



**STIKES
PAMENANG**

SOP

PATIENT SAFETY

(6 SASARAN KESELAMATAN PASIEN)

Oleh:
TIM K3L STIKES PAMENANG

**Program Studi
S1 Keperawatan
dan Ners**

 STIKES Pamenang	SPO KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN (SASARAN KESELAMATAN PASIEN I)		
	No. Dokumen SPO/SKP-01	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025		Ditetapkan Ketua STIKES  <u>Sarvina S. K.p., Ns., MMRS</u>
PENGERTIAN	Proses memastikan bahwa pasien yang akan menerima pelayanan, obat, darah/produk darah, pengambilan spesimen, pengobatan, atau tindakan/prosedur adalah benar pasien yang dimaksud, dengan menggunakan minimal 2 identitas (yang paling umum nama dan tanggal lahir) yang diverifikasi pada gelang identitas pasien. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak boleh digunakan sebagai identitas.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan ketepatan identifikasi pasien sebelum setiap pelayanan diberikan. 2. Mencegah kesalahan pasien (wrong patient) pada pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen, pengobatan, serta tindakan/prosedur. 3. Meningkatkan keselamatan pasien selama menjalani perawatan. 		
PROSEDUR	A. Pemasangan Gelang Identitas <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan kebersihan tangan dan menyiapkan gelang identitas sesuai warna yang dibutuhkan. 2. Petugas menjelaskan tujuan pemasangan gelang kepada pasien/keluarga dan meminta persetujuan. 3. Petugas meminta pasien/keluarga menyebutkan sendiri nama lengkap dan tanggal lahir, lalu mencocokkannya dengan rekam medis/dokumen identitas. 4. Petugas menuliskan identitas pada gelang, minimal nama lengkap dan tanggal lahir (nomor rekam medis dapat ditambahkan sesuai kebijakan). 5. Petugas memilih warna gelang sesuai definisi: <ol style="list-style-type: none"> a. Pink: pasien perempuan. b. Biru: pasien laki-laki. c. Kuning: pasien risiko jatuh. d. Merah: pasien alergi. e. Ungu: pasien tidak dilakukan resusitasi (DNR). 6. Petugas memasang gelang pada pergelangan tangan pasien dengan nyaman (tidak terlalu longgar atau ketat); bila tidak memungkinkan, pasang pada pergelangan kaki. 7. Petugas memberi edukasi agar gelang tidak dilepas selama dirawat dan segera melapor bila gelang rusak, terlepas, atau tulisan tidak terbaca. 		

	<p>8. Petugas mendokumentasikan pemasangan gelang pada rekam medis.</p> <p>B. Verifikasi Identitas Sebelum Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien wajib dilakukan sebelum: pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur. 2. Petugas meminta pasien/keluarga menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahir, kemudian mencocokkan dengan gelang identitas dan dengan instruksi/order, label obat, label darah, atau label spesimen. 3. Petugas tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien sebagai dasar identifikasi. 4. Pada pasien tidak sadar, anak, atau tidak mampu berkomunikasi, identifikasi dilakukan melalui gelang identitas dan konfirmasi keluarga/penunggu pasien. 5. Bila identitas tidak sesuai, petugas menghentikan tindakan, melakukan klarifikasi, dan baru melanjutkan setelah identitas dipastikan benar. Gelang yang salah diganti sesuai kebijakan rumah sakit. 6. Pemberian label pada spesimen dilakukan di dekat pasien segera setelah pengambilan, dengan mencantumkan identitas sesuai gelang. 7. Petugas mendokumentasikan pelaksanaan tindakan dan hasil verifikasi identitas.
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). 3. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran I).

 STIKES Pamenang	SPO PENINGKATAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF DENGAN METODE SBAR (SASARAN KESELAMATAN PASIE II)		
	No. Dokumen SPO/SKP-02	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025		Ditetapkan Ketua STIKES  <u>Suryono S. Kep., Ns., MMRS</u>
PENGERTIAN	Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, tidak ambigu, dan dipahami oleh penerima, sehingga mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Metode yang digunakan adalah SBAR (<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>), yaitu kerangka acuan dalam pelaporan kondisi pasien yang memerlukan perhatian atau tindakan segera.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyamakan persepsi dan menyampaikan informasi kondisi pasien secara ringkas, jelas, dan lengkap antar tenaga kesehatan. 2. Mengurangi kesalahan akibat komunikasi yang tidak lengkap atau salah dengar, terutama pada pelaporan kondisi pasien, serah terima, dan perintah lisan/telepon. 3. Mempercepat pengambilan keputusan dan tindakan terhadap pasien. 		
PROSEDUR	<p>A. Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mengkaji kondisi pasien terkini dan membaca rekam medis. 2. Petugas menyiapkan data pendukung: tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang, serta daftar obat dan terapi cairan yang sedang diberikan. 3. Petugas menyiapkan form/dokumentasi SBAR dan menghubungi dokter/penerima laporan. <p>B. Pelaksanaan Pelaporan dengan SBAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S (Situation) – kondisi terkini pasien: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, hari perawatan, dan dokter yang merawat. b. Sebutkan diagnosis medis, masalah keperawatan yang belum atau sudah teratasi, dan keluhan utama. 2. B (Background) – informasi penting yang berhubungan dengan kondisi pasien: <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respons pasien dari setiap diagnosis keperawatan. b. Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif, serta obat-obatan termasuk cairan infus yang digunakan. 		

