

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

**UTAMAKAN KESELAMATAN PASIEN**

DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
Edisi 2 - Jakarta 2008





## **Kata Sambutan Menteri Kesehatan R.I**

Tersusunnya Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini hendaknya kita sambut dengan penuh rasa syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, karena penerbitan buku panduan ini merupakan rangkaian kegiatan yang panjang yang melibatkan unit-unit terkait di Departemen Kesehatan, organisasi perumahsakit dan konsumen kesehatan.

Buku Panduan yang berisi standar keselamatan pasien dan tujuh langkah penerapan keselamatan pasien merupakan acuan yang tepat bagi rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit. Seperti kita ketahui, akhir-akhir ini semakin marak tuntutan pasien terhadap mutu pelayanan yang tidak jarang berakhir menjadi tuntutan hukum dan merusak citra rumah sakit tersebut. Dengan digunakan buku panduan ini oleh rumah sakit diharapkan rumah sakit rutin mencatat dan melaporkan insiden dan melakukan analisis akar masalah sehingga insiden tersebut tidak terulang lagi. Sejalan hal tersebut terbentuknya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - PERSI sangatlah penting dalam membantu rumah sakit melakukan analisis akar masalah dan menyebarkan hasil pemecahan masalah ke rumah sakit lainnya sehingga kejadian yang sama tidak terulang terjadi di rumah sakit lainnya.

Monitoring dan evaluasi pemenuhan standar keselamatan pasien melalui program akreditasi rumah sakit perlu dilaksanakan sehingga dapat mendorong rumah sakit untuk memenuhi standar tersebut dan meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien.

Demikianlah sambutan singkat saya, kepada tim penyusun saya mengucapkan terima kasih atas jerih payah saudara dan selamat menggunakan Buku Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini, semoga buku panduan ini bermanfaat bagi rumah sakit, dinas kesehatan dan Departemen Kesehatan. Dengan dilaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan mutu dan citra rumah sakit di mata masyarakat. Saya harapkan buku panduan ini segera diikuti dengan buku panduan lainnya yang terkait keselamatan rumah sakit yakni keselamatan petugas, keselamatan bangunan dan peralatan, keselamatan lingkungan dan kelangsungan pelayanan rumah sakit.

Sekian dan terima kasih.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia



DR. Dt. Sri Fadillah Supari, Sp.JP.K

## **Kata Sambutan**

### **Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik**

Di era globalisasi ini perkembangan ilmu dan teknologi sangatlah pesat termasuk ilmu dan teknologi kedokteran. Peralatan kedokteran baru banyak ditemukan demikian juga dengan obat baru. Keadaan tersebut berdampak terhadap pelayanan kesehatan, dimana dimasa lalu pelayanan kesehatan sangatlah sederhana, sering kurang efektif namun lebih aman. Pada saat ini pelayanan kesehatan sangatlah kompleks, lebih efektif namun apabila pemberi pelayanan kurang hati-hati dapat berpotensi terjadinya kesalahan pelayanan. Data di Amerika Serikat 1 diantara 200 orang menghadapi resiko kesalahan pelayanan di rumah sakit, dibandingkan dengan resiko naik pesawat terbang yang hanya 1 per 2.000.000 maka resiko mendapatkan kesalahan pelayanan di rumah sakit lebih tinggi. Di Indonesia kasus yang paling sering terjadi adalah kesalahan obat yang tidak jarang menjadi tuntutan hukum dan berakhir di pengadilan. Karena itu program keselamatan pasien rumah sakit (*hospital patient safety*) sangatlah penting dan merupakan peningkatan dari program mutu yang selama ini dilaksanakan secara konservatif.

Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan menjadi alat bantu bagi setiap rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit. Isi dari buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit adalah standar keselamatan pasien dan tujuh langkah penerapan keselamatan pasien rumah sakit. Dalam menyusun buku panduan ini telah melibatkan organisasi perumahsakit, rumah sakit dan unit-unit di Departemen Kesehatan yang terkait dengan mutu pelayanan kesehatan. Standar keselamatan pasien yang ada di dalam buku panduan ini merupakan bagian dari standar pelayanan rumah sakit. Karena itu evaluasi pemenuhan standar keselamatan pasien ini akan dilakukan melalui program akreditasi rumah sakit.

Penyempurnaan dan pengembangan buku panduan ini akan terus dilakukan secara berkala disesuaikan dengan tuntutan program, kemajuan ilmu dan teknologi di bidang

kedokteran serta perkembangan standar pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit dituntut untuk terus mengembangkan diri dan meningkatkan mutu pelayanannya khususnya dalam program keselamatan pasien rumah sakit.

Jakarta, Maret 2006

Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik



Drs. Pand W. Husain, SpB(K)

# **Kata Sambutan Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia**

*ASSALAMMUALAIKUM WR.WB.*

Pertama-tama mari kita panjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan YME 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 ini 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 Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh PERSI serta telah dicanangkannya Gerakan Nasional Keselamatan Pasien oleh Menteri Kesehatan, 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 panduan ini harus dipandang sebagai panduan untuk memudahkan bagi Rumah Sakit serta pemberi pelayanan kesehatan dalam melaksanakan program-program keselamatan pasien secara terpadu, sehingga akan didapatkan hasil akhir berupa peningkatan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien. Buku panduan ini tentunya akan diikuti oleh panduan-panduan lain sebagai penjabaran yang lebih rinci tentang hal-hal yang harus dilaksanakan.

Harapan saya selaku ketua umum PERSI agar buku panduan ini dimanfaatkan sebaik-baiknya oleh seluruh Rumah Sakit di Indonesia dan saya harapkan adanya sumbang saran untuk perbaikan lebih lanjut. Kepada anggota tim penyusun buku pedoman ini saya ucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi atas hasil jerih payahnya.

Semoga Tuhan YME 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



A circular official seal of Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) is shown. The seal contains the text "PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA" around the perimeter. Overlaid on the seal is a handwritten signature in black ink. Below the signature, the name "A. Yahya, MARS" and the title "Ketua Umum" are printed.

A. Yahya, MARS  
Ketua Umum

## **Kata Sambutan Direktur Eksekutif Komisi Akreditasi Rumah Sakit**

Pada waktu ini upaya meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan upaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal. Berbagai negara maju bahkan telah menggeser paradigma "quality" kearah paradigma baru "quality – safety". Ini berarti bukan hanya mutu pelayanan yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus.

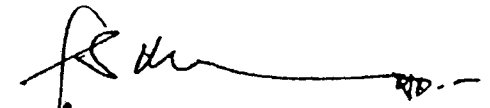
Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit adalah mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang harusnya diambil.

Maka, prakarsa Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) melakukan gerakan keselamatan pasien di Indonesia, mensosialisasikan dikalangan komunitas rumah sakit, menyusun program aksi dalam bentuk "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit", tepat sekali waktunya. Prakarsa ini patut kita hargai.

Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) ini hanyalah merupakan awal dari upaya menjaga keselamatan pasien di rumah sakit. Pada waktunya dikemudian hari, langkah awal ini perlu dinilai pelaksanaannya melalui penilaian terhadap aplikasi standar pelayanan keselamatan pasien.

Terima kasih.

KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT



↓ Dr. H. Boedihartono, MHA  
( Direktur Eksekutif )



## KATA PENGANTAR EDISI I

Bermula dari laporan IOM/*Institute of Medicine*, Amerika Serikat th 2000, "*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*" diikuti data WHO (*World Alliance for Patient Safety, Forward Programme, 2004*) dari berbagai negara yang menyatakan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16 % Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*), maka PERSI/Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia mengambil inisiatif mengajak semua pihak stakeholder rumah sakit untuk memperhatikan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Inisiatif PERSI ini dilaksanakan dengan mengembangkan lebih lanjut panduan dan standar tentang keselamatan/keamanan yang sudah ada, misalnya standar K3 (Keselamatan Kerja, Kebakaran, dan Kewaspadaan Bencana), standar Pengendalian Infeksi Nosokomial dan lain sebagainya, yang diintegrasikan dalam suatu Sistem Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang baru dan komprehensif.

Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit diawali dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit/KKPRS oleh PERSI pada Juni 2005 sebagai hasil Raker PERSI Maret 2005 di Surabaya, diikuti dengan pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Menteri Kesehatan DR. Dr. Siti Fadillah Supari, Sp.JP.K pada 21 Agustus 2005 dalam Seminar Nasional PERSI di Jakarta. KKPRS kemudian menyusun Panduan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Glosarium KPRS. Sejalan dengan itu KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, DepKes) menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kedua upaya ini kemudian disinergikan melalui suatu Tim terdiri dari unsur-unsur KKPRS-PERSI, KARS DepKes, yang dengan dukungan BD (Becton Dickinson & Company) pada bulan Maret 2006 telah berhasil menyusun "Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit". Panduan ini berisi Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Formulir Laporan Insiden dan Glosarium, serta Instrumen Penilaian Akreditasi RS untuk standar keselamatan pasien rumah sakit dari KARS. Jumlah standar pelayanan rumah sakit yang diakreditasi dengan demikian menjadi **16 Standar Pelayanan Rumah Sakit** dan **1 Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit**.

Semoga Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini dapat digunakan untuk membantu Rumah Sakit menerapkan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Jakarta, Maret 2005

**Tim Penyusun Edisi I**

## KATA PENGANTAR EDISI II

Salam Keselamatan Pasien,

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kita ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas keberhasilan diterbitkannya Edisi II Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini.

Buku panduan nasional edisi pertama yang diterbitkan tahun 2006, mendapat sambutan yang cukup besar dari kalangan masyarakat perumahsakitannya, buku ini selain telah berperan dalam meningkatkan kesadaran (*awareness*) pimpinan – staf – karyawan rumah sakit, juga telah banyak membantu rumah sakit menerapkan program Keselamatan Pasien. Sejak tahun 2007 KKPRS telah melayani permintaan pelatihan “Keselamatan pasien rumah sakit dan Manajemen risiko klinis” yang cenderung terus meningkat. Pada tingkat regional dalam *WHO South East Asian Regional “Workshop on Patient Safety”* di New Delhi tanggal 12 – 14 Juli 2006, Indonesia memaparkan buku panduan nasional ini dan mendapat apresiasi dari WHO.

Sejalan dengan kecenderungan internasional, di Indonesia perkembangan keselamatan pasien rumah sakit juga cukup pesat dan dinamis, ada bagian-bagian dalam buku edisi pertama yang “tertinggal” sehingga perlu diperbarui. Bagian-bagian tsb a.l. : Format Laporan Insiden Keselamatan Pasien, Instrumen Akreditasi Pelayanan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dimasukkan dalam Instrumen Pelayanan Medis dan Administrasi Manajemen. Selain itu ditambahkan pula Petunjuk Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, dan tidak kalah pentingnya dimasukkan pula “*Jakarta Declaration*” yang dihasilkan pada *WHO South East Asia Regional “Workshop Patients for Patient Safety”* yang diselenggarakan di Jakarta tanggal 17 – 19 Juli 2007.

Mudah-mudahan edisi kedua ini, sebagai persembahan bagi masyarakat perumahsakitannya, dapat senantiasa mendorong perkembangan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Indonesia, dengan harapan dicapainya pernyataan penting yang dicantumkan dalam “*Jakarta Declaration*”:

- bahwa tidak boleh ada pasien menderita cedera yang dapat dicegah;  
*(that no patients should suffer preventable harm)*
- bahwa pasien adalah pusat dari semua upaya keselamatan pasien.  
*(that patients are at the centre of all patient safety efforts)*

Terima kasih.

Salam Keselamatan Pasien,

Jakarta, Oktober 2008

Tim Penyusun Edisi II

Pencanangan  
**Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Oleh

**Menteri Kesehatan R.I.**

**Seminar Nasional PERSI**

**21 Agustus 2005**

Jakarta Convention Centre Jakarta



# DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Sambutan Menteri Kesehatan R.I .....	3
Kata Sambutan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik .....	5
Kata Pengantar Ketua PERSI .....	7
Kata Sambutan Direktur Eksekutif KARS .....	9
Kata Pengantar Edisi I .....	11
Kata Pengantar Edisi II .....	13
<b>BAB I. Pendahuluan .....</b>	<b>17</b>
1.1. Latar Belakang .....	17
1.2. Tujuan Disusunnya Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	18
<b>BAB II. Keselamatan Pasien .....</b>	<b>19</b>
2.1. Mengapa keselamatan pasien ? .....	19
2.2. Pengertian .....	20
2.3. Tujuan .....	20
2.4. <i>Programme WHO, World Alliance for Patient Safety</i> .....	20
2.5. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit .....	21
<b>BAB III. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....</b>	<b>22</b>
<b>BAB IV. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....</b>	<b>28</b>
<b>BAB V. <i>Jakarta Declaration</i> .....</b>	<b>34</b>
<b>BAB VI. Pelaksanaan Kegiatan Secara Nasional .....</b>	<b>40</b>
<b>BAB VII. Pencatatan dan Pelaporan .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB VIII. Monitoring dan Evaluasi .....</b>	<b>47</b>
<b>BAB IX. Penutup .....</b>	<b>48</b>
<b>Lampiran :</b>	
1. Tim Penyusun Edisi I .....	49
2. Tim Penyusun Edisi II .....	51
3. Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien Internal dan Eksternal .....	52
4. Glosarium Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	60
5. Instrumen Akreditasi Pelayanan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit - KARS, 2006) .....	63
6. SK PERSI .....	80
7. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS) .....	82

# 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. Ke lima 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.

Harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *Primum, non nocere (First, do no harm)*. Namun diakui dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan - KTD (*Adverse event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati.

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 terjadi KTD.

Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : “*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 KTD (*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 data tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near miss*) masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan tuduhan “mal praktek”, yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit maka Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia telah mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Komite tersebut telah aktif melaksanakan langkah langkah persiapan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit dengan mengembangkan laboratorium program keselamatan pasien rumah sakit.

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat maka pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit perlu dilakukan. Karena itu diperlukan acuan yang jelas untuk melaksanakan keselamatan pasien tersebut. Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang terutama berisi Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit diharapkan dapat membantu rumah sakit dalam melaksanakan kegiatannya. Buku Panduan ini rencananya akan dilengkapi dengan Instrumen Penilaian yang akan dimasukkan di dalam program akreditasi rumah sakit.

## **1.2. Tujuan disusunnya Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah :**

### **Tujuan Umum :**

Memberikan informasi dan acuan bagi pusat, propinsi dan rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit.

### **Tujuan Khusus :**

1. Terlaksananya program keselamatan pasien rumah sakit secara sistematis dan terarah.
2. Terlaksananya pencatatan insiden di rumah sakit dan pelaporannya.
3. Sebagai acuan penyusunan instrumen akreditasi rumah sakit.

Sebagai acuan bagi pusat, propinsi dan kabupaten/kota dalam melakukan pembinaan rumah sakit.



## BAB II

# KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

### 2.1. Mengapa Keselamatan Pasien?

Sejak awal tahun 1900 Institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 (tiga) elemen yaitu struktur, proses dan outcome dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, penerapan *Quality Assurance*, *Total Quality Management*, *Countinuos 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 KTD yang tidak jarang berakhir dengan tuntutan hukum. Oleh sebab itu perlu program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena KTD sebagian dapat merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang 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*). Dengan meningkatnya keselamatan pasien rumah sakit diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi KTD, 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. Pengertian

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit 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.

