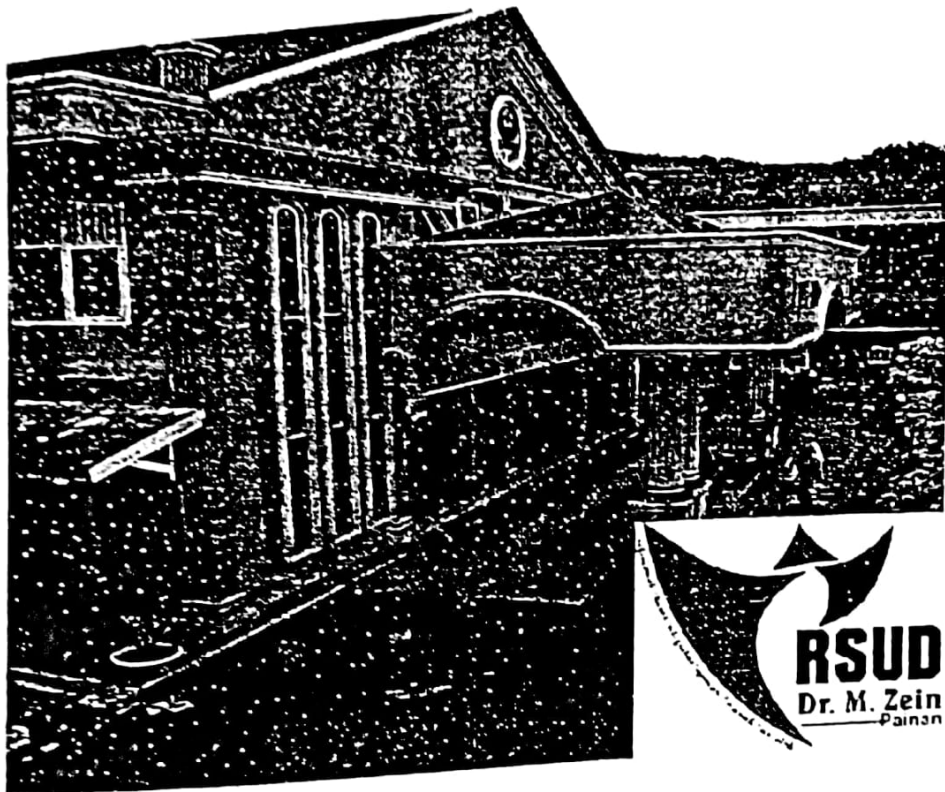


PANDUAN PENGURANGAN RESIKO JATUH PASIEN (POKJA SASARAN KESELAMATAN PASIEN)



**RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2015**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pemenuhan kebutuhan dan tuntutan dari pemakai jasa pelayanan (pasien) yang mengharapkan penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas dan pelayanan kesehatan yang nyaman dan aman. Pelayanan tidak lagi hanya berfokus pada kepuasan pasien tetapi lebih penting lagi adalah keselamatan pasien (*patient safety*). Untuk itu setiap rumah sakit harus menerapkan beberapa syarat yang ditetapkan untuk keselamatan pasien yaitu *six patient safety goals* atau enam sasaran keselamatan pasien, meliputi ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi-tepat prosedur-tepat pasien *post* operasi, pengurangan risiko infeksi, dan pengurangan risiko jatuh.

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien di rumah sakit. Pada tingkat rumah sakit, rerata tingkat insidensi tahunan sekitar 1,4 kejadian jatuh per-tempat tidur pertahunnya. Oleh karena itu, upaya untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya pasien jatuh sangat diperlukan. Rumah sakit wajib melakukan penanganan pasien risiko jatuh yang dapat dimulai dari pengkajian awal pasien masuk maupun pengkajian ulang secara berkala.

1.2. PENGERTIAN

Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tidak disengaja/tidak direncanakan, dengan arah ke lantai, dengan atau tanpamencederai dirinya. Penyebab jatuh dapat meliputi faktor fisiologis (pingsan) atau lingkungan (lantai yang licin).

Pengurangan risiko jatuh pasien di rumah sakit adalah upaya rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk

riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan serta alat bantu berjalan yang digunakan pasien.

Risiko jatuh adalah suatu risiko untuk terjadinya peristiwa jatuh. Pasien yang berisiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera. Faktor risiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori:

- 1) Intrinsik: berhubungan dengan kondisi pasien, termasuk kondisi psikologis
- 2) Ekstrinsik: berhubungan dengan lingkungan

Selain itu, faktor risiko juga dapat dikelompokkan menjadi kategori dapat diperkirakan (*anticipated*) dan tidak dapat diperkirakan (*unanticipated*). Faktor risiko yang dapat diperkirakan merupakan hal-hal yang diperkirakan dapat terjadi sebelum pasien jatuh.

	Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien)	Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan)
Dapat diperkirakan	• Riwayat jatuh sebelumnya • Inkontinensia • Gangguan kognitif/psikologis • Gangguan keseimbangan/mobilitas • Usia > 65 tahun • Osteoporosis • Status kesehatan yang buruk • Gangguan muskuloskeletal	• Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar lepas • Alas kaki tidak pas • Dudukan toilet yang rendah • Kursi atau tempat tidur beroda • Peralatan yang tidak aman • Peralatan rusak • Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi
Tidak dapat diperkirakan	• Kejang • Aritmia jantung • Stroke atau Serangan Iskemik Sementara (<i>Transient Ischaemic Attack-TIA</i>) • Pingsan • 'Serangan jatuh' (<i>Drop Attack</i>)	• Reaksi individu terhadap obat-obatan

Riwayat penyakit tertentu bisa menjadi kecenderungan berisiko jatuh seperti berikut ini:

- 1) Penderita pernah mengalami stroke, sehingga ada kelemahan ekstremitas/tubuh satu sisi.
- 2) Pasien mungkin menderita osteoarthritis, oleh karena itu memerlukan anamnesis dan pemeriksaan tambahan.

- 3) Pasien penderita diabetes melitus terkadang memiliki masalah berupa retinopati diabetik yang dapat menyebabkan visus menurun, sementara penglihatan memegang peranan penting dalam menerima rangsangan proprioseptif yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan.
- 4) Pasien menderita gangguan penglihatan yang sangat buruk lainnya seperti glaukoma, katarak, penyakit retina, dan lain-lain.
- 5) Pasien menderita penyakit jantung. Penyakit jantung yang biasa terjadi pada lanjut usia, yaitu penyakit jantung koroner, payah jantung, penyakit jantung hipertensi, aritmia, dan stenosis aorta. Penyakit jantung tersebut dapat menyebabkan penurunan curah jantung sehingga terjadi penurunan distribusi oksigen pada seluruh jaringan termasuk otak sehingga bisa menimbulkan sinkop. Hal tersebut dapat menjadi faktor risiko terjadinya jatuh.
- 6) Pengaruh obat-obat yang dikonsumsi karena menderita penyakit tertentu seperti:
 - a. Obat hipoglikemik dapat menyebabkan hipoglikemi akut.
 - b. Penggunaan obat anti hipertensi yang berlebihan dalam jangka panjang dapat menyebabkan hipotensi ortostatik (pasien tiba-tiba jatuh dari posisi jongkok/ duduk mau berdiri), contoh : diuretik menyebabkan orang berulang kali harus ke kamar kecil untuk BAK. selain itu dapat pula menyebabkan syok hipovolemik.
 - c. Penggunaan obat psikotropik dan obat berefek samping mengantuk.

1.3. TUJUAN

Tujuan pencegahan risiko jatuh pada pasien yaitu sebagai suatu proses untuk mencegah kejadian jatuh pada pasiendan cidera yang diakibatkannya, dengan cara:

- 1) Mengidentifikasi pasien yang memiliki risiko jatuh dengan menggunakan "Asesmen Risiko Jatuh".
- 2) Melakukan komunikasi dan intervensi yang berhubungan dengan risiko jatuh
- 3) Melakukan asesmen ulang sesuai ketentuan
- 4) Melakukan asesmen yang berkesinambungan terhadap pasien yang berisiko jatuh
- 5) Menetapkan standar pencegahan dan penanganan risiko jatuh secara komprehensif

1.4. RUANG LINGKUP

Semua petugas yang bekerja di rumah sakit harus memahami bahwa semua pasien yang dirawat inap/orang yang berkunjung di rumah sakit memiliki risiko untuk jatuh, dan semua petugas memiliki peran untuk mencegah pasien jatuh.

Adapun ruang lingkup yang akan dibahas lebih lanjut dalam panduan risiko pasien jatuh ini, antara lain:

1. Asesmen awal dan asesmen ulang pasien risiko jatuh
2. Prosedur pencegahan risiko jatuh
3. Pengkajian risiko jatuh di Rawat Inap, Poliklinik, IGD dan Kamar Operasi.
4. Pemantauan pasien risiko jatuh di pelayanan Loker.
5. Strategi Rencana Keperawatan

2.1. PERSIAPAN

- a. Petugas penanggung jawab:
 - Perawat penanggung jawab pelayanan (PPJP)
- b. Perangkat kerja
 - Status Rekam Medis Pasien
 - Tanda pasien risiko jatuh dan pin kuning
 - Formulir asesmen risiko jatuh

2.2. ASESMEN AWAL DAN ASESMEN ULANG

2.2.1. Asesmen Awal

- Perawat rawat inap akan melakukan penilaian dengan Asesmen Risiko Jatuh yang berlaku di ruangan rawat inap dengan skala Morse untuk dewasa dan skala Humpty Dumpty untuk anak-anak. Kemudian mencatat hasil asesmen pada instrument masing-masing dan melakukan intervensi sesuai kategori risiko jatuh.
- Jika pada saat asesmen ditemukan ada risiko jatuh maka wajib dipasang pin berwarna kuning pada gelang identitas pasien dan kemudian dicatat dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi.
- Perawat Poliklinik dan IGD mengkaji pasien risiko jatuh sesuai yang tercantum pada asesmen keperawatan dan melakukan komunikasi, edukasi, serta intervensi bila berisiko jatuh untuk selanjutnya ditulis dalam form asuhan keperawatan dan form edukasi terintegrasi.

2.2.2. Asesmen ulang

- Asesmen ulang terhadap risiko jatuh pada pasien dilakukan pada keadaan sebagai berikut:
 - *setelah mengalami jatuh*
 - *setelah menerima pindahan pasien*
 - *adanya perubahan kondisi pasien*

- *setiap pergantian shift jaga (pada pasien risiko tinggi)*
- Asesmen ulang pada pasien rawat inap ditulis pada form asesmen ulang risiko jatuh.
- Pasien berisiko jatuh di Poliklinik dan IGD dilakukan asesmen ulang sebelum pulang bila diperlukan seperti adanya sensasi berputar/ vertigo, gejala hipoglikemik dan lain sebagainya.

2.3. PROSEDUR PENCEGAHAN RISIKO JATUH

- 1) Perawat penanggung jawab pelayanan yang bertugas akan mengidentifikasi dan menerapkan "Prosedur Pencegahan Jatuh", berdasarkan pada:
 - a. Kategori risiko jatuh (rendah, sedang, tinggi)
 - b. Kebutuhan dan keterbatasan per-pasien
 - c. Riwayat jatuh sebelumnya dan penggunaan alat pengaman (*safety devices*)
 - d. Asesmen Klinis Harian
- 2) "Prosedur Pencegahan Jatuh" pada pasien yang berisiko rendah atau tinggi harus diimplementasikan dan penggunaan peralatan yang sesuai harus optimal.
- 3) Intervensi pencegahan jatuh
 - a. **Tindakan pencegahan umum** (untuk semua kategori):
 - ✓ Perawat melakukan orientasi kamar inap kepada pasien
 - ✓ Posisikan tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik
 - ✓ Jalur untuk pasien berjalan harus bebas obstruksi dan tidak licin.
 - ✓ Benda-benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, air minum, kaca mata)
 - ✓ Pastikan pencahayaan adekuat.
 - ✓ Pastikan alas kaki tidak licin.
 - ✓ Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)
 - ✓ Optimalisasi penggunaan kaca mata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)
 - ✓ Pantau efek obat-obatan yang meningkatkan predisposisi jatuh (sedasi, antihipertensi, diuretic, benzodiazepine, dan sebagainya), konsultasikan dengan dokter atau petugas farmasi jika perlu.
 - ✓ Anjuran ke kamar mandi secara rutin

- ✓ Sediakan dukungan emosional dan psikologis
 - ✓ Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga
- b. Kategori risiko **tinggi**: lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.
- ✓ Beri tanda risiko jatuh pada tempat tidur pasien untuk identifikasi pasien risiko jatuh.
 - ✓ Beri penanda berupa pin berwarna kuning yang dipakaikan pada gelang identitas pasien.
 - ✓ Jika memungkinkan, tempatkan kamar tidur pasien dengan *nurse station*.
 - ✓ Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunaan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun), dan secara periodik (saat malam hari)
 - ✓ Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis.
 - ✓ Batasi aktivitas pasien dan berikan tindakan pencegahan pada pasien dan keluarga.
 - ✓ Beritahu pasien agar mobilisasi secara bertahap, atau berikan bantuan jika diperlukan.
 - ✓ Nilai kebutuhan akan fisioterapi
 - ✓ Gelang risiko jatuh dan lambang risiko jatuh dilepas jika pasien menjadi berisiko rendah (skala morse <45 atau Humpty Dumpty <12) dalam 2 kali pengukuran berturut-turut.

2.4. PENGKAJIAN RISIKO JATUH DI POLIKLINIK DAN IGD

Identifikasi faktor risiko jatuh dari pasien dengan melakukan asesmen awal secara sederhana dengan melihat kondisi fisik pasien dan melakukan asesmen ulang sebelum pulang bila diperlukan atau diindikasikan terjadi perubahan kondisi setelah tindakan.

Pasien dengan perhatian khusus:

- Datang dengan menggunakan kursi roda
- Usia sangat tua/usur
- Menggunakan alat bantu (walker, tongkat)
- Kaki palsu
- Gangguan gaya berjalan

- Sulit penglihatan /buta kedua mata
- Kesulitan berjalan
- Datang dengan dipapah
- Penampakan pasien lemah
- Pasien terhuyung-huyung (gejala vertigo)
- Pasien tampak gelisah atau penurunan kesadaran (pasien IGD)

Dari beberapa perhatian khusus tersebut, dapat disederhanakan menjadi 3 kriteria risiko jatuh untuk diterapkan di poliklinik dan IGD, yaitu:

- 1) Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan/limbung)?
- 2) Apakah pasien memegang pinggiran kursi, meja, atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk?
- 3) Apakah pasien gelisah atau tidak sadar?

Hasil : Risiko rendah (tidak ditemukan point 1, 2, 3)
 Risiko tinggi (ditemukan salah satu point di atas.)

INTERVENSI:

1. Lakukan intervensi bagi pasien yang berisiko jatuh tinggi sesuai dengan kondisi pasien dan lingkungan di poliklinik dan IGD serta catat di form asuhan keperawatan.

Intervensi yang dilakukan yaitu:

- Kondisikan agar permukaan lantai tetap bersih dan kering.
- Jemput pasien saat tiba di depan pintu bila pasien memakai kursi roda, mengalami keterbatasan gerak dan gangguan penglihatan.
- Antar pasien dan awasi sampai ke ruang/tempat pemeriksaan.
- Bantu pasien saat duduk/naik di kursi pemeriksaan/tempat tidur begitu juga sebaliknya turun dari kursi pemeriksaan/tempat tidur.
- Pasangkan pita kuning pada pergelangan tangan pasien sebagai penanda pasien berisiko jatuh.
- Edukasikan pasien/keluarga agar selalu berhati-hati (form edukasi terintegrasi)
- Libatkan pasien/keluarga dalam setiap pencegahan pasien jatuh
- Kaji riwayat vertigo saat akan dilakukan tindakan irigasi telinga dan evaluasi rasa vertigo setelah tindakan

- Berikan pelayanan kursi roda bagi pasien keterbatasan gerak dan keterbatasan penglihatan.
 - Awasi pasien gelisah dengan melibatkan keluarga dan pasang pengaman samping tempat tidur pasien (pasien IGD).
 - Pita kuning dilepaskan jika pasien boleh pulang atau diganti dengan pin kuning jika pasien dirawat.
2. Lakukan monitoring hasil langkah-langkah baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak sengaja.
 3. Lakukan pengkajian oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit bila terjadi kejadian pasien terjatuh sehingga, adanya rekomendasi pemecahan masalah untuk mencegah kejadian terulang dan memberikan tanggapan balik pada unit pelayanan tempat terjadinya kejadian.

2.5. STRATEGI RENCANA KEPERAWATAN

1. Strategi umum untuk pasien risiko jatuh, yaitu:
 - a. Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam (saat pasien bangun).
 - b. Gunakan sisi pegangan tempat tidur.
 - c. Jangan ragu untuk meminta bantuan.
 - d. Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan.
 - e. Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi.
 - f. Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur.
2. Strategi untuk mengurangi / mengantisipasi kejadian jatuh, yaitu:
 - a. Berikan orientasi kamar tidur kepada pasien.
 - b. Libatkan pasien dalam pemilihan aktivitas sehari-harinya.
 - c. Pantau ketat efek obat-obatan, termasuk obat psikotropika.
 - d. Lakukan asesmen ulang.
 - e. Sediakan dukungan emosional dan psikologis.
3. Strategi pada faktor lingkungan untuk mengurangi risiko jatuh, yaitu:
 - a. Posisi tempat tidur rendah.

- b. Lantai tidak silau / memantul dan tidak licin.
- c. Pencahayaan yang adekuat.
- d. Ruangan rapi.
- e. Sarana toilet dekat dengan pasien.
- f. Pasang pegangan pada tempat tertentu.

4. Manajemen Setelah Kejadian Jatuh

- a. Nilai apakah terdapat cedera akibat jatuh (kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala).
- b. Nilai tanda vital.
- c. Nilai adanya keterbatasan gerak.
- d. Pantau pasien dengan ketat.
- e. Catat dalam status pasien (rekam medik).
- f. Laporkan kejadian jatuh kepada perawat atau dokter yang bertugas dan lengkapi laporan insidens.
- g. Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien.

5. Edukasi pasien/keluarga

Pasien dan keluarga harus diinformasikan mengenai faktor risiko jatuh dan setuju untuk mengikuti strategi pencegahan jatuh yang telah ditetapkan. Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi mengenai faktor risiko jatuh di lingkungan rumah sakit dan melanjutkan keikutsertaannya sepanjang keperawatan pasien.

- Informasikan pasien dan keluarga dalam semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu.
- Ajari pasien untuk menggunakan pegangan dinding.
- Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat-obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/ obat-obatan lain.

6. Dokumentasikan semua kegiatan pencegahan risiko jatuh pada catatan keperawatan

BAB III

DOKUMENTASI

Adapun dokumentasi/form yang diperlukan dalam menerapkan dan mengimplementasikan panduan risiko jatuh ini adalah:

1. Form Asesmen Awal Risiko Jatuh *Morse*: form ini berlaku untuk mengkaji risiko jatuh pasien dewasa saat pertama kali dirawat inap.
2. Form Asesmen Awal Risiko Jatuh *Humpty Dumpty*: form ini berlaku untuk mengkaji risiko jatuh pasien anak-anak di rawat inap.
3. Form Asesmen Ulang Risiko Jatuh *Morse*: form ini berlaku untuk pasien dewasa rawat inap
4. Form Asesmen Ulang Risiko Jatuh *Humpty Dumpty*: form ini berlaku untuk pasien anak-anak di rawat inap.

ASESMEN AWAL RISIKO JATUH MORSE **(Khusus Pasien Dewasa)**

FAKTOR RISIKO	SKALA	NILAI	SKOR
Riwayat jatuh	Tidak	0	
	Ya	25	
Diagnosa Sekunder	Tidak	0	
	Ya	15	
Menggunakan alat-alat bantu	Bedrest/ dibantu perawat	0	
	Kruk/ Tongkat	15	
	Kursi	30	
Menggunakan Infus, Heparin/ Pengencer darah	Tidak	0	
	Ya	20	
Gaya Berjalan	Normal	0	
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
Status Mental	Menyadari Kemampuan	0	
	Lupa/ Pelupa	15	
TOTAL SKOR			
Keterangan: Skor 0 - 24 : risiko rendah Skor 25 - 44 : risiko sedang Skor ≥ 45 : risiko tinggi			
Petugas 			

**ASESMEN AWAL RISIKO JATUH HUMPTY DUMPTY
(Khusus Pasien Anak-Anak)**

FAKTOR RISIKO		NILAI	SKOR
USIA	Di bawah 3 tahun	4	
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	> 13 tahun	1	
JENIS KELAMIN	Laki-laki	2	
	Perempuan	1	
DIAGNOSIS	Kelainan neurologi	4	
	Perubahan dalam oksigenasi	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	4	
	Menggunakan alat bantu atau box atau mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien rawat jalan	1	
RESPON TERHADAP OPERASI/ OBAT PENENANG/ EFEK ANESTESI	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	> 48 jam	1	
MEDIKASI (SEDATIF, PENCAHAR, DIURETIKA, BARBITURAT, FENOTLAZIN, ANTIDEPRESAN, NARKOTIK)	Lebih dari satu	3	
	Salah satu dari pengobatan di atas	2	
	Pengobatan lain atau tidak ada pengobatan	1	
TOTAL SKOR			

Keterangan:

Skor 7 - 11 : risiko rendah

Skor >11 : risiko tinggi

Petugas

ASESMEN ULANG RISIKO JATUH MORSE (Khusus Pasien Dewasa)

FAKTOR RISIKO	SKALA	TGL																		
		SHIFT	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M			
		SKOR																		
Riwayat jatuh	Tidak	0																		
	Ya	25																		
Diagnosa Sekunder	Tidak	0																		
	Ya	15																		
Menggunakan alat-alat bantu	Bedrest/ dibantu perawat	0																		
	Kruk/ Tongkat	15																		
	Kursi	30																		
Menggunakan Infus. Heparin/ Pengencer darah	Tidak	0																		
	Ya	20																		
Gaya Berjalan	Normal	0																		
	Lemah	10																		
	Terganggu	20																		
Status Mental	Menyadari Kemampuan	0																		
	Lupa/ Pelupa	15																		
Jumlah Skor																				
Kategori																				
INTERVENSI																				
Pasien tempat tidur rendah, roda terkunci																				
Kedua sisi tempat tidur terpasang pengaman																				
Alat bantu dan kebutuhan pribadi dalam jangkauan pasien																				
Lantai bersih dan tidak licin																				
Pencahayaannya cukup																				
Alas kaki tidak licin																				
Pin tanda risiko jatuh terpasang																				
Ada penanda risiko jatuh di tempat tidur																				
Mobilisasi pasien secara bertahap/bantu mobilisasi bila diperlukan																				
Edukasi pasien dan keluarga																				
INISIAL/PARAF PERAWAT																				

Keterangan:

- Tulis jumlah skor yang sesuai pada kolom skor pasien
- Kategori:
 - Risiko Rendah : 0 - 24 (tulis RR)
 - Risiko Sedang : 25 - 44 (tulis RS)
 - Risiko Tinggi : ≥ 45 (tulis RT)
- Bila memungkinkan pasien dengan risiko tinggi ditempatkan dekat nurse station
- Pengkajian ulang risiko jatuh dilakukan saat menerima perawatan pasien, terjadi perubahan kondisi pasien, setelah jatuh, dan setiap pergantian shift dinas.

ASESMEN ULANG RISIKO JATUH HUMPTY DUMPTY (Khusus Pasien Anak-Anak)

FAKTOR RISIKO		TGL	P			S			M			P			S			M			P			S			M		
		SHIFT	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M									
		SKOR																											
USIA	Di bawah 3 tahun	4																											
	3-7 tahun	3																											
	7-13 tahun	2																											
	> 13 tahun	1																											
JENIS KELAMIN	Laki-laki	2																											
	Perempuan	1																											
DIAGNOSIS	Kelainan neurologi	4																											
	Perubahan dalam oksigenasi	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	4																											
	Menggunakan alat bantu atau box atau mebel	3																											
	Pasien berada di tempat tidur	2																											
	Pasien rawat jalan	1																											
RESPON TERHADAP OPERASI/ OBAT PENENANG/ EFEK ANESTESI	Dalam 24 jam	3																											
	Dalam 48 jam	2																											
	> 48 jam	1																											
PENCAHAR, DIURETIKA, BARBITURAT, FENOTIAZIN, ANTIDEPRESAN, NARKOTIK	Salah satu dari pengobatan di atas	2																											
	Pengobatan lain atau tidak ada pengobatan	1																											
TOTAL SKOR																													
Kategori																													
INTERVENSI																													
Posisi tempat tidur rendah, roda terkunci																													
Kedua sisi tempat tidur terpasang pengaman																													
Alat bantu dan kebutuhan pribadi dalam jangkauan pasien																													
Lantai bersih dan tidak licin																													
Pencahaya cukup																													
Alas kaki tidak licin																													
Pin tanda risiko jatuh terpasang																													
Ada penanda risiko jatuh di tempat tidur																													
Mobilisasi pasien secara bertahap/ bantu mobilisasi bila diperlukan																													
Edukasi pasien dan keluarga																													
INISIAL/PARAF PERAWAT																													
Keterangan:																													
- Tulis jumlah skor yang sesuai pada kolom skor pasien - Kategori: - Risiko Rendah : 7 - 11 (tulis RR) - Risiko Tinggi : ≥ 12 (tulis RT) - Bila memungkinkan pasien dengan risiko tinggi ditempatkan dekat nurse station - Pengkajian ulang risiko jatuh dilakukan saat menerima pindahan pasien, terjadi perubahan kondisi pasien, setelah jatuh, dan setiap pergantian shift dinas.																													

BAB IV

PENUTUP

Pengurangan risiko pasien jatuh di rumah sakit adalah upaya rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Dalam rangka menurunkan risiko cedera akibat jatuh pada pasien, petugas akan melakukan pengkajian awal dan pengkajian ulang terhadap kategori risiko jatuh pasien, serta bekerjasama dalam memberikan intervensi pencegahan jatuh sesuai prosedur. Pengkajian ulang dilakukan terhadap pasien yang berisiko jatuh diantaranya: setelah mengalami jatuh, setelah menerima pindahan pasien, setiap adanya perubahan kondisi pasien dan setiap pergantian shift jaga. Pelaporan dan pencatatan kejadian risiko jatuh akan berkoordinasi dengan tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS).