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
SDM	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan & c. Keterampilan Staf yang berbeda d. Beban Kerja yang optimal
Diklat	Manajemen Training Pelatihan / <i>Refreshing</i>

3. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA

Komponen	Sub Komponen
Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
Lingkungan	a. <i>Housekeeping</i> b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruang
Peralatan / sarana / prasarana	a. Malfungsi Alat b. Ketidaktersediaan c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain, Penggunaan & Pemeliharaan peralatan

4. FAKTOR KONTRIBUTOR : TIM

Komponen	Sub Komponen
Supervisi & Konsultasi	a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi b. Cepat Tanggap
Konsistensi	a. Kesamaan tugas antar profesi b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat
Kepemimpinan & Tanggung Jawab	a. Kepemimpinan Efektif b. <i>Job Desc</i> Jelas
Respon terhadap Insiden	Dukungan <i>peers</i> setelah insiden

5. FAKTOR KONTRIBUTOR : PETUGAS

Komponen	Sub Komponen
Kompetensi	a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan & Keterampilan
Stressor Fisik dan Mental	a. Motivasi b. Stresor Mental: efek beban kerja beban mental c. Stresor Fisik: Efek beban kerja = Gangguan Fisik

6. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS

Komponen	Sub Komponen
Ketersediaan SOP	a. Prosedur Peninjauan & Revisi SPO b. Ketersediaan SPO c. Kualitas Informasi d. Prosedur Investigasi
Ketersediaan & akurasi hasil test	a. Test Tidak Dilakukan b. Ketidaksesuaian antara interpretasi hasil test

Faktor Penunjang dalam validasi alat medis	a. Ketersediaan, penggunaan, b. reliabilitas Kalibrasi
Desain Tugas	Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SPO

7. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN

Komponen	Sub Komponen
Kondisi	Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi
Personal	a. Kepribadian b. Bahasa c. Kondisi Sosial d. Keluarga
Pengobatan	Mengetahui risiko yang berhubungan dengan pengobatan
Riwayat	a. Riwayat Medis b. Riwayat Kepribadian c. Riwayat Emosi
Hubungan Staf dan Pasien	Hubungan yang baik

8. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI

Komunikasi Verbal	a. Komunikasi antar staf junior dan senior b. Komunikasi antar Profesi c. Komunikasi antar Staf dan Pasien d. Komunikasi antar Unit
Komunikasi Tertulis	Ketidaklengkapan Informasi

Contoh :

Pasien mengalami luka bakar saat dilakukan fisioterapi. Petugas fisioterapi adalah petugas yang baru bekerja tiga bulan di RS X. Hasil investigasi ditemukan :

1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate / Immediate Cause*)
 - Peralatan / sarana / prasarana : intensitas berlebihan pada alat transducer
 - Petugas : fisioterapis kurang memahami prosedur penggunaan alat
2. Akar penyebab masalah (*underlying root cause*)
 - Peralatan/sarana/prasarana : Manajemen pemeliharaan / *main tenance* alat tidak ada
 - Manajemen (Diklat) : tidak pernah diberikan training dan orientasi
3. Rekomendasi / Solusi Bisa dibagi atas :
 - Jangka pendek
 - Jangka menengah
 - Jangka panjang

1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate / Immediate Cause*)
.....
.....
.....
.....
2. Akar penyebab masalah (*underlying - root cause*)
.....
.....
.....
.....
3. Rekomondasi / Solusi

	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

NB. * : pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.

Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Lampiran
JAKARTA DECLARATION

Pada tanggal 19 Juli 2007 di hotel Four Seasons Jakarta diselenggarakan workshop WHO SEAR ; “ Patients for Patient Safety” yang kemudian melahirkan kesepakatan yang dikenal dengan Deklarasi Jakarta.

Jakarta Declaration
on Patients for Patient Safety
in Countries of the South-East Asia Region

WHO South East Asia Regional Patient Safety Workshop on “ Patients for Patient Safety”, Jakarta, 17 – 19 July 2007. Country Participants : Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste.

