

PANDUAN RISIKO JATUH



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan penyusunan buku Panduan Mengurangi Risiko Jatuh di rumah sakit.

Semoga buku panduan ini dapat digunakan sebagai acuan mengurangi risiko jatuh. Dan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan terhadap seluruh pasien yang ada di rumah sakit, sehingga mutu pelayanan baik dan aman.

Panduan ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal-hal yang kurang/ tidak sesuai lagi dengan kondisi di rumah sakit. Kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada tim penyusun, dengan segala upayanya telah berhasil menyusun panduan ini yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak dilingkungan Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Atas kerjasama bantuan semua pihak kami mengucapkan terimakasih. Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberi rahmat, taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Jakarta, 12 April 2023

Direktur RS Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I DEFINISI,	1
BAB II RUANG LINGKUP	4
BAB III TATA LAKSANA.....	6
A. Asesman Risiko Pasien Jatuh Rawat jalan/ UGD dan Tatalaksananya.....	6
B. Penilaian Risiko Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap dan Tatalaksananya.....	10
C. Pengkajian Lanjutan Pada Pasien Risiko Jatuh.....	15
D. Pengkajian Ulang Pada Pasien Risiko Jatuh.....	16
E. Pemberian Obat Yang berpengaruh pada risiko Jatuh.....	16
F. Pengkajian Lanjutan / Ulang Dilakukan Pada Pasien Yang Berisiko Tinggi Jatuh.....	16
G. Tindakan Dan atau intervensi untuk mengurangiRisiko Jatuh.....	17
BAB IV DOKUMENTASI	28

LAMPIRAN VI
PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 001./PER DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG SASARAN KESELAMATAN
PASIEN

PANDUAN RISIKO TERJATUH

BAB I
DEFINISI

1. **Jatuh** adalah kejadian seseorang secara tidak sengaja meluncur ke bawah dengan cepat karena gravitasi bumi dan tiba-tiba terjatuh dari posisi berdiri, duduk atau berbaring ke tempat yang rendah, di kecualikan dari definisi tersebut adalah perubahan posisi tersebut di sebabkan oleh kekuatan besar, misalnya di dorong.
2. **Risiko Jatuh** adalah kemungkinan terjadinya kejadian jatuh pada pasien secara tidak direncanakan, tidak sengaja dan tiba tiba dari posisi berdiri, duduk atau berbaring ke tingkat lebih rendah karena suatu kondisi kecuali disebabkan oleh kekuatan lain misalnya didorong.
3. **Penilaian Risiko Pasien Jatuh** adalah penilaian terhadap kemungkinan pasien mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya kejadian jatuh dengan menggunakan formulir risiko jatuh yang sudah di tetapkan.
4. **Asesmen Awal Risiko Jatuh** adalah suatu penilaian pertama kali terhadap adanya kemungkinan risiko jatuh dengan menggunakan skala pengukuran yang sudah ditetapkan ditetapkan baik di rawat jalan dan rawat inap, dan pada pasien anak, dewasa dan geriatric, yaitu **dengan penilaian :**
 - a. **Penilaian Risiko *Get Up and Go*** adalah untuk menilai kemampuan berdiri dan berjalan pasien.
 - b. **Skala *Edmonson*** adalah suatu pengukuran yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien pasien dengan masalah psikologis.
 - c. **Skala *Humpty Dumpty*** adalah suatu pengukuran yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien anak dengan menggunakan parameter :

umur, jenis kelamin, diagnosa, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respon tubuh terhadap operasi/ obat penenang/ efek anestesi dan penggunaan obat.

- d. **Skala Morse Fall** adalah suatu skala yang digunakan untuk melakukan skoring risiko jatuh pada pasien dewasa dengan menggunakan parameter : riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir, diagnosa medis >1, alat bantu jalan, memakai terapi *heparin lock*/ IV, cara berjalan/ berpindah, status mental.
 - e. **Skala Geriatri Ontario Modified Stratufy Scoring** adalah suatu skala yang digunakan untuk melakukan skoring risiko jatuh pada pasien geriatri dengan menggunakan parameter/ tingkat risiko : gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, diayun), pusing/ pingsan pada posisi tegak, kebingungan setiap saat, nokturia/ inkontinensia, kebingungan intermiten, kelemahan umum, obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, antipsikotik, laksatif, vasodilator, anti aritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemi, obat anti depresan, neuroleptik), riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya, osteoporosis, gangguan pendengaran dan penglihatan, usia 70 tahun ke atas.
5. **Asesmen Lanjutan** adalah suatu penilaian pada pasien yang telah teridentifikasi risiko tinggi jatuh yang dilakukan setiap shift yang bertujuan mengevaluasi atau menilai kondisi pasien yang berisiko jatuh, apakah skala risiko masih sesuai dengan penilaian diawal atau terjadi perubahan skala risiko (menjadi menurun atau meningkat). Asesmen lanjutan di dokumentasikan pada formulir penilaian harian risiko jatuh sesuai dengan kelompok usia (anak, dewasa dan geriatric).
 6. **Asesmen Ulang** adalah suatu penilaian yang dilakukan karena perubahan kondisi atau hal lain yang menyebabkan adanya perubahan hasil skoring penilaian risiko jatuh.
 7. **Penatalaksanaan Pasien Risiko Jatuh** merupakan tindakan pencegahan terhadap kejadian jatuh yang perlu dilakukan bila didapatkan hasil penilaian risiko pasien jatuh sesuai dengan hasil skoring (rendah, sedang dan tinggi), yang meliputi seluruh kasus jatuh untuk pasien anak, dewasa, geriatri dan paska tindakan.
 8. **Penatalaksanaan Pasien Jatuh** adalah merupakan tindakan penanganan yang perlu dilakukan bila terjadi kasus pasien jatuh, meliputi seluruh kasus jatuh untuk pasien anak, dewasa dan geriatri.
 9. **Evaluasi Harian Penilaian Pasien Risiko Jatuh** adalah suatu kegiatan untuk menilai kondisi pasien yang berisiko jatuh setiap shift, apakah masih berisiko tinggi atau telah berubah menjadi risiko rendah dan menggunakan asesmen harian risiko jatuh anak,dewasa dan geriatri.

