<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">KEJADIAN SENTINEL</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/66/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi
02</td><td>Halaman
1 dari 3</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. Imam Fathurrohman W., Sp.B., M.Si.,MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (mis. amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien .</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 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 11, Pasal 12)</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">1. Siapapun yang mengetahui / melihat terjadinya atau yang terlibat dalam Kejadian Sentinel , contoh :
a. Kejadian bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit;
b. Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi
c. Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah
d. Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana dan pelayanan</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">KEJADIAN SENTINEL</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/66/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>NO. REVISI

02</td><td>HALAMAN

2 / 3</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">e. Kaburnya pasien (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut.
f. Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah mayor (ABO), Rh, kelompok darah lainnya).
g. Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cidera permanen, atau cidera sementara (derajat berat), aatau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan , tata laksana dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakiit.
h. Pemerkosaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cidera permanen atau cidera sementara derajat berat), atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.
i. Tindakan invasif, termsauk operasi yang dillakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, dan menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja)
j. Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah tindakan invasif, termasuk operasi
k. Hyperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin > 30 mg/dL)
l. Fluroscopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif > 1500 rad pada satu medan tunggal.
m. Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu periode perawatan pasien
n. Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau
o. Morbilitas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.

2. Laporan dibuat secara tertulis dengan menggunakan formulir yang tersedia, laporkan insiden ke Komite M u t u paling lambat 1x24 jam</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">KEJADIAN SENTINEL</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/62/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>NO. REVISI

02</td><td>HALAMAN

3 / 3</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">3. Laporan meliputi :
a. Data pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal 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 maks 1 x 24jam

4. Kategori grade merah Komite Mutu melakukan investigasi komprehensif /Root Cause Analysis / RCA paling lama 45 hari

5. Komite Mutu membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran berupa petunjuk atau safety alert untuk mencegah kejadian terulang kembali kepada pimpinan atau Kepala Rumah Sakit.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">Seluruh unit pelayanan pasien di rumah sakit</td></tr>
</table>