## 2.3. Tujuan :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akutanbilas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

## 2.4. *Programme WHO, World Alliance for Patient Safety*

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

*World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004 menerbitkan 6 program keselamatan pasien, dan tahun 2005 menambah 4 program lagi, keseluruhan 10 program WHO untuk keselamatan pasien adalah sbb :

1. *Global Patient Safety Challenge :*  
*1st Challenge : 2005-2006 : Clean Care is Safer Care,*  
*2nd Challenge : 2007-2008 : Safe Surgery Safe Lives*
2. *Patients for Patient Safety*

3. *Taxonomy for Patient Safety*
4. *Research for Patient Safety*
5. *Solutions for Patient Safety*
6. *Reporting and Learning*
7. *Safety in action*
8. *Technology for Patient safety*
9. *Care of acutely ill patients*
10. *Patient safety knowledge at your fingertips*

## 2.5. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

*WHO Collaborating Centre for Patient Safety*, dimotori oleh *Joint Commission International*, suatu badan akreditasi dari Amerika Serikat, mulai tahun 2005 mengumpulkan pakar keselamatan pasien dari lebih 100 negara, dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi 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 (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*)
2. Pastikan Identifikasi Pasien
3. Komunikasi secara Benar saat Serah Terima/Pengoperan Pasien
4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar
5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*)
6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan
7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*)
8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai
9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

# **BAB III**

## **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 Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnyasakit 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 dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- 1). Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- 2). Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- 3). Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- 4). Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- 5). Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- 6). Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- 7). Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

## **Standar III. Keselamatan pasien 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 staff untuk mencapai keselamatan pasien**

**Standar :**

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

**Kriteria :**

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

## **BAB IV**

# **TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT**

Mengacu kepada standar keselamatan pasien pada bab III, maka rumah sakit harus mendesign (merancang) 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.

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. BANGUN KESADARAN AKAN NILAI KESELAMATAN PASIEN**

Ciptakan 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 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 gerakan 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 KKPRS - PERSI.

**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 KKPRS - PERSI
- 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 untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit.

Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan.

Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

**BAB V**  
**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 59<sup>th</sup> 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 yang diadopsi pada Sesi yang 59th *Regional Committee* untuk Asia Tenggara, yang 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 Negara-negara Anggota untuk melibatkan para pasien, asosiasi konsumen, para pekerja pelayanan kesehatan dan asosiasi profesional 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

# **BAB VI**

## **PELAKSANAAN KEGIATAN SECARA NASIONAL**

### **A. DI TINGKAT PUSAT**

#### **a. Departemen Kesehatan**

1. Menetapkan Kebijakan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Melakukan sosialisasi dan advokasi kebijakan dan program keselamatan pasien rumah sakit ke Departemen Dalam Negeri, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit Vertical
3. Bersama-sama dengan KKPRS dan KARS melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan dan program keselamatan pasien rumah sakit

#### **b. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit-PERSI**

1. Memberlakukan panduan dan menetapkan pedoman yang terkait dengan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Melakukan sosialisasi dan advokasi keselamatan pasien rumah sakit kepada pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota serta PERSI Daerah dan Rumah Sakit.
3. Bersama-sama dengan KARS melakukan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit.
4. Menyelenggarakan workshop, seminar, semiloka, lokakarya, lomba poster dan lain sebagainya yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit.
5. Bersama-sama dengan KARS melakukan audit keselamatan pasien rumah sakit
6. Mengembangkan laboratorium uji coba program keselamatan pasien rumah sakit
7. Mengembangkan rumah sakit model untuk rujukan rumah sakit lainnya dalam melaksanakan keselamatan pasien rumah sakit
8. Melakukan penelitian/kajian dan pengembangan program keselamatan pasien rumah sakit

9. Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Sentinel.
10. Bersama-sama dengan KARS melakukan evaluasi panduan, pedoman dan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
11. Secara berkala memberikan laporan kegiatan ke Departemen Kesehatan.

**c. Komisi Akreditasi Rumah Sakit**

1. Menyiapkan standar dan menetapkan kriteria keselamatan pasien rumah sakit.
2. Menetapkan instrumen akreditasi keselamatan pasien rumah sakit
3. Menilai penerapan standar KPRS melalui akreditasi rumah sakit
4. Bersama-sama dengan KKPRS melakukan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit
5. Bersama-sama dengan KKPRS melakukan audit keselamatan pasien rumah sakit
6. Bersama-sama dengan KKPRS melakukan evaluasi panduan, pedoman dan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
7. Memberikan laporan akreditasi keselamatan pasien ke Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik secara berkala.

**B. DI TINGKAT PROVINSI**

**a. Dinas Kesehatan Provinsi**

1. Melakukan advokasi dan sosialisasi program keselamatan pasien ke rumah sakit-rumah sakit di wilayahnya
2. Melakukan advokasi ke pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
3. Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
4. Mendorong rumah sakit di wilayahnya untuk akreditasi.

**b. PERSI Daerah**

1. Bersama-sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi melakukan advokasi program keselamatan pasien ke rumah sakit-rumah sakit di wilayahnya
2. Bersama-sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi melakukan advokasi ke pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit

3. Melakukan pembinaan & monitoring pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
4. Melakukan pembinaan paska akreditasi

### **C. DI TINGKAT KABUPATEN/KOTA**

#### **DINAS KESEHATAN KAB/KOTA**

1. Melakukan advokasi program keselamatan pasien ke rumah sakit-rumah sakit di kabupaten/kota
2. Melakukan advokasi ke pemerintah kabupaten/kota agar tersedianya dukungan anggaran terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit
3. Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit
4. Mendorong rumah sakit untuk mengikuti akreditasi rumah sakit

### **D. PETUNJUK PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT**

Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dapat dilakukan dengan berbagai cara, mulai dari suatu program sederhana sampai dengan program yang kompleks dan terintegrasi. Banyak pola yang dapat dipakai, rumah sakit dapat menentukan pola yang paling sesuai dengan kondisi rumah sakitnya.

Agar penerapan program keselamatan pasien dapat secara sistematis dan terarah maka dalam melaksanakan program diperlukan fase persiapan, fase pelaksanaan dan fase monitoring dan evaluasi.

Berikut ini diberikan sistematika langkah penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) sebagai berikut :

#### **I. FASE PERSIAPAN**

1. **Tetapkan Kebijakan dan Rencana Jangka Pendek KPRS dan Program Tahunan KPRS**

Pimpinan rumah sakit perlu menetapkan kebijakan, Rencana Jangka Pendek dan program tahunan KPRS. Dalam menetapkan kebijakan, rencana jangka pendek dan program disesuaikan dengan kondisi RS dan pemahaman konsep



KPPRS. Mengingat program keselamatan pasien sangat terkait dengan program mutu dan manajemen risiko klinis maka rumah sakit dapat memilih apakah program mutu, program KKPRS dan manajemen risiko merupakan program sendiri-sendiri, atau merupakan program bersama/ kombinasi.

2. **Tetapkan Unit Kerja yang bertanggung-jawab mengelola program KPRS**

- Penetapan unit kerja dan penanggung jawab program KPRS harus dibuat dengan Keputusan Pimpinan Rumah Sakit.
- Kedudukan unit kerja dalam struktur organisasi rumah sakit diserahkan pada kebijakan Pimpinan rumah sakit. Misalnya unit kerja dapat dibawah Komite Medis atau Pimpinan RS.

Uraian tugas unit kerja KPRS sebagai berikut :

- Mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit
- Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit
- Menjalankan peran dan melakukan : motivator, edukator, konsultasi, monitoring dan evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit
- Bersama-sama dengan bagian diklat RS melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
- Melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel.
- Memroses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS-PERSI
- Secara berkala membuat laporan kegiatan ke Pimpinan RS

3. **Pilih Penggerak (*Champion*) yang akan menjadi motor penggerak KPRS dan pelatihannya**

Pilih individu / beberapa individu yang akan menjadi motor gerakan KPRS. Beberapa kriteria yang dapat digunakan antara lain : aktif di unit yang bersangkutan, memiliki *leadership*, sering menjadi *problem solver*, sebaiknya memahami konsep mutu.

Konsep keselamatan pasien memiliki banyak aspek, sehingga penggerak yang telah mendapat pelatihan akan lebih mudah memulai, menggerakkan dan melaksanakan KPRS. Pelatihan dalam bentuk "Workshop Patient Safety dan Manajemen Risiko Klinis" telah diorganisir dan dilaksanakan setiap bulan oleh KKPRS sejak tahun 2007

#### 4. Buku Saku KPRS

Untuk tujuan sosialisasi KPRS, perlu dibuat suatu buku saku yang berisikan berbagai informasi penting dan ringkas tentang Keselamatan Pasien, dan dibagikan ke jajaran staf dan karyawan rumah sakit.