10. **Edukasi** adalah kegiatan menyampaikan materi atau informasi kepada pasien dan atau keluarga.
11. **Pemberian Edukasi Untuk Mengurangi Risiko jatuh** adalah pemberian materi atau informasi yang perlu diketahui pasien dan atau keluarga untuk mengurangi potensi terjadinya jatuh.
12. **Langkah-langkah pengurangan risiko jatuh** adalah upaya untuk mengurangi risiko jatuh pada semua pasien yang berisiko tinggi jatuh.

BAB II

RUANG LINGKUP

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien.

Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit.

Rumah sakit melakukan pengelolaan mengurangi risiko cedera akibat terjatuh untuk mengupayakan/ mengurangi risiko cedera akibat terjatuh dengan melibatkan seluruh SDM rumah sakit sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing

Untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit melakukan pencegahan kejadian yang tidak diharapkan akibat pasien jatuh, karena dapat menyebabkan cedera pada pasien, maka rumah sakit perlu melakukan pengelolaan kemungkinan pasien jatuh, mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera yang diakibatkan karena terjatuh.

Untuk mengupayakan pengurangan risiko cedera akibat terjatuh rumah sakit menerapkan ruang lingkup dalam panduan ini antara lain :

1. Definisi
2. Ruang Lingkup
3. Kebijakan
4. Tata laksana
 - a. Pengkajian Awal Risiko Pasien Jatuh Rawat Jalan dan gadar / IGD
 - 1) Asesmen risiko jatuh dengan skala Ged Up And Go
 - 2) Untuk pasien gangguan psikiatri RJ dan IGD dengan skala Edmonson
 - b. Pengkajian / penilaian risiko jatuh rawat inap sesuai dengan kelompok anak, dewasa, geriatri.
 - 1) Skoring Humty Dumpy untuk pasien anak
 - 2) Skoring Morse Fall Scale (MFS) untuk pasien usia > 14 tahun s/d 60 tahun
 - 3) Skoring Ontario modified Stratuty-Sydney Scoring) untuk geriatri usia ≥ 60 tahun
 - c. Pengkajian lanjutan pasien risiko pasien jatuh
 - d. Pengkajian ulang risiko pasien jatuh
 - e. Managemen risiko jatuh
 - 1) Langkah – langkah untuk mengurangi pasien jatuh.

2) Langkah langkah monitoring dan evaluasi berkala terhadap keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak terkait jatuh.

f. Algoritma manajemen risiko jatuh

5. Dokumentasi

BAB III

TATA LAKSANA

Penatalaksanaan pada panduan mengurangi risiko cedera akibat terjatuh meliputi kewajiban dan tanggung jawab staf, sistem pelaporan insiden pasien jatuh, identifikasi / penilaian risiko jatuh, upaya pencegahan pasien jatuh, monitoring serta pengaturan sistem pelayanan pasien sesuai dengan area di rumah sakit.

A. ASESMEN RISIKO PASIEN JATUH RAWAT JALAN DAN UGD/ UNIT GAWAT DARURAT DAN TATALAKSANANYA.

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit.

Dilakukan skrining risiko jatuh pada:

- a. pasien dengan kondisi,
- b. diagnosis,
- c. situasi,
- d. dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh.

Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut.

Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

1. **kondisi pasien** misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
2. **diagnosis**, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
3. **situasi** misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
4. **lokasi** misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases seperti unit rehabilitasi medis.

Lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.

Skrining umumnya berupa evaluasi sederhana meliputi pertanyaan dengan jawaban sederhana: ya/tidak, atau metode lain meliputi pemberian nilai/skor untuk setiap

respons pasien. Rumah sakit dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan. Misalnya skrining dapat dilakukan oleh petugas registrasi, atau pasien dapat melakukan skrining secara mandiri, seperti di anjungan mandiri untuk skrining di unit rawat jalan.

Contoh pertanyaan skrining sederhana dapat meliputi:

1. Apakah Anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan?;
2. Apakah Anda khawatir akan jatuh?;
3. Apakah Anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?

Rumah sakit dapat menentukan pasien rawat jalan mana yang akan dilakukan skrining risiko jatuh misalnya:

- a. semua pasien di unit rehabilitasi medis,
- b. semua pasien dalam perawatan lama/tirah baring lama datang dengan ambulans untuk pemeriksaan rawat jalan,
- c. pasien yang dijadwalkan untuk operasi rawat jalan dengan tindakan anestesi atau sedasi,
- d. pasien dengan gangguan keseimbangan,
- e. pasien dengan gangguan penglihatan
- f. pasien anak di bawah usia 2 (dua) tahun, dan seterusnya.

I. Penilaian risiko jatuh instalasi rawat jalan dan IGD menggunakan penilaian Get Up and Go Test:

Skrining/ pengkajian di dokumentasikan pada pengkajian awal RJ/IGD sesuai dengan ketentuan rumah sakit dan jika kunjungan ulang din RJ maka didokumentasikan pada CPPT dengan metode SOAP, dan menggunakan acuan yang ada di setiap NS RJ & IGD sesuai dengan elemen penilaian.

No	Komponen Penilaian	Ya	Tidak
a	cara berjalan pasien (salah satu atau lebih) 1. Pasien tampak tidak seimbang/ sempoyongan/ limbung) 2. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk,tripot, kursi roda, orang lain)		
b	Pasien menopang saat akan duduk : tampak memegang pinggiran kursi atau meja / benda lain sebagai penopang		

Dari hasil pengukuran menggunakan skala Get Up and Go Test, pada pasien di rawat jalan dan IGD, akan di kategorikan kedalam salah satu dari 3 (tiga) kategori berikut.

