

PERATURAN DIREKTUR

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 3981/A000/XI/2021

TENTANG

PANDUAN UPAYA MENGURANGI RISIKO CEDERA AKIBAT PASIEN JATUH

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN UPAYA MENGURANGI RISIKO CEDERA AKIBAT PASIEN JATUH
NOMOR: 3981/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Depi Rismayanti S.Kep	Manajer Keperawatan		20/12/2021
Verifikator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		20/12/21
Validator	:	dr.Nasir Okbah Sp.N	Direktur PT RS Intan Husada		20/12/21

**LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

NOMOR : 3981/A000/XI/2021

TENTANG

**PANDUAN UPAYA MENGURANGI RISIKO CEDERA AKIBAT PASIEN JATUH
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,**

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan sasaran keselamatan pasien yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Upaya Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Upaya Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit,
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan,MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN UPAYA
MENGURANGI RISIKO CEDERA AKIBAT PASIEN JATUH**

- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 3981/A000/XI/2021 Tentang Panduan Upaya Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh
- Kedua : Panduan Upaya Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Upaya Mengurangi Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 21 Desember 2021

Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
BAB I	1
DEFINISI.....	1
BAB II	3
RUANG LINGKUP	3
BAB III	4
TATA LAKSANA.....	4
A. Pelayanan Pasien di UGD dan Unit Rawat Jalan	4
B. Pelayanan Pasien di Unit Rawat Inap	5
C. Pelayanan Pasien di Area Publik.....	14
BAB IV	15
DOKUMENTASI.....	15

BAB I

DEFINISI

A. Pengertian

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

Risiko jatuh adalah pasien yang berisiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera.

Secara singkat faktor risiko jatuh dibagi dalam dua golongan besar, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

Faktor intrinsik adalah variabel-variabel yang menentukan mengapa seseorang dapat jatuh pada waktu tertentu dan orang lain dalam kondisi yang sama mungkin tidak jatuh. Faktor Intrinsik dibagi 2, yaitu :

1. Faktor intrinsik yang dapat diantisipasi (*Physiological Anticipated Fall*), diantaranya adalah :
 - a. Gangguan muskuloskeletal/gangguan keseimbangan misalnya menyebabkan gangguan gaya berjalan, kelemahan ekstremitas bawah, kekakuan sendi, osteoporosis.
 - b. Sinkope yaitu kehilangan kesadaran secara tiba-tiba yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak dengan gejala lemah, penglihatan gelap, keringat dingin, pucat, dan pusing.
 - c. Riwayat jatuh sebelumnya.
 - d. *Inkontinensia Urine*.
 - e. Gangguan Kognitif (Psikologis).
 - f. Usia ≥ 65 tahun.
 - g. Status kesehatan yang buruk.
2. Faktor Intrinsik yang tidak dapat diantisipasi (*Unanticipated Physiological Fall*), diantaranya :
 - a. Kejang.
 - b. Aritmia Jantung.
 - c. Stroke atau serangan *Ischemia Attack* (TIA).
 - d. Pingsan.
 - e. Serangan Jatuh (*Drop Attack*).

Faktor ekstrinsik merupakan faktor yang berhubungan dengan lingkungan pasien, hal ini mencakup faktor yang mengarah pada keadaan lingkungan fisik pasien. Faktor Ekstrinsik juga dibagi 2, yaitu :

1. Faktor ekstrinsik yang dapat diantisipasi (*Physiological Anticipated Fall*), diantaranya adalah :
 - a. Lingkungan yang tidak mendukung meliputi cahaya ruangan yang kurang terang atau silau, lantai yang basah atau licin, tempat berpegangan yang tidak kuat, kabel yang longgar.
 - b. Kursi atau tempat tidur yang beroda.