Isi buku dapat a.l. : Visi-Misi rumah sakit, Visi-Misi KKPRS, Organisasi KPRS, 7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Pelayanan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Instrumen Akreditasi Pelayanan Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Prinsip pelaporan insiden Keselamatan Pasien dan sebagainya.

## II. FASE PELAKSANAAN

### 1. Deklarasi Gerakan Moral Keselamatan Pasien

Suatu acara / upacara Deklarasi dimulainya pelaksanaan KPRS akan sangat membantu membangkitkan kesadaran (*awareness*) para staf dan karyawan rumah sakit akan KPRS, sekaligus memantapkan komitmen dari seluruh jajaran untuk menerapkan KPRS

### 2. Program 7 Langkah Keselamatan Pasien

Rumah Sakit, melalui usulan unit kerja KPRS, menetapkan prioritas program-program dalam 7 Langkah KPRS, yang akan dilaksanakan secara bertahap dengan urutan yang disepakati

### 3. Program Penerapan Standar Akreditasi Keselamatan Pasien

Akreditasi Pelayanan KPRS menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit untuk menilai rumah sakit dalam memenuhi standar pelayanan rumah sakit, termasuk di dalamnya parameter yang menilai pelayanan KPRS.

Dengan demikian pelaksanaan akreditasi rumah sakit minimal untuk 5 pelayanan (Administrasi & Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, dan Rekam Medis) sudah termasuk di

dalamnya penerapan Standar KPRS

4. **Program Keselamatan Pasien pada unit pelayanan tertentu sebagai model**

Rumah sakit dapat juga menerapkan terlebih dahulu suatu *"pilot project"* dengan menerapkan KPRS pada satu atau lebih unit pelayanan tertentu. Dengan pengalaman yang diperoleh unit tsb, maka unit-unit lain dapat belajar dari kegiatan penerapan KPRS di unit tertentu tsb.

5. **Program khusus**

Rumah sakit dapat juga memulai program khusus yang dijalankan tersendiri (tunggal), tidak perlu dalam konteks program yang kompleks.

Contoh program khusus dapat dipilih a.l. : program kebersihan tangan (*hand hygiene*), ronde keselamatan pasien, program DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan), program pelaporan insiden keselamatan pasien, program di bidang Farmasi (*medication*), program pelatihan KPRS dsb.

Pemilihan program ini harus tetap mengacu pada ketentuan dalam instrumen/parameter akreditasi rumah sakit.

6. **Forum Diskusi**

Forum diskusi dilaksanakan secara periodik 1 atau 2 bulan sekali dimaksudkan untuk mengumpulkan para penggerak, pelaksana lainnya serta peminat KPRS, untuk membahas perkembangan dan permasalahan KPRS dan solusi yang diperoleh, dengan tujuan untuk memonitor / menjaga kelangsungan program KPRS. Selain itu juga bertujuan menumbuhkan budaya KPRS.

### **III. FASE EVALUASI**

Monitoring dan evaluasi dilakukan melalui laporan formal unit kerja KPRS, masukan dari forum diskusi, masukan dari unit-unit melalui ronde keselamatan pasien dan sebagainya.

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara periodik sesuai dengan kebutuhan. Pada akhir tahun dibuat evaluasi menyeluruh yang dapat digunakan untuk memperbaiki program pelaksanaan KPRS dan untuk menilai kembali Rencana Jangka Pendek / Menengah, termasuk sasaran tahunan KPRS.

## **BAB VII**

### **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 – PERSI.
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.

#### **B. KKPRS-PERSI**

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 melalui PERSI Daerah
3. KKPRS membuat laporan tahunan kegiatan yang telah dilaksanakan ke Departemen Kesehatan melalui Ketua PERSI
4. KKPRS membuat *feedback* laporan ke rumah sakit-rumah sakit melalui PERSI Daerah.

#### **C. PERSI DAERAH**

Menyampaikan hasil analisis, solusi masalah dan feedback laporan yang diterima dari KKPRS kepada rumah sakit-rumah sakit di wilayahnya

## **BAB VIII**

### **MONITORING DAN EVALUASI**

#### **A. 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

#### **B. KARS**

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

#### **C. KKPRS-PERSI**

- KKPRS melakukan monitoring dan evaluasi pedoman-pedoman yang telah disusun paling lama setiap 2 tahun sekali.
- KKPRS melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang telah dilakukan oleh rumah sakit.

## **BAB IX PENUTUP**

Dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan di rumah 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.

**TIM PENYUSUN EDISI I  
BUKU PANDUAN NASIONAL KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT**

**Pengarah :**

1. DR. Dr Siti Fadillah Supari, Sp JPK (Menteri Kesehatan)
2. Dr. Faried W. Husain, SpB(K) (Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik)
3. Dr. Ratna Rosita, MPH (Direktur Bina Pelayanan Medik Spesialistik)

**Pelaksana :**

1. Dr. Adib A. Yahya, MARS (Ketua PERSI)
2. Dr. Boedihartono, MHA (Direktur Eksekutif Komisi Akreditasi Rumah Sakit/KARS)
3. Dr. Samsi Jacobalis, SpB (MAKERSI)
4. Dr. Nico A Lumenta, MM (Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
5. Dr. Robby Tandiar, SpRad (KARS)
6. Dr. H. Mgs. Johan T. Saleh, MSc (PERSI)
7. Dr. Luwiharsih, MSc (Departemen Kesehatan)
8. Dr. A. Samhari Baswedan, MPA (BD)
9. Dr. HM. Natsir Nugroho, SpOG, MKes (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
10. Dr. Kusno Martoatmodjo, SpA, MM (KARS)
11. Dr. Muki Reksoprodjo, SpOG (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
12. Dr. Wasista Budiwaluyo, MHA (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
13. DR. Dr. Sutoto, MKes (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
14. Dr. Marius Widjajarta, SE (Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan)
15. Dr. Iwan Dwiprahasto, M.Med.Sc, PhD (PPMK UGM)
16. DR. Rokiah K, SKM, MHA (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
17. Dr. Robert Imam Sutedja (PERSI)
18. DR. Dr. Herkutanto, SpF, SH (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
19. Dr. Grace Frelita, MM (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)

20. Dr. Alex Papilaya, DTPH (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit )
21. DR. Dr. Ingerani, S.P, SKM (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
22. Drg. H. Edi Sumarwanto, MM (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit )
23. Dr. Achmad Benyamin, MARS
24. Dra. Amatyah (KARS)
25. Rasmanawati, S.Kp (Departemen Kesehatan)
26. Dr. Endang Widyaswati, M.Kes (Departemen Kesehatan)
27. Dr. Ikka Trisia (Departemen Kesehatan)
28. Drg. Sri Saptarini, MARS (Departemen Kesehatan)
29. Drg. Titi Aryati, MKes (Departemen Kesehatan)
30. Drg. Luki Hartati, (Departemen Kesehatan)



Lampiran 2

**TIM PENYUSUN EDISI II  
BUKU PANDUAN NASIONAL KESELAMATAN PASIEN  
RUMAH SAKIT**

**Tim Pengarah :**

Dr. Adib A. Yahya, MARS

Dr. Boedihartono, MHA

**Tim Editor :**

1. Dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM (Ketua)
2. Dr. Arjaty W. Daud, MARS
3. Dr. Mgs. Johan T. Saleh, MSc
4. Dr. Koesno Martoatmodjo, SpA, MM
5. Dr. Luwiharsih, MSc
6. Dr. Muki Reksoprodjo, SpOG
7. Dr. HM. Natsir Nugroho, SpOG, M.Kes
8. Dr. Robby Tandiar SpRad
9. DR. Rokiah Kusumapradja, SKM, MHA
10. Dr. Samhari Baswedan
11. DR. Dr. Sutoto, M.Kes

## FORMULIR LAPORAN INSIDEN INTERNAL di RS

Rumah Sakit .....