	<p>c. Jelaskan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosis medis.</p> <p>3. A (Assessment) – hasil pengkajian kondisi pasien saat ini:</p> <p>a. Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian terkini: tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, Braden score, status restrain, risiko jatuh, PIVAS score, status nutrisi, kemampuan eliminasi, dan lain-lain.</p> <p>b. Jelaskan informasi klinis lain yang mendukung.</p> <p>4. R (Recommendation) – rekomendasi: usulkan intervensi keperawatan yang telah dan perlu dilanjutkan (mengacu pada rencana asuhan keperawatan), termasuk <i>discharge planning</i> serta edukasi pasien dan keluarga.</p> <p>C. Perintah Lisan/Telepon (Tulis – Baca Kembali – Konfirmasi)</p> <p>1. Penerima perintah menuliskan perintah lengkap atau hasil pemeriksaan yang disampaikan.</p> <p>2. Penerima membacakan kembali (<i>read back</i>) perintah atau hasil tersebut.</p> <p>3. Pemberi perintah mengonfirmasi bahwa isi yang dibacakan sudah benar.</p> <p>4. Perintah dicatat di rekam medis beserta nama, tanggal, jam, dan paraf pemberi serta penerima perintah, dan diverifikasi oleh pemberi perintah sesuai kebijakan rumah sakit.</p> <p>D. Dokumentasi</p> <p>1. Petugas mendokumentasikan isi laporan SBAR, nama penerima laporan, serta tindak lanjut yang diberikan pada rekam medis.</p>
REFERENSI	<p>1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).</p> <p>3. Nursalam. (2013). Sistem Pendokumentasian dengan SBAR.</p> <p>4. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran II).</p>

 STIKES Pamenang	SPO PENINGKATAN KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI / HIGH-ALERT (SASARAN KESELAMATAN PASIEN III)		
	No. Dokumen SPO/SKP-03	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025		Ditetapkan Ketua STIKES  <u>Sarvina S. Kep., Ns., MMRS</u>
PENGERTIAN	<i>High alert medications</i> adalah obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi, terdaftar dalam kategori obat berisiko tinggi, dan dapat menyebabkan cedera serius pada pasien jika terjadi kesalahan dalam penggunaannya. Salah satu cara untuk mewaspadaai pemberian obat tersebut adalah perawat menggunakan <i>double crosscheck</i> (pemeriksaan ganda).		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan keamanan pemberian obat yang perlu diwaspadai (high-alert). 2. Mencegah kesalahan pemberian obat (dosis, rute, pasien, waktu) yang dapat menimbulkan cedera serius pada pasien. 3. Memastikan setiap pemberian obat high-alert melalui pemeriksaan ganda yang independen. 		
PROSEDUR	<p>A. Identifikasi dan Penyimpanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit menetapkan daftar obat high-alert. Contoh daftar obat high-alert pada materi: Adrenaline 1 mg/ml inj; Cobra Antivenom inj; Dextrose 30% inj; Dextrose 50% inj; Digoxin 0,5 mg/2 ml inj; Dobutamine 250 mg/20 ml inj; Dopamine 200 mg/5 ml inj; Heparin 5000 unit/ml inj; Actrapid 1000 unit/10 ml inj; Midazolam 5 mg/ml inj; Morphine 10 mg/ml inj; Noradrenaline 4 mg/4 ml inj; Pit Viper Antivenom inj; Potassium Chloride 1 gr/10 ml inj. 2. Obat high-alert disimpan terpisah pada wadah/area khusus (kotak merah) dengan label "HIGH ALERT" dan tanda peringatan yang jelas. <p>B. Persiapan Pemberian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan kebersihan tangan, membaca instruksi dokter, dan memastikan kelengkapan instruksi (nama obat, dosis, rute, frekuensi/kecepatan). 2. Perawat mengidentifikasi pasien dengan gelang identitas (nama lengkap dan tanggal lahir) serta memeriksa riwayat alergi. 3. Perawat menyiapkan obat sesuai prinsip benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, dan benar dokumentasi. Perhitungan dosis dan pengenceran dilakukan dengan cermat. <p>C. Pemeriksaan Ganda (Double Crosscheck)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat pertama menyiapkan obat; perawat kedua melakukan pemeriksaan secara independen terhadap: nama obat, konsentrasi, 		

