

**LAPORAN SOSIALISASI SOP DAN
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN
PASIEN RSGM USK
2025**

**RUMAH SAKIT GIGI MULUT
UNIVERSITAS SYIAH KUALA**

Jl. Prof.A.Madjid Ibrahim I No. 5 Kota Banda Aceh (23231) Telp: (0651) 635962

Laman: www.rsgm.unsyiah.ac.id, Surel: rsgm@unsyiah.ac.id

DOKUMENTASI KEGIATAN



Gambar 1. Pembukaan Kegiatan Sosialisasi SOP dan Pelaporan insiden keselamatan pasien



Gambar 2. Pemaparan Materi Sosialisasi



INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
RSGM USK

Ruang Lingkup

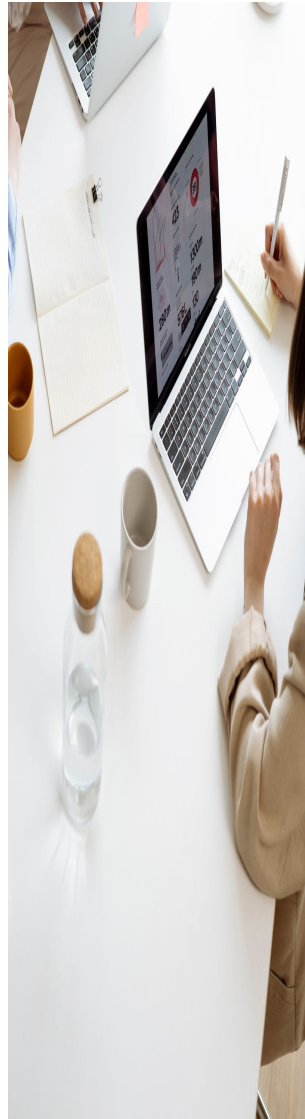


01	Definisi
02	Jenis
03	Struktur Subkomite PMKP
04	SOP
05	Alur Pelaporan
06	Contoh
07	Form Pelaporan Insiden



IKP

Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian tidak disengaja dan tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, akibat pelayanan kesehatan, bukan karena penyakit dasar pasien.



Tujuan Pelaporan IKP:

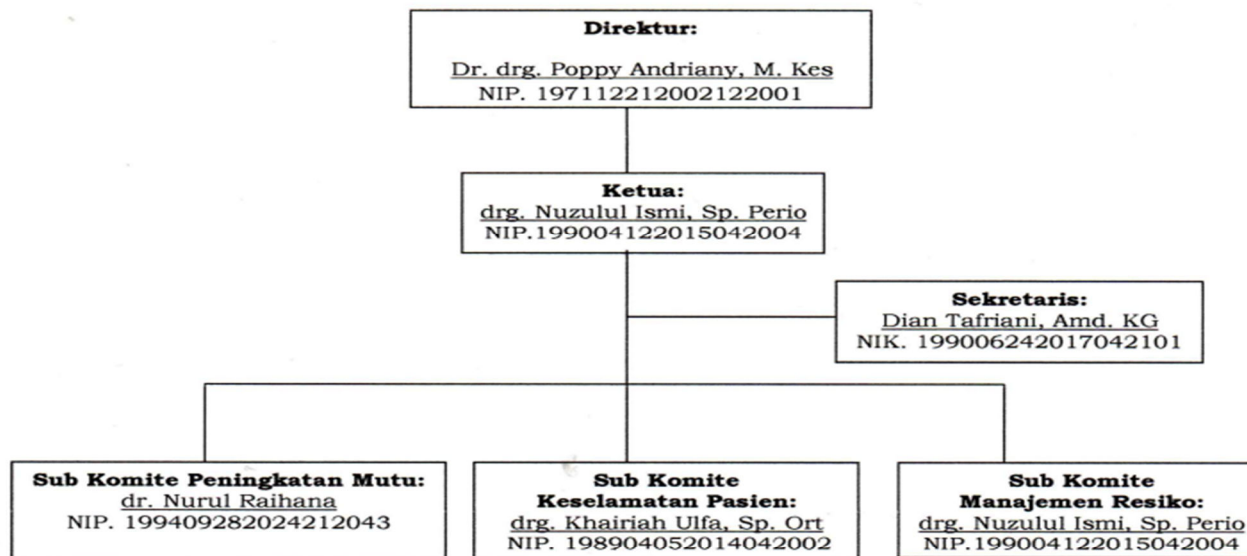
- Mengidentifikasi risiko pelayanan
- Mencegah kejadian berulang
- Meningkatkan mutu & keselamatan pelayanan
- Membangun budaya keselamatan pasien
- Sebagai dasar perbaikan sistem