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

### LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)

#### I. DATA PASIEN

Nama : .....  
No MR : ..... Ruang : .....  
Umur \* :  0-1 bulan  > 1 bulan – 1 tahun  
 > 1 tahun – 5 tahun  > 5 tahun – 15 tahun  
 > 15 tahun – 30 tahun  > 30 tahun – 65 tahun  
 > 65 tahun  
Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan  
Penanggung biaya pasien :  
 Pribadi  Asuransi Swasta  
 ASKES Pemerintah  Perusahaan\*  
 JAMKESMAS  
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*)

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
  - Anastesi dan Subspesialisasinya
  - Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
  - Jantung dan Subspesialisasinya
  - Paru dan Subspesialisasinya
  - Jiwa dan Subspesialisasinya
- Lokasi kejadian ..... (sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

- Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :

- Kematian
- Cedera Irreversibel / Cedera Berat
- Cedera Reversibel / Cedera Sedang

- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

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

.....  
 .....

13. Tindakan dilakukan oleh\* :

- Tim : terdiri dari : .....
- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya .....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?\*

- Ya  Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....  
 .....

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

Grading Risiko Kejadian\* (Diisi oleh atasan pelapor) :

- BIRU  HIJAU  KUNING  MERAH

NB. \* = pilih satu jawaban.



KOMITE KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN  
KKP-RS  
*(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 (KKP-RS).

KODE RS : .....

I. DATA RUMAH SAKIT:

Kepemilikan Rumah Sakit :

- Pemerintah Pusat
- Pemerintah Daerah (Provinsi / Kab / Kota)
- TNI / POLRI
- Swasta
- BUMN / BUMD

Jenis RS :

- RS Umum
- RS Khusus
  - RSIA
  - RS Paru
  - RS Mata
  - RS Orthopedi

- RS Jantung
- RS Jiwa
- RS Kusta
- RS Khusus lainnya .....

**Kelas RS**

- A
- B
- C
- D

Untuk RS Swasta menyesuaikan misal RS Pratama setara dengan RS kelas D, RS Madya setara dengan RS Kelas C dst.

Kapasitas tempat tidur : ..... tempat tidur

Propinsi (lokasi RS) : .....

Tanggal Laporan Insiden di kirim ke KKP-RS : .....

**II. DATA PASIEN**

- Umur \*** :  0-1 bulan  > 1 bulan – 1 tahun  
 > 1 tahun – 5 tahun  > 5 tahun – 15 tahun  
 > 15 tahun – 30 tahun  > 30 tahun – 65 tahun  
 > 65 tahun

**Jenis kelamin** :  Laki-laki  Perempuan

- Penanggung biaya pasien :**
- Pribadi  Asuransi Swasta
  - ASKES Pemerintah  Perusahaan\*
  - JAMKESMAS

**Tanggal Masuk RS** : ..... Jam .....

**III. RINCIAN KEJADIAN**

**1. Tanggal dan Waktu Insiden**

Tanggal : ..... Jam .....

**2. Insiden** : .....

**3. Kronologis Insiden**

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

**4. Jenis Insiden\* :**

- Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)

- Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*
- Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
  - Pasien
  - Keluarga / Pendamping pasien
  - Pengunjung
  - Lain-lain ..... (sebutkan)
6. Insiden terjadi pada\* :
- Pasien
  - Lain-lain ..... (sebutkan)
- Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.
7. Insiden menyangkut pasien :
- Pasien rawat inap
  - Pasien rawat jalan
  - Pasien UGD
  - Lain-lain ..... (sebutkan)
8. Tempat Insiden
- Lokasi kejadian ..... (sebutkan)
- (Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)
- Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
  - Anak dan Subspesialisasinya
  - Bedah dan Subspesialisasinya
  - Obstetri 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)
10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
- Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)
11. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :
- Kematian
  - Cedera Irreversibel / Cedera Berat

- Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

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

.....

.....

.....

13. Tindakan dilakukan oleh\* :

- Tim : terdiri dari : .....
- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya : .....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?\*

- Ya  Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....

.....

**IV. TIPE INSIDEN**

Tipe Insiden : .....

Sub Tipe Insiden : .....

**V. ANALISA PENYEBAB INSIDEN**

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

- a. Faktor Eksternal / di luar RS
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas & Kinerja
- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate / Immediate Cause*)

.....

.....



.....  
.....  
2. Akar penyebab masalah (*underlying* → *root cause*)  
.....  
.....  
.....

3. Rekomendasi / Solusi

No.	Akar Masalah	Rekomendasi / Solusi

NB. \* = pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.

Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

## GLOSARIUM KKP-RS



Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
PERSI

### Glosarium

No	Istilah	Definisi / Penjelasan
1	<b>Keselamatan Pasien Rumah Sakit</b> ( <i>Patient safety</i> )	Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
2	<b>Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)</b> ( <i>Adverse event</i> )	Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.
3	<b>KTD yang tidak dapat dicegah</b> ( <i>Unpreventable adverse event</i> )	Suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang mutakhir.

4	<b>Kejadian Nyaris Cedera (KNC)</b> <i>(Near miss)</i>	Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan ( <i>commission</i> ) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil ( <i>omission</i> ), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena "keberuntungan" (mis., pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena "pencegahan" (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau "peringanan" (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).
5	<b>Kesalahan Medis</b> <i>(Medical errors)</i>	Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Dapat akibat melaksanakan suatu tindakan ( <i>commission</i> ) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil ( <i>omission</i> ).
6	<b>Insiden Keselamatan Pasien</b> <i>(Patient Safety Incident)</i>	Setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.
7	<b>Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit</b>	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.
8	<b>Analisis Akar Masalah</b> <i>(Root Cause Analysis)</i>	Suatu proses terstruktur untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.
9	<b>Manajemen Risiko</b> <i>(Risk Management)</i>	Dalam hubungannya dengan operasional rumah sakit, istilah manajemen risiko dikaitkan kepada aktivitas perlindungan diri yang berarti mencegah

		ancaman yang nyata atau berpotensi nyata terhadap kerugian keuangan akibat kecelakaan, cedera atau malpraktik medis.
10	<b>Kejadian Sentinel</b> <i>(Sentinel Event)</i>	Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (mis. Amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pecarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

**INSTRUMEN AKREDITASI  
PELAYANAN KESELAMATAN  
PASIHEN RUMAH SAKIT**



**KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT  
(KARS - 2006)**

**Instrumen Akreditasi Pelayanan Keselamatan Pasien  
Rumah Sakit dan Penjelasan DPJP  
(Komisi Akreditasi Rumah Sakit – KARS)**

Parameter Pelayanan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dimasukkan dalam Instrumen Akreditasi Pelayanan Medis dan Instrumen Akreditasi Administrasi dan Manajemen :

No	Standar & Parameter Yan KPRS	Pelayanan	Standar & Parameter
1	S1.P1	MEDIS	S3.P4
2	S1.P2	MEDIS	S3.P5
3	S2.P1	ADM & MAN	S5.P4
4	S3.P1	ADM & MAN	S5.P5
5	S4.P1	MEDIS	S7.P4
6	S5.P1	ADM & MAN	S2.P4
7	S5.P2	ADM & MAN	S7.P3
8	S6.P1	ADM & MAN	S6.P2
9	S7.P1	ADM & MAN	S7.P4

➤ INSTRUMEN AKREDITASI PELAYANAN MEDIS :

S.3.P.4. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan dan ada rencana pelayanan.

Skor :

- 0 = Tidak ada ketentuan dan rencana pelayanan
- 1 = Ada ketentuan , belum ada rencana pelayanan.
- 2 = Ada dokter penanggung jawab, belum ada rencana pelayanan.
- 3 = Ada dokter penanggung jawab, ada rencana pelayanan tidak lengkap.
- 4 = Ada dokter penanggung jawab, ada rencana pelayanan lengkap belum ada evaluasi.
- 5 = Ada dokter penanggung jawab. Ada rencana pelayanan lengkap, ada evaluasi.

- D.O. =
1. Yang dimaksud dengan ketentuan adalah kebijakan yang ditetapkan dengan SK Direktur. Dalam ketentuan ini dimuat : kebijakan bahwa Kelompok Staf Medis Fungsional (SMF) diberi wewenang menetapkan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), kebijakan tentang pola DPJP pada rawat bersama.
  2. Seorang DPJP adalah dokter yang bertugas mengelola rangkaian asuhan medis ("paket") seorang pasien a.l.: pemeriksaan medis untuk penegakan diagnosis, merencanakan & memberi terapi, melakukan tindak-lanjut / follow-up, s/d rehabilitasi. Melakukan konsultasi sesuai kebutuhan, baik hanya untuk pendapat atau rawat bersama.
  3. Dalam hal rawat bersama cakupan pelayanan seorang DPJP adalah sesuai dengan bidang/keahlian/kompetensinya, misalnya DPJP mengelola seorang pasien penyakit dalam, bila pasien tsb dikonsulkan untuk masalah penyakit di bidang bedah maka ada DPJP lain yang mengelola asuhan bedah bagi pasien tsb. Pola operasional ini yang ditentukan Komite Medis, termasuk DPJP Utama sebagai koordinator pada seorang pasien, harus didukung oleh SOP.
  4. Rencana pelayanan harus dimuat dalam berkas rekam medis. Yang dimaksud dengan rencana pelayanan lengkap adalah memuat segala aspek pelayanan yang akan diberikan, termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien, dsb.

C.P. : D= SK Direktur, Penugasan DPJP oleh Ketua SMF ybs, SOP Pola operasional DPJP, Berkas Rekam Medis.

O = -

W = DPJP

Skor

Catatan/ Keterangan

S.3.P.5. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk terjadinya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan.

Skor :

0 = Tidak ada ketentuan tertulis

1 = Ada ketentuan tertulis tidak ada bukti pelaksanaan.

2 = Ada ketentuan tertulis, hanya sebagian terlaksana.

3 = Ada ketentuan tertulis, terlaksana bukan oleh DPJP.

4 = Ada ketentuan tertulis, terlaksana sepenuhnya oleh DPJP.

5 = Ada ketentuan tertulis, terlaksana sepenuhnya oleh DPJP, sudah dievaluasi oleh Sub Komite/Panitia Rekam Medis.

D.O. : Bukti pelaksanaan terutama di berkas Rekam Medis, selain formulir *Informed Consent*.



C.P. : D = SOP Pelayanan Pasien, Berkas Rekam Medis.

O = -

W = DPJP

Skor

Catatan/ Keterangan

S.7.P.4. Diterapkan metoda dan tata laksana agar rumah sakit mampu melakukan evaluasi, analisis, dan tindak lanjut dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien.

Skor :

0 = Tidak ada metoda dan tata laksana.

1 = Ada metoda tetapi tidak ada tata laksana dan belum dilaksanakan.

2 = Ada metoda dan tata laksana tetapi belum dilaksanakan.

3 = Ada metoda dan tata laksana dan sudah dilaksanakan di unit kerja tertentu.

4 = Ada metoda dan tata laksana dan sudah dilaksanakan di semua unit kerja tertentu.

5 = Ada metoda dan tata laksana dan sudah dilaksanakan disertai dengan adanya evaluasi analisis dan tindak lanjut.

D.O. : 1. Yang dimaksud dengan "metoda" adalah cara merancang monitoring dan analisis data KTD dari pasien. Dalam metoda ini termasuk memonitor dan menganalisis paling sedikit 1 (satu) proses pelayanan risiko tinggi yang potensial terjadi dalam tahun mendatang, dikenal dengan *Failure Modes & Effects and Analysis (FMEA)*.

2. Yang dimaksud dengan “tata laksana” adalah pengorganisasian pengumpulan, pengolahan, analisis, pelaporan data yang terkait dengan kejadian tidak diharapkan (KTD).

C.P.: D = Kerangka acuan dari metode, keputusan tentang pengumpulan/ pengolahan data, hasil analisis.

O = -

W = Pengelola program keselamatan pasien.

Skor

Catatan/Keterangan

➤ Instrumen Akreditasi Administrasi dan Manajemen :

S.2.P.4. Direktur rumah sakit menetapkan unit kerja dan penanggung jawab untuk mengelola program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

Skor :

- 0 = Tidak ada unit kerja dan penanggung jawab mengelola program KPRS.
- 1 = Tidak ada unit kerja akan tetapi ada penanggung jawab mengelola program KPRS.
- 2 = Ada unit kerja akan tetapi tidak ada penanggung jawab mengelola program KPRS.
- 3 = Ada unit kerja dan penanggung jawab mengelola program KPRS akan tetapi belum ada program aksi KPRS.
- 4 = Ada unit kerja dan penanggung jawab mengelola program KPRS; Sudah ada program aksi KPRS.

5 = Ada unit kerja dan penanggung jawab mengelola program KPRS; Sudah ada program aksi KPRS disertai adanya evaluasi program dan tindak lanjutnya.

D.O. : Penetapan unit kerja dan penanggung jawab program KPRS harus dibuat dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit. Kedudukan unit kerja dalam struktur organisasi rumah sakit diserahkan pada kebijaksanaan Direktur Rumah Sakit misalnya unit kerja dapat berada dibawah Komite Medis, dibawah direktur langsung atau ditempat lain. Program aksi KPRS harus dibuat dengan kerangka acuan jelas. Format kerangka acuan (TOR) mengacu pada penjelasan D.O. S.1.P1, Standar 1, Falsafah dan Tujuan dari Standar Pelayanan ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN.

C.P. : D = Keputusan tentang pembentukan unit kerja dan penanggung jawab program, kerangka acuan program, dokumen evaluasi dan tindak lanjutnya.

O = -

W = -

Skor

Catatan/ Keterangan

S.5.P.4. Ditetapkan bahwa Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) wajib memberi pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit.

Skor :

0 = Tidak ada kebijakan.

1 = Ada kebijakan tidak tertulis dan sudah dilaksanakan.

- 2 = Ada kebijakan tertulis akan tetapi belum dilaksanakan.
- 3 = Ada kebijakan tertulis lengkap akan tetapi belum dilaksanakan.
- 4 = Ada kebijakan tertulis lengkap dan sudah dilaksanakan.
- 5 = Ada kebijakan tertulis lengkap, sudah dilaksanakan disertai adanya evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan dan tindak lanjutnya.

- D.O. :**
- a. Yang dimaksud dengan kebijakan tertulis adalah jika ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.
  - b. Yang dimaksud dengan kebijakan lengkap adalah jika kebijakan memuat:
    - 1. keharusan DPJP bertanggung jawab dalam memberikan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya.
    - 2. rumah sakit menyediakan pendidikan kepada pasien tentang kewajibannya.
    - 3. hal-hal yang menjadi kewajiban pasien adalah :
      - 3.1. memberi informasi yang benar, jelas dan jujur.
      - 3.2. mengetahui kewajibannya dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
      - 3.3. mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
      - 3.4. memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
      - 3.5. mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
      - 3.6. memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
      - 3.7. memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
    - 4. pendidikan kepada pasien/keluarganya diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan kemudian SPJP mencatat dalam berkas rekam medis bahwa SPJP sudah memberi penjelasan.
    - 5. catatan dalam berkas rekam medis merupakan bukti tentang kewajiban SPJP memberi pendidikan.
    - 6. yang dimaksud dengan evaluasi adalah pemeriksaan berkas rekam medis secara acak tentang pelaksanaan pendidikan kepada pasien.

C.P. : D = SK Direktur, SOP, berkas rekam medis, hasil pemeriksaan rekam medis secara acak.

O = -

W = Pengawas ruangan rawat inap.

Skor

Catatan/Keterangan

S.5.P.5. Ditetapkan koordinasi pelayanan dan transfer informasi antar profesi kesehatan untuk mendukung program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).

Skor :

- 0 = Tidak ada koordinasi pelayanan dan transfer informasi.
- 1 = Tidak ada koordinasi, ada transfer informasi terbatas di unit kerja tertentu.
- 2 = Ada koordinasi akan tetapi tidak ada transfer informasi.
- 3 = Ada koordinasi dan transfer informasi di unit kerja tertentu.
- 4 = Ada koordinasi dan transfer informasi di semua unit kerja.
- 5 = Ada koordinasi dan transfer informasi di semua unit kerja disertai adanya evaluasi terhadap pelaksanaan koordinasi dan transfer informasi.

D.O. : Yang dimaksud dengan KPRS adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assessment risiko, identitas dan pengelolaan hal-hal yang berhubungan dengan risiko pasien,

pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Yang dimaksud dengan "transfer informasi" adalah komunikasi tertulis memuat proses pelayanan pasien yang dilakukan antar penanggung jawab pelayanan dan antar profesi kesehatan.

Yang dimaksud dengan "koordinasi" adalah pengaturan tentang bagaimana hubungan fungsional antar penanggung jawab pelayanan diatur dalam kaitannya dengan pelaksanaan program keselamatan pasien. Termasuk dalam pengaturan "koordinasi" ini adalah fungsi dan tanggung jawab profesi kesehatan agar terjadi kesinambungan pelayanan untuk mendukung program keselamatan pasien. Pengaturan "koordinasi" ini harus ditetapkan dalam bentuk Petunjuk Pelaksanaan (JUKLAK), SPO (SOP) dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit.

Yang dimaksud dengan "evaluasi" adalah identifikasi masalah atau kelemahan pelaksanaan koordinasi di lingkungan unit kerja atau dilingkungan rumah sakit.

C.P. : D = SK Direktur tentang koordinasi, bentuk transfer informasi, Juklak, SOP

O = -

W = Pengawas ruangan rawat inap.

Skor

Catatan/ Keterangan

S.6.P.2. Unit kerja pendidikan dan pelatihan (Diklat) menyelenggarakan pelatihan berkala dengan topik khusus "Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)".

Skor :

- 0 = Tidak ada unit kerja Diklat dan tidak ada program pelatihan KPRS.
- 1 = Tidak ada unit kerja Diklat; Ada program pelatihan tidak lengkap dan dilaksanakan tidak teratur.
- 2 = Ada unit kerja Diklat; Ada program pelatihan tidak lengkap dan dilaksanakan tidak teratur.
- 3 = Ada unit kerja Diklat; Ada program pelatihan lengkap dan tetapi dilaksanakan tidak teratur.
- 4 = Ada unit kerja Diklat; Ada program pelatihan lengkap dan dilaksanakan teratur.
- 5 = Ada unit kerja Diklat; Ada program pelatihan lengkap dan dilaksanakan teratur disertai adanya evaluasi terhadap isi program pelatihan.

D.O. : Yang dimaksud dengan program lengkap adalah :

1. ada kerangka acuan program.
2. pelatihan mencakup pegawai baru (masa orientasi) dan pegawai lama.
3. dalam pelatihan diadakan simulasi kepemimpinan dan kerjasama tim (*team work building*) melaksanakan program keselamatan pasien. Yang dimaksud dengan "teratur" adalah jika pelatihan diadakan dengan jadwal tertentu sepanjang tahun (setiap triwulan, semester, setiap tahun). Yang dimaksud dengan "unit kerja Diklat" adalah satuan kerja dalam struktur organisasi rumah sakit dengan tugas dan fungsi mengelola pendidikan dan pelatihan bagi pegawai di rumah sakit atau pelatihan diluar rumah sakit.

C.P. : D = Struktur organisasi RS, kerangka acuan pelatihan, jadwal, peserta pelatihan, laporan pelaksanaan pelatihan.

O = -

W = Pengelola program KPRS, Kepala unit kerja Diklat.

Skor

Catatan/ Keterangan

S.7.P.3. Ditetapkan sistem pencatatan, pengumpulan, pelaporan data kejadian tidak diharapkan (KTD).

Skor :

- 0 = Tidak ada sistem.
- 1 = Ada sistem akan tetapi belum dilaksanakan.
- 2 = Ada sistem yang berlaku di unit kerja tertentu akan tetapi belum dilaksanakan.
- 3 = Ada sistem yang berlaku di seluruh unit kerja akan tetapi belum dilaksanakan.
- 4 = Ada sistem yang berlaku di seluruh unit kerja dan sudah dilaksanakan.
- 5 = Ada sistem yang berlaku di seluruh unit kerja dan sudah dilaksanakan disertai adanya evaluasi dan analisis dari data KTD.

D.O. : Yang diartikan dengan kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

Yang dimaksud dengan sistem disini adalah pengorganisasian, mekanisme kerja, prosedur dalam kaitannya dengan program keselamatan pasien, termasuk orang-orang yang ditunjuk untuk keperluan dan bertanggung jawab melaksanakan sesuai alur pelaporan yang ditetapkan.



Unit kerja yang dimaksud disini dapat berarti pula unit kerja dibawah pengelola program keselamatan pasien atau mungkin juga perlu dibuat diluar pengelola program keselamatan pasien. Pemilihan ini diserahkan kepada pimpinan rumah sakit sesuai dengan lingkungan kerja yang ada. Dalam sistem ini harus diatur bagaimana melaksanakan pelaporan yang diminta oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PERSI) dengan judul LAPORAN INSIDEN (*Incident Report*).

C.P. : D = Ketetapan Direktur Rumah Sakit tentang sistem pencatatan dan pelaporan KTD. Dokumen laporan KTD.

O = -

W = Pengelola program keselamatan pasien rumah sakit.

Skor

Catatan/ Keterangan

S.7.P.4. Tersedia informasi tentang hasil analisis masalah kejadian "Kejadian Nyaris Cedera" atau (*Near Miss*) dan "Kejadian Sentinel" atau (*Sentinel Event*).

Skor :

- 0 = Tidak tersedia informasi dan hasil analisis tentang "Kejadian Nyaris Cedera" dan "Kejadian Sentinel".
- 1 = Tidak tersedia informasi dan hasil analisis tentang "Kejadian Nyaris Cedera"; Terdapat informasi tentang "Kejadian Sentinel" tanpa disertai analisis.
- 2 = Tidak tersedia informasi dan analisis tentang "Kejadian Nyaris Cedera"; Terdapat informasi dan analisis tentang "Kejadian Sentinel".
- 3 = Tersedia informasi dan analisis tentang "Kejadian Nyaris Cedera"; Terdapat informasi tentang "Kejadian Sentinel" tanpa disertai analisisnya.

- 4 = Tersedia informasi dan analisisnya tentang “Kejadian Nyaris Cedera” dan “Kejadian Sentinel”.
- 5 = Tersedia informasi dan analisisnya tentang “Kejadian Nyaris Cedera” dan “Kejadian Sentinel”; Hasil analisis telah diinformasikan ke semua unit kerja terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit.

D.O. : Yang dimaksud dengan “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena faktor “keberuntungan” (misalnya pasien terima obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat, karena ada upaya “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis letal akan diberikan, beruntung staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis letal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidote-nya).

Yang dimaksud dengan “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “Sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya amputasi pada kaki yang salah) dan lain sebagainya., sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada tatanan kebijakan dan prosedur yang berlaku.

Tujuan penyebaran informasi adalah untuk pembelajaran dan diharapkan berguna untuk melakukan perubahan atau koreksi terhadap sistem, kebijakan atau SOP dari pelayanan.

Kewajiban untuk melakukan analisis dan penyebaran informasi tentang “Kejadian Nyaris Cedera” dan “Kejadian Sentinel” ada pada unit kerja yang dibentuk di rumah sakit untuk mengelola program keselamatan pasien seperti pada Parameter S.2.P.4, Standar Pelayanan ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN.

C.P. : D = Hasil analisis dan penyebarannya

O = -

W = Pengelola program KPRS.

Skor

Catatan/ Keterangan

# **PENJELASAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN (DPJP)**

## **1. Pengertian**

DPJP adalah seorang dokter yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien.

