KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep /81/IX/2025

tentang

KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan RSAU dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan pelayanan yang bermutu.

b. Bahwa agar pelayanan yang bermutu di RSAU dr Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, maka diperlukan adanya Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien sebagai landasan bagi seluruh penyelenggaraan pelayanan.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;

3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

4. Keputusan Kementerian Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

5. Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan RI, nomor HK.02.02/d/47104/2024 tentang Instrumen Survey Akreditasi Rumah Sakit 2024.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : 1. Panduan Sasaran Keselamatan Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.

2. Panduan Sasaran Keselamatan Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa dijadikan acuan bagi seluruh petugas dalam menyelenggarakan pelayanan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berkaitan dengan keputusan nomor Kep/732/XI/2014, telah diadakan pembetulan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

4. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. IMAN FATHURROHMAN W.,Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330

KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

1. **Identifikasi Pasien.**

a. Kebijakan Umum.

1) Identifikasi merupakan proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

2) Suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien, untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan dan pemberian tindakan invasif di rumah sakit.

3) Mengurangi kejadian/ kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

b. Kebijakan Khusus.

1) Gelang pengenal/identitas pasien (Gelang pink untuk perempuan/Gelang Biru untuk laki-laki) sebaiknya mencakup 3 Detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien yaitu:

a) Nama Lengkap Pasien.

b) Tanggal lahir (Tanggal/Bulan/Tahun).

c) Nomor Rekam Medik

2) Identifikasi alergi dengan pin warna merah.

3) Identifikasi resiko jatuh dengan pin warna kuning untuk pasien rawat inap dan stiker warna kuning untuk pasien rawat jalan

4) Identifikasi *Do Not Resuscitate* (DNR) dengan pin warna ungu.

5) Cara identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identifikasi pasien yang tercantum di rekam medis. Dua identitas yang disebutkan oleh pasien adalah nama dan tanggal lahir yang sesuai dengan e KTP.

6) Pemasangan Gelang Identitas bertujuan mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau error terkait dengan proses pelayanan kesehatan kepada pasien

7) Perawat ruangan yang pertama kali menerima pasien memasangkan gelang pada pergelangan tangan kanan pasien, jika tidak memungkinkan pada pergelangan tangan kiri, kaki kanan atau kaki kiri, dan jika pasien alergi gelang direkatkan pada

pakaian menggunakan peniti di sebelah kanan atas.

8) Pasien kondisi khusus (pasien jiwa yang tidak bersedia memakai gelang foto berwarna, ukuran 3R dan dipasang di sampul Rekam Medis bagian dalam identitas, multiple conginetal anomali , Iuka bakar luas) identifikasi mempergunakan.

9) Pasien tidak sadar, pasien bayi baru lahir atau pasien yang mengalami keterbatasan lainnya, Identitas ditanyakan kepada penunggu pasien/keluarga dan dicocokkan dengan gelang identitas pasien, dan identifikasi oleh dua petugas kesehatan (lihat SPO pasien kondisi khusus point tiga dan SPO identifikasi pasien bayi baru lahir)

10) Pasien rawat jalan yang mengenakan gelang identitas adalah pasien yang mendapat pelayanan di Instalasi gawat darurat (IGD), Hemodialisa, Endoskopi, Kateterisasi Jantung, Kamar operasi dan tindakan prosedur invasif lainnya, gelang identitas dipasang oleh perawat IGD atau ruangan tindakan tersebut

11) Pelabelan juga dilakukan pada setiap nampan makan pasien dan botol ASL

12) Identifikasi pasien dilakukan menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien, identifikasi dilakukan pada saat:

    1) Sebelum dilakukann tindakan, prosedur diagnostik dan *terapeutik*

    2) Sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet.

    3) Sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan *inirauena,* hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinik, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

    4) Sebelum menyajikan makanan pasien.

13) PIN tambahan (PIN warna merah untuk pasien alergi dan PIN warna kuning untuk pasien resiko jatuh, dan PIN warna ungu untuk pasien DNR) dipasang pada gelang identitas dimana pasien di rawat.

14) Pasien tidak sadar dan tanpa keluarga/pengantar, Identitas diberi nama *Mr X/ Mrs X* dan nomor Rekam Medis (RM), bila sudah ada keluarga yang datang proses selanjutnya rekam medis dan gelang pasien diberi nama sesuai dengan e-KTP.

15) Bila pasien tidak sadar dan tanpa keluarga /pengantar lebih dari 1 orang atau terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa), Identitas pasien diberi nama Mr Xl, Mr X2, Mr. X3 dan seterusnya/Mrs. Xl, Mrs. X2, Mrs. X3 dan seterusnya dan nomor RM, bila sudah ada keluarga yang datang proses selanjutnya rekam medis dan gelang pasien diberi nama sesuai dengan e-KTP.