Hasil	Penilaian / Pengkajian	Keterangan
Tidak berisiko	Tidak ditemukan a dan b	-
Risiko Rendah	Ditemukan salah satu a atau b	Edukasi
Risiko Tinggi	Ditemukan a dan b	Tatalaksana pencegahan

Tata laksana/ tindakan yang dilakukan dari hasil asesmen resiko jatuh Rawat Jalan dan IGD :

No	Hasil kajian	Tindakan	Keterangan
1	Tidak berisiko	Tidak ada tindakan	-
2	Risiko rendah	Edukasi	Edukasi
3	Risiko tinggi	Pasang pita kuning /penanda risiko jatuh (dapat berupa kalung)	Tatalaksana Pencegahan Jatuh
		Edukasi	

- II. **Penilaian Edmonson**, penilaian yang dilakukan pada pasien dengan masalah kejiwaan (psikiatri). Penilaian ini hanya dilakukan di rawat jalan dan IGD saja, karena Rumah Sakit belum memiliki unit perawatan khusus untuk pasien – pasien masalah kejiwaan (pikiatri)

Asesmen Risiko Jatuh Pasien Dengan Masalah Kejiwaan (skala Edmonson)

NO	PENILAIAN / PENGKAJIAN	SKOR	HASIL
1	Usia :		
	a. Kurang dari 50 tahun	8	
	b. 50 – 70 tahun	10	
	c. Lebih dari 80 tahun	12	
2	Status Mental :		
	a. Kesadaran baik	4	
	b. Agitasi	12	
	c. Kadang bingung	13	
	d. Bingung/ disorientasi	14	
NO	PENILAIAN / PENGKAJIAN	SKOR	HASIL

3	Eliminasi : a. Mandiri dan mampu mengontrol BAB/ BAK b. Colostomy/ Dower Cateter c. Eliminasi dengan bantuan d. Gangguan eliminasi (Inkontinensia/ nokturi) e. Inkontinensia tetapi mampu untuk mobilisasi)	8 12 10 12 12	
4	Pengobatan : a. Tanpa obat obatan b. Obat obatan jantung c. Obat obatan psikotropika (termasuk benzodiazepine dan antidepresan) d. Mendapatkan tambahan obat obatan PRN (psikiatri, anti nyeri) yang diberikan dalam 24 jam terakhir	10 10 8 12	
5	Diagnosa a. Bipolar/ gangguan schizoaffective b. Penggunaan obat obatan terlarang/ ketergantungan alcohol c. Gangguan depresi mayor d. Dimensia/ delirium	10 8 10 12	
6	Ambulasi/ keseimbangan a. Mandiri/ keseimbangan baik/ immobilisasi b. Dengan alat bantu (kursi roda, walker, dll) c. Vertigo kelemahan d. Goyah/ membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan e. Goyah tapi lupa keterbatasan	7 8 10 8 15	
7	Nutrisi : a. Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir b. Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	12 0	
8	Gangguan pola tidur a. Tidak ada gangguan tidur b. Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh	8 12	

	pasien, keluarga atau petugas		
9	Riwayat jatuh : a. Tidak ada riwayat jatuh b. Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	8 12	

Dari hasil pengukuran dengan menggunakan skala Edmonson, pasien dengan masalah kejiwaan/ psikiatri di rawat jalan dan IGD, akan di kategorikan kedalam salah satu dari 2 (dua) kategori berikut :

Hasil pengkajian risiko jatuh pasien rawat jalan dan IGD

1. **Tiak berisiko : < 90**
2. **Berisiko : ≥ 90**

III. Tatalaksana pasien risiko jatuh RJ dan IGD

- a. Untuk bayi dan anak yang belum dapat berjalan/ dapat berjalan namun masih belum mandiri penuh ditetapkan sebagai pasien berisiko jatuh dan tidak dipasangkan penanda risiko jatuh, tetapi melibatkan orang tua pasien.
- b. Penatalaksanaan pasien risiko jatuh di rawat jalan dan IGD :
 - i. Risiko rendah, diberikan edukasi
 - ii. Risiko tinggi, dipasangkan pita kuning/ penanda risiko tinggi jatuh
- c. Berikan edukasi bahwa pita kuning dipasangkan agar seluruh petugas rumah sakit memahami dan melakukan pemantauan terhadap pasien yang berisiko tinggi.
- d. Informasikan bahwa pita kuning dapat dilepas setelah selesai mendapatkan pelayanan dan meninggalkan rumah sakit.

B. PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN RAWAT INAP DAN TATA LAKSANANYA.



Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit.

Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh. **Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan/atau anestesi, perubahan mendadak pada kondisi**

pasien, dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama dirawat inap dan paska pembedahan.

I. Metode skoring risiko jatuh

1. **Pengkajian awal risiko jatuh rawat inap menggunakan skoring:**
 - a. Skoring **Humpty Dumpty** untuk pasien anak,
 - b. **Skoring Morse Fall** untuk pasien dewasa
 - c. **Skoring Ontario Modified Stratufy- Sydney Scoring**) untuk geriatri
2. Hasil skoring pasien yang berisiko tinggi jatuh akan di pasang PIN penanda risiko jatuh warna kuning yang dipasangkan pada gelang identitas dan atau / gelang berwarna kuning dan diberikan tanda gambar orang jatuh didalam segitiga kuning gambar orang terjatuh () di tempat tidur.
3. Semua pasien bayi/ Neonatus dikategorikan pasien berisiko jatuh dan tidak dipasangkan gelang risiko jatuh tetapi di berikan tanda gambar orang jatuh didalam segitiga warna kuning () di tempat tidur bayi.
4. Pasien/ keluarga diberikan edukasi tentang pencegahan jatuh dan terdokumentasi pada rekam medis pasien form KIE.
5. Pasien risiko tinggi jatuh sangat tergantung pada pemberi pelayanan.