- c. Dudukan toilet yang rendah.
 - d. Peralatan yang rusak/tidak aman.
 - e. Tempat tidur yang terlalu tinggi.
 - f. Alas kaki yang tidak pas.
 - g. Rawat inap yang berkepanjangan.
2. Faktor Ekstrinsik yang tidak dapat diantisipasi (*Unanticipated Physiological Fall*), diantaranya : Reaksi pasien terhadap obat-obatan, seperti pasien yang mengkonsumsi obat-obatan antihipertensi, diuretik, autonomik bloker, antidepresan, hipnotik, nxiolitik, analgetik dan psikotropik memiliki faktor risiko seseorang untuk jatuh. Hal ini disebabkan karena obat-obatan tersebut memiliki efek samping yang dapat menyebabkan seseorang memiliki risiko untuk jatuh.

B. Petugas

Semua petugas yang bekerja di rumah sakit harus memahami bahwa semua pasien yang dirawat inap memiliki risiko untuk jatuh, dan semua petugas tersebut memiliki peran untuk mencegah pasien jatuh, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Petugas yang dapat melakukan skrining adalah semua karyawan RS Intan Husada.
2. Petugas yang dapat melakukan asesmen adalah dokter, perawat dan bidan.
3. Skrining dan asesmen risiko jatuh dapat dilakukan di Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Jalan, dan Unit Rawat Inap.
4. Yang termasuk ke dalam rawat jalan adalah Unit Rawat Jalan, Unit Farmasi, Unit Laboratorium, Unit Radiologi, Unit Rekam Medik, dan Unit Gizi.
5. Yang termasuk ke dalam Unit Rawat Inap adalah Unit Rawat Inap, Unit Intensif Dewasa, Unit Intensif Anak, Unit Kamar Operasi dan Unit Kamar Bersalin.

C. Tujuan

1. Sebagai acuan dalam mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan
2. Sebagai acuan dalam mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh di Unit Rawat Inap
3. Sebagai acuan dalam mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh di Area Publik

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh meliputi:

- A. Pelayanan Pasien di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan.
- B. Pelayanan Pasien di Unit Rawat Inap
- C. Pelayanan Pasien di Area Publik

BAB III TATA LAKSANA

A. Pelayanan Pasien di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan

1. Skrining Risiko Jatuh Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan

- Petugas Unit Gawat Darurat melakukan skrining risiko jatuh pada semua pasien yang datang ke Unit Gawat Darurat.
- Petugas pendaftaran rawat jalan melakukan skrining pada semua pasien yang datang untuk mendaftar ke rawat jalan RS Intan Husada

2. Penanda Risiko Jatuh

Petugas Unit Gawat Darurat dan atau petugas pendaftaran rawat jalan menempelkan stiker *Fall Risk* yang berbentuk segitiga berwarna kuning di dada kiri pasien.

3. Asesmen Risiko Jatuh di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan

- Petugas melakukan asesmen risiko jatuh dengan menggunakan metode *Get Up And Go Test*.

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

- Petugas menyimpulkan hasil dari asesmen
 - Tidak Berisiko : Tidak ditemukan di a dan b.
 - Risiko Rendah : Ditemukan salah satu dari a/b.
 - Risiko Tinggi : Ditemukan a dan b.

4. Intervensi Risiko Jatuh di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan

- Tidak Berisiko
 - Kaji adanya tumpahan/genangan di lantai.
 - Pasien Unit Gawat Darurat diantar ke toilet atau BAB/BAK di tempat tidur.
 - Lampu/Penerangan yang cukup.
 - Untuk pasien geriatri anjurkan untuk menggunakan toilet yang menggunakan *hand rail*.
- Risiko rendah
Intervensi "Tidak Berisiko" ditambah dengan :
 - Edukasi keluarga dan pasien mengenai risiko jatuh, serta dokumentasikan.
 - Pasien disarankan memakai alas kaki yang tidak licin.
 - Kursi roda selalu dalam kondisi terkunci kecuali sedang di dorong.
 - Untuk pasien Unit Gawat Darurat, Hek selalu terpasang dan *bed* diposisikan ke posisi terendah.

c. Risiko tinggi

Intervensi “Risiko Rendah” ditambah dengan :