We,

The patients, consumer advocates, healthcare professionals, policy-makers and representatives of nongovernmental organizations, professional associations and regulatory councils, having reflected on the issue of patient safety in the WHO regional workshop on “Patients for Patient Safety”, 17 – 19 July 2007, in Jakarta, Indonesia,

Referring to Resolution SEA/RC59/R3 on Promoting Patient Safety in Health Care, adopted at the 59th Session of the Regional Committee for South-East Asia, which notes “with concern the high human and financial toll of adverse events” and the vicious cycle of adverse events, lawsuits, and the practice of defence medicine, and urges Member States to engage patients, consumer associations, health care workers and professional associations in building safer health care systems and creating a culture of safety with in health care institutions,

Inspired by the Patients for Patient Safety London Declaration supported by the WHO World Alliance for Patient Safety,

Considering the recommendations of the first WHO Regional Workshop on Patient Safety, 12 – 14 July 2006, in New Delhi, India,

1. Declare that no patients should suffer preventable harm;
2. Agree that patients are at the centre of all patient safety efforts;
3. Acknowledge that fear of blame and punishment should not deter open and honest communication between patients and health care providers;
4. Recognize that we must work in partnership in order to achieve the major behavioural and system changes that are required to address patient safety in our Region;
5. Believe that :
 - transparency, accountability and the human touch are paramount to a safe health care system;
 - mutual trust and respect between health care professionals and patients are fundamental;
 - patients and their carers should know why a treatment is given and be informed of all risks, big or small, so that they can participate in decisions related to their care;
 - patients should have access to their medical records;
6. Recognize that when harm does occur :
 - there should be a system in place whereby the event can be reported and
 - investigated with due respect confidentiality;
 - patients and their families should be fully informed and supported;
 - providers involved in unintentional harm should also receive support;
 - corrective actions should be taken to prevent future harm and the lessons learnt be widely shared;
 - there should be a mechanism to fairly compensate the patient and their family;
7. Commit to
 - consumer empowerment through frank and candid education;

- partnering with the media to encourage responsible reporting and to seize opportunities to educate the public;
 - active consumer participation in adverse event reporting;
 - two-way communication among patients and health care providers that encourages questioning;
 - meaningful patient representation on patient safety committees and forums;
8. Pledge to achieve through sustained efforts the following goals:
- functioning quality and patient safety systems in every health care facility, both public and private, starting with the establishment of a patient safety committee and of an adverse event reporting and response system;
 - adherence to guidelines that are evidence-based and ethical and avoidance of irrational treatments such as unnecessary medicines, investigations and surgical procedures;
 - continuing medical education for health care professionals;
 - patient safety concepts integrated into pre- and in-service training of allied health care professionals
 - rational caseload of patients in each health care facility;
 - adequate resources devoted to patient safety;
 - satisfied patients and providers.



World Health Organization
Regional Office for South-East Asia

Terjemahan:

Deklarasi Jakarta

Pasien untuk Keselamatan Pasien di Negara-negara South-East Asia Region

Kami,

Pasien, konsumen pendukung, para profesional pelayanan kesehatan, pembuat kebijakan dan wakil lembaga swadaya masyarakat, asosiasi profesional dan dewan pengarah, setelah dipaparkan pada isu keselamatan pasien pada WHO regional workshop tentang “Pasien untuk Keselamatan Pasien”, 17-19 Juli 2007, di Jakarta, Indonesia,

Mengacu pada Resolution SEA/RC59/R3 tentang Promoting Patient Safety in Health Care, yang diadopsi pada Sesi yang 59th Regional Committee untuk Asia Tenggara, mencatat “keprihatinan atas banyaknya korban manusia dan biaya akibat kejadian tidak diharapkan (adverse events)” dan lingkaran setan dari adverse events, tuntutan hukum dan praktek kedokteran yang defensive, dengan ini mendesak Negaranegara Anggota untuk melibatkan para pasien, asosiasi konsumen, para pekerja pelayanan kesehatan dan asosiasi professional dalam membangun sistem asuhan kesehatan yang lebih aman dan menciptakan suatu budaya keselamatan di dalam institusi pelayanan kesehatan.