II. Skoring risiko jatuh sesuai dengan kelompok

a. Skoring risiko jatuh pasien anak Humpty Dumpty

Parameter	Kriteria	Skor	
		Standar	Hasil
Umur	Dibawah 3 tahun	4	
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosa	Diagnosa terkait 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 TT saat bayi / anak	4	
	Pasien menggunakan alat bantu atau box atau mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/obat penenang/ efek anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	≥ 48 jam	1	
Penggunaan Obat	Bermacam – macam obat yang digunakan : obat sedative (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, laksans/ diuretika, narkotik	3	
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL SKOR			
NAMA PERAWAT / PETUGAS			

Hasil skoring/ penilaian pengkajian / asesmen Humty Dumpty

1. Skor rendah 1-6
2. Skor Sedang 7-11
3. Skor Tinggi ≥ 12

- b. **Pengkajian skoring risiko jatuh pasien dewasa dengan Morse fall Scale**
Skoring Risiko Jatuh Dewasa MFS (Morse Fall Scale) (Usia > 14 tahun - 60 tahun)

Indikator	Kategori	Skor	
		Standar	Hasil

Riwayat jatuh	Pernah jatuh 3 bulan terakhir	25	
	Tidak pernah jatuh	0	
Diagnosis medis > 1	Terdapat > 1 diagnosa medis	15	
	Hanya satu diagnose medis	0	
Alat bantu jalan	Berjalan dengan berpegangan pada furniture untuk menopang	30	
	Berjalan menggunakan kruk, tongkat atau walker	15	
	Berjalan normal, tirah baring, tidak bergerak	0	
Menggunakan infus	Menggunakan infus	15	
	Tidak diinfus	0	
Cara berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal, tirah baring, tidak bergerak	0	
Status mental	Lupa keterbatasan	15	
	Mengetahui kemampuan diri	0	
TOTAL SKOR			

Hasil Pengkajian risiko jatuh Morse Fall Scale

1. Risiko rendah skor : 0-24
2. Risiko Sedang skor: 25-44
3. Risiko tinggi skor : ≥ 45

c. Pengkajian risiko jatuh pasien geriatri

Skala Risiko Jatuh Geriatri (Usia ≥ 60 tahun) (Ontario Modified Stratufy- Sydney Scoring)

Parameter	Skrining	Keterangan Nilai	Hasil
Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang ke RS karena jatuh ?	Salah satu	

	Jika Tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ?	jawaban Ya = 6	
Status Mental	Apakah pasien mengalami delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Salah satu jawaban Ya = 14	
	Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)		
	Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)		
Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	Salah satu jawaban Ya = 1	
	Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram ?		
	Apakah pasien mempunyai glukoma, katarak atau degenerasi makula ?		
Kebiasaan Berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih ? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya = 2	
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) : nilai = 0 Memerlukan bantuan (1 org)/ dalam pengawasan : nilai = 1 Memerlukan bantuan (2 org) : nilai = 2 Tidak dapat duduk dengan seimbang (bantuan total) : nilai = 3	Jumlahkan nilai transfer + mobilitas Nilai total 0-3, beri skor = 0	
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) : nilai = 0 Berjalan dg bantuan 1 org : nilai = 1 Menggunakan kursi roda : nilai = 2 Imobilisasi : nilai = 3	Nilai total 4-6, beri skor = 7	
TOTAL SKOR			

Penilaian pengkajian risiko jatuh geriatri/ *Ontario Modified Stratufy- Sydney Scoring* (hasil pengkajian)

1. Skoring risiko rendah: 0-5
2. Skoring risiko sedang: 6-15
3. Skoring risiko tinggi : ≥ 16

c. PENGKAJIAN LANJUTAN PASIEN RISIKO JATUH

Pengkajian Lanjutan bertujuan mengevaluasi atau menilai kondisi pasien yang berisiko jatuh, apakah skala risiko masih sesuai dengan penilaian diawal atau terjadi perubahan skala risiko (menjadi menurun atau meningkat tingkat risikonya), dengan ketentuan :

1. Dilakukan di rawat inap pada setiap pasien yang teridentifikasi berisiko tinggi jatuh pada pengkajian awal rawat inap dan risiko sedang untuk pasien geriatri.
2. Dilakukan pada pasien dari rawat jalan/ IGD pasien rencana rawat inap menggunakan asesmen awal rawat inap menggunakan skala sesuai dengan ketentuan (Get Up and Go) .
3. Pengkajian lanjutan dilakukan dengan menggunakan skala pengukuran sesuai dengan kriteria pasien, yaitu:
 - a. Pasien anak menggunakan “skala humpy dumpty”
 - b. Pasien dewasa menggunakan “skala Morse Fall Scale”
 - c. Pasien geriatric “Ontario Modified Stratufy- Sydney Scoring”
4. Setiap pasien akan dilakukan asesmen lanjutan risiko jatuh sampai di nilai tidak berisiko jatuh/ berisiko rendah.
5. Hasil pengkajian di dokumentasikan di dalam formulir pengkajian lanjutan risiko jatuh sesuai dengan kriteria.

d. PENGKAJIAN ULANG PASIEN RISIKO JATUH

Pengkajian ulang dilakukan pada pasien terjadi perubahan risiko rendah meningkat secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh tidak terbatas pada:

- a. Tindakan pembedahan dan atau pembedahan dan / atau anestesi
- b. Perubahan mendadak pada kondisi pasien
- c. Penyesuaian obat-obatan yang diberikan

e. PEMBERIAN OBAT YANG BERPENGARUH PADA BERISIKO JATUH

- a. Dilakukan jika pasien mendapatkan perubahan pengobatan antara lain :

- 1) Terapi psikotropika
- 2) Deuretik
- 3) Antihipertensi
- 4) Anti-parkinson
- 5) Opoid (golongan narkotika)
- 6) Hipnotik
- 7) Vasodilator
- 8) Anti-aritmia
- 9) Obat hipoglikemik
- 10) Anti-depresan
- 11) Neuroleptik
- 12) Laksatif
- 13) Anti-ansietas
- 14) Obat kardiovaskuler dll

b. Dilakukan evaluasi setiap shift.

f. PENGKAJIAN LANJUTAN / ULANG DILAKUKAN PADA PASIEN YANG BERISIKO TINGGI JATUH

- a. Dari hasil scoring jatuh sesuai dengan kelompok usia dan kondisi
- b. Dilakukan setiap shift menggunakan formulir asesmen ulang / lanjutan sesuai pasien risiko jatuh untuk anak , dewasa dan geriatri
- c. Penilaian dihentikan setelah pasien tidak berisiko jatuh / pasien pulang / meninggal dunia.

g. TINDAKAN DAN/ATAU INTERVENSI UNTUK MENGURANGI RISIKO JATUH.

