

**RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN R.I**

Agenda Surat Masuk Nomor :
Diselesaikan oleh Penyelenggara : Cahyo Ismawati S (Pokja SKP) *Sh* Dikirim :
Diperiksa oleh Sub Koordinator Kelompok Sub-Subtansi Hukormas : *Sh* Sifat Surat : Cito
Diperiksa oleh Sub Koordinator Kelompok Sub-Subtansi Umum : *Sh*

Nomor:

Jakarta,

Terlebih Dahulu

Membaca

1. Ketua Tim Akreditasi

2. Koordinator Kelompok Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan

3. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

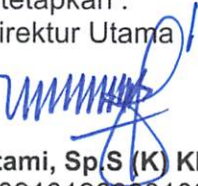
Ditetapkan :
Plt. Direktur Utama,



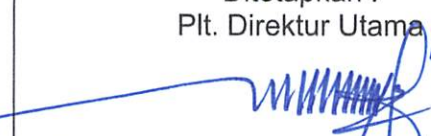
dr. Mursyid Bustami, Sp.S, (K), KIC, MARS
NIP 196209131988031002

Lampiran
Hal

- : 20(dua puluh) berkas
: 1. SPO Pelaporan Hasil Kritis
2. SPO Pelaporan Melalui Media Sosial
3. SPO Komunikasi SBAR
4. SPO Komunikasi Efektif
5. SPO Penyimpanan Obat High Alert
6. SPO Penanganan Obat High Alert
7. SPO Penggunaan Obat High Alert
8. SPO Penandaan Lokasi Operasi
9. SPO Keselamatan Prosedur Invasif
10. SPO Keselamatan Operasi
11. SPO Kebersihan Tangan
12. SPO Tatalaksana Pasien Jatuh
13. SPO Penilaian Resiko Jatuh pada Pasien Anak
14. SPO Penilaian Resiko Jatuh pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Rawat Jalan dan IGD
15. SPO Penilaian Resiko Jatuh pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Rawat Inap
16. SPO Pencegahan Jatuh
17. SPO Identifikasi Pasien
18. SPO Pemasangan dan Pelepasan Gelang Identitas Pasien
19. SK tentang Panduan Pencegahan Resiko Jatuh
20. SK tentang Panduan *High Alert Medication*

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	IDENTIFIKASI PASIEN BERESIKO		
	No. Dokumen : 01.02.02/XXXIX/18384/ 2022	No. Revisi :	Halaman : 1/2
SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	1. Identifikasi pasien beresiko adalah proses identifikasi pasien yang berisiko alergi, jatuh, DNR (<i>do not resuscitate</i>), pemasangan implant radioaktif dengan pemasangan gelang risiko. 2. Gelang risiko adalah gelang yang dipasang setelah dilakukan pengkajian awal keperawatan dan dinyatakan berisiko. 3. Gelang DNR dipasang setelah diputuskan oleh DPJP dan disetujui oleh keluarga dengan menandatangani <i>informed consent</i>.		
TUJUAN	1. Terlaksananya pemasangan gelang risiko pada pasien yang mempunyai risiko tertentu 2. Menurunnya insiden keselamatan pasien di RS Pusat Otak Nasional.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama No 02.03/XXXIX.II/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. Perawat melakukan pengkajian awal keperawatan dari masing-masing unit layanan atau ketika pasien dinyatakan berisiko oleh perawat penanggung jawab ruang rawat. 2. Perawat berkoordinasi dengan DPJP tentang hasil penilaian risiko. 3. DPJP melakukan verifikasi hasil penilaian risiko perawat. 4. Perawat melakukan identifikasi pasien sebelum memasang gelang risiko. 5. Jelaskan pada pasien/ keluarga tujuan pemasangan gelang risiko. 6. Perawat memasang gelang risiko pada area tangan yang tidak terpasang infus. Bila pasien tidak terpasang infus, gelang dipasang di tangan kiri pasien. 7. Bila selama perawatan gelang risiko rusak atau terjadi infeksi pada lokasi pemasangan gelang, maka gelang harus diganti dengan persediaan yang ada di ruang rawat. 8. Gelang risiko dilepaskan oleh perawat bila pasien pulang/ meninggal/ atau risiko berubah menjadi risiko rendah. 9. Setelah gelang dilepas lakukan desinfeksi gelang dengan alkohol swab, kemudian gelang disimpan pada tempatnya untuk digunakan kembali.		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	IDENTIFIKASI PASIEN BERESIKO		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/2
	10. Warna gelang risiko menunjukkan : a. Merah : Pasien dengan risiko alergi b. Kuning : Pasien dengan risiko jatuh c. Ungu : Pasien DNR (<i>Do Not Resuscitate</i>) d. Abu-abu : Pasien dengan pemasangan <i>implant</i> radio aktif		
UNIT TERKAIT	Unit terkait : 1. Instalasi Rekam Medik 2. Instalasi Rawat Jalan 3. IGD dan Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Inap 5. Instalasi Neurodiagnostik 6. Instalasi Neurorestorasi 7. Instalasi Bedah Sentral dan Sterilisasi Sentral 8. Instalasi Radiologi 9. Instalasi Gizi 10. Instalasi Farmasi 11. Instalasi Laboratorium		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PEMASANGAN DAN PELEPASAN GELANG IDENTITAS PASIEN		
	No. Dokumen : <i>OT-02-02 / XXXIX / 8387 2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/2
SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Pemasangan dan pelepasan gelang identitas adalah proses memakaikan dan melepas gelang yang berisi identitas pasien.		
TUJUAN	1. Terlaksananya pemasangan gelang identitas pasien di seluruh unit pelayanan pasien meliputi IGD, Rawat Inap, Ruang prosedur, neurodiagnostik (dengan tindakan berisiko), Instalasi Bedah Pusat dan Radiologi (dengan prosedur invasif dan berisiko) 2. Terlaksananya proses identifikasi pasien sebelum dilakukan prosedur pelayanan, sebelum pemberian: obat, darah atau produk darah. Identifikasi dilakukan juga sebelum pengambilan sampel darah atau spesimen tubuh lain untuk uji klinis, maupun untuk persiapan tata laksana dan prosedur. 3. Menurunnya insiden kesalahan identifikasi pasien dan insiden keselamatan pasien di RS Pusat Otak Nasional		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama No 02.03/XXXIX.II/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	<u>Pemasangan</u> 1. Pasien yang masuk melalui IGD, gelang dipasang oleh petugas <i>triage</i> (dokter/perawat). Pasien rawat inap yang masuk melalui rawat jalan, dipasang gelang oleh petugas admisi dari masing-masing unit layanan. Pasien rawat jalan dan pasien rujukan dari rumah sakit lain yang akan mendapat tindakan invasif, pemasangan dan penglepasan gelang identitas dilakukan oleh petugas di unit kerja prosedur/ tindakan dilaksanakan. 2. Stiker label identitas pasien didapatkan dari petugas admisi yang memuat 4 (empat) identitas pasien, yaitu nama lengkap di sisi kiri atas, tanggal lahir/ umur di sisi kiri bawah, jenis kelamin (P untuk perempuan dan L untuk laki-laki) di sisi kanan bawah, dan nomor rekam medis di sisi kanan atas 3. Stiker label identitas pasien ini ditempelkan pada bagian "identitas" yang terdapat dalam gelang dengan tepat, sehingga komponen		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PEMASANGAN DAN PELEPASAN GELANG IDENTITAS PASIEN		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/2
	4. identitas pasien yang memuat nama, tanggal lahir/umur, No RM, dan jenis kelamin terlihat dengan jelas Petugas menanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien sebelum memasang gelang identitas pasien dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Contoh: "Bisa Bapak sebutkan kapan tanggal lahir Bapak?" 5. Pasang gelang identitas pasien pada tangan yang tidak dipasang infus. 6. Pasang gelang identitas pasien dengan memberi ruang/ jarak kulit dengan gelang $\pm$ 2 cm. (lihat gambar) 7. Bila selama perawatan gelang identitas rusak atau terjadi infeksi pada lokasi pemasangan gelang, maka penggantian gelang dimintakan di bagian admisi oleh perawat ruang rawat. <u>Pelepasan</u> 1. Gelang identitas dilepaskan bila pasien pulang atau meninggal oleh perawat penanggung jawab pasien 2. Pada pasien yang meninggal gelang diganti dengan label dari kamar jenazah. 3. Perawat melepaskan gelang identitas dengan cara memasukkan jari diantara tangan pasien dan gelang Identitas kemudian menggunting gelang identitas tersebut. 4. Gelang yang sudah digunting dibuang ke tempat sampah.		
UNIT TERKAIT	Unit terkait : - Admisi - IGD dan Rawat Intensif - Instalasi Rawat Inap - Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik - Instalasi Bedah Pusat - Instalasi Radiologi - Ruang Prosedur/ Tindakan		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	IDENTIFIKASI PASIEN		
	No. Dokumen : 01-02-02/XXXIX/18386/2022	No. Revisi :	Halaman : 1/4
SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp/S (K) KIC,MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Identifikasi pasien adalah proses memastikan kesesuaian identitas pasien selama berlangsungnya prosedur pelayanan di rumah sakit menggunakan minimal 2 (dua) bentuk identitas berupa nama lengkap dan tanggal lahir yang tercatat di dokumen rekam medis pasien		
TUJUAN	1. Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan 2. Menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama No 02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. Seluruh unit pelayanan wajib melakukan proses identifikasi pasien dengan benar 2. Identifikasi pasien dilakukan mulai saat pasien mendaftar, memperoleh pelayanan sampai pasien pulang 3. Proses identifikasi pasien dilakukan dengan cara verbal yaitu menanyakan dengan pertanyaan terbuka nama lengkap dan tanggal lahir pasien, dicocokkan dengan gelang identitas atau rekam medis pasien (bila pasien tidak terpasang gelang identitas). Cara Visual yaitu melihat identitas yang terdapat pada gelang atau rekam medis pasien. Identifikasi pasien menggunakan gelang identitas 4. Setiap pasien yang terdaftar di unit pelayanan berikut ini diberikan gelang identitas		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