Dengan diilhami oleh Patients for Patient Safety London Declaration yang didukung oleh WHO World Alliance for Patient Safety,

Menimbang rekomendasi WHO Regional Workshop yang pertama tentang Patient Safety, 12-14 Juli 2006, di New Delhi, India,

1. Menyatakan bahwa tidak boleh ada pasien menderita cedera yang dapat dicegah;
2. Menyepakati bahwa pasien adalah pusat dari semua upaya keselamatan pasien;
3. Menyatakan bahwa rasa takut disalahkan dan hukuman seharusnya tidak menghalangi komunikasi yang terbuka dan jujur antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan;

4. Mengakui bahwa kami harus bekerja dalam pola kemitraan untuk mencapai perubahan perilaku utama dan sistem yang dibutuhkan untuk penerapan keselamatan pasien di regional kami;
5. Percaya bahwa :
 - transparansi, tanggung-jawab dan pendekatan manusiawi adalah yang utama pada suatu sistem pelayanan kesehatan yang aman;
 - dasar hubungan adalah saling percaya dan saling menghormati antara para profesional pelayanan kesehatan dan pasien;
 - pasien dan pendampingnya perlu mengetahui mengapa suatu pengobatan diberikan dan diberitahu tentang semua risiko, kecil atau besar, sehingga mereka dapat mengambil bagian di dalam keputusan-keputusan yang berhubungan dengan asuhan kepada mereka;
 - pasien perlu mempunyai akses kepada rekam medis nya;
6. Mengakui bahwa ketika cedera terjadi :
 - harus ada suatu sistem dimana kejadian itu dapat dilaporkan dan diperiksa secara rahasia;
 - pasien dan keluarganya harus memperoleh informasi dan dukungan sepenuhnya;
 - pemberi pelayanan yang terlibat pada cedera yang tak disengaja perlu juga menerima dukungan;
 - tindakan korektif harus diambil untuk mencegah cedera di masa depan dan pelajaran yang didapat perlu disebarluaskan;
 - harus ada suatu mekanisme untuk kompensasi yang wajar atas kerugian pasien dan keluarganya;
7. Komit terhadap:
 - pemberdayaan konsumen melalui pendidikan yang jujur dan tulus;
 - bekerjasama dengan media untuk mendorong pelaporan yang bertanggung jawab dan untuk berkesempatan mendidik masyarakat;

- partisipasi aktif konsumen di dalam pelaporan kejadian tidak diharapkan;
 - komunikasi dua arah antar pasien dan pemberi pelayanan kesehatan untuk mendorong adanya tanya jawab;
 - wakil pasien yang bermakna dalam komite keselamatan pasien dan forum-forum;
8. Berikrar melalui upaya yang berkesinambungan untuk mencapai sasaran sbb:
- berfungsinya sistem mutu dan keselamatan pasien pada setiap sarana pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, mulai dengan pembentukan suatu komite keselamatan pasien dan dalam suatu sistem pelaporan kejadian tidak diharapkan dan sistem tanggapannya;
 - taat pada pedoman berbasis bukti dan etik, dan menghindari pengobatan yang irrasional seperti pemberian obat , pemeriksaan dan operasi yang tidak perlu;
 - pendidikan kedokteran berkelanjutan untuk para profesional kesehatan;
 - konsep keselamatan pasien yang terintegrasi ke dalam pelatihan para professional kesehatan;
 - indikasi yang rasional untuk admisi pasien pada setiap sarana pelayanan kesehatan;
 - sumber daya yang adekuat untuk keselamatan pasien;
 - profesional kesehatan yang termotivasi dan kompeten;
 - pasien dan pemberi pelayanan kesehatan yang puas.



World Health Organization
Regional Office for South-East Asia