1. Langkah – langkah untuk mengurangi pasien jatuh

Lakukan edukasi kepada pasien / keluarga tentang pencegahan pasien risiko jatuh dan dokumentasikan pada formulir komunikasi informasi dan edukasi (KIE) yang ditandatangani pihak pasien / keluarga.

2. Prosedur pencegahan jatuh untuk seluruh pasien

- a. Lakukan orientasi ruang rawat inap kepada pasien.
- b. Dekatkan posisi bel panggilan/*nurse call* ke tempat yang mudah dijangkau oleh pasien.
- c. Jalur untuk pasien berjalan harus bebas/tidak ada hambatan dan tidak licin.

- d. Jauhkan kabel-kabel dari jalur berjalan pasien / ruangan rapi, pencahayaan ruangan baik.
- e. Posisikan tempat tidur rendah/ sesuai standar elektrik/manual dan pastikan roda terkunci/ fungsi baik.
- f. Pegangan /penghalang/ relling tempat tidur berfungsi dengan baik dan lakukan *greeting* pada keluarga pasien khusus pasien anak/pasien tidak sadar/geriatri pegangan/ relling tempat tidur selalu dalam keadaan tertutup saat akan meninggalkan pasien.
- g. Benda-benda pribadi/kebutuhan pasien berada dalam jangkauan pasien (telepon, air minum, kacamata dll).
- h. Bantu pasien ke kamar mandi, jika diperlukan (pasien turun pertama kali setelah perawatan bedrest harus dibantu/didampingi).
- i. Evaluasi efektifitas obat-obatan yang meningkatkan predisposisi jatuh (sedasi, anti hipertensi, diuretik, benzodiazepine, dan sebagainya), konsultasikan dengan dokter atau petugas farmasi jika perlu.
- j. Konsultasikan dengan dokter mengenai kebutuhan fisioterapi pada pasien dengan gangguan keseimbangan/gaya berjalan/penurunan fungsional.
- k. Menilai ulang status kemandirian pasien setiap shift.
- l. Pantau adanya hipertensi ortostatik jika pasien mengeluh pusing atau vertigo dan ajarkan pasien untuk bangun dari tempat tidur secara perlahan sesuaikan kemampuan pasien .
- m. Alat bantu dalam jangkauan (tongkat, alat penopang), jika belum bisa ajarkan cara penggunaannya.
- n. Berikan edukasi pencegahan jatuh kepada pasien / keluarga dan dokumentasikan pada formulir KIE yang ditandatangani oleh pasien / keluarga.


3. Prosedur Pencegahan Jatuh pada Pasien Risiko Tinggi

Pencegahan pasien risiko jatuh diterapkan pada saat pasien memasuki ruang perawatan, edukasi tindakan pencegahan secara umum dengan cara :

a. Pemasangan pin (penanda) atau gelang risiko jatuh

- 1) Ucapkan salam
- 2) Jelaskan pada pasien/ keluarga tentang hasil pengukuran skala jatuh dan tujuan pemasangan pin penanda risiko jatuh/ gelang risiko jatuh.
- 3) Pasangkan pin penanda risiko jatuh (warna kuning)/ gelang risiko jatuh pada pasien dengan hasil skoring risiko tinggi di unit IGD dan rawat inap.

Untuk pasien di rawat jalan dengan memberikan penanda pita kuning di area yang terlihat (dipasang di tangan/ lengan).

- 4) Berikan tanda gambar orang jatuh didalam segitiga dengan warna kuning () di tempat tidur pasien untuk identifikasi pasien risiko jatuh tinggi.
- 5) Kunjungi pasien antara 1- 2 jam sekali oleh petugas rumah sakit dan lakukan pengawasan ketat/ libatkan keluarga dalam pengawasan pasien.
- 6) Tawarkan bantuan ke kamar mandi / gunakan pispot.
- 7) Batasi aktivitas pasien dan berikan edukasi tentang tindakan pencegahan pasien jatuh pada pasien dan keluarga.
- 8) Perawat mengingatkan keluarga untuk membawa/ menggunakan alas kaki anti licin dan alat bantu sesuai dengan kebutuhan/peralatan yang digunakan dirumah, misal : tongkat, alat penopang dll
- 9) Pastikan pasien menggunakan alat bantu yang sesuai.
- 10) Kolaborasi dengan tim interdisiplin dalam merencanakan Program Pencegahan pasien Jatuh.
- 11) Pastikan perangkat keselamatan pasien digunakan dan berfungsi dengan baik.
- 12) Dokumentasikan pemberian edukasi pemasangan pin penanda risiko jatuh pada formulir Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).
- 13) Penanda risiko jatuh terpasang pada pasien berisiko tinggi/ sedang untuk pasien geriatric dan dilepas jika sudah tidak berisiko/ berisiko rendah.

b. Pelepasan tanda (pin risiko jatuh/ pita risiko jatuh)

- 1) Ucapkan salam
- 2) Jelaskan kepada pasien/ keluarga maksud dan tujuan melepas penanda pin risiko jatuh/ gelang risiko jatuh
- 3) Dokumentasikan tindakan pada formulir catatan terintegrasi
- 4) Ketentuan melepas penanda pin risiko jatuh/ gelang risiko jatuh adalah :
 - Pelepasan penanda pin risiko jatuh/ gelang risiko jatuh pasien rawat inap dilakukan pada saat skoring risiko tidak berisiko/ risiko rendah atau saat pasien akan pulang.
 - Pelepasan penanda pin risiko jatuh/ gelang risiko jatuh pasien rawat inap dilakukan oleh perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien

selama di rumah sakit dan bila di rawat jalan dilakukan oleh pasien atau keluarga setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit/ saat akan meninggalkan rumah sakit.