2/4

- a. IGD dan Rawat Intensif
- b. Instalasi Rawat Inap
- c. Instalasi Bedah Sentral
5. Label pada gelang identitas memuat 3 (tiga) komponen, yaitu Nama Lengkap, Tanggal Lahir dan Nomor Rekam Medik.
6. Pasien IGD dengan indikasi masuk ruang isolasi, akan dipasangkan gelang identitas oleh perawat triase yang berisi nama lengkap dan tanggal lahir. Setelah label identitas dari admisi jadi, akan dipasang gelang identitas pasien oleh perawat yang berisi nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor RM, kemudian gelang identitas yang pertama wajib dilepaskan.
7. Pasien IGD dengan indikasi non isolasi dipasangkan gelang identitas oleh perawat setelah mendapatkan gelang identitas dari admisi yang berisi nama lengkap, tanggal lahir dan nomor RM.
8. Pasien rawat inap yang masuk melalui rawat jalan, dipasang gelang oleh petugas admisi.
9. Pasien rencana pemeriksaan radiologi dengan kontras wajib dipasangkan gelang identitas oleh admisi
10. Pasang gelang identitas pasien dengan memberi ruang/ jarak kulit dengan gelang ± 2 cm
11. Pasien rujukan dari rumah sakit lain yang masih terpasang gelang identitasnya yang akan dilakukan pemeriksaan diagnostik atau mendapat tindakan invasif, maka gelang identitas tersebut tetap dipertahankan. Proses identifikasi pasien dilakukan oleh petugas di unit tersebut
12. Sebelum pemasangan gelang identitas, petugas melakukan identifikasi cara verbal dan visual yaitu menanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien menggunakan pertanyaan terbuka.
Contoh : "Bisa bapak sebutkan nama lengkap Bapak?" Kapan tanggal lahir Bapak?" dicocokkan dengan gelang identitas pasien atau catatan rekam medis pasien.
13. Pasang gelang identitas pasien pada tangan non-dominan pasien yang tidak dipasang infus. Apabila karena indikasi medis, kedua ekstremitas atas terpasang infus, maka gelang identitas dipasang di tangan non-dominan pasien
14. Pada pasien yang tidak memiliki ekstremitas gelang identitas dapat dipasang pada tali, kemudian dikalungkan ke leher pasien.
15. Pada pasien yang tidak memungkinkan dipasang gelang identitas seperti pasien luka bakar luas, maka identifikasi pasien menggunakan dokumentasi foto yang dipasang di rekam medis pasien, dicocokkan dengan identitas yang dimiliki pasien (KTP/paspor)



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

IDENTIFIKASI PASIEN

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

3/4

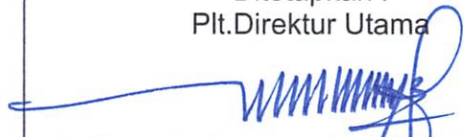
16. Bila salah satu identitas yang disebutkan pasien tidak sesuai dengan yang tercantum dalam gelang identitas, maka petugas kesehatan dapat melakukan konfirmasi pada keluarga pasien, mencocokkan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) pasien, atau tanda identitas lain yang dimiliki pasien (paspor atau data kependudukan lain yang sah dan berlaku)
17. Bila selama perawatan gelang identitas rusak atau terjadi infeksi pada lokasi pemasangan gelang, maka penggantian gelang dimintakan di bagian admisi oleh perawat ruang rawat.
18. Gelang identitas dilepaskan di ruang rawat bila pasien pulang atau meninggal oleh perawat penanggung jawab pasien. Pada pasien yang meninggal gelang diganti dengan label dari kamar jenazah

Identifikasi pasien menggunakan dokumentasi foto

1. Pada pasien terlantar atau tidak ada keluarga yang tidak memiliki dokumen identitas pasien, maka diidentifikasi sebagai berikut :
 - a. Pasien masuk dari IGD : Tn/Ny. X1, Tn/Ny. X2, dst
 - b. Pasien/ jenazah tidak dikenal yang masuk lewat kamar jenazah diberi kode : Tn/Ny. Z1, Tn/Ny. Z2, dst
2. Pasien terlantar atau tidak ada keluarga dilakukan dokumentasi foto dan diberikan identitas sebagai berikut :
 - a. Nama Pasien
 - b. Tanggal dan Jam masuk rumah sakit
 - c. Nomor Rekam Medik
3. Pada pasien yang mengalami gangguan komunikasi verbal akibat kondisi fisiknya (afasia, penurunan kesadaran/koma, terpasang ventilator,) identifikasi pasien dilakukan dengan cara visual dan mengkonfirmasi validitas identitas pasien kepada keluarga/pendamping pasien, dicocokkan dengan data yang terdapat pada rekam medik.
4. Setiap Profesional Pemberi Asuhan (PPA) harus melakukan proses identifikasi pasien saat:
 - a. Pada setiap kunjungan baru
 - b. Sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik,
 - c. Sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen
 - d. Sebelum pemberian diet
 - e. Sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis
 - f. Sebelum prosedur diagnostik (radiologi dan neurodiagnostik)
5. Pasien yang dinyatakan boleh pulang, gelang identitas pasien dilepas oleh perawat di unit perawatan tersebut.

UNIT TERKAIT	Unit terkait : 1. Instalasi Rekam Medik 2. Instalasi Rawat Jalan 3. IGD dan Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Inap 5. Instalasi Neurodiagnostik 6. Instalasi Neurorestorasi 7. Instalasi Bedah Sentral dan Sterilisasi Sentral 8. Instalasi Radiologi 9. Instalasi Gizi 10. Instalasi Farmasi 11. Instalasi Laboratorium
--------------	---

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PELAPORAN MELALUI MEDIA SOSIAL: WhatsApp (WA)		
	No. Dokumen : 05.02.02/XXXIX/8389/ 2022	No. Revisi :	Halaman : 1/1
SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Pelaporan melalui media sosial adalah proses penyampaian pemantauan pasien kepada dokter yang merawat pasien melalui media sosial		
TUJUAN	1. Terlaksananya proses pelaporan pemantauan pasien secara tepat 2. Sebagai media komunikasi sesama pemberi asuhan		
KEBIJAKAN	1. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No 02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 2. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.04/II/181/2013 Tentang Panduan Pelayanan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi RS Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. Perawat membuka aplikasi WA yang ada di komputer ruangan 2. Perawat melaporkan kondisi pemantauan pasien kelolaannya yang bukan kondisi kritis kepada dokter penanggung jawab, dokter konsulen ataupun pemberi asuhan lain menggunakan teknik SBAR 3. Perawat yang melaporkan pemantauan pasien kelolaannya mencatat di CPPT : a. Tanggal dan jam mengirim WA b. Isi berita yang dilaporkan dan nama lengkap DPJP , dokter konsulen atau pemberi asuhan lain yang dihubungi c. Isi instruksi menggunakan teknik TBaK d. Nama lengkap perawat yang melapor		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. IGD 4. Instalasi Rawat Intensif		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI VERBAL TEKNIK TBAK		
	No. Dokumen : <i>05.02.02/XXXIX(8388)/ 2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/2
SPO	Tanggal Terbit : <i>8 september 2022</i>	Ditetapkan : Plt.Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC,MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Komunikasi verbal teknik TBAK adalah metode komunikasi yang dilakukan pada saat menerima instruksi verbal lewat telepon dan melaporkan hasil tes kritis		
TUJUAN	1. Mengurangi kesalahan-kesalahan akibat komunikasi yang tidak efektif (tidak akurat, tidak lengkap, ambigu) 2. Meningkatkan keselamatan pasien		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor 02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	Persiapan: 1. Rekam Medis Pasien 2. Alat Tulis 1. T: Tulis. Perawat atau PPA lain yang menerima instruksi dari DPJP menuliskan instruksi yang diberikan di Tbak yang ada di <i>Electronic Health Record (EHR)</i> . Isi berita yang ditulis dibacakan kembali dan DPJP yang memberikan instruksi mengkonfirmasi secara verbal. Hal-hal yang harus di catat di lembar CPPT diantaranya: • Tanggal dan jam instruksi diterima • Isi berita yang dilaporkan (kondisi klinis, hasil pengkajian, hasil kritis, dll) • Instruksi verbal yang diberikan (misal dosis obat dan waktu pemberian)		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI VERBAL TEKNIK TBAK		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/2
	2. Ba : Bacakan kembali Bacakan kembali pesan ke pengirim pesan untuk mengkonfirmasi kebenaran pesan yang dituliskan, termasuk nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosis.. Eja ulang menggunakan daftar ejaan RS PON bila menerima instruksi pemberian obat-obat LASA (Look Alike Sound Alike)/ NORUM (Nama Obat Rupa Mirip) 3. K : Konfirmasi Konfirmasi dilakukan dengan melakukan klik "konfirmasi" di bawah pesan TBAK yang ditulis oleh penerima instruksi di EHR sebagai bukti konfirmasi pemberi instruksi maksimal 24 jam setelah instruksi diberikan, bila di hari libur di hari masuk berikutnya		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Intensif 3. Instalasi Rawat Jalan 4. Instalasi Rawat Inap 5. Instalasi Bedah Sentral dan Sterilisasi Sentral 6. Instalasi Radiologi 7. Instalasi Laboratorium		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI TEKNIK SBAR		
	No. Dokumen : 01.02.02 / KKKI 18389 / 2022	No. Revisi :	Halaman : 1/2
SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Komunikasi tehnik SBAR adalah Mekanisme komunikasi yang dilakukan pada saat serah terima pasien antar shift atau antara staf dan komunikasi antar anggota tim kesehatan		
TUJUAN	1. Mencegah terjadinya kesalahan komunikasi antar petugas kesehatan 2. Menjamin keselamatan dan keamanan pelayanan pasien		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor Tentang HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	Sebelum serah terima atau melaporkan pasien, petugas kesehatan harus: 1. Kaji kondisi pasien terkini 2. Kumpulkan data yang diperlukan yang berhubungan dengan kondisi pasien yang akan dilaporkan atau diserahkan terimakan Serah terima pasien atau pelaporan pasien dengan teknik SBAR yang meliputi: S (<i>Situation</i>) : bagaimana situasi yang akan di serah terimakan atau dilaporkan 1. Identifikasi nama petugas dan identitas pasien 2. Sebutkan diagnosa medis pasien 3. Sampaikan kondisi pasien saat ini yang perlu dilaporkan atau serah terimakan B (<i>Background</i>) : apa latar belakang informasi klinis yang berhubungan dengan situasi 1. Sebutkan riwayat terapi yang diberikan 2. Riwayat medis		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI TEKNIK SBAR		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/2
	A (<i>Assessment</i>) : berbagai hasil penilaian klinis 1. Tanda – tanda vital terbaru 2. Hasil test pasien terbaru : sebutkan tanggal dan waktu test dan perbandingan dengan hasil test sebelumnya 3. Temuan klinis terbaru 4. Analisis masalah dari petugas kesehatan 5. Analisis prioritas masalah R (<i>Recommendation</i>): Apa yang diharapkan terjadi dan kapan 1. Apa rekomendasi tindakan yang diperlukan untuk memperbaiki masalah pasien 2. Kapan waktu yang diharapkan tindakan dilakukan		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. IGD dan Rawat Intensif 4. Instalasi Laboratorium 5. Instalasi Radiologi		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI EFEKTIF		
	No. Dokumen : 05-02-02 / xxxix / 8390 / 2022	No. Revisi :	Halaman : 1/3
SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan secara akurat, lengkap, dimengerti, tidak duplikasi, dan tepat kepada penerima informasi untuk mengurangi kesalahan dan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan dengan menggunakan tulisan, verbal atau elektronik.		
TUJUAN	1. Meningkatkan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan 2. Pesan yang disampaikan dapat diterima sesuai yang diinstruksikan		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. DPJP yang memberikan instruksi tertulis melalui SMS atau aplikasi pesan smartphone harus mengkonfirmasi kepada petugas penerima instruksi bahwa pesan telah diterima 2. Petugas kesehatan yang menerima instruksi pesan melalui SMS atau aplikasi pesan smartphone harus menuliskan kembali ke catatan pasien terintegrasi. 3. Instruksi per telepon dalam pemberian obat Look Alike Sound Alike (LASA) atau Nama Obat Rupa Sama (NORUM) harus dibacakan ulang dan dieja menggunakan Ejaan Alphabet RS PON		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

