

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

**LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (INTERNAL)**

**I. DATA PASIEN**

Nama : .....  
 No. MR : ..... Ruangan : .....  
 Umur : ..... Bulan ..... Tahun  
 Kelompok Umur\* : ☐ 1 bulan ☐ >1 bulan- 1tahun  
                                   ☐ >1tahun- 5tahun ☐ 5tahun-15tahun  
                                   ☐ >15 tahun-30tahun ☐ 30 tahun-65tahun  
                                   ☐ >65 tahun  
 Jenis kelamin : ☐ laki-laki ☐ Perempuan  
 Penanggung biaya pasien :  
                                   ☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta  
                                   ☐ ASKES Pemerintah ☐ Perusahaan\*  
                                   ☐ BPJS ☐ Lain-lain  
 Tanggal Masuk RS : ..... Jam .....

**II. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden  
     Tanggal : ..... Jam .....
2. Insiden : .....
3. Kronologi Insiden :  
     .....  
     .....  
     .....
4. Jenis Insiden\* :  
     ☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near miss)  
     ☐ Kejadian Tidak Diharapkan / KTD (Adverse Event)/ Kejadian Sentinel  
     ☐ Kejadian tidak cedera / KTC
5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*  
     ☐ Karyawan : Dokter/Perawat/ Petugas lainnya.  
     ☐ Pasien  
     ☐ Keluarga / pendamping pasien  
     ☐ Pengunjung  
     ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)
6. Insiden Terjadi Pada \* :  
     ☐ Pasien  
     ☐ Lain-lain ..... (Sebutkan)  
     Mis : Karyawan/Pengunjung/Pendamping/Keluarga Pasien
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 khusus 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 Irreversible / Cedera berat
  - ☐ Cedera Reversible / 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 lainnya ?\*
- ☐ 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 Laporan     | ..... | Tgl Terima Laporan | ..... |

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

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

NB\* = Pilih satu jawaban

## LEMBAR KRONOLOGIS KEJADIAN

Nama Pembuat :

Tanda Tangan Unit Kerja /Jabatan :

| No | Tanggal | Jam | Uraian Kejadian |
|----|---------|-----|-----------------|
|    |         |     |                 |

1. Diisi Lengkap(Siabadibame = Siapa,apa,bilamana,dimana,mengapa)
2. **RAHASIA** dan **JANGAN DIFOTOCOPY.**