4. Penggunaan fasilitas / peralatan untuk pengurangan pasien risiko jatuh dan cara alat khusus.

- a. Tempat tidur yang dapat diatur tinggi rendah sesuai dengan kebutuhan pasien, roda tempat tidur dapat terkunci/ kunci berfungsi dengan baik .
- b. Pegangan / reling tempat tidur sesuai dan berfungsi dengan baik
- c. Jenis tempat tidur sesuai dengan kebutuhan / kelompok usia (bayi , anak , dewasa , geriatri dengan gangguan
- d. Bantal/ tangga tempat tidur diletakkan di sisi tempat tidur yang sering digunakan pasien untuk turun dari tempat tidur dan kaki tangga tidak licin.
- e. Pegangan / reling di sisi tempat tidur harus terpasang dengan baik.
- f. Bel pasien dapat berfungsi dengan baik
- g. Pencahayaan ruangan baik/ terang
- h. Lantai tidak licin
- i. Tersedia kursi roda jika dibutuhkan.
- j. Ada pegangan di kamar mandi

5. Memahami Tentang Factor-Faktor Risiko Jatuh Instrinsik dan Ekstrinsik

a. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- 1) Kondisi pasien;
- 2) Gangguan fungsional pasien (contoh: gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif)
- 3) Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit
- 4) Riwayat jatuh pasien
- 5) Konsumsi obat tertentu
- 6) Konsumsi alkohol.

b. Faktor risiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori :

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

Faktor risiko dikelompokkan menjadi kategori dapat **diperkirakan** (*anticipated*) dan **tidak dapat diperkirakan** (*unanticipated*).

Faktor risiko yang dapat diperkirakan / diprediksi merupakan hal-hal yang dapat diperkirakan sebelum pasien jatuh.

Pengelompokan Analisa faktor risiko jatuh :

Perkiraan	Instrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien)	Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan)
Dapat di perkiraan	1. Riwayat jatuh sebelumnya 2. Inkontinensia 3. Gangguan kognitif/ psikologis 4. Gangguan keseimbangan/ mobilitas 5. Gangguan pendengaran 6. Gangguan penglihatan 7. Gangguan gaya berjalan atau mobilitas 8. Usia > 65 tahun 9. Osteoporosis 10. Penyakit Parkinson 11. Stroke 12. Status kesehatan yang buruk 13. Perasaan takut jatuh 14. Delirium/ agitasi 15. Depresi 16. Riwayat patah tulang	1. Lantai basah/ silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/ lepas 2. Alas kaki tidak pas 3. Dudukan toilet yang rendah 4. Kursi atau tempat tidur beroda 5. RWI berkepanjangan 6. Peralatan yang tidak aman 7. Peralatan rusak 8. Tempat tidur di tinggalkan dalam posisi tinggi 9. Alat/ pengekang (restraint) tidak terpasang
Tidak dapat diperkirakan	1. Kejang 2. Aritmia jantung 3. Dehidrasi 4. Stroke atau serangan iskemik sementara (Transiet Ischaemic Attack – TIA)	Reaksi individu terhadap obat obatan

	5. Pingsan 6. Vertigo/ pusing 7. “Serangan jatuh” (Drop Attack)	
--	---	--

6. Monitoring dan evaluasi

Dilakukan oleh tim, untuk mempermudah pelayanan terhadap pasien berisiko tinggi jatuh .

- a. Monitoring pasien berisiko jatuh dilakukan secara terus menerus dan melibatkan tim pemberi asuhan kepada pasien dengan menggunakan asesmen harian pasien sesuai dengan kelompok usia / jenis / keadaan pasien.
- b. Ada buku/ form pemantauan pasien risiko termasuk risiko jatuh untuk pemantauan pasien disetiap instalasi pelayanan untuk mempermudah monitoring

7. Cheklist strategi intervensi mencakup kategori risiko dan lingkup area risiko terdiri dari:

- a. **Intervensi meliputi :** tempat tidur rendah, alas kaki anti-licin, bantu pasien untuk turun dari tempat tidur, kunci roda tempat tidur berfungsi dengan baik, alat bantu sesuai dengan kebutuhan pasien , pengaturan ruangan untuk risiko tinggi, lantai anti licin, peninjauan ulang medikasi, program olah raga, edukasi toileting, gelang risiko, kasur yang memiliki batas pinggir, pelindung pinggul,dll sesuai dengan kebijakan rumah sakit dan kebutuhan pasien.

Pada kategori intervensi diceklist sesuai dengan kondisi / kebutuhan pasien

- b. **Kategori risiko** ditentukan berisiko tinggi, sedang dan rendah, disesuaikan dengan intervensi yang dinilai
- c. **Lingkup area risiko** terdiri dari : sering jatuh, perubahan status mental, kelemahan otot, gangguan mobilitas, medikasi multiple, depresi dihubungkan dengan pada intervensi seluruhnya membutuhkan pemantauan lingkup area risiko
- d. **Strategi intervensi** ini tidak mutlak dilakukan , disesuaikan dengan penilaian klinis ahli/ dokter yang memeriksa dan berdasarkan kategori risiko dan ruang lingkup area serta diharapkan dapat menjadi acuan strategi sesuai dengan kebutuhan / ketentuan rumah sakit.

8. Cheklist alat pengaman terdiri dari :

- a. Tempat tidur setiap pasien terdiri dari: pegangan tempat tidur / reling tempat tidur, roda , rem, mekanik, meja samping tempat tidur
- b. Tiang infus terdiri dari : Tiang dan roda jumlah berkaki lima agar seimbang
- c. Tumpuan kaki terdiri dari : kaki kursi tidak licin , bagian atas kursi
- d. Bel panggilan / pencahayaan terdiri dari : operasional lampu diluar kamar ,bel berbunyi NS, NO kamar muncul dimonitor, intercom, sinyal panel kamar, akses mudah diraih saat dikamar mandi, dalam jangkauan saat di tempat tidur.
- e. Walker / cane terdiri dari : keamanan ujung karet pada alat berfungsi dengan baik, stabil
- f. Kursi beroda terdiri dari : kursi tingginya disesuaikan dengan pasien, roda mudah berputar/ diarahkan dan tidak melekat, rem dioperasikan disaat posisi diam, sebagai pengaman kursi, tumpuan kaki dapat dilipat/ dilepas dengan mudah, posisi derajat kemiringan sesuai untuk mencegah terjungkal ke depan / merosot