KOMUNIKASI EFEKTIF

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

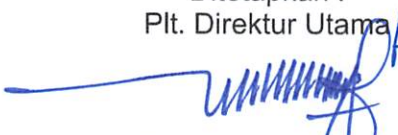
2/3

4. Tenaga kesehatan yang melaporkan kondisi pasien kritis/ serah terima antar petugas kesehatan, menggunakan teknik SBAR (Situation – Background – Assessment - Recommendation) lihat SPO Komunikasi Verbal Teknik SBAR
5. Tenaga kesehatan menerima pesan verbal/ per telepon menerapkan TBaK (Tulis Baca Konfirmasi) lihat SPO Komunikasi Verbal Teknik TbaK
6. Tenaga kesehatan menuliskan pesan atau instruksi yang diterima di TBaK yang ada di *Electronic Health Record (HER)* meliputi tanggal dan jam instruksi diterima, nama DPJP pemberi instruksi, isi instruksi yang diberikan
7. Dalam menulis pesan verbal, ditulis lengkap agar sumber instruksi dapat dilacak bila diperlukan verifikasi, menggunakan singkatan terstandar, akronim dan simbol yang disetujui rumah sakit (Lihat Buku Standar Singkatan RSPON).
8. Dokter pemberi instruksi harus melakukan klik konfirmasi di EHR
 - a. Pada hari kerja (Senin – Jumat) maksimal 24 jam dari pesan diterima
 - b. Apabila instruksi diberikan pada hari libur maksimal 2x24 jam dari pesan diterima
 - c. Apabila dokter pemberi instruksi sedang cuti, maka perintah lisan dikonfirmasi DPJP pengganti yang menerima pendelegasian dari DPJP utama.

Hal yang perlu diperhatikan :

1. Instruksi verbal atau via telepon tidak diperkenankan pada;
 - a. Pemberian obat-obatan epidural
 - b. Pemberian obat kemoterapi

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KOMUNIKASI EFEKTIF		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 3/3
	2. Tidak diperkenankan melaporkan pasien dalam kondisi kritis atau perburukan melalui aplikasi <i>smartphone</i> (<i>Whatsapp</i> atau <i>BBM</i>) atau <i>SMS</i> 3. Komunikasi menggunakan aplikasi <i>smartphone</i> atau <i>SMS</i> diperbolehkan hanya untuk melaporkan pasien <i>monitoring</i>.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Intensif 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Bedah Sentral dan Sterilisasi Sentral 5. Instalasi Radiologi 6. Instalasi Laboratorium		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PELAPORAN HASIL KRITIS		
	No. Dokumen : <i>01.02.02 / XXXIX / 8391 / 2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/3
SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	1. Pelaporan hasil kritis adalah proses penyampaian hasil kritis kepada dokter yang merawat pasien. 2. Nilai Hasil Kritis adalah hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera. 3. Pelaporan Hasil Kritis adalah proses penyampaian nilai hasil pemeriksaan yang memerlukan penanganan segera dan harus sudah dilaporkan dalam waktu maksimal 30 (tiga puluh) menit.		
TUJUAN	1. Terlaksananya proses pelaporan nilai-nilai yang perlu diwaspadai (<i>alert values</i>/ interpretasi laboratorium, kardiologi, dan radiologi untuk tenaga kesehatan). 2. Mencegah keterlambatan penatalaksanaan pasien dengan hasil kritis.		
KEBIJAKAN	1. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No 02.03/XXXIX.II/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 2. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.04/II/181/2013 Tentang Panduan Pelayanan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi RS Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	A. Pelaporan hasil kritis di rawat inap 1. Petugas laboratorium/ radiologi yang mendapatkan hasil kritis menghubungi perawat penanggung jawab ruangan dimana pasien dirawat. 2. 10 menit kemudian, petugas laboratorium/ radiologi menghubungi kembali perawat untuk memastikan bahwa informasi telah diterima dan diteruskan ke DPJP oleh perawat. 3. Perawat yang menerima informasi hasil kritis mencatat di lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT): a. Tanggal dan jam diterimanya informasi b. Nama petugas lab/radiologi yang memberikan informasi c. Isi berita d. Nama dan paraf perawat yang menerima informasi		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PELAPORAN HASIL KRITIS

No. Dokumen :

No. Revisi :

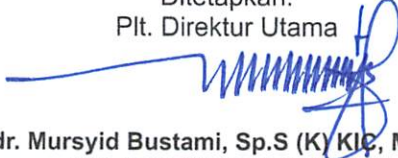
Halaman :

2/3

4. Perawat penanggung jawab di unit perawatan yang menerima hasil kritis melaporkan ke Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) melalui telepon menggunakan teknik SBAR.
5. Perawat ruangan yang menerima hasil kritis melaporkan dalam rentang waktu maksimal 30 menit , menerapkan mekanisme pelaporan hasil kritis sebagai berikut :
 - Mekanisme Pelaporan di IGD dan Rawat Inap
 - a. **10 menit pertama:** Petugas laboratorium dan petugas radiologi yang menemukan hasil kritis pasien harus segera melaporkan pada DPJP yang merawat, bila belum berhasil menghubungi, ke langkah berikut :
 - b. **10 menit ke dua: Bila di jam kerja dapat menghubungi:** DPJP. **Bila di luar jam kerja/ hari libur** menghubungi DPJP jaga yang bertugas (onsite), bila belum berhasil menghubungi ke langkah berikut:
 - c. **10 menit ke tiga** menghubungi urutan pimpinan sebagai berikut:
 1. Koordinator Kelompok Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
 2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
 3. Direktur Utama
- B. Pelaporan Hasil Kritis di Rawat Jalan dan Pemeriksaan Diagnostik
 - a. **10 menit pertama:** harus segera melaporkan pada DPJP yang merawat, bila belum berhasil menghubungi, ke langkah berikut :
 - b. **10 menit ke dua: Bila di jam kerja dapat menghubungi:** DPJP. **Bila di luar jam kerja/ hari libur** menghubungi DPJP jaga yang bertugas (onsite), bila belum berhasil menghubungi ke langkah berikut:
 - c. **10 menit ke tiga** menghubungi urutan pimpinan sebagai berikut:
 1. Koordinator Kelompok Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
 2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
 3. Direktur Utama
 - d. Dokter yang dilaporkan tentang hasil kritis yang perlu diwaspadai tersebut, bertanggungjawab terhadap interpretasi hasil dan pengambilan tindakan terhadap pasien.