	<p>dosis, perhitungan, pengenceran, rute, kecepatan pemberian/pengaturan pompa infus, dan label.</p> <ol style="list-style-type: none"> Hasil pemeriksaan kedua perawat dicocokkan. Jika terdapat perbedaan, pemberian ditunda sampai dilakukan klarifikasi kepada dokter/apoteker. Kedua perawat membubuhkan paraf pada rekam medis/lembar pemberian obat. <p>D. Pelaksanaan dan Pemantauan</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawat memberikan obat sesuai rute dan kecepatan yang ditentukan, serta memastikan pasien menerima obat yang benar. Perawat memantau respons pasien dan efek samping (tanda vital, kesadaran, dan parameter sesuai obat) selama dan setelah pemberian. Bila terjadi reaksi/efek samping atau kesalahan pemberian, perawat segera menghentikan pemberian, melaporkan kepada dokter, melakukan tindakan sesuai instruksi, dan membuat laporan insiden. <p>E. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawat mendokumentasikan nama obat, dosis, rute, jam pemberian, respons pasien, serta nama dan paraf dua petugas pemeriksa.
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran III).

 STIKES Pamenang	SPO KEPASTIAN TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN OPERASI (SASARAN KESELAMATAN PASIEN IV)		
	No. Dokumen SPO/SKP-04	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025		Ditetapkan Ketua STIKES  <u>Suryono, S. Kep., Ns., MMRS</u>
PENGERTIAN	Serangkaian proses untuk memastikan pembedahan/tindakan invasif dilakukan pada lokasi yang benar, dengan prosedur yang benar, dan pada pasien yang benar , meliputi penandaan lokasi operasi oleh dokter operator menggunakan spidol permanen, <i>crosscheck</i> gelang identitas di ruangan, serta tiga tahap pemeriksaan di kamar operasi yaitu <i>sign in</i> , <i>time out</i> , dan <i>sign out</i> .		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah kesalahan lokasi, prosedur, dan pasien pada tindakan pembedahan. 2. Menjamin adanya verifikasi berlapis sebelum, selama, dan sesudah pembedahan oleh seluruh tim. 3. Meningkatkan keselamatan pasien bedah. 		
PROSEDUR	<p>A. Di Ruang Rawat (Pra-operasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat memastikan tepat pasien dengan melakukan <i>crosscheck</i> gelang identitas (nama lengkap dan tanggal lahir) dengan rekam medis, jadwal operasi, dan keterangan pasien/keluarga. 2. Perawat memastikan kelengkapan dokumen: diagnosis, jenis dan lokasi tindakan, persetujuan tindakan (<i>informed consent</i>), hasil pemeriksaan penunjang, dan persiapan pra-operasi. 3. Dokter operator memberikan marker/penanda lokasi operasi dengan spidol permanen sesuai SPO penandaan lokasi, melibatkan pasien (bila sadar) dan dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke kamar operasi. 4. Penanda harus jelas dan tetap terlihat setelah pasien dipersiapkan dan ditutup kain steril (<i>draping</i>). Bila penandaan tidak diperlukan (tidak berlaku), hal ini dicatat. 5. Perawat mendokumentasikan hasil verifikasi dan penandaan lokasi, kemudian serah terima pasien ke kamar operasi. <p>B. Di Kamar Operasi – Tiga Tahap Prosedur Pembedahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sign in – dilakukan sebelum pasien dianestesi, dikonfirmasi kepada pasien, keluarga, dan tim anestesi: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengonfirmasi identitas, lokasi, prosedur, dan persetujuan tindakan. b. Lokasi operasi sudah ditandai/tidak berlaku. c. Pemeriksaan keamanan anestesi lengkap; alat <i>pulse oximeter</i> terpasang dan berfungsi. 		