CHECKLIST ALAT PENGAMAN

Alat Pengaman	Indikator Penilain	Ya	Tidak
1. tempat tidur			
a. Pegangan sisi tempat tidur	Mudah dibuka dan di tutup / kuat		
	Terkunci dengan aman saat dinaikan		
	Hanya digunakan untuk mobilitas		
b. Roda	Mudah berputar/diarahkan, tidak melekat		
c. Rem	Mengamankan tempat tidur saat dioperasikan		
d. Mekanik	Pengaturan ketinggian tempat tidur mudah dilakukan		
e. Meja Samping Tempat Tidur	Roda mudah digerakkan, tidak runcing pada sisi meja		
	Letaknya di samping tempat tidur, menempel di dinding		
2.Tiang Infus			
a. Tiang	Mudah dinaikkan dan diturunkan		

	Stabil, tidak mudah goyang		
b.Roda	Mudah berputar/diarahkan, tidak melekat		
3. Tumpuan Kaki (Footstools)			
a. Kaki Kursi	Proteksi karet anti-selip di kesemua kaki		
	Stabil, tidak goyang		
b. Bagian atas kursi	Permukaan tidak licin		
Alat Pengaman	Indikator Penilain	Ya	Tidak
4. Bel panggilan / pencahayaan			
a. Operasional	Lampu di luar kamar		
	Bel berbunyi di pos perawat		
	Nomor kamar muncul di monitor		
	Interkom		
	Sinyal panel kamar		
b. Akses	Mudah diraih saat di kamar mandi		
	Dalam jangkauan saat pasien di tempat tidur		
5. Walker / Cane			
Keamanan	Ujung karet pada alat berfungsi dengan baik		
	Stabil		
6. Kursi Beroda (Mobility Chair)			
a. Kursi	Tingginya disesuaikan dengan pasien untuk meminimalisir terjatuh / terjungkal		
b. Roda	Mudah berputar/diarahkan, tidak melekat		
c. Rem	Dioperasikan saat kursi dalam posisi diam		
	Pengaman kursi		
d. Tumpuan Kaki	Dapat dilipat/dilepas dengan mudah		
e. Posisi	Diposisikan dengan derajat kemiringan yang sesuai untuk mencegah terjungkal ke depan / merosot		

9. Kompetensi petugas yang memberikan pelayanan pasien dengan risiko tinggi jatuh mendapatkan pelatihan

- a. Seluruh tenaga keperawatan dilakukan pelatihan tentang mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh agar memahami dan dapat menerapkan tentang cara melakukan asesmen risiko jatuh, dapat melakukan skoring risiko jatuh, dapat melakukan pencegahan pasien jatuh, dapat melakukan edukasi pasien berisiko jatuh dan dapat menerapkan jika pasien terjadi jatuh memahami dan melakukan penatalaksanaan pasien jatuh dengan / tanpa cedera.
- b. Pemahaman tentang penanganan pasien risiko tinggi yang tidak/kurang tepat akan mengakibatkan/menimbulkan komplikasi yang lebih besar
- c. Tenaga keperawatan yang bertugas akan mengevaluasi pasien dengan memberi skoring pada setiap kriteria “risiko” yang dimiliki pasien. Skor ini akan dipakai untuk menentukan kategori risiko jatuh pada pasien.
- d. Tenaga keperawatan yang bertugas mengidentifikasi dan menerapkan “Prosedur Pencegahan Jatuh”, berdasarkan pada :
 - 1) Kategori risiko jatuh (rendah, sedang, tinggi).
 - 2) Kebutuhan dan keterbatasan per-pasien.
 - 3) Riwayat jatuh sebelumnya dan penggunaan alat pengaman (*safety devices*).
 - 4) Asesmen lanjutan risiko jatuh harian

10. Langkah langkah monitoring dan evaluasi berkala terhadap keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak terkait jatuh.

Penatalaksanaan pada pasien jatuh dengan atau tanpa cedera. Pada pasien yang mengalami kejadian jatuh, prosedur berikut akan segera dilakukan:

- a. Nilai segera apakah terjadi cedera akibat jatuh misalnya : abrasi/ lecet, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala.
- b. Nilai tanda – tanda vital pasien (suhu, nadi,pernafasan,tekanan darah, tingkat nyeri, lokasi jejas jika ada)
- c. Nilai apakah ada keterbatasan gerak
- d. Pantau pasien dengan ketat apakah ada muntah, sakit kepala, penurunan kesadaran (nilai GCS)
- e. Melaporkan segera kejadian jatuh pada tim (Dokter jaga/ dokter ruangan, blue team, DPJP)

- f. Tenaga keperawatan akan mengikuti tatalaksana yang diberikan oleh dokter.
- g. Sampaikan kepada pihak keluarga / wali hasil dari pemeriksaan dan rencana tindak lanjut jika ada .
- h. Berikan edukasi kembali tentang pencegahan dan pemantauannya pasien yang berisiko jatuh.
- i. Jika pasien dalam kondisi gelisah, ada gangguan kognitif pasien dapat dipertimbangkan menggunakan tali pengikat / *restraint*.
- j. Pasien yang diperbolehkan untuk turun dari tempat tidur harus didampingi oleh petugas dalam 24 jam pertama, kemudian dilakukan asesmen ulang.
- k. Dokumentasikan pada rekam medis pasien
- l. Lakukan intervensi sesuai dengan kebutuhan / kondisi / kategori skoring.