--	--

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PELAPORAN HASIL KRITIS		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman : 2/3
	6. Perawat yang melaporkan hasil kritis ke DPJP mencatat di CPPT : - Tanggal dan jam menelpon, - Isi berita yang dilaporkan dan nama lengkap DPJP yang dihubungi - Isi instruksi dari DPJP, menggunakan teknik TBaK - Nama lengkap perawat yang melapor - Bubuhkan stempel konfirmasi		
UNIT TERKAIT	- Instalasi Rawat Inap - Instalasi Rawat Jalan - IGD - Instalasi Rawat Intensif - Instalasi laboratorium - Instalasi Radiologi		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENYIMPANAN OBAT HIGH ALERT		
	No. Dokumen: <i>OT-02-02/XXXIX/ 83 92/ 2022</i>	No. Revisi:	Halaman: 1/2
SPO	Tanggal Terbit: <i>3 September 2022</i>	Ditetapkan: Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIP, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	1. Obat <i>high alert</i> (obat dengan kewaspadaan tinggi) adalah obat yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya bermakna pada pasien bila obat digunakan secara salah. 2. Penyimpanan obat <i>high alert</i> adalah penyimpanan obat-obat golongan <i>high alert</i> yang harus disimpan terpisah dari obat lain dan diberi tanda selotif merah pada bagian depan atau sekeliling wadah/lemari tempat penyimpanannya dan ditempelkan daftar obat <i>high alert</i>.		
TUJUAN	1. Memberikan pedoman untuk penyimpanan obat <i>high alert</i> secara aman 2. Meningkatkan kewaspadaan dalam menyimpan obat <i>high alert</i> 3. Meningkatkan keselamatan pasien		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Jakarta Nomor HK.02.03/XXXIX.I/702/2018 Tentang Pemberlakuan Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	Penyimpanan Obat High Alert di Farmasi 1. Petugas farmasi menyimpan obat <i>high alert</i> di tempat terpisah dari obat lain dan diberi tanda selotif merah pada bagian depan atau sekeliling tempat/lemari penyimpanannya. 2. Obat <i>high alert</i> yang harus disimpan dalam lemari pendingin diletakkan di bagian terpisah dari obat lainnya dengan diberi tanda selotif merah pada bagian depan atau sekeliling tempat penyimpanannya 3. Daftar obat <i>high alert</i> ditempelkan pada bagian depan lemari obat <i>high alert</i>. 4. Penempelan stiker High Alert: a. Gudang: Stiker ditempelkan pada kemasan primer atau kemasan tersier obat <i>high alert</i> yang belum terbuka. b. Depo farmasi ranap: Stiker ditempelkan pada setiap satuan terkecil obat.		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENYIMPANAN OBAT HIGH ALERT		
	No. Dokumen:	No. Revisi:	Halaman: 2/2
	c. Depo farmasi rajal: Stiker ditempelkan pada setiap ujung strip obat atau pada bagian yang mencolok dari obat. Penyimpanan Obat <i>High Alert</i> di Luar Instalasi Farmasi 1. Perawat menyimpan obat <i>high alert</i> yang akan digunakan pasien di tempat terpisah dari obat lain dan diberi tanda selotif merah pada bagian depan atau sekeliling tempat/lemari penyimpanannya. 2. Daftar obat high alert ditempelkan pada ruang penyimpanan obat di ruang rawat. 3. Elektrolit pekat tidak boleh disimpan diruang rawat, kecuali yang akan digunakan pada hari itu oleh pasien 4. Elektrolit pekat hanya boleh disimpan di kamar operasi (OK), IGD, dan ICU, yaitu di tempat terpisah dengan akses terbatas dan harus diberi label yang jelas untuk menghindari kesalahan penggunaan, 5. Obat <i>high alert</i> dan elektrolit pekat yang tersimpan dalam <i>trolley emergency</i> di ruang rawat diletakkan dalam tempat terpisah yang diberi selotif merah. Obat <i>high alert</i> dalam <i>trolley emergency</i> diberi label <i>high alert</i> sampai dengan satuan terkecil.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Unit Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap 3. IGD, OK dan ICU		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENGUNAAN OBAT <i>HIGH ALERT</i> DIRUANG RAWAT		
	No. Dokumen: <i>OT-0202 (XXXIX/8393/2012)</i>	No. Revisi:	Halaman: 1/3
SPO	Tanggal Terbit: <i>8 September 2012</i>	Ditetapkan: Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988034002	
PENGERTIAN	- Obat <i>high alert</i> (obat dengan kewaspadaan tinggi) adalah obat yang memiliki risiko tinggi yang menyebabkan bahaya bermakna pada pasien bila obat digunakan secara salah. - Penggunaan obat <i>high alert</i> di ruang rawat adalah segala sesuatu yang harus dilakukan oleh perawat ruang rawat terkait pemberian obat <i>high alert</i> pada pasien.		
TUJUAN	- Memberikan pedoman untuk penggunaan obat <i>high alert</i> secara aman - Meningkatkan kewaspadaan dalam menangani obat <i>high alert</i> - Meningkatkan keselamatan pasien		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan direktur utama no HK.02.03/XXXIX.II/4706/2018 Tentang Pedoman keselamatan pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	- Perawat menerima obat <i>high alert</i> dari apoteker/tenaga teknis farmasi setelah menerima penjelasan. - Perawat melakukan pengecekan ganda (<i>double-check</i>) terhadap semua obat <i>high alert</i> sebelum diberikan kepada pasien - Untuk dosis inisial atau infus baru - Perawat pertama menyiapkan obat yang hendak diberikan lengkap dengan labelnya, rekam medis pasien untuk melihat instruksi dokter, dan daftar terapi obat, - Perawat kedua memastikan hal berikut: - Melakukan verifikasi bahwa obat yang telah disiapkan sesuai dengan instruksi		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENGUNAAN OBAT *HIGH ALERT* DIRUANG RAWAT

No. Dokumen:

No. Revisi:

Halaman:

2/3

- b) Membaca label dengan suara lantang untuk melakukan verifikasi 5 BENAR yaitu: (1) benar identitas pasien, dengan mengecek minimal 2 identitas yaitu nama dan tanggal lahir (2) benar nama obat (3) benar dosis obat dan penghitungan kecepatan pompa infus (4) benar rute pemberian (5) benar waktu pemberian obat
- 3) Perawat kedua melakukan pencatatan pada daftar terapi obat, dengan membubuhkan paraf pada kolom "inisial 2".
- 4) Pastikan infus obat berada pada jalur/selang yang benar dan lakukan pengecekan selang infus mulai dari larutan/cairan infus, pompa, hingga tempat insersi selang
- 5) Pastikan pompa infus terprogram dengan kecepatan pemberian yang tepat, termasuk ketepatan data berat badan pasien
- 6) Apabila obat diberikan lebih dari satu *syringe pump*, setiap *syringe pump* dan setiap ujung jalur selang diberi label nama obat
- b. Saat penggantian jaga perawat atau transfer pasien
 - 1) Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat *high alert*
 - 2) Perawat pertama menyiapkan obat yang lengkap dengan labelnya, rekam medis dan daftar terapi obat
 - 3) Perawat kedua memastikan hal hal berikut
 - a) Melakukan verifikasi bahwa obat yang akan diserahkan sesuai dengan instruksi
 - b) Membaca label dengan suara lantang untuk melakukan verifikasi 5 BENAR yaitu: (1) benar identitas pasien, dengan mengecek minimal 2 identitas pasien (nama dan tanggal lahir) (2) benar nama obat (3) benar dosis obat (penghitungan kecepatan dan pompa infus) (4) benar rute pemberian tepat (5) benar waktu pemberian obat
 - 4) Lakukan pencatatan pada formulir transfer antar ruang dengan membubuhkan tanda tangan



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENGUNAAN OBAT *HIGH ALERT* DIRUANG RAWAT

No. Dokumen:

No. Revisi:

Halaman:

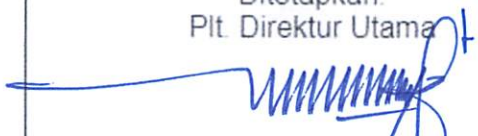
3/3

3. Sebelum memberikan obat, perawat melakukan identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas yaitu nama dan tanggal lahir, memberitahukan kepada pasien mengenai nama obat yang diberikan, dosis, dan tujuannya (pasien dapat juga berperan sebagai pengecek, jika memungkinkan)
4. Semua pemberian obat *high alert* intravena dan bersifat kontinu harus diberikan melalui pompa infus IV. Setiap selang infus harus diberi label dengan nama obat yang diberikan diujung distal selang dan *syringe*

Pada situasi **emergensi**, di mana pelabelan dan prosedur pengecekan ganda dapat menghambat/menunda penatalaksanaan dan berdampak negatif terhadap pasien, perawat atau dokter pertama-tama harus menentukan dan memastikan bahwa kondisi klinis pasien benar-benar bersifat emergensi dan perlu ditatalaksana segera, sehingga pengecekan ganda dapat ditunda. Petugas yang memberikan obat harus menyebutkan dengan lantang semua terapi obat yang diberikan sebelum memberikannya kepada pasien
5. Obat yang tidak digunakan dikembalikan kepada farmasi/apotek, dan dilakukan peninjauan ulang oleh ahli farmasi atau apoteker apakah terjadi kesalahan obat yang belum diberikan
6. Dosis ekstra yang digunakan ditinjau ulang oleh apoteker untuk mengetahui indikasi penggunaan dosis ekstra

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Farmasi
2. Unit Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap
3. IGD dan Intensif

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENANGANAN OBAT HIGH ALERT		
SPO	No. Dokumen: <i>OT-02-02/XXXIX/8394/2022</i> Tanggal Terbit: <i>8 September 2022</i>	No. Revisi:	Halaman: 1/3 Ditetapkan: Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K) KIC, MARS NIP 196209131988031002
PENGERTIAN	1. Obat <i>high alert</i> (obat dengan kewaspadaan tinggi) adalah obat yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya bermakna pada pasien bila obat digunakan secara salah. 2. Penanganan obat <i>high alert</i> adalah segala sesuatu yang harus dilakukan terkait obat <i>high alert</i> sejak obat diresepkan sampai obat diberikan pada pasien meliputi peresepan, penyimpanan, penyiapan, dan pemberian obat.		
TUJUAN	1. Memberikan pedoman untuk penanganan obat <i>high alert</i> secara aman 2. Meningkatkan kewaspadaan dalam menangani obat <i>high alert</i> 3. Meningkatkan keselamatan pasien		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Jakarta Nomor HK.02.03/XXXIX.I/702/2018 Tentang Pemberlakuan Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	Peresepan 1. Dokter meresepkan obat <i>high alert</i> secara tertulis melalui EHR, kecuali pada kondisi emergensi dapat dilakukan secara verbal/lisan. 2. Dokter memastikan bahwa peresepan sudah lengkap dan benar dalam hal indikasi, ketepatan obat, dosis, dan rute pemberian.		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENANGANAN OBAT HIGH ALERT

No. Dokumen:

No. Revisi:

Halaman:

2/3

Penyiapan

1. Apoteker mengkaji resep obat *high alert* sesuai Panduan *High Alert Medication*.
2. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian memberikan garis merah di bawah setiap obat *high alert* pada lembar resep.
3. Jika apoteker tidak ada, pengkajian obat *high alert* didelegasikan pada tenaga teknis kefarmasian yang bertugas.
4. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian memastikan bahwa obat *high alert* disimpan sesuai prosedur yang tertulis pada SPO Penyimpanan Obat *High Alert*.
5. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian mengambil obat dari tempat penyimpanan obat *high alert*.
6. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian lain (orang kedua) melakukan pemeriksaan kembali secara independen, kemudian masing-masing menuliskan inisial nama pada Buku Catatan Obat High Alert sebagai bukti bahwa pemeriksaan telah dilakukan sebanyak dua kali (*double check*).
7. Apabila apoteker/tenaga teknis kefarmasian bertugas sendirian, petugas tersebut memeriksa kebenaran obat dua kali dan menuliskan inisial nama sebanyak dua kali pada Buku Catatan Obat High Alert sebagai bukti bahwa pemeriksaan telah dilakukan sebanyak dua kali.
8. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian memberikan etiket pada obat *high alert* dan memastikan obat *high alert* telah diberi stiker "obat *high alert*".
9. Stiker obat *high alert* ditempelkan sampai satuan terkecil untuk pasien rawat inap. Untuk pasien rawat jalan, stiker *high alert* ditempelkan pada ujung strip obat atau pada tempat yang mencolok pada satuan obat.
10. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian memastikan bahwa larutan elektrolit pekat (kalium klorida 7,46%, natrium klorida 3%, natrium bikarbonat 8,4%, magnesium sulfat 40%) tidak disimpan di ruang rawat, kecuali akan digunakan oleh pasien dan dipastikan disimpan mengikuti SPO Penyimpanan Obat *High Alert*.



