<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/56/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

1 dari 2</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal terbit

29-06-2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS.
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien .
3. Menurunnya KTD di RS
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi KTD</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes /Per/ VIII /2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien (Pasal 1 ayat 10, Pasal 11-15)</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">1. Siapapun yang mengetahui / melihat terjadinya KTD (Kejadian yang tidak diharapkan), contoh pasien jatuh, salah pemberian obat, phlebitis, reaksi transfusi darah.

2. Laporan dibuat secara tertulis dengan menggunakan formulir yang tersedia, laporkan insiden ke Komite Mutu paling lambat 2 x 24 jam.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/56/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi
02</td><td>No. Dokumen
2 dari 2</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">3. Laporan meliputi :
a. Data pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal masuk rumah sakit
b. Rincian kejadian meliputi : tanggal waktu insiden, jenis insiden, kronologis insiden,orang pertama yang melaporkan, insiden terjadi pada tempat insiden terjadi, dampak insiden, tindakan yang dilakukan segera setelah insisden serta hasil dari tindakan tersebut
c. Mengisi kolom pada format laporan insiden meliputi:
- Pembuat laporan, paraf dan tanggal terima.
- Penerima laporan ,paraf dan tanggal lapor
d. Melaporkan insiden ke Komite Mutu maksimal 2 x 24 jam
4. Kepala unit melalukan investigasi sederhana dengan kurun waktu yaitu garding biru tdk melebihi 7 hari, grading hijau tidak melebihi 14 hari
5. Komite mutu akan membuat RCA jika grading insiden kuning atau merah
6. Di buat laporan berupa nota dinas sesuai hasil investigasi kepada unit terkait.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">Seluruh unit pelayanan pasien di rumah sakit</td></tr>
</table>