16) Jika terdapat 2 pasien di ruang rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya dan beri stiker "HATI-HATI NAMA PASIEN SAMA", stiker dipasang pada RM bagian sampul paling depan, lembar pemberian

obat-obatan.

17) Pelaksana kebijakan ini adalah semua tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya);staf di ruang rawat, staf administratif dan staf pendukung yang bekerja dirumahsakit.

2. **Meningkatkan Komunikasi yang Efektif.**

a. Kebijakan Umum.

1) Komunikasi merupakan aktivitas atau proses untuk mengekspresikan ide dan perasaan atau pemberian informasi (*Oxford - Advanced Learner's Dictionary*).

2) Suatu komunikasi yang singkat, jelas, lengkap, akurat, tepat waktu dan mudah dipahami oleh penerima, sehingga akan mengurangi kesalahan dan dapat menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

3) Komunikasi dapat dilakukan secara elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon, bila diperbolehkan dengan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis melalui unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/cito.

b. Kebijakan Khusus.

1) Komunikasi efektif adalah tepat waktu, lengkap, akurat, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan- kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

2) Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.

3) Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostic secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap, dan dilakukan verifikasi oleh pemberi pesan dalam waktu 1 x 24 jam.

4) Pelaporan nilai dan hasil kritis disampaikan dan diterima oleh petugas kesehatan berdasarkan ketetapan dari Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

5) Serah terima asuhan pasien (*hand over*) di RSAU dr. Esnawan Antariksa dilakukan antar dokter jaga, perawat IGD, perawat rawat inap, analis kesehatan, radiografer, apoteker, nutrisien pada saat pergantian shift, transfer pasien intra dan antar rumah sakit, serta dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik, atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

6) Pemesanan obat atau permintaan obat tidak dilakukan secara verbal kecuali dalam keadaan darurat, harus tercatat dan bila obat high alert harus *double check* serta obat dieja dengan huruf fonetik internasional

Huruf	Kode alfabet	Huruf	Kode Alfabet
A	Alfa	N	November
B	Bravo	O	Oscar
C	Charlie	P	Papa
D	Delta	Q	Quebec
E	Echo	R	Romeo
F	Foxtrot	S	Sierra
G	Golf	T	Tango
H	Hotel	U	Uniform
I	India	V	Victor
J	Juliete	W	Whiskey
K	Kilo	X	X-ray
L	Lima	Y	Yankee
M	Mike	Z	Zulu

7) Dokumentasikan perintah lisan/via telepon di Rekam medis dengan cap Konfirmasi (*READ BACK*).

READ BACK	
Tanggal : …… Jam : …….	Tanggal : …… Jam : …….
Penerima instruksi	Pemberi instruksi

8) Terdapat daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang, agar tidak menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal.

3. **Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai.**

a. Kebijakan Umum.

Rumah Sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat–obat yang perlu diwaspadai terdiri atas :

1) Obat risiko tinggi, yaitu obat-obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya;

2) obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *look alike sound alike/*LASA);

3) Elektrolit konsentrat tinggi.

b. Kebijakan Khusus.

1) Obat *high alert* hanya tersedia di instalasi farmasi (Unit Mind Bekkes, Depo Farmasi Rawat Jalan, Depo Farmasi IGD, Depo Farmasi UBS, Satelit Farmasi Garuda dan Satelit Farmasi Merak), gudang perbekalan kesehatan, serta troli emergensi di ruang rawat inap dan poliklinik rawat jalan.

2) Obat *High alert* harus disimpan di tempat yang terpisah dengan obat lain pada area terbatas *(restricted area)* dan terpantau penggunaannya

3) Elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di lingkup atau area perawatan pasien, kecuali pada area yang secara klinis membutuhkan, yaitu ICU dan Hemodialisa, dan harus disimpan dalam troli emergensi yang terkunci dan terpantau

4) Obat *high alert* jenis narkotika dan psikotropika disimpan dalam lemari khusus dari bahan yang kuat, tidak mudah dipindahkan dan memiliki double pintu dan double kunci, sesuai ketentuan undang-undang

5) Obat *High Alert* diberi label *high alert* berwarna merah, obat NORUM/LASA diberi label bertuliskan LASA berwarna hijau, elektrolit konsentrat diberi label *high alert* berwarna merah dan label “Elektrolit pekat harus diencerkan sebelum digunakan”.