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENANGANAN OBAT HIGH ALERT

No. Dokumen:

No. Revisi:

Halaman:

3/3

Pemberian

1. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian menyerahkan obat *high alert* kepada perawat atau pasien (warfarin oral) dengan memberikan penjelasan yang benar dan lengkap.
2. Sebelum memberikan obat *high alert* kepada pasien, perawat harus melakukan verifikasi obat dan diulangi oleh perawat kedua secara independen (*double check*), yang terdiri dari LIMA BENAR:
 - a. Benar Pasien
 - b. Benar Obat
 - c. Benar Dosis
 - d. Benar Rute
 - e. Benar Waktu /Frekuensi
3. Perawat yang memberikan obat *high alert* secara infus harus memastikan ketepatan kecepatan pompa infus. Apabila obat diberikan lebih dari satu, setiap *syringe pump* dan setiap ujung jalur selang diberi label nama obat.
4. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat *high alert*.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Farmasi
2. Unit Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap
3. Unit Pelayanan Intensif dan IGD

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENANDAAN LOKASI OPERASI		
	No. Dokumen : <i>05-02-02/XXXIX/</i> <i>0395/2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/2
SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Penandaan lokasi operasi adalah proses kegiatan memberikan penandaan pada lokasi/ area yang akan diinsisi (dioperasi) dengan menggunakan spidol "marker" yang dilaksanakan secara konsisten di Rumah Sakit oleh DPJP/ dokter operator yang akan melakukan tindakan operasi.		
TUJUAN	Memandu petugas kesehatan dalam memastikan kebenaran identitas pasien dan lokasi/ area insisi sebelum prosedur operasi/ tindakan invasif dilakukan		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No: HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	1. DPJP/ dokter operator melakukan identifikasi pasien yang akan dioperasi 2. DPJP/ dokter operator melibatkan pasien secara aktif dalam verifikasi kebenaran lokasi operasi dengan cara menanyakan kepada pasien mengenai lokasi operasi/ tindakan yang akan dilakukan, bila pasien dalam keadaan sadar. Bila pasien tidak sadar, kebenaran lokasi operasi dipastikan berdasarkan rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang pasien (misalnya hasil rontgen, CT scan, MRI, dll) serta melibatkan keluarga/ penunggu pasien, jika pasien dan keluarga tidak memungkinkan, dapat diwakilkan oleh dokter/ perawat. 3. DPJP/ dokter operator melakukan penandaan daerah operasi/ tindakan invasif menggunakan spidol 'Marker' dengan menuliskan		

	Pasien dan keluarga dijelaskan untuk tidak menghapus tanda tersebut. 4. Penandaan lokasi prosedur dibuat jika melibatkan 2 sisi (perbedaan kanan/kiri), kerusakan kulit yang samar, struktur multiple (seperti jari tangan dan jari kaki), atau bermacam-macam tingkatan (seperti dalam prosedur spinal, jika tehnik radiografi tidak dilakukan). 5. Lokasi yang tidak termasuk dalam prosedur tidak boleh ditandai, kecuali jika diperlukan untuk beberapa aspek lain dari pelayanan pasien (lokasi potensial ostomi). 6. Untuk prosedur yang melibatkan banyak tim, jika pendekatan yang sama dilakukan oleh seluruh tim, maka hanya tim yang pertama yang harus menandai pasien. Jika digunakan pendekatan multiple, maka setiap tim harus menandai lokasi masing-masing sesuai bagiannya dan konsisten dengan panduan ini. 7. Penandaan lokasi operasi bukan kraniotomi dilakukan di ruangan, tetapi untuk tindakan kraniotomi, paling lambat penandaan di ruang penerimaan kamar operasi.
--	--

UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Bedah Sentral
--------------	---

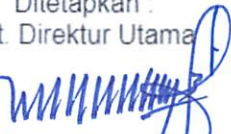
 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KESELAMATAN PROSEDUR INVASIF		
	No. Dokumen : <i>01-02-02/ KXCL/18396/2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/4
SPO	Tanggal Terbit : <i>6 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama <i>[Signature]</i> dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Keselamatan prosedur invasif adalah tindakan atau teknik memasukkan jarum, <i>probe</i>, instrumen, benda asing atau alat lain ke dalam tubuh dengan melakukan penusukan atau insisi dari kulit untuk tujuan diagnosis dan/ atau terapi yang dapat menimbulkan resiko minimal ataupun tinggi sesuai dengan standar sehingga mengutamakan keselamatan pasien. Sebelum dilakukan tindakan invasif resiko tinggi, dilakukan proses sesuai dengan protokol universal yaitu proses yang menggunakan "komunikasi aktif" untuk menghilangkan risiko salah lokasi, salah prosedur, salah pasien. Protokol universal didokumentasikan sesaat sebelum dimulainya prosedur . Prosedur invasif resiko minimal: prosedur invasif yang dilakukan dengan memakai anestesi lokal dan tidak menyebabkan cedera pada tubuh atau komplikasi yang membutuhkan tata laksana dilevel pelayanan yang lebih tinggi. Prosedur invasif risiko minimal harus memenuhi setidaknya satu dari kriteria berikut ini: 1. Tidak mencakup penetrasi organ dalam rongga tubuh. Dapat dilakukan dengan visualisasi langsung, palpasi, atau penuntun tidak langsung (contoh: ultrasound, CT, Fluoroskopi, MRI). Jika menggunakan instrumentasi endoskopi, struktur yang divisualisasi harus juga dapat diakses dengan bantuan speculum atau cermin contoh seperti fiberoptik laryngoskopi atau pemeriksaan serviks dan vagina. Prosedur tidak mencakup penetrasi organ internal atau struktur internal yang berada di dalam rongga tubuh. 2. Tindakan ini sudah mendapat persetujuan dari komite medik Daftar prosedur invasif resiko minimal: 1. Debridement luka laserasi di kepala 2. Over Hecting 3. Pelepasan eksternal <i>drainase</i>		

	3. Pelepasan eksternal <i>drainase</i> 4. Pelepasan drain intracranial 5. Bubbling test on TCD 6. EMG 7. Pemasangan NGT Prosedur Invasif dengan Risiko Tinggi: prosedur invasif yang memenuhi satu dari kriteria berikut: 1. Tidak dapat diklasifikasikan sebagai risiko minimal sesuai definisi di atas. 2. Membutuhkan anestesi: sedasi, analgesia atau anestesi umum. 3. Terkait dengan risiko cedera tubuh atau komplikasi lain yang mungkin membutuhkan tatalaksana pada tingkat pelayanan yang lebih tinggi jika terjadi. 4. Mencakup: a. Penetrasi organ atau struktur internal yang berada dalam rongga tubuh b. Utilisasi instrumentasi endoskopi untuk visualisasi struktur yang tidak dapat dilihat dengan cara lain. c. Kanulasi <i>central venous system</i> atau sistem arterial Daftar Prosedur invasif resiko tinggi di luar kamar operasi 1. <i>Ventricular tapping</i> 2. Pungsi Lumbal 3. Eksploratory burrhole 4. Pemasangan ICP 5. Artery line placement 6. <i>Endotracheal Intubation</i> 7. Pemasangan CVC 8. Pemasangan NGT pada pasien TIK
TUJUAN	1. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan terhadap keselamatan pasien yang akan dilakukan tindakan invasif risiko tinggi, sebelum, selama dan setelah tindakan dilakukan. 2. Mencegah dan menurunkan risiko terjadinya penyulit atau komplikasi pada saat sebelum dan sesudah tindakan dilakukan 3. Memastikan kebenaran identitas pasien dan lokasi/ area insisi sebelum prosedur tindakan invasif dilakukan.
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No: HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

PROSEDUR	1. Diawali dengan tahapan Pra-prosedur, dengan memastikan: a. Konfirmasi, nama pasien dan tanggal lahir serta gelang identitas pasien b. Surat persetujuan tindakan c. Apakah ada peralatan/implan khusus d. Benar imaging/pemeriksaan penunjang terkait 2. <i>Time Out</i> (Proses Verifikasi Terakhir) a. Verifikasi identitas pasien b. Memastikan lokasi dimana prosedur invasif akan dilakukan sebelum insersi jarum, probe atau alat lainnya. c. Memastikan prosedur yang akan dilakukan d. Seluruh tim pelaksana prosedur harus menggunakan teknik "Komunikasi Aktif" (secara oral atau melalui beberapa tindakan) e. Bila proses <i>Time Out</i> tidak benar, atau tidak lengkap, siapapun dalam tim prosedur dapat menghentikan dimulainya prosedur. 1) Semua anggota tim memiliki tanggung jawab untuk berbicara bila mereka mempunyai informasi yang dapat mempengaruhi keselamatan dan kualitas perawatan pasien. 2) Prosedur tidak akan dilanjutkan sampai semua masalah selesai. 3) Dalam kondisi emergensi, prosedur invasif dengan risiko tinggi dapat dilakukan tanpa dokumentasi sebelumnya. Tetapi keterangan emergensi harus tertulis dalam form keselamatan prosedur invasif. 4) Pasien yang menjalani prosedur invasif dengan sedasi/analgesi harus memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam kebijakan layanan sedasi. 5) Dokumentasi Pasca Prosedur "Catatan Prosedur Invasif" Catatan Prosedur Invasif risiko tinggi harus segera dibuat dan dicatat dalam rekam medis sebelum pemindahan pasien ke tahap perawatan selanjutnya, meliputi : Kelengkapan catatan prosedur invasif : a. Informasi identifikasi Pasien b. Apakah sedasi/analgesia atau anestesi local yang digunakan c. Nama tenaga kesehatan d. Prosedur yang dilakukan e. Deskripsi masing-masing prosedur f. Temuan
-----------------	---