## **2. Tugas**

- a. DPJP bertugas mengelola rangkaian asuhan medis (“paket”) seorang pasien sesuai standar pelayanan medis / profesi a.l.: anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang medis / pemeriksaan lain, untuk penegakan diagnosis, selanjutnya perencanaan & pemberian terapi, pelaksanaan tindakan lanjut / follow-up / evaluasi asuhan medis, s/d rehabilitasi.

Selain itu melakukan konsultasi sesuai kebutuhan / indikasi, baik untuk pendapat atau rawat bersama.

- b. DPJP harus membuat rencana pelayanan, dimuat dalam berkas rekam medis. Rencana pelayanan lengkap adalah memuat segala aspek asuhan medis yang akan diberikan, termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien, dsb.
- c. DPJP wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk terjadinya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan.
- d. DPJP wajib memberi pendidikan / edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit dan bila diperlukan dibantu oleh staff dokter / perawat / staf administrasi. Perihal bantuan ini harus diatur dalam pola operasional DPJP oleh Komite Medis (lihat butir 3.2). Hal-hal yang menjadi kewajiban pasien adalah :

2.4.1 memberi informasi yang benar, jelas dan jujur.

- 2.4.2 mengetahui kewajibannya dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- 2.4.3 mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- 2.4.4. memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- 2.4.4 mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- 2.4.6 memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- 2.4.7 memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Pendidikan kepada pasien/keluarganya diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan kemudian DPJP mencatat dalam berkas rekam medis bahwa DPJP sudah memberi penjelasan.

### 3 Pengaturan

- 3.1 Kebijakan DPJP ditetapkan dengan SK Direktur : tentang DPJP, tentang wewenang Komite Medis dalam pengaturan DPJP, dsb.
- 3.2 Pola operasional DPJP ditetapkan oleh Komite Medis : tentang pengaturan DPJP internal dalam K.SMF, pengaturan DPJP Utama, tentang ruang lingkup DPJP, tentang kepada siapa DPJP bertanggung jawab, dan pengaturan lain yang diperlukan.

### 4 Operasional

- 4.1 Dalam hal rawat bersama cakupan pelayanan seorang DPJP adalah sesuai dengan bidang/keahlian/kompetensinya, misalnya seorang DPJP mengelola seorang pasien penyakit dalam, bila pasien tsb dikonsulkan untuk masalah penyakit di bidang bedah maka seorang DPJP lain yang akan mengelola asuhan bedah bagi pasien tsb.
- 4.2 Bila pasien dikelola oleh lebih dari satu DPJP, maka ditentukan DPJP Utama sebagai koordinator.



**Pengurus Pusat  
Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia**

- MENIMBANG** :
- a. Bahwa Keselamatan Pasien Rumah Sakit merupakan kewajiban moral bagi seluruh pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit.
  - b. Bahwa sebagai tindak lanjut terbentuknya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh PERSI dan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan, KKP RS bersama KARS telah menyusun Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
  - c. Bahwa pemberlakuan "Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit" bagi rumah sakit-rumah sakit di Indonesia perlu disahkan dengan Keputusan Pengurus Pusat PERSI.
- MENINGAT** :
- 1. Undang undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.
  - 2. Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
  - 3. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga PERSI.
- MEMPERHATIKAN** :
- Pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit oleh Menteri Kesehatan RI pada tanggal 21 Agustus 2005 di Jakarta.

## MEMUTUSKAN

### MENETAPKAN :

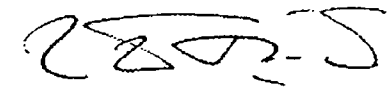
- Pertama : Memberlakukan bagi rumah sakit Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Kedua : Hal yang bertalian dengan ketentuan pada diktum pertama di atas adalah seperti yang tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- Ketiga : Panduan ini merupakan acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit.
- Keempat : Hal lain yang belum di atur dalam surat keputusan ini akan di atur kemudian secara tersendiri.
- Kelima : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan : di Jakarta  
Pada Tanggal : 28 Nopember 2007

Pengurus Pusat  
Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia



Dr. Adib A. Yahya, MARS  
Ketua Umum



Dr. M. Natsir Nugroho, SpOG, MKes  
Sekretaris Jenderal

## **Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

- **Visi :**  
Meningkatnya keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit.
- **Misi :**
  - Mengangkat secara nasional fokus keselamatan pasien.
  - Mendorong terbentuknya kepemimpinan dan budaya rumah sakit yang mencakup keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan.
  - Mengembangkan standar dan pedoman keselamatan pasien berbasis riset dan pengetahuan.
  - Bekerja sama dengan berbagai lembaga yang bertujuan meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit.
- **Tugas Pokok :**  
Mendorong dan membina gerakan keselamatan pasien diseluruh sarana pelayanan kesehatan di Indonesia.
- **Susunan KKPRS :**
  - PELINDUNG  
Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI
  - PENASEHAT  
Ketua Umum PERSI PUSAT  
Ketua MAKERSI PUSAT  
Direktur Eksekutif KARS (Komisi Akreditasi RS)
  - PENGURUS  
Ketua merangkap Anggota : Dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM  
Wakil Ketua I merangkap Anggota : Dr. Mgs. Johan T. Saleh, MSc  
Wakil Ketua II merangkap Anggota : Dr. Boedihartono, MHA  
Sekretaris I merangkap Anggota : DR. Rokiah Kusumapradja, SKM, MHA  
Sekretaris II merangkap Anggota : Dr. Luwiharsih, MSc



#### **Bidang Kajian Keselamatan Pasien (I)**

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Alex Papilaya, DTPH  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : DR. Dr. Herkutanto, SpF, SH, Faclm  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Wasista Budiwaluyo, MHA  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Prof. DR. Wila Chandrawila S, SH  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Arjaty W. Daud, MARS

#### **Bidang Komunikasi Keselamatan Pasien (II)**

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Muki Reksoprodjo, SpOG  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Grace Frelita, MM  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. HM. Natsir Nugroho, SpOG, M.Kes

#### **Bidang Pendidikan dan Pelatihan (III)**

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Robby Tandiar SpRad  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : DR. Dr. Sutoto, M.Kes  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. May Hizrani, MARS  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Dr. Andry, MM

#### **Bidang Pelaporan Insiden dan Pembelajaran (IV)**

Koordinator merangkap Anggota : Dr. Arjaty W. Daud, MARS  
Wakil Koordinator merangkap Anggota : Prof Dr. Budi Sampurna, SpF, SH  
Anggota : Dr Zainal Abidin  
: Dr. Samhari Baswedan,  
: Dr. Mus Aida, MARS  
: Dr. Tri Hesty Widyastoeti, SpM  
: Dr. Sri Handono, MPH

#### **Anggota :**

1. Dr. Adib A. Yahya, MARS
2. Dr. Samsi Jacobalis, SpB
3. Dr. Farid Husain, SpB(K)
4. Dr. G. Pandu Setiawan, SpKJ
5. Prof. Dr. Iwan Dwiprahasto, M.Med.Sc, PhD

6. Dr. Hermansyur Kartowisastro, SpBD
7. Dr. H.A. Sanoesi Tambunan, SpPD,KR
8. Dr. Koesno Martoatmodjo, SpA, MM
9. Dr. Marius Widjajarta, SE
10. Dr. Hanna Permana Subanegara, MARS
11. Dr. Buddy HW Utoyo, MARS
12. Dr. Robert Imam Sutedja
13. H.M. Ali Taher Parasong, SH, MHum
14. Prof. Dr. Tjandra Y. Aditama, SpP(K), MARS
15. Dr. Guntur Bambang Hamurwono, SpM
16. Dr. Untung S. Suseno, M.Kes
17. Prof. Dr. Budi Sampurna, SpF, SH
18. Johanna Kawonal, SMIP, CV.RN
19. Laurensia Lawintono, MSc
20. Drg.H.Edi Sumarwanto, MM
21. DR.Dr.Ingerani Sujana Prawira, SKM
22. Dr. Ratna Rosita, MPHM
23. Dr. Saidi
24. Rumondang Panjaitan SKp, MKes