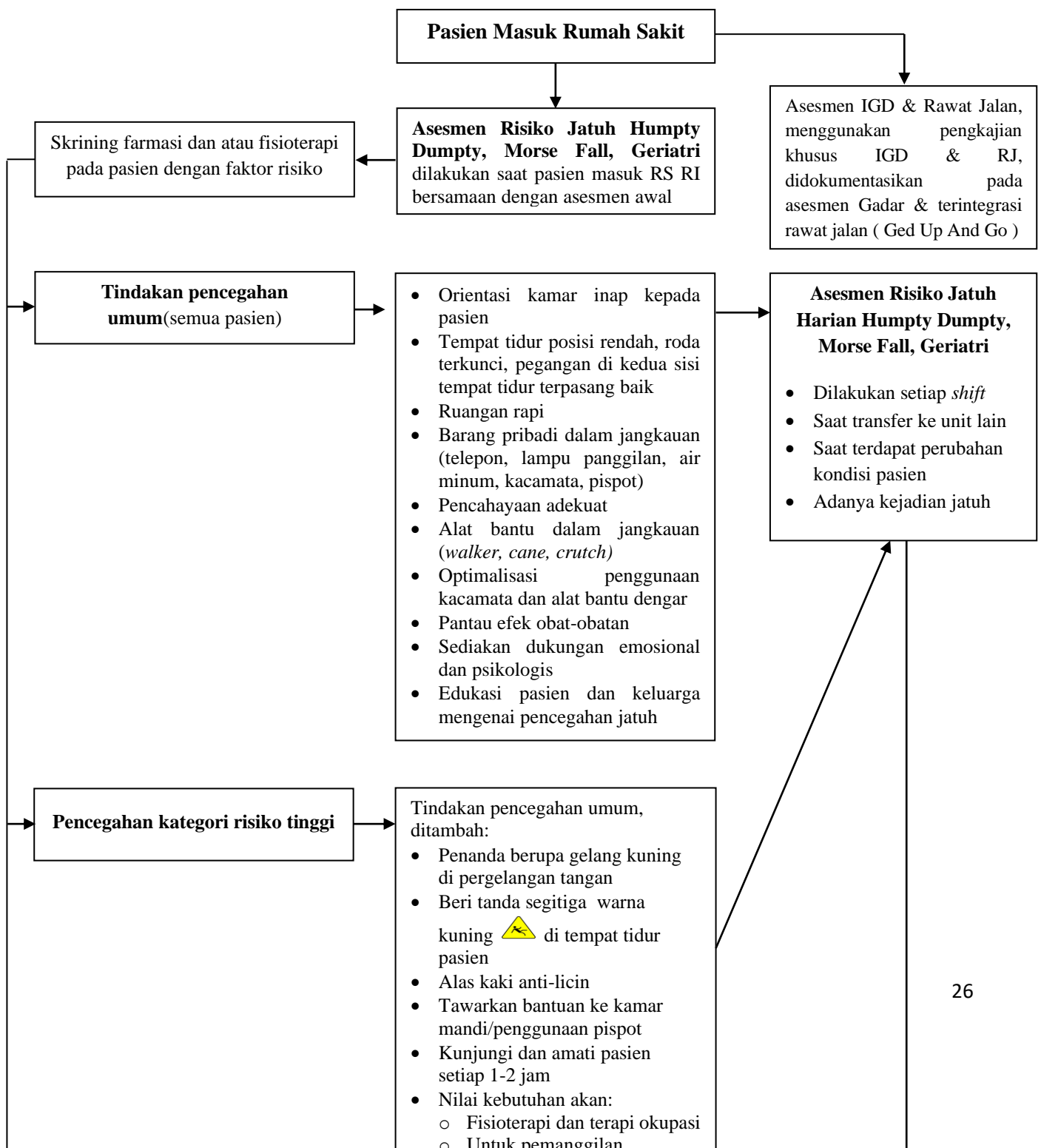
11. Pelaporan kejadian jatuh

- a. Membuat laporan kejadian insiden dan mengumpulkan informasi mengenai apa yang telah terjadi
- b. Membuat kronologis kejadian tanggal dan waktu kejadian
- c. Mendeskripsikan pasien tentang kejadian jatuh jika memungkinkan apa yang dilakukan pasien saat jatuh
- d. Dimana lokasi pasien jatuh
- e. Data – data pemeriksaan tanda-tanda vital
- f. Kaji pengobatan yang sedang diberikan kepada pasien (apakah ada factor risiko terhadap pasien jatuh)
- g. Lakukan pemeriksaan pasien adakah ada cedera
- h. Tentukan penyebab jatuh apakah ada faktor kesalahan pada penatalaksanaan.
- i. Kondisi pasien , apakah ada gangguan dimensia, penyakit jantung, neuropati dll
- j. Apakah ada gangguan berjalan / cara berjalan
- k. Cari faktor- faktor lain peralatan, lingkungan, penerangan, gangguan penglihatan, pendengaran, alas kaki, lantai licin dll
- l. Petugas / perawat melaporkan insiden pasien jatuh ke tim keselamatan pasien unit kerja menggunakan formulir insiden keselamatan pasien .
- m. Selanjutnya tim keselamatan pasien diunit kerja akan melakukan simple investigasi
- n. Selanjutnya akan dilaporkan kepada tim keselamatan pasien rumah sakit untuk dilakukan grading dan tindak lanjut.

12. Algoritma pasien masuk rumah sakit.

Seluruh pasien baru dilakukan tatalaksana manajemen pasien risiko jatuh baik pasien rawat jalan maupun rawat inap dengan alur sesuai dengan algoritma pasien di rumah sakit. Pada algoritma pasien saat masuk rumah sakit lakukan pengkajian risiko jatuh dengan skoring sesuai usia untuk menentukan kategori berisiko / tidak lakukan pencegahan risiko pasien jatuh secara umum / pencegahan kategori risiko tinggi, dan dilakukan pengkajian lanjutan setiap shift jika dinilai berisiko tinggi jatuh atau jika terjadi perubahan kondisi atau pemberian terapi yang berisiko pasien jatuh

ALGORITMA PASIEN MASUK RUMAH SAKIT



BAB V

DOKUMENTASI

Pendokumentasi mengurangi risiko cedera akibat terjatuh antara lain:

1. Pengkajian awal RJ
2. pengkajian Gawat darurat
3. pengkajian gangguan kejiwaan RJ dan Gadar skala Edmonson
4. CPPT Rawat Jalan
5. Pengkajian awal Rawat Inpa
6. pengkajian lanjutan skala anak Humty Dumty
7. pengkajian lanjutan skala Morse Fall Scale (MFS)
8. pengkajian lanjutan skala geriatric (Ontario Modified Stratufy- Sydney Scoring)
9. Formulir Langkah-langkah pencegahan jatuh.
10. Formulir KIE

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal : 12, April 2023

DIREKTUR,


Darmas Nugraha
Hospital

dr. Agung Darmawan, SpA