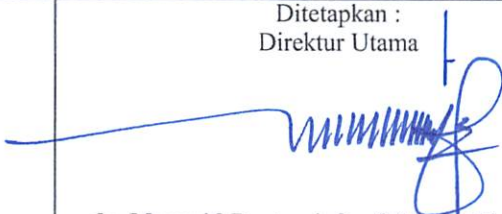
	g. Spesimen yang dipindahkan dan atau disposisi spesimen (jika ada) h. Perkiraan kehilangan darah (jika ada) i. Diagnosis pasca prosedur j. Komplikasi k. Keadaan umum pasien l. Pelaporan dilakukan oleh dokter yang melakukan prosedur m. Tanggal dan waktu prosedur
--	--

UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Intensif 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Jalan 4. Neurodiagnosik 5. Instalasi Rawat Inap
--------------	---

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	KESELAMATAN OPERASI		
	No. Dokumen : <i>OT-02-02 / XXXIX / 8397 / 2018</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/3
SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2018</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K) KIC, MARS NIP 196209131988031002	
PENGERTIAN	Keselamatan Operasi adalah prosedur yang digunakan untuk meningkatkan keselamatan pada semua pasien yang akan dilakukan tindakan operasi baik yang telah dijadwalkan (operasi elektif) maupun operasi cito darurat (<i>emergency</i>). Sebelum dilakukan tindakan invasif, dilakukan proses sesuai dengan protokol universal yang terdiri atas: 1. Benar pasien 2. Benar lokasi 3. Benar prosedur		
TUJUAN	1. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan terhadap keselamatan pasien yang akan dioperasi, sebelum masuk kamar operasi, sesaat sebelum induksi anestesi (<i>the sign in</i>), sebelum insisi kulit (<i>the time out</i>) dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi (<i>the sign out</i>). 2. Mencegah dan menurunkan risiko terjadinya penyulit atau komplikasi sebelum dan sesudah operasi dilakukan serta memastikan kebenaran identitas pasien dan lokasi/ area insisi sebelum prosedur operasi dilakukan.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No: HK.02.03/XXXIX.II/4706/2018 tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	A. Persiapan Pasien Di Ruangan Rawat Dan IGD 1. Operator/ dokter bedah dan Anestesi didampingi perawat memberi penjelasan pada pasien dan keluarganya mengenai prosedur dan tahapan operasi yang akan dijalani oleh pasien sebelum, saat dan sesudah operasi dilakukan, serta penyulit		

	dan komplikasi yang mungkin akan terjadi pada saat dan sesudah operasi dilakukan dan keluarga - Memastikan pasien atau keluarganya memahami prosedur yang akan dilakukan, memberi persetujuan dan menandatangani surat persetujuan operasi (<i>informed consent</i>) dan formulir KIE. - Operator yang akan melakukan operasi memberikan penandaan lokasi/ sisi operasi dengan melibatkan pasien atau keluarga di ruang rawat dan paling lambat di ruang penerimaan pasien B. Persiapan Sebelum Dilakukan Induksi Anestesi (<i>The Sign In</i>) - Menanyakan nama dan tanggal lahir serta cek gelang identitas. - Melibatkan pasien dalam verifikasi kebenaran lokasi operasi bila pasien dalam keadaan sadar atau memastikan kebenaran lokasi operasi berdasarkan rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang pasien (misalnya hasil rontgen, CT Scan, MRI, dll). - Bila pasien dalam keadaan sadar, pastikan bahwa pasien telah diinformasikan sebelumnya dan mengerti tentang prosedur dan langkah – langkah yang akan dilakukan sebelum, saat dan setelah operasi. - Memastikan bahwa pasien atau keluarganya telah menandatangani Surat Ijin Operasi (<i>informed Consent Form</i>) - Memastikan alat Pulse Oximeter sudah terpasang dan berfungsi dengan baik. - Memeriksa kelengkapan dan ketersediaan obat – obat anestesi dan mesin anestesi, serta memastikan mesin anestesi tersebut dapat berfungsi dengan baik. - Memastikan riwayat alergi pasien, risiko aspirasi maupun risiko terjadinya keadaan darurat termasuk risiko perdarahan dan kesiapan alat, obat, akses intravena maupun transfusi darah yang mungkin diperlukan pada saat dan setelah operasi. C. Persiapan Sebelum Dilakukan Insisi Kulit (<i>The Time Out</i>) - Perawat sirkulasi, meminta semua anggota Tim memperkenalkan diri dan tugas masing – masing. - Dokter operator memastikan nama lengkap pasien, prosedur tindakan dan lokasi insisi yang akan dilakukan, - Perawat sirkulasi menanyakan kepada dokter anestesi atau perawat dalam tim apakah antibiotik sudah diberikan 30 menit sebelumnya (sebutkan nama antibiotik dan dosisnya). - Perawat sirkulasi, menanyakan kepada dokter operator langkah yang akan dilakukan oleh operator bila terjadi kondisi
--	---

	kritis atau kejadian yang tidak diharapkan, lamanya operasi dan antisipasi apa yang dilakukan bila pasien kehilangan darah. 5. Perawat sirkulasi menanyakan kepada dokter anestesi apakah ada hal khusus yang perlu diperhatikan dan kepastian kapan serta dalam kondisi apa <i>central line cateter</i> akan dipasang. 6. Perawat sirkulasi menanyakan-sterilitas alat termasuk implant jika ada dan fungsi alat – alat bedah yang digunakan dalam operasi, serta memastikan foto rontgen/ CT Scan/ MRI telah ditayangkan dengan benar. D. Persiapan Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi (<i>The Sign Out</i>) 1. Perawat sirkulasi menanyakan nama prosedur tindakan, perhitungan jumlah instrumen, kasa dan jarum yang telah digunakan selama operasi, pemberian label pada specimen yang telah dituliskan nama pasien dan asal jaringan specimen, serta apakah ada masalah peralatan selama operasi berlangsung. 2. Dokter operator, dokter anestesi dan tim perawat secara berurutan menyampaikan masalah utama yang harus diperhatikan untuk penyembuhan dan penatalaksanaan pasien selanjutnya dan dituliskan pada rekam medis pasien. 3. Lembar keselamatan pasien di tanda tangani oleh operator bedah, dokter anestesi dan perawat sirkuler
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Bedah Sentral 2. Instalasi Gawat Darurat / IGD 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Rawat Intensif

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr.Mahar Mardjono Jakarta	KEBERSIHAN TANGAN		
	No. Dokumen : 01-02-02 / xxxlxl 8398/2022	No. Revisi 01	Halaman: 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp. S (K), KIC.,MARS NIP.196209131988031002	
PENGERTIAN	Kebersihan tangan adalah proses pembersihan kotoran dan mikroorganisme pada tangan yang di dapat melalui kontak dengan pasien, petugas Kesehatan lain dan permukaan lingkungan (flora trasient) dengan menggunakan sabun / antiseptik dibawah air mengalir atau menggunakan handrub berbasis alkohol.		
TUJUAN	1. Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme Mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien, dari pasien ke 2. petugas, dari petugas ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan sekitar pasien 3. Mencegah dan mengendalikan infeksi		
KEBIJAKAN	Buku Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional		
PROSEDUR	A. Cuci tangan dengan sabun dan air (Handwash) Langkah — langkah 1. Buka perhiasandan jam tangan yang digunakan pada jari dan pergelangan tangan, basahi tangan dengan air mengalir 2. Tuangkan sabun ke telapak tangan sebanyak 1 tekanan (3 - 5 CC) 3. Ratakan dengan kedua telapak tangan 4. Gosok punggung dan sela-sela jari-jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari 6. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan 7. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 8. Gosok ujung — ujung kuku tangan kanan dengan gerakan memutar di telapak tangan Kiri dan sebaliknya 9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir 10. Keringkan kedua tangan dengan tissue sekali pakai 11. Gunakan bekas tissue tersebut untuk menutup Kran air 12. Sekarang tangan sudah aman (Prosedur dilakukan 40 — 60 detik)		



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof.Dr.dr.Mahar
Mardjono
Jakarta

KEBERSIHAN TANGAN

No. Dokumen :

No. Revisi

Halaman:

01

2/3

B. Cuci tangan dengan Cairan Antiseptik (Handrub berbasis alkohol)

Langkah — langkah

1. Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 1 tekanan (3—5cc)
2. Ratakan dengan kedua telapak tangan dengan posisi datar
3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan
6. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
7. Gosok ujung-ujung kuku tangan kanan dengan gerakan memutar di telapak tangan kiri dan sebaliknya
8. Sekarang tangan sudah aman (Prosedur dilakukan 20—30 detik)

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

Setiap ruangan harus tersedia fasilitas

- a. Wastafel dengan air yang mengalir
 - b. Sabun atau cairan antiseptik
 - c. Cairan handrub berbasis alkohol
 - d. Pengereng tangan (tissue/hand dryer)
2. Gambar prosedur cuci tangan terlihat di semua fasilitas
 3. Indikasi cuci tangan:
5 Moments
 1. Kontak langsung dengan pasien
 2. Sebelum melakukan tindakan bersih dan aseptik ke pasien
 3. Setelah beresiko terkena cairan tubuh
 4. Setelahh kontak dengan pasien
 5. Setelah keluar dari lingkungan pasien



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono
Jakarta

KEBERSIHAN TANGAN

No. Dokumen :

No. Revisi

Halaman:

01

3/3

Moments tambahan:

1. Segera: setelah tiba di tempat kerja

Sebelum: memakai APD, menyediakan / mempersiapkan obat-obatan,

2. mempersiapkan makanan, memberi makan pasien, meninggalkan rumahsakit.