- 1) Bila pasien akan ditinggalkan sendiri oleh keluarga (tidak ditunggu), maka keluarga diminta memberi tahu perawat. Bila ketenagaan memungkinkan, petugas wajib menunggu pasien selama ditinggalkan oleh keluarga, atau bila tidak memungkinkan, sedikitnya ditengok setiap 10 menit.
- 2) Posisikan pasien duduk di dekat nurse station (untuk pasien Unit Gawat Darurat, pindahkan ke *bed* yang dekat dengan *nurse station*).
- 3) Sarankan menggunakan kursi roda/alat bantu, jika pasien belum menggunakannya.
- 4) Beri tanda pasien berupa stiker *High Fall Risk* yang dipasang di dada kiri pasien.

5. Asesmen Ulang Risiko Jatuh di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan

Petugas Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Jalan melakukan asesmen ulang risiko jatuh apabila:

- a. Pasien mengalami perubahan keadaan umum.
- b. Pasien jatuh.
- c. Pasien menerima obat yang meningkatkan risiko jatuh.
- d. Pasien mengeluh pusing atau pasien mengalami tanda gangguan keseimbangan lain.

6. Dokumentasi

Petugas mendokumentasikan hasil asesmen di :

- a. Formulir instalasi gawat darurat untuk pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Unit Gawat Darurat
- b. Formulir asesmen awal untuk pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Unit Rawat Jalan.

B. Pelayanan Pasien di Unit Rawat Inap

1. Skrining Risiko Jatuh Pasien Unit Rawat Inap

Petugas pendaftaran rawat inap/Petugas Unit Gawat Darurat /Petugas Unit Rawat Jalan melakukan skrining risiko jatuh pada semua pasien yang akan dirawat inap.

2. Penanda Risiko Jatuh

Petugas Unit Rawat Inap memasang klip *Fall Risk* yang berwarna kuning di gelang identitas pasien bila hasil asesmen risiko jatuh tinggi.

3. Asesmen Risiko Jatuh Pasien Unit Rawat Inap

a. Pasien Neonatus dan Anak

1) Asesmen Risiko Jatuh Pasien Neonatus dan Anak

- a) Petugas melakukan asesmen risiko jatuh pada semua pasien Neonatus dan Anak yang sedang dirawat inap.
- b) Petugas melakukan asesmen Risiko Jatuh Pasien Anak dan Neonatus usia 0-14 tahun dengan menggunakan Skala *Humpty Dumpty*.

Parameter	Kriteria	Nilai	
Usia	1. < 3 tahun	4	
	2. 3 – 7 tahun	3	
	3. 7 – 13 tahun	2	
	4. ≥ 13 tahun	1	
Jenis kelamin	1. Laki-laki	2	
	2. Perempuan	1	
Diagnosis	1. Diagnosis neurologi	4	
	2. Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.)	3	
	3. Gangguan perilaku/psikiatri	2	
	4. Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	1. Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	2. Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	3. Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor lingkungan	1. Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	
	2. Pasien menggunakan alat bantu/ bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah	3	
	3. Pasien diletakkan di tempat tidur	2	
	4. Area di luar rumah sakit	1	
Respons terhadap:	a. Pembedahan/ sedasi/anestesi	1. Dalam 24 jam	3
		2. Dalam 48 jam	2
		3. > 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1
	b. Penggunaan medikamentosa	1. Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose	3
		2. Penggunaan salah satu obat di atas	2
		3. Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1

c) Petugas menjumlahkan skor hasil asesmen yang kemudian disimpulkan kedalam kategori risiko jatuh :

- Skor 7-11 : Risiko Rendah.
- Skor ≥ 12 : Risiko Sedang.

2) Intervensi Risiko Jatuh *Humpty Dumpty*.

a) Risiko Rendah

- Pastikan tempat tidur/box terkunci.
- Dekatkan bel dan pastikan bel terjangkau.
- Pasang pengaman tempat tidur.

- Posisikan tempat tidur/*box* pada posisi terendah jika memungkