

## SKORING RISIKO JATUH MORSE

NO	RISIKO	YA	TIDAK	SRORING
1	Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	25	0	
2	Diagnosis medis > 1	15	0	
3	Alat bantu jalan			
	▪ Bed rest / dibantu perawat	0	0	
	▪ Penopang , tongkat /walker	15		
	▪ Fumitur	30		
4	Memakai terapi heparin lock / iv	20	0	
5	Cara berjalan / berpindah			
	▪ Normal / bed rest/imobilisasi	0	0	
	▪ Lemah	15		
	▪ Terganggu	30		
6	Status mental			
	▪ Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	
	▪ Lupa keterbatasan diri	15		
	TOTAL SCORE			

Risiko rendah /tidak berisiko 0 – 24

Risiko sedang 25-44

Risiko tinggi  $\geq 45$

## SKORING RISIKO JATUH HUMPTY DUMPTY

Parameter	Criteria	Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4
	3-7 tahun	3
	7-13 tahun	2
	>13 tahun	1
Jenis kelamin	Laki – laki	2
	Perempuan	1
Diagnosa	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
Factor	Riwayat jatuh dari TT saat bayi / anak	4
lingkungan	Pasien menggunakan alat bantu atau box atau mebel	3
	Pasien berada berada di tempat tidur	2
	Pasien diluar ruang rawat	1
Respon thd operasi / Obat penenang / Efek anestesi	Dalam 24 jm	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		

Keterangan : Humpty Dumpty skor rendah 0-6, Sedang 7-11 & tinggi  $\geq 12$

## SCORING RISIKO JATUH PASKA TINDAKAN

Beri tanda ( ✓ ) sesuai dengan hasil assesmen risiko jatuh )

faktor risiko	skor	
usia > 70 tahun	1	
lingkungan asing (tidak familiar)	1	
gangguan penilaian dalam ambulasi/transfer	3	
mengalami kejadian jatuh dalam 2 minggu terakhir	3	
delirium/disorientasi	2	
gaya berjalan tidak stabil / keterbatasan gerak	3	
inkontinensia urin ( terpasang catheter / infuse dll )	3	
adanya pingsan atau hipotensi ortostatik	2	
riwayat gangguan pola tidur	1	
gangguan penglihatan / pendengaran	1	
berjalan dibantu orang lain	3	
keterbatasan aktivitas / post operasi	1	
Pusing	3	
mengonsumsi obat-obatan di bawah ini:	2	
<b>TOTAL SKOR</b>		
<b>Beri tanda cek (✓) mengenai obat yang dikonsumsi:</b>		
Psikotropika		
Diuretic		
Antihipertensi		
Anti-Parkinson		
Opioid ( Gol Narkotik )		
Hipnotik		
Kardiovaskular		
Anti-ansietas		
Laksatif		
<b>Kebutuhan alat: (beri tanda cek (✓) pada alat yang dibutuhkan)</b>		
Tongkat penyangga		
Kursi roda		
Walker / cane		
Alas kaki anti licin		
<b>Kategori Risiko Jatuh (R, S, T)</b>		
Nama Petugas		

Keterangan: 0 – 4 = risiko rendah (R) , 5 – 8 = risiko sedang (S) , ≥ 9 = risiko tinggi (T)

# SKALA RISIKO JATUH GERIATRI( Usia $\geq 60$ tahun )

## Ontario Modified Stratify- Sydney Scoring

NO	PARAMETER	SKRINING	Jawaban	Keterangan nilai	SKOR
1	Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang ke RS karena jatuh	Ya/ tidak	Salah satu jawaban ya= 6	
		Jika Tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir			
2	Status Mental	Apakah pasien mengalami delirium? ( tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat )	Ya/ tidak	Salah satu jawaban ya = 14	
		Apakah pasien disorientasi?(salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)	Ya/ tidak		
		Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas )	Ya/ tidak		
3	Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	ya/ tidak	Salah satu jawaban ya = 1	
		Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram ?	Ya/ tidak		
		Apakah pasien mempunyai glukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/ tidak		
4	Kebiasaan Berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih ? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia	Ya/ tidak	ya = 2	
5	Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke TT	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan ) = nilai 0		<b>Jumlahkan nilai transfer + mobilitas:</b>  <b>a. Jika nilai total 0-3,beri score = 0</b>  <b>b. Jika nilai total 4-6,beri score =7</b>	
		Memerlukan sedikit bantuan (1 org) /dalam pengawasan = nilai 1			
		Memerlukan bantuan yg nyata ( 2 org) : = nilai 2			
		Tidak dapat duduk dengan seimbang (bantuan total ) = nilai 3			
6	Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan ) = nilai 0			
		Berjalan dg bantuan 1 org ,= nilai 1			
		Menggunakan kursi roda, =nilai 2			
		Imobilisasi = nilai 3			
		<b>TOTAL SKOR</b>			

Keterangan : Scor 0-5 Risiko rendah, 6-15 Risiko sedang dan  $\geq 16$  berisiko tinggi , lanjut asesmen lanjutan

**SCORING RISIKO JATUH PASIEN DENGAN MASALAH KEJIWAAN**  
**(SKALA EDMONSON)**

Parameter	Kriteria	Skore	
		Standar	Hasil
Umur	Kurang dari 50 tahun	8	
	50 – 70 tahun	10	
	Lebih dari 80 tahun	12	
Status Mental	Kesadaran baik	4	
	Agitasi	12	
	Kadang bingung	13	
	Bingung / disorientasi	14	
Eliminasi	Mandiri dan mampu mengontrol BAB/BAK	8	
	Colostomy / Dower cateter	12	
	Eliminasi dengan bantuan	10	
	Gangguan eliminasi (Inkontinensia/nokturi)	12	
	Inkontinensia tetapi mampu untuk mobilisasi	12	
Pengobatan	Tanpa obat-obatan	10	
	Obat-obatan jantung	10	
	Obat-obatan psikotropika (termasuk benzodiazepine dan anti depresi)	8	
	Mendapatkan tambahan obat-obatan PRN (Psikiatri, anti nyeri) yang diberikan dalam 24 jam terakhir	12	
Diagnosa	Bipolar / gangguan schizoaffective	10	
	Penggunaan obat-obatan terlarang / ketergantungan alkohol	8	
	Gangguan depresi mayor	10	
	Dimensia / delirium	12	
Ambulasi / keseimbangan	Mandiri / keseimbangan baik / immobilisasi	7	
	Dengan alat bantu (kursi roda, walker, dll)	8	
	Vertigo kelemahan	10	
	Goyah / membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	8	
	Goyah tapi lupa keterbatasan	15	
Nutrisi	Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12	
	Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	0	
Gangguan pola tidur	Tidak ada gangguan tidur	8	
	Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12	
Riwayat jatuh	Tidak ada riwayat jatuh	8	
	Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12	
TOTAL SKOR			
NAMA PERAWAT / PETUGAS			

**Skoring : ≤ 90 Tidak berisiko , ≥ 90 Berisiko**