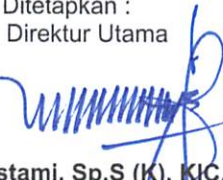
Setelah: melepas alat pelindung diri, setelah keluar

3. toilet, membersihkan peralatan yang diketahui atau kemungkinan terkontaminasi

UNIT TERKAIT

Seluruh Unit Kerja

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENILAIAN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA DI RAWAT INAP		
	No. Dokumen : <i>65.02.02/XXXIX / 8399/2022</i>	No. Revisi :	Halaman : 1/3

SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002
PENGERTIAN	Penilaian resiko jatuh pasien dewasa dan lanjut usia di rawat inap adalah cara mengidentifikasi pasien dewasa dan lanjut usia yang berisiko jatuh menggunakan Form Pengkajian Pasien Risiko Jatuh Pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia yang merupakan cara cepat dan sederhana menilai kemungkinan pasien jatuh di rawat inap.	
TUJUAN	1. Menurunkan risiko jatuh pasien dewasa dan lanjut usia 2. Membuat asuhan perawatan pasien dewasa menjadi lebih aman.	
KEBIJAKAN	1. SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 2. SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.03/XXXIX.I/ /2018 Tentang Pedoman Mengurangi Risiko Cidera Karena Jatuh di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	
PROSEDUR	1. Perawat melakukan penilaian risiko jatuh pasien baru dewasa dan lanjut usia di ruang rawat dengan menggunakan Formulir Penilaian Risiko Jatuh Dewasa dan Lansia 2. Prosedur dilakukan saat pasien masuk dan adanya perubahan kondisi pasien 3. Pilih angka pada kolom "Skor" sesuai dengan kondisi pasien saat dikaji 4. Jumlahkan seluruh skor yang didapat untuk mengetahui resiko 5. Resiko Rendah : skor 0 – 5 Resiko Sedang : skor 6 – 13 Resiko Tinggi : skor ≥ 14	



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. DR. dr. Mahar
Mardjono
Jakarta

PENILAIAN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA DI RAWAT INAP

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

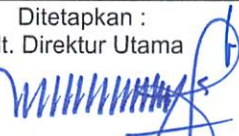
USIA	SKOR	RIWAYAT JATUH	SKOR	AKTIVITAS	SKOR
Kurang dari 60 tahun	0	tidak pernah	0	Mandiri	0
Antara 60-69 tahun	1	Pernah jatuh < 1 tahun	1	ADL dibantu sebagian	2
Lebih dari 70 tahun	2	Pernah jatuh > 1 tahun	2	ADL dibantu penuh	3
		Jatuh saat dirawat sekarang	3		
DEFISIT SENSORIS	SKOR	KOGNITIF	SKOR	POLA BAB/BAK	SKOR
Kacamata bukan bifokal	0	Orientasi baik	0	Teratur	0
Kacamata bifokal/gangguan pendengaran	1	Kesulitan mengerti perintah/ Gangguan memori	2	Inkontinensia urinir /Teses	1
Kacamata multifokal/katarak/galucama	2	Bingung/ Disorientasi	3	Nokturia	2
hampir tidak melihat/buta	3			Urgensi/ Frekuensi	3
MOBILITAS/MOTORIK	SKOR	PENGOBATAN	SKOR	KOMORBIDITAS	SKOR
Mandiri	0	Kurang dari 4 jenis & tidak termasuk yang tersebut dibawah	1	Tidak Ada	0
Menggunakan alat bantu	1	Antihipertensi/Hipoglikemik/Antidepresan/Neurotropik	2	Diabetes/Kardial/ISK	1
Koordinasi/keseimbangan buruk	2	Sedatif/ Psikotropika/ Narkotika/Infus epidural/Spinal/Diuretik/Laksatif	3	Gangguan SSP/Stroke/Parkinson	2
				Pascabedah 0-24	3

6. Perawat menerapkan pencegahan jatuh pada pasien sesuai hasil penilaian (risiko rendah, sedang atau risiko tinggi), termasuk menjelaskan kepada pasien dan keluarga.

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENILAIAN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA DI RAWAT INAP		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :

	7. Perawat mengkomunikasikan hasil penilaian risiko jatuh pasien kepada dokter. 8. Perawat memasang klip risiko jatuh warna kuning pada gelang identitas pasien bila risiko jatuh sedang dan tinggi dan memberi tanda segitiga warna kuning yang digantungkan ditiang infuse bed yang digunakan pasien termaksud. (Lihat SPO Pencegahan Jatuh) 9. Perawat melakukan penilaian ulang bila terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. 10. Perawat melakukan monitoring dan tindakan pencegahan jatuh pada pasien dewasa dan lanjut usia bila hasil penilaian: a. Risiko rendah dimonitoring setiap satu kali per hari b. Risiko sedang dimonitoring setiap satu kali per shift c. Risiko tinggi dimonitoring setiap dua kali per shift
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Jalan 5. Instalasi Bedah Pusat 6. Instalasi Radiologi

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA DI RAWAT JALAN DAN IGD		
	No. Dokumen : <i>01-02-02/XXXIX / 8400/2022</i>	No. Revisi :	Halaman :

SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002									
PENGERTIAN	Penilaian resiko jatuh pasien dewasa dan lanjut usia di rawat jalan dan IGD adalah cara mengidentifikasi pasien dewasa dan lanjut usia di rawat inap dan IGD yang berisiko jatuh menggunakan pengkajian <i>Get Up and Go Test</i> yang merupakan cara cepat dan sederhana menilai kemungkinan pasien jatuh										
TUJUAN	1. Menilai resiko jatuh pasien Rawat Jalan dan Gawat Darurat 2. Menerapkan sasaran keselamatan pasien 3. Melakukan manajemen sesuai dengan hasil pengkajian										
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional No. HK. / / /2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional										
PROSEDUR	A. Persiapan Pasien 1. Cek identitas pasien sesuai dengan SPO identifikasi pasien dengan benar 2. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan B. Pelaksanaan 1. Beri penjelasan kepada pasien boleh untuk menggunakan alas kaki atau alat bantu yang biasa digunakan 2. Mintalah pasien untuk duduk di kursi dengan bahu menyandar dan tangan disamping yang biasa digunakan 3. Jika prosedur 2 dapat dilakukan, minta pasien untuk berdiri dari tempat duduk dan berjalan sejauh 3 meter 4. Minta pasien berjalan balik ke arah kursi lalu duduk kembali, bila memungkinkan lakukan pengujian sebanyak 3 kali 5. Lakukan interpretasi dengan panduan: <table border="1" data-bbox="651 1821 1361 1973"> <thead> <tr> <th>Komponen penilaian</th><th>ya</th><th>tidak</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Berjalan tidak seimbang</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Berjalan dengan menggunakan alat bantu</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Komponen penilaian	ya	tidak	Berjalan tidak seimbang			Berjalan dengan menggunakan alat bantu		
Komponen penilaian	ya	tidak									
Berjalan tidak seimbang											
Berjalan dengan menggunakan alat bantu											



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA DI RAWAT JALAN DAN IGD

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

Menopang saat akan
berdiri dari tempat duduk

Jika salah satu jawaban "Ya" maka pasien dinilai berisiko jatuh

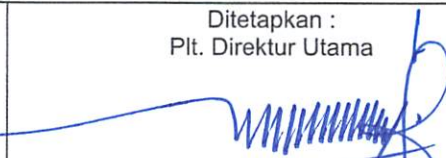
6. Laporkan ke dokter jika pasien berisiko jatuh dan pasang sticker kuning ke baju pasien jika pasien poliklinik atau klip kuning pada gelang identitas pasien jika pasien di IGD sebagai tanda bahwa pasien berisiko jatuh

7. Dokumentasikan hasil pada formulir pengkajian awal keperawatan rawat jalan atau pengkajian awal keperawatan gawat darurat

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Gawat Darurat

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENCEGAHAN JATUH		
	No. Dokumen : 01-02-02/XXXK/ 8401/2022	No. Revisi :	Halaman :

SPO	Tanggal Terbit : 8 September 2022	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002
PENGERTIAN	Pencegahan jatuh adalah tatalaksana yang harus dilakukan untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien	
TUJUAN	1. Menurunkan kejadian jatuh pasien 2. Membuat asuhan keperawatan untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien	
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor HK. / / /2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	
PROSEDUR	1. Perawat melakukan penilaian risiko jatuh pada pasien di rawat jalan, IGD, maupun rawat inap dengan instrument yang sudah ditentukan (Lihat SPO Penilaian Resiko Jatuh) 2. Perawat menerapkan pencegahan jatuh pada pasien sesuai hasil penilaian (risiko rendah, sedang atau risiko tinggi), termasuk menjelaskan kepada pasien dan keluarga. a. Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Ruang Rawat Inap: Perawat memasang klip risiko jatuh warna kuning pada gelang identitas pasien bila risiko jatuh sedang dan tinggi dan memberi tanda segitiga warna kuning yang digantungkan di bed atau tiang infuse yang digunakan pasien termaksud. Perawat melakukan monitoring dan tindakan pencegahan jatuh pada pasien dewasa dan lanjut usia bila hasil penilaian: 1) Risiko rendah dimonitoring setiap satu kali per hari a) Pastikan bel mudah dijangkau b) Roda tempat tidur pada posisi terkunci c) Pagar pengaman tempat tidur dinaikkan d) Libatkan pasien/keluarga pada program pengamanan ini dan informasikan pentingnya alat pengaman	



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. DR. dr. Mahar
Mardjono
Jakarta

PENCEGAHAN JATUH

No. Dokumen :

No. Revisi :

Halaman :

- e) Dokumentasikan tingkat resiko pasien (rendah/sedang/tinggi) di catatan terintegrasi dn NCP
- 2) Risiko sedang dimonitoring setiap satu kali per shift
 - a) Lakukan semua pedoman pencegahan untuk resiko rendah
 - b) Pasangkan klip kuning pada gelang identitas pasien
 - c) Kunjungi pasien minimal 1 kali dalam 1 shift. Kaji kebutuhan BAK/BAB terutama sesudah makan, saat pasien bangun atau saat ganti infuse
 - d) Edukasi pasien tentang efek samping obat yang diberikan
 - e) Tidak meninggalkan pasien di kamar mandi dan saat menggunakan *commode*
 - f) komunikasikan resiko jatuh pasien pada saat laporan antar shift
- 3) Risiko tinggi dimonitoring setiap dua kali per shift
 - a) Lakukan semua pedoman pencegahan untuk resiko rendah dan sedang
 - b) Kunjungi dan monitor pasien minimal 2 kali dalam 1 shift
 - c) Tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan *nurse station*

b. Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Instalasi Rawat Jalan dan IGD :

Perawat memasang sticker kuning di baju pasien bagian lengan atas bagi pasien dengan resiko jatuh, dan memasang klip kuning pada gelang identitas pasien di IGD

c. Pasien Anak

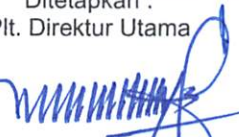
Standar Risiko Rendah (Skor 7 - 11)

- a) Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga.
- b) Posisi tempat tidur rendah dan ada remnya.
- c) Ada pengaman samping tempat tidur dengan 2 atau 4 sisi pengaman. Mempunyai luas tempat tidur yang cukup untuk mencegah tangan dan kaki atau bagian tubuh lain terjepit.