JENIS

KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)	Kejadian Tidak Diharapkan yang menimbulkan cedera
KNC (Kejadian Nyaris Cedera)	Nyaris terjadi cedera tetapi berhasil dicegah
KTC (Kejadian Tidak Cedera)	Insiden terjadi tetapi tidak menimbulkan cedera
KPC (Kondisi Potensial Cedera)	Kondisi yang berpotensi menimbulkan cedera
Sentinel (Insiden berat seperti:kematian, cacat permanen)	Insiden berat: kematian, cacat permanen, salah pasien/sisi

Struktur PMKP RSGM USK

STRUKTUR ORGANISASI KOMITE PMKP RSGM USK



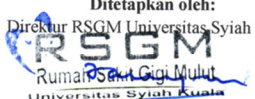
Ditetapkan di Banda Aceh
pada tanggal 13 Januari 2025

DIREKTUR RSGM USK,

Dr. drg. POPPY ANDRIANY, M. Kes
Dr. drg. POPPY ANDRIANY, M. Kes
NIP. 197112212002122001

SOP IKP

5

 RSGM Rumah Sakit Gigi Mulut Universitas Syiah Kuala	TATALAKSANA PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN		
	No. Dokumen: 163/RSGM/OT.00.02/2022	No. Revisi:00	Halaman 1/3
STANDARD PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 16 Maret 2022	Ditetapkan oleh:  Direktur RSGM Universitas Syiah Kuala Rumah Sakit Gigi Mulut Universitas Syiah Kuala Prof. Dr. drg. Zaki Mubarak, MS Nip. 195402161981031005	
PENGERTIAN	Proses pelaporan dari setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan atau berpotensi menimbulkan cedera pada pasien. Kejadian yang dapat mengakibatkan insiden keselamatan pasien meliputi: 1. Diagnostik Kesalahan atau keterlambatan diagnostik. 2. Perawatan Kesalahan pada operasi, prosedur, dan pelaksanaan terapi. 3. Pencegahan Kesalahan akibat tidak memberikan terapi profilaktif, monitoring, atau <i>follow up</i> yang tidak sesuai pada suatu pengobatan. 4. Kejadian lain-lain Kesalahan yang ditimbulkan akibat gagalnya melakukan komunikasi, kegagalan pada alat, dan kegagalan pada sistem.		
TUJUAN	1. Terlaksananya sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien. 2. Tergambarnya data/ angka insiden keselamatan pasien. 3. Mengetahui akar penyebab terjadinya insiden keselamatan. 4. Bahan evaluasi dimasa mendatang, terkait upaya pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien. 5. Bahan pembelajaran terkait upaya peningkatan dan perbaikan terhadap pemberian asuhan dan keselamatan pasien.		

KEBIJAKAN	Kebijakan Direktur RSGM Universitas Syiah Kuala Nomor. 87/RSGM/OT.00.02/2021 Tentang Panduan Sistem Pelaporan Keselamatan Pasien di RSGM Universitas Syiah Kuala.
REFERENSI	1. Permenkes No. 1691/MENKES/PER/VII/2011 Tentang Keselamatan Pasien 2. Panduan Nasional Keselamatan Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI, 2006
PROSEDUR	1. Petugas yang menemukan insiden pertama kali terkait dengan keselamatan pasien melaporkan insiden yang ditemukan ke atasan langsung unit tempat kejadian. 2. Petugas yang menemukan insiden pertama kali terkait dengan keselamatan pasien membuat laporan insiden sesuai dengan format dan ketentuan yang ada di formulir "Laporan Insiden", dan menyerahkan hasil laporan atasan langsung ditemukannya insiden. 3. Atasan langsung unit kerja tempat ditemukannya insiden atau ketidaksesuaian melakukan <i>grading</i> risiko kejadian terhadap insiden yang terjadi. 4. Atasan langsung unit kerja tempat ditemukannya insiden atau ketidaksesuaian menyerahkan laporan insiden ke tim keselamatan pasien. 5. Bila hasil <i>Grading</i> Risiko Insiden kuning/merah, Tim Keselamatan pasien rumah sakit melakukan <i>Root Cause Analyse</i> (RCA) terhadap insiden keselamatan yang terjadi dan membuat rekomendasi perbaikan untuk mencegah agar insiden keselamatan yang sama tidak terulang lagi dikemudian hari. 6. Ketua sub komite keselamatan melaporkan <i>Root Cause Analyse</i> (RCA) dan rekomendasi tindak lanjut perbaikan atas insiden yang ditemukan ke ketua komite mutu dan keselamatan pasien serta Direktur rumah sakit maksimal 45 hari setelah insiden ditemukan. 7. Ketua komite mutu dan keselamatan pasien serta Direktur mempelajari dan menandatangani rekomendasi hasil tindak lanjut <i>Root Cause Analyse</i> (RCA) atas pelaporan insiden yang terjadi. 8. Ketua sub komite keselamatan pasien mendistribusikan hasil