	<p>d. Pengecekan alergi, kesulitan jalan napas/risiko aspirasi, dan risiko kehilangan darah >500 ml (7 ml/kgBB pada anak).</p> <p>2. Time out – dilakukan sebelum melakukan insisi, dikonfirmasi kepada tim bedah:</p> <p>a. Seluruh anggota tim memperkenalkan nama dan perannya.</p> <p>b. Dokter bedah, anastesi, dan perawat mengonfirmasi secara lisan pasien, lokasi, dan prosedur.</p> <p>c. Peninjauan kejadian kritis yang diantisipasi oleh dokter bedah, tim anastesi, dan tim keperawatan (termasuk sterilitas alat dan kendala peralatan).</p> <p>d. Konfirmasi antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit terakhir (bila berlaku) dan pencitraan penting telah ditampilkan (bila berlaku).</p> <p>3. Sign out – dilakukan sebelum pasien keluar ruang operasi; perawat mengonfirmasi secara lisan dengan tim:</p> <p>a. Nama prosedur yang dicatat.</p> <p>b. Jumlah instrumen, kasa, dan jarum sudah sesuai (bila berlaku).</p> <p>c. Pelabelan spesimen (termasuk nama pasien).</p> <p>d. Masalah peralatan yang perlu ditindaklanjuti serta hal penting untuk pemulihan dan penatalaksanaan pasien.</p> <p>C. Dokumentasi</p> <p>1. Setiap tahap (sign in, time out, sign out) dicentang pada <i>Surgical Safety Checklist</i> dan ditandatangani oleh petugas yang berwenang.</p> <p>2. Checklist disimpan dalam rekam medis pasien. Bila terdapat ketidaksesuaian pada salah satu tahap, tindakan ditunda sampai dilakukan klarifikasi.</p>
REFERENSI	<p>1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).</p> <p>3. WHO. Surgical Safety Checklist (First Edition).</p> <p>4. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran IV).</p>

 STIKES Pamenang	SPO PENGURANGAN RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN (SASARAN KESELAMATAN PASIEN V)		
	No. Dokumen SPO/SKP-05	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025		Ditetapkan Ketua STIKES  <u>Suryono, S. Kep., Ns., MMRS</u>
PENGERTIAN	Upaya pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) untuk mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial meliputi phlebitis, dekubitus, infeksi saluran kemih (ISK), dan infeksi daerah operasi (IDO) . Kebersihan tangan merupakan komponen utama PPI.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien, petugas, dan lingkungan. 2. Menjamin kepatuhan petugas terhadap kebersihan tangan dan teknik aseptik. 3. Mencegah terjadinya phlebitis, dekubitus, ISK, dan IDO. 		
PROSEDUR	A. Lima Momen Kebersihan Tangan (WHO) Petugas membersihkan tangan pada saat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum kontak dengan pasien – melindungi pasien dari kuman pada tangan petugas. 2. Sebelum tindakan aseptik – melindungi pasien dari kuman, termasuk kuman milik pasien sendiri. 3. Setelah terpapar cairan tubuh (dan setelah melepas sarung tangan) – melindungi petugas dan lingkungan. 4. Setelah kontak dengan pasien – melindungi petugas dan lingkungan layanan kesehatan. 5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien – melindungi petugas dan lingkungan layanan kesehatan. B. Cuci Tangan dengan Air dan Sabun (bila tangan tampak kotor), durasi seluruh prosedur 40–60 detik <ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi tangan dengan air. 2. Tuang sabun secukupnya hingga menutupi seluruh permukaan tangan. 3. Gosok kedua telapak tangan. 4. Gosok punggung tangan kanan dan kiri secara bergantian dengan jari-jari saling mengunci. 5. Gosok telapak tangan dengan jari saling mengunci. 6. Gosok punggung jari tangan pada telapak tangan lawan dengan jari saling mengunci. 		