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. DR. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENCEGAHAN JATUH		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :

	d) Menyarankan agar menggunakan alas kaki yang tidak licin untuk pasien yang dapat berjalan (kecuali untuk unit tertentu) e) Nilai kebutuhan untuk ke kamar mandi dan bantu pasien bila dibutuhkan (menggunakan form <i>barthel index for daily living</i>) f) Menempatkan pasien dekat <i>nurse station</i> g) Lingkungan harus bebas dari peralatan yang mengandung resiko (Contoh: lantai yang licin, kamar mandi yang basah sehingga berpotensi membuat pasien lebih mudah jatuh, dll). h) Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga (form edukasi pasien, terutama cara pencegahan pasien jatuh) i) Form edukasi pasien harus berada pada tempatnya. Standar Risiko Tinggi (score ≥ 12) a) Pakaikan klip risiko jatuh berwarna kuning b) Memasang tanda peringatan risiko jatuh, berupa tanda warna kuning yang di pasang pada bed dekat kaki pasien c) Melakukan observasi pasien minimal setiap satu jam. Tidak boleh membiarkan pasien dalam keadaan sendirian d) Saat mobilisasi, pasien ditemani oleh perawat atau keluarga e) Tempat tidur pasien harus disesuaikan dengan perkembangan tubuh pasien. f) Pasien yang memerlukan perhatian diletakkan dekat <i>nurse station</i> g) Libatkan keluarga pasien dalam membantu aktivitas pasien sehari-hari h) Tempatkan pasien pada posisi tempat tidur yang rendah dan railing selalu terpasang i) Semua kegiatan yang dilakukan pada pasien harus didokumentasikan. 3. Perawat mengkomunikasikan hasil penilaian risiko jatuh pasien kepada dokter. 4. Perawat melakukan penilaian ulang bila terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Jalan 5. Instalasi Bedah Pusat 6. Instalasi Radiologi

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENILAIAN RESIKO JATUH PADA PASIEN ANAK		
	No. Dokumen : <i>05-02-02/XXXIX/</i> <i>8401/2018</i>	No. Revisi :	Halaman :

SPO	Tanggal Terbit : <i>05 September 2018</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002
PENGERTIAN	Penilaian resiko jatuh pada anak adalah cara mengidentifikasi pasien berisiko jatuh pasien bayi dan anak dengan Skala <i>Humpty Dumpty</i> yang cepat dan sederhana untuk menilai kemungkinan pasien jatuh.	
TUJUAN	1. Menurunkan risiko pasien anak jatuh. 2. Membuat asuhan perawatan pasien anak menjadi lebih aman.	
KEBIJAKAN	1. SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	
PROSEDUR	1. Prosedur dilakukan pada saat pasien masuk dan penilaian ulang dilakukan pada saat adanya perubahan kondisi atau adanya perubahan pengobatan pada pasien 2. Perubahan kondisi meliputi: a. Adanya kelainan neurologi b. Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/ sakit kepala, dll) c. Adanya kelainan Psikis/Perilaku d. Adanya gangguan kognitif e. Adanya respon terhadap operasi/ obat penenang/ efek anestesi 3. Perubahan pengobatan meliputi: a. Adanya penggunaan bermacam-macam obat yang digunakan: obat sedative (kecuali pasien icu yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, phenotiazyn, antidepresan, laksan/diuretika, narkotik b. Adanya penggunaan dari salah satu obat sedative (kecuali pasien icu yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, phenotiazyn, antidepresan, laksan/diuretika, narkotik 4. Perawat memperkenalkan diri dan menjelaskan tindakan yang akan dilaksanakan. 5. Perawat melakukan identifikasi pasien. 6. Perawat melakukan penilaian risiko jatuh sesuai form pengkajian risiko jatuh pasien bayi dan anak. 7. Cara melakukan skoring dengan menilai:	



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PENILAIAN RESIKO JATUH PADA PASIEN ANAK

No. Dokumen :

No. Revisi :

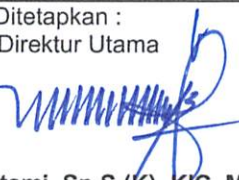
Halaman :

Parameter	Kriteria	Skor
Umur	Di bawah 3 tahun	4
	3 - 7 tahun	3
	7 - 13 tahun	2
	> 13 tahun	1
Jenis Kelamin	Laki-laki	2
	Perempuan	1
Diagnosa	Kelainan Neurologi	4
	Perubahan dalam oksigenasi (Masalah Saluran Nafas. Dehidrasi, Anemia, Anoreksia, Sinkop/sakit kepala, dll)	3
	Kelainan Psikis/ Perilaku	2
	Diagnosis Lain	1
Gangguan Kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3
	Lupa keterbatasan	2
	Mengetahui kemampuan diri.	1
Faktor Lingkungan	Riwayat Jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak	4
	Pasien menggunakan alat bantu/box/meubel	3
	Pasien berada di tempat tidur	2
	Di luar ruang rawat	1
Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anestesi	Dalam waktu 24 jam	3
	Dalam waktu 48 jam riwayat jatuh	2
	Lebih dari 48 jam	1
Penggunaan Obat	Bermacam-macam obat yang digunakan: obat sedative (kecuali pasien icu yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, phenotiazyn, antidepresan, laksan/diuretika, narkotik	3

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	PENILAIAN RESIKO JATUH PADA PASIEN ANAK		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :

		Salah satu dari pengobatan diatas	2
		Pengobatan lain	1
	TOTAL SCORE		
	Tingkat risiko dan tindakan yang disarankan ditentukan sebagai berikut: - Total skor 7-11: Risiko Rendah Untuk Jatuh - Total skor $\geq$ 12: Risiko Tinggi Untuk Jatuh - Skor Minimal : 7 - Skor Maksimal : 23		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Jalan 5. Instalasi Bedah Pusat 6. Instalasi Radiologi		

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	TATALAKSANA PASIEN JATUH		
	No. Dokumen : <i>02.02/XXXIX 8463 / 2022</i>	No. Revisi :	Halaman :

SPO	Tanggal Terbit : <i>8 September 2022</i>	Ditetapkan : Plt. Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002
PENGERTIAN	Tatalaksana pasien jatuh adalah tindakan penanggulangan yang perlu dilakukan bila terjadi kasus pasien jatuh meliputi seluruh kasus jatuh untuk pasien anak, dewasa, dan geriatri. Jatuh adalah : 1. Kejadian seseorang secara tidak sengaja dan tiba-tiba terjatuh dari posisi berdiri, duduk atau berbaring ke tingkat yang lebih rendah. Dikecualikan dari definisi ini adalah perubahan posisi tersebut disebabkan oleh kekuatan besar (misalnya didorong) 2. Pasien yang dibantu oleh staf berdiri dari lantai (dan akan jatuh tanpa bantuan staf) juga akan diidentifikasi sebagai jatuh.	
TUJUAN	Memberikan pelayanan yang sigap, cepat, dan tepat terhadap pasien jatuh untuk mengurangi risiko komplikasi yang ditimbulkannya.	
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor HK.02.03/XXXIX.I/4706/2018 Tentang Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	
PROSEDUR	1. Penanggulangan pasien jatuh terdiri dari dua hal utama, yaitu penilaian awal setelah jatuh dan dokumentasi dengan follow-up. 2. Penilaian awal setelah jatuh dilakukan dengan mengutamakan pemeriksaan terhadap pasien untuk menemukan cedera/ luka dan mengumpulkan informasi mengenai apa yang telah terjadi. Informasi yang diperlukan adalah: a. Tanggal/ waktu jatuh. b. Deskripsi pasien mengenai kejadian jatuh (bila memungkinkan): 1) Apa yang sedang dilakukan pasien saat terjatuh. 2) Di mana lokasi pasien saat terjatuh. c. Pemberitahuan kepada keluarga / wali. d. Pemeriksaan tanda vital (suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah dalam posisi berbaring, duduk, dan berdiri, tingkat kesadaran, dan skala nyeri). e. Pengobatan yang sedang diterima (apakah semua obat telah diberikan, apakah ada obat yang diberikan ganda). f. Pemeriksaan pasien:	

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	TATALAKSANA PASIEN JATUH		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :

	c. Pemberitahuan kepada keluarga / wali. d. Pemeriksaan tanda vital (suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah dalam posisi berbaring, duduk, dan berdiri, tingkat kesadaran, dan skala nyeri). e. Pengobatan yang sedang diterima (apakah semua obat telah diberikan, apakah ada obat yang diberikan ganda). f. Pemeriksaan pasien: 1) Daerah/lokasi Cedera. 2) Kemungkinan penyebab jatuh. 3) Kondisi komorbid (misalnya demensia, penyakit jantung, neuropati, dll). 4) Faktor risiko (misalnya gangguan keseimbangan/ cara berjalan). 5) Penilaian ulang risiko jatuh. g. Faktor-faktor lain: 1) Apakah pasien menggunakan alat bantu jalan? Bila ya, jenis apa? 2) Apakah pasien mengenakan alas kaki yang tepat? 3) Apakah terdapat pakaian yang terserak di lantai? 4) Apakah pasien menggunakan alat bantu sensorik? (kacamata, alat bantu dengar). 5) Lingkungan 1. Ranjang pada posisi tinggi atau rendah? 2. Roda pada ranjang terkunci? 3. Kursi roda terkunci? 4. Lantai basah? 5. Pencahayaan cukup? 6. Bel perawat terjangkau? 7. Meja di sisi ranjang dapat terjangkau? 8. Lokasi tidak terdapat barang-barang yang berserakan? 9. Siderail digunakan? Bila ya, berapa banyak? Berapa yang terdapat pada ranjang? 6) Apakah rencana pengobatan intervensi diikuti? Bila tidak, mengapa demikian? 3. Perawat melaporkan kepada DPJP dan membantu evakuasi 4. Perawat/ petugas melaporkan insiden pasien jatuh ke Tim Pengendalian Mutu dan Keselamatan Pasien Unit Kerja menggunakan formulir Insiden Keselamatan Pasien (Lihat SPO Pelaporan Insiden). 5. Tim Pengendalian Mutu dan Keselamatan Pasien Unit Kerja melaporkan secara periodik setiap bulan ke Tim Pengendalian Mutu dan Keselamatan Pasien RS Pusat Otak Nasional
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	TATALAKSANA PASIEN JATUH		
	No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :

	4. Instalasi Rawat Jalan 5. Instalasi Bedah Pusat 6. Instalasi Radiologi
--	--