	8. Ketua sub komite keselamatan pasien mendistribusikan hasil rekomendasi dari pelaporan <i>Root Cause Analyse</i> (RCA) yang telah disetujui oleh Ketua Komite mutu dan keselamatan pasien serta Direktur ke unit kerja terkait, untuk ditindak lanjuti sebagai upaya pencegahan agar insiden yang sama tidak terulang lagi dimasa mendatang. 9. Tim keselamatan pasien melakukan monitoring pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut perbaikan <i>Root Cause Analyse</i> (RCA) yang telah ditetapkan di unit kerja terkait.
UNIT TERKAIT	Seluruh Unit Kerja yang berhubungan dalam Pelayanan.

Alur Pelaporan

1

2

3

4

5

6

7

8

9

**Insiden → Amankan Pasien → Lapor → Analisis → Perbaiki
→ Feedback**

CONTOH INSIDEN:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Contoh 1:
Salah Sisi Pencabutan Gigi
Jenis: KTD

Kejadian: Gigi 36 dicabut,
seharusnya gigi 46

Tindakan: Penanganan luka, edukasi
pasien, pelaporan IKP

Tindak lanjut: Checklist verifikasi sisi
sebelum tindakan

Contoh 2:
Alat Dental Hampir Tertelan
Jenis: KNC

Kejadian: File endodontik hampir
tertelan

Tindakan: Prosedur dihentikan,
alat diamankan

Tindak lanjut: Kewajiban rubber
dam

Contoh:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Contoh 3:

Reaksi Alergi Anestesi Lokal

Jenis: KTD

Kejadian: Pasien sesak setelah anestesi

Tindakan: Penanganan kegawatdaruratan

Tindak lanjut: Skrining alergi lebih ketat

Contoh 4:

Needle Stick Injury pada Koas

Jenis: KPC (potensi cedera)

Kejadian: Tertusuk jarum bekas

Tindakan: pelaporan

Tindak lanjut: Edukasi keselamatan kerja



Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien

LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD, DAN KEJADIAN SENTINEL

I. DATA PASIEN

Nama :
No RM :
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 ☐

II. RINCIAN KEJADIAN

- Tanggal dan Waktu Insiden
Tanggal : Jam :
- Insiden :
- Kronologi Insiden
.....
.....
.....
.....
.....
- Tipe Insiden* :
☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near Miss)
☐ Kejadian Tidak Diharapkan / KTD (Adverse Event)/ Kejadian Sentinel (Sentinel Event)
- Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendamping pasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain (sebutkan)

- Insiden terjadi pada* :
☐ Pasien
☐ Lain-lain (sebutkan) Mis
: Karyawan/ Pengunjung, Pendamping/Keluarga pasien
- Insiden menyangkut pasien* :
☐ Pasien rawat jalan
☐ Pasien UGD
- Tempat Insiden (Tempat pasien berada)
Lokasi kejadian : (sebutkan)
- Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit)
☐ Umum
☐ Gigi
☐ KIA/KB
- Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden
Unit kerja penyebab :
- Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
☐ Kematian
☐ Cedera Irreversibel / Cedera Berat
☐ Cedera Reversibel / Cedera Sedang
☐ Cedera Ringan
☐ Tidak Ada Cedera
- Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya:
.....
- Tindakan dilakukan oleh* :
☐ Tim : terdiri dari :
☐ Dokter
☐ Perawat
☐ Petugas lainnya
- Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja Saudara*
☐ Ya ☐ Tidak
Apabila Ya, isi bagian dibawah ini.
Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit Kerja Saudara untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama ?
.....
.....
.....

Pembuat Laporan	:.....	Penerima Laporan	:.....
Paraf	:.....	Paraf	:.....
Tgl Lapor	:.....	Tgl terima	:.....

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :
☐ BIRU ☐ HIJAU ☐ KUNING ☐ MERAH
NB.*= pilih satu jawaban.

LAPORAN INSIDEN KPC (KONDISI POTENSIAL CEDERA)

- Tanggal dan Waktu ditemukan Kondisi Potensi Cedera (KPC)
Tanggal : Jam :
- KPC :
- Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
☐ Pasien
☐ Keluarga / Pendamping pasien
☐ Pengunjung
☐ Lain-lain(sebutkan)
- Lokasi diketahui KPC
.....(sebutkan)
- Unit / Departemen terkait KPC
..... (sebutkan)
- Tindakan yang dilakukan selama ini, dan hasilnya :
.....
.....
.....
- Tindakan dilakukan oleh* :
☐ Tim : terdiri dari :
☐ Dokter
☐ Perawat
☐ Petugas lainnya
- 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 Lapor	:.....	Tgl terima	:.....



TERIMA KASIH