



FORMULIR LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT HARAPAN SEHATI

RAHASIA, TIDAK BOLEH DI FOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)

I. DATA PASIEN

Nama : Alat DC Shock 160
No RM : - Ruangan :
Umur * : Tahun Bulan Hari
Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Penanggung biaya pasien* :
☐ Umum ☐ Asuransi
☐ Perusahaan ☐ BPJS

Tanggal Masuk RS:

Jam:

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan waktu Insiden

Tanggal : 22- 9- 2025 Jam : 10.15

2. Insiden : alat DC shock ketika akan dihidupkan tidak fungsi

3. Diagnosa :

4. Kronologis Insiden :

pada tanggal 22-09-2025, saat akan melakukan pengecekan alat Defibrilator, alat tersebut tidak mau menyala, di cek pada jam 10.15 WIB kemudian saya memberikan laporan ke ipstet terkait Alirer tersebut tidak berfungsi untuk dilakukan pengecekan.

5. Jenis Insiden *:

- ☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near Miss)
- ☐ Kejadian Tidak Cedera / KTC (No Harm)
- ☒ Kejadian Potensial Cedera (KPC)
- ☐ Kejadian Tidak Diharapkan / KTD (Adverse Event)
- ☐ Kejadian Sentinel (Sentinel Event)

6. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden *

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

7. Insiden terjadi pada*:

- ☐ Pasien
- ☐ Karyawan
- ☐ Pengunjung / Pendamping / Keluarga Pasien

8. Insiden menyangkut pasien :

- ☐ Pasien rawat inap
- ☐ Pasien rawat jalan
- ☒ Pasien IGD
- ☐ Lain-lain(sebutkan)

9. Tempat Insiden :

Lokasi kejadian Unit Gawat Darurat.....(sebutkan)
(Tempat pasien berada)

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

- ☐ Penyakit Dalam
- ☐ Anak
- ☐ Bedah Umum
- ☐ Bedah Ortopedi
- ☐ Bedah Mulut
- ☐ Obstetri dan Gynekologi
- ☐ THT
- ☐ Mata
- ☐ Saraf
- ☐ Anestesi
- ☒ Lain-lain tidak terjadi insiden ke pasien.....(sebutkan)

11. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab Gawat Darurat (IGD).....(sebutkan)

12. Akibat Insiden Terhadap Pasien * :

- ☐ Kematian
- ☐ Cedera Irreversibel / Cedera Berat
- ☐ Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- ☐ Cedera Ringan
- ☒ Tidak Ada Cedera

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

Perawat 169 melaporkan alat tidak berfungsi & dilakukan pengecekan dan dilakukan anutan pengecatannya dan hasilnya Battery alat tersebut tidak dapat menyimpan arus listrik sehingga saat dilakukan penghidupan alat tidak hidup & battery lemah / rusak

14. Tindakan dilakukan oleh :

- ☐ Tim :
Terdiri dari :
- ☐ Dokter
- ☐ Perawat
- ☒ Petugas lainnya IPSRS / ATem

15. 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?

Melakukan pengecekan isi battery setiap hari dan melakukan pembuangan isi Battery & dilakukan penge Chargean ulang

Pembuat Laporan	Andika p.	Penerima Laporan	DWI, HAFDIANTO
Paraf	Amul	Paraf	16/2
Tanggal Laporan	22-04-2025	Tanggal Terima	22-04-2025

Grading Risiko Kejadian * (Diisi oleh atasan pelapor) :

- ☒ BIRU ☐ HIJAU ☐ KUNING ☐ MERAH

NB * = pilih satu jawaban