6) Obat-obat kategori LASA ditata agar tidak diletakkan bersebelahan dengan obat LASA lain yang menyerupainya, tetapi harus dipisahkan dengan obat lain

7) Sebelum penyiapan obat, resep obat *high alert*, obat NORUM/Lasa, Elektrolit konsentrat harus dilakukan identifikasi dan pengkajian oleh apoteker/tenaga teknis farmasian yang memiliki kewenangan klinis,yaitu meliputi pengkajian persyaratan administrasi, persyaratan farmasetika, dan

persyaratan farmasi klinik. bila terdapat problem terkait obat atau peresepan obat, maka apoteker/tenaga teknis kefarmasian akan mengklarifikasi

8) kepada dokter penulis resep.

9) Sebelum obat *high alert* diberikan/diserahkan kepada pasien harus dilakukan pengecekan ganda (*double check)* oleh dua orang petugas yang berbeda, antara lain meliputi: identitas pasien, nama obat, dosis obat, waktu pemberian, dan rute pemberian obat

10) Pemberian/penyerahan obat *high alert* kepada pasien harus disertai dengan pemberian KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) yang memadai oleh apoteker/tenaga teknis kefarmasian, dokter atau perawat

4. **Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif;**

a. Kebijakan Umum.

1) Rumah sakit memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur. Rumah Sakit melaksanakan proses *time out* di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

2) Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Tindakan bedah dan prosedur invasife memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparoskopi/endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

3) Operasi adalah prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik

4) Tepat-pasien, tepat-lokasi, tepat-prosedur operasi adalah ketepatan operasi pada pasien yang tepat, sisi lokasi yang tepat dan prosedur tindakan yang tepat, yang dilakukan di ruang perawatan

5) Penandaan lokasi operasi harus dilakukan sebelum tindakan operasi dilakukan dengan dibuat saat pasien sadar (melibatkan pasien) dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali yaitu dengan tanda **ceklis (v)** menggunakan spidol warna hitam yang tidak mudah luntur pada bagian tubuh yang akan dioperasi dan warna merah pada formulir penandaan operasi.

6) Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan (operator), tanda harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti.

7) Pelaksanaan cek dengan memakai *Surgical Safety Checklist.*

   a) Sebelum Fase I yaitu sebelum induksi anestesi (*sign in*).

   b) Sebelum Fase II yaitu sebelum insisi kulit (*time out*)

   c) Sebelum Fase III yaitu sebelum pasien meninggalkan ruang operasi/ruang tindakan (*sign out*)

8) Formulir *Surgical Safety Checklist* untuk pembedahan di kamar operasi berbeda dengan di rawat jalan dan endoskopi.

9) Penandaan lokasi pra tindakan operasi prosedur tindakan medis pada kedokteran gigi dan mulut menggunakan odontogram.

10) Invasif merupakan tindakan medis yang langsung dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh. Setiap tindakan invasif harus dilakukan persetujuan tindakan kedokteran agar tidak muncul gugatan atau tuntutan malpraktek medic. Setiap tindakan yang dilakukan harus dicatat dalam rekam medis pasien (lembar asuhan terintegrasi). Setiap hasil tindakan invasif harus dicatat dalam rekam medis pasien (lembar asuhan terintegrasi. Tidak semua tindakan invasif dilakukan oleh dokter spesialis dan dokter umum, terdapat daftar tindakan invasif yang dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan yang lain (perawat,perawat gigi,fisioterapis).pendelegasian prosedur invasif kepada perawat antara lain:

   a) Pasang/lepas urine kateter

   b) Pasang/lepas NGT (Naso Gastric Tube)

   c) Tindakan hecting/lepas hecting

   d) Sirkumsisi tanpa kelainan

   e) Ekstraksi kuku

   f) Insisi abses

   g) Cross insisi

5. **Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan;**

a. Kebijakan Umum.

1) Mencuci tangan adalah prosedur tindakan membersihkan tangan dengan menggunakan sabun / antiseptik di bawah air bersih yang mengalir atau cairan berbasis alkohol.

2) Antiseptik adalah senyawa kimia yang digunakan untuk membunuh/ menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada jaringan yang hidup. Seperti pada permukaan kulit dan membran mukosa. Diklasifikasikan ke dalam 2 kelompok yaitu:

a. Organisme residen, yaitu yang berkolonisasi di kulit dan kebanyakan tidak berbahaya. Organisme residen kebanyakan masih akan tinggal di kulit dengan cara pencucian tersebut hanya akan dapat diturunkan jumlahnya menjadi minimal dengan desinfeksi.

b. Organisme transien, organisme ini terdapat pada kulit tetapi tidak berkembang biak disini. Kebanyakan organisme transien dapat dibersihkan dengan mencuci kulit dengan sabun dan air, pencucian dengan cara ini terhadap organisme transient mungkin sama efektifnya dengan desinfeksi.

c. Lima Momen cuci tangan menurut WHO adalah :

a) Sebelum kontak dengan pasien.

b) Sebelum tindakan aseptik.

c) Setelah tindakan dengan pasien.

d) Setelah kontak dengan cairan pasien

e) Setelah kontak dengan lingkungan/area sekitar pasien.

b. Kebijakan Khusus.

1) Prosedur cuci tangan yang berlaku di RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah :

a) Cuci tangan dengan air + sabun (*hand washing*) dilaksanakan selama 40 sampai 60 detik.

b) Cuci tangan dengan alkohol gel (*hand rubbing*) dilaksanakan selama 20 – 30 detik.

c) Cuci tangan sebelum pembedahan (*surgical hand washing*)

dilaksanakan selama 3 menit.

d) Lima Momen cuci tangan.

2) Enam (6) langkah Cuci Tangan yang benar berdasarkan WHO adalah :

a) Bersihkan telapak tangan.

b) Bersihkan punggung tangan.

c) Bersihkan sela – sela jari tangan.

d) Empat jari saling mengunci untuk membersihkan punggung jari tangan.

e) Bersihkan ibu jari tangan.

f) Bersihkan ujung ujung jari tangan

3) Yang harus mengetahui dan melaksanakan cuci tangan adalah seluruh masyarakat RSAU dr. Esnawan Antariksa.

4) Masyarakat RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah seluruh anggota dan masyarakat yang berada di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa, seperti pasien, pengunjung / keluarga pasien, seluruh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa, pegawai kantin, tukang parkir dan lainnya yang berada dilingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

5) Desinfeksi tangan higienik, bakteri transient yang terdapat di tangan personil rumah sakit akan mudah menimbulkan infeksi silang pada penderita di ruangan.

6) Desinfeksi tangan secara bedah, asepsis dalam proses pembedahan merupakan salah satu faktor penting yang harus diperhatikan oleh petugas bedah.

7) Desinfeksi tangan untuk pembedahan harus mempunyai syarat – syarat sebagai berikut:

a) Harus dapat ditolerir (cocok) oleh pemakai.

b) Berkemampuan tinggi untuk membunuh dan mempertahankan penurunan flora residen tersebut sampai akhir pembedahan dalam suasana yang lembab antara tangan dan sarung tangan.

6) KEBIJAKAN MENCEGAH PASIEN CIDERA/JATUH

1. Kebijakan Umum.

Rumah sakit melaksanakan upaya mencegah pasien cidera karena jatuh. Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor dapat meningkatkan risiko pasien jatuh. Pasien yang pada asesment awal dinyatakan risiko rendah untuk jatuh dapat menjadi berubah menjadi tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi atau anastesi, perubahan mendadak, kondisi pasien serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko jatuh dan asesmen ulang berkala di populasi jatuh atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan yang diberikan.

a. Jatuh merupakan pengalaman pasien yang tidak direncanakan untuk terjadinya jatuh, suatu kejadian yang tidak disengaja pada seseorang pada saat istirahat yang dapat dilihat/dirasakan atau kejadian jatuh yang tidak dapat dilihat karena suatu kondisi adanya penyakit seperti stroke, pingsan, dan lainnya.
b. Cedera adalah memar atau luka, atau dislokasi dari otot, sendi atau tulang yang disebabkan oleh kecelakaan, benturan (body kontak) atau gerakan yang berlebihan sehingga otot , tulang atau sendi tidak dapat menahan.

c. Pasien jatuh adalah peristiwa jatuhnya pasien dari tempat tidur ke lantai atau tempat lainnya yang lebih rendah pada saat istirahat maupan saat pasien terjaga yang tidak disebabkan oleh penyakit stroke, epilepsy, bahaya karena terlalu banyak aktivitas. Peristiwa jatuh tersebut dapat menyebabkan cidera fisik dan psikologis dan bahkan kematian.

2. Kebijakan Khusus.

Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi,diagnosis,lokasi terindikasi berisiko tinggi sesuai kebijakan dan prosedur.

a. Pencegahan pasien cedera karena jatuh.

Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi cedera karena jatuh. Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Tindakan untuk mengurangi resiko cedera karena jatuh meliputi :

1) Tindakan pencegahan umum (untuk semua pasien rawat inap)

a) Kaji tingkat resiko pasien jatuh sesuai format pengkajian
b) resiko jatuh (anak, dewasa dan geriatri).

c) Tentukan tingkat resiko pasien jatuh tidak beresiko, rendah dan tinggi (Pasien anak dan Dewasa)

d) Tentukan tingkat resiko pasien jatuh Resiko Rendah, Resiko Sedang dan Resiko Tinggi (Pasien geriatri)

e) Informasikan kepada pasien / keluarga tentang tindakan yang dilakukan untuk mencegah resiko jatuh.

f) Orientasikan pasien pada lingkungan kamar.

g) Pastikan rem pada roda tempat tidur terkunci

h) Pastikan bel terjangkau

i) Singkirkan barang yang berbahaya terutama pada malam hari

j) Pastikan alas kaki tidak licin

k) Pastikan keluarga menjaga dan membantu ADL pasien agar mencegah tidak jatuh

l) Pastikan kebutuhan pribadi dalam jangkauan

m) Tempat tidur pasien sesuai dengan tinggi badannya

n) Pagar pengaman tempat tidur di naikkan

o) Pastikan penerangan/pencahayaan yang baik

p) Dokumentasikan dalam rekam medis pasien.

2) pasien skoring jatuh tidak ada risiko, risiko jatuh rendah, dan risiko jatuh sedang

a) Lakukan semua tindakan pencegahan umum

b) Lakukan asesmen setiap 24 jam

c) Dokumentasikan dalam rekam medis pasien

3) Untuk Pasien yang berisiko jatuh Tinggi

a) Jelaskan kepada keluarga/penjaga tentang tujuan pemasangan pin kuning resiko jatuh

b) Pasang pin kuning ke gelang pasien

c) Pasang penanda resiko jatuh di atas tempat tidur pasien atau di depan pintu kamar pasien

d) Lakukan semua tindakan pencegahan umum

e) Lakukan asesmen ulang setiap 8 jam atau setiap shift

f) Dokumentasikan dalam rekam medis pasien

4) pasien skoring jatuh tidak ada risiko, risiko jatuh rendah, dan risiko jatuh sedang

a) Lakukan semua tindakan pencegahan umum

b) Lakukan asesmen setiap 24 jam

c) Dokumentasikan dalam rekam medis pasien

5) pasien skoring jatuh tidak ada risiko, risiko jatuh rendah, dan risiko jatuh sedang

a. Lakukan semua tindakan pencegahan umum

b. Lakukan asesmen setiap 24 jam

c. Dokumentasikan dalam rekam medis pasien

6) Untuk Pasien yang berisiko jatuh Tinggi

a. Jelaskan kepada keluarga/penjaga tentang tujuan pemasangan pin kuning resiko jatuh

b. Pasang pin kuning ke gelang pasien

c. Pasang penanda resiko jatuh di atas tempat tidur pasien atau di depan pintu kamar pasien

d. Lakukan semua tindakan pencegahan umum

e. Lakukan asesmen ulang setiap 8 jam atau setiap shift

f. Dokumentasikan dalam rekam medis pasien

b. pada pasien Rawat jalan dan IGD.

Asesmen awal dinilai dengan menggunakan penilaian cepat Time Up & Go bila pasien berisiko jatuh maka asesmen risiko di tandai “Ya” dan bila tidak berisiko jatuh maka ditandai “Tidak” pada rekam medis pasien Asesmen risiko jatuh.

Bila pasien jatuh disekitar poliklinik atau area rumah sakit lainnya maka,

1) Bawa ke ruangan terdekat, lakukan anamnesa dan asesmen
2) Akan/telah berobat di klinik apa, agar dapat memberitahu dokter yang akaan/baru menangani
3) Bawa ke IGD bila mendapatkan pasien kesadaran menurun atau dianggap perlu sesuai dengan hasil asesmen yang telah dilakukan

c. Asesmen pada pasien rawat inap menggunakan penilaian :

1) Anak memakai skala Humpty Dumty

2) Dewasa memakai Morse Fall Scale (MFS)

3) Geriatri memakai skala sydney

d. Pada pasien risiko jatuh yang di rawat inap di pasangkan pin berwarna kuning pada gelang pasien yang bertuliskan nama lengkap, tanggal lahir apabila tingkat kategori risiko jatuh tinggi. Hasil pengukuran di monitor dan di tindaklanjuti sesuai level risiko jatuh dan seluruh pasien rawat inap di nilai risiko jatuh dengan menggunakan *checklist* asesmen risiko jatuh. bila pasien sudah tidak berisiko jatuh, maka tanda pin risiko jatuh di lepas. Pada pasien rawat jalan jika pasien sudah tidak risiko jatuh tinggi yang sebelumnya di tempel sticker kuning dilepas saat pasien akan meninggalkan rumah sakit.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

PUSAT KESEHATAN ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 52433