



LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)

A. DATA PASIEN

Nama : .....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN **MAKSIMAL** 2 x24 JAM

No MR: ..... Ruangan : .....

Umur : ..... Bulan : ..... Tahun

Kelompok Umur\* : ☐ 0-1 bulan. ☐ > 1 bulan - 1 tahun  
☐ > 1 tahun - 5 tahun. ☐ > 5 tahun - 15 tahun  
☐ > 15 tahun - 30 tahun. ☐ > 30 tahun - 65 tahun  
☐ > 65 tahun

Jenis kelamin : ☐ Laki-laki. ☐ Perempuan

Penanggung biaya pasien : ☐ Pribadi. ☐ Asuransi Swasta  
☐ BPJS. ☐ lainnya (sebutkan)

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

B. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

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

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden

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

4. Jenis Insiden\* :

- ☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
- ☐ Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian
- ☐ Sentinel (*Sentinel Event*) Kejadian Tidak Cedera / KTC KPC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

- ☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya Pasien
- ☐ Keluarga / Pendamping pasien
- ☐ Pengunjung
- ☐ Lain-lain.....(sebutkan)

6. Insiden menyangkut pasien :

- ☐ Pasien rawat inap Pasien rawat jalan
- ☐ Pasien UGD
- ☐ Lain-lain ..... (sebutkan)

7. Tempat Insiden

Lokasi kejadian .....(sebutkan) (Tempat pasien berada)

8. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

- ☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
- ☐ Anak dan Subspesialisasinya
- ☐ Bedah dan Subspesialisasinya
- ☐ Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya



- ☐ THT dan Subspesialisasinya  
☐ Mata dan Subspesialisasinya  
☐ Saraf dan Subspesialisasinya  
☐ Anastesi dan Subspesialisasinya  
☐ Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya  
☐ Jantung dan Subspesialisasinya  
☐ Paru dan Subspesialisasinya  
☐ Jiwa dan Subspesialisasinya  
☐ Lain-lain ..... (sebutkan)
9. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden  
Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)
10. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :  
☐ Kematian  
☐ Cedera Irreversibel / Cedera Berat  
☐ Cedera Reversibel / Cedera Sedang  
☐ Cedera Ringan  
☐ Tidak ada cedera
11. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :  
.....  
.....  
.....
12. Tindakan dilakukan oleh\* :  
Tim : terdiri dari :.....  
☐ Dokter  
☐ Perawat  
☐ Petugas lainnya.....
13. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain? \*  
☐ Ya ☐ Tidak
14. 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 Lapor	.....

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

**BIRU**

**HIJAU**

**KUNING**

**MERAH**

NB. \* = pilih satu jawaban. (Dilingkari)