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Gosok ibu jari kiri dengan gengaman telapak tangan kanan dan sebaliknya (gerakan memutar). 8. Gosok ujung-ujung jari kanan pada telapak tangan kiri dan sebaliknya (gerakan memutar ke depan dan ke belakang). 9. Bilas tangan dengan air, keringkan dengan handuk sekali pakai, gunakan handuk untuk menutup keran. Tangan sudah aman. <p>C. Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol (Handrub), durasi 20–30 detik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuang antiseptik pada telapak tangan yang ditangkupkan hingga menutupi seluruh permukaan tangan. 2. Lakukan langkah gosok seperti pada cuci tangan (telapak, punggung tangan, sela jari, punggung jari, ibu jari, ujung jari) hingga tangan kering. Tangan sudah aman. <p>D. Pencegahan Infeksi Nosokomial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Phlebitis: lakukan teknik aseptik saat pemasangan infus, fiksasi yang baik, observasi lokasi pemasangan secara berkala, serta ganti/lepas infus sesuai kebijakan atau bila muncul tanda phlebitis. 2. Dekubitus: kaji risiko (Braden score), lakukan perubahan posisi secara berkala, jaga kulit tetap bersih dan kering, serta gunakan alas yang sesuai. 3. ISK: pasang kateter urin hanya bila ada indikasi dengan teknik aseptik, pertahankan sistem drainase tertutup, kantong urin lebih rendah dari kandung kemih, dan lepas kateter segera bila tidak diperlukan. 4. IDO: lakukan persiapan kulit dan teknik aseptik, berikan antibiotik profilaksis dalam 60 menit sebelum insisi sesuai instruksi, serta lakukan perawatan luka dengan teknik steril. 5. Gunakan alat pelindung diri (APD) sesuai risiko, kelola limbah dan benda tajam sesuai prosedur, serta jaga kebersihan lingkungan. <p>E. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mendokumentasikan tindakan pencegahan infeksi, hasil observasi, dan melaporkan temuan infeksi kepada tim PPI sesuai kebijakan rumah sakit.
REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 4. WHO. Your 5 Moments for Hand Hygiene; How to Handwash / How to Handrub. 5. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran V).

 STIKES Pamenang	SPO PENGURANGAN RISIKO PASIEN JATUH (SASARAN KESELAMATAN PASIEN VI)		
	No. Dokumen SPO/SKP-06	No.Revisi 00	Halaman 1 / 2
Standar Prosedur Operasional (SPO)	Tanggal Terbit: 8 Desember 2025	Ditetapkan Ketua STIKES <u>Suryono, S. Kep., Ns., MMRS</u>	
PENGERTIAN	Upaya mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh dan melakukan intervensi untuk mencegah pasien jatuh selama dirawat di rumah sakit, meliputi asesmen risiko jatuh, penandaan pasien risiko jatuh (gelang kuning dan tanda "RESIKO JATUH"), keberadaan penunggu pasien, penggunaan <i>side rail</i> , dan penggunaan restrain bila diperlukan.		
TUJUAN	1. Mengidentifikasi pasien risiko jatuh secara dini. 2. Mencegah kejadian pasien jatuh dan cedera akibat jatuh. 3. Meningkatkan keselamatan pasien selama perawatan.		
PROSEDUR	A. Asesmen Risiko Jatuh 1. Perawat melakukan asesmen risiko jatuh saat pasien masuk, ketika kondisi berubah, setelah tindakan/pemberian obat tertentu, dan saat pasien dipindahkan, menggunakan skala yang ditetapkan rumah sakit (misalnya Morse Fall Scale untuk dewasa dan Humpty Dumpty untuk anak). 2. Hasil asesmen dicatat di rekam medis. B. Penandaan Pasien Risiko Jatuh 1. Pasien dengan risiko jatuh dipasang gelang kuning pada pergelangan tangan. 2. Pasang tanda segitiga kuning " RESIKO JATUH " pada tempat tidur/area pasien sesuai kebijakan. C. Intervensi Penanggulangan Pasien Risiko Jatuh 1. Harus ada satu penunggu pasien selama pasien dirawat; perawat memberi edukasi peran penunggu dan cara memanggil perawat. 2. Side rail harus selalu ditutup/dinaikkan ketika pasien berada di tempat tidur. 3. Menggunakan restrain bila diperlukan: dilakukan sesuai indikasi dan instruksi, dengan penjelasan kepada pasien/keluarga, pemantauan sirkulasi dan kondisi kulit secara berkala, serta restrain dilepas segera bila indikasi sudah tidak ada. 4. Intervensi pendukung: roda tempat tidur terkunci dan posisi tempat tidur rendah, bel pemanggil dalam jangkauan, lantai bersih dan kering, pencahayaan cukup, serta alas kaki tidak licin. D. Edukasi dan Penanganan Bila Pasien Jatuh 1. Perawat mengedukasi pasien dan keluarga tentang risiko jatuh dan upaya pencegahannya.		

	<p>2. Bila pasien jatuh: pastikan keamanan, kaji kondisi dan cedera sebelum memindahkan pasien, laporkan kepada dokter, lakukan tindakan sesuai instruksi, dan buat laporan insiden.</p> <p>E. Reasesmen dan Dokumentasi</p> <p>1. Perawat melakukan reasesmen risiko jatuh secara berkala dan mendokumentasikan intervensi serta respons pasien.</p>
REFERENSI	<p>1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).</p> <p>3. Materi Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Sasaran VI).</p>