

DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI RESIKO PASIEN JATUH

Nama :
 No. RM :
 Tgl. Lahir :
 NIK :

PEMBERI INFORMASI			
PENERIMA INFORMASI			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Faktor resiko pasien jatuh	Gangguan Pendengaran	
		Gangguan Penglihatan	
		Terpasang Catheter urine	
		Terpasang infus/CVP	
		Menggunakan obat pencahar	
		Usia.....	
		Mobilisasi.....	
		Tergantung pada kursi roda	
		Riwayat jatuh dalam 30 hari	
		Rasa baal pada ekstremitas	
		Menggunakan obat sedasi	
		Perlu bantuan ambulasi	
		Perlu bantuan dalam proses eliminasi	
		Post operasi.....	
		Riwayat kejang/ vertigo/ depresi/ pingsan/ pusing/ delirium/ disorientasi lingkungan	
2	Tingkatan resiko jatuh	Rendah/ sedang/ tinggi	
3	Tindakan pencegahan resiko jatuh	Orientasi lingkungan dan fasilitas ruang perawatan (Letak bel, posisi tempat tidur dengan posisi terendah dan roda terkunci, letak kamar mandi)	
		Pemasangan tanda resiko jatuh	
		Pemasangan pengaman / pagar tempat tidur	
		Mendekatkan semua kebutuhan pasien (bed side cabinet, alat-alat yang dibutuhkan pasien)	
		Bantuan perawat (beritahu perawat bila membutuhkan sesuatu)	
4	Tujuan Tindakan pencegahan resiko jatuh	Pasien aman dari resiko jatuh selama menjalani perawatan di rumah sakit	
5	Akibat dari resiko jatuh	Timbulnya cedera	
6	Lain - lain	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal - hal diatas secara benar dan jujur dan memberi kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi			Nama & Tanda Tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya / keluarga telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda / paraf dikolom kanannya, dan telah memahaminya serta akan menjalankan tindakan pencegahan sesuai dengan informasi yang diberikan.			Nama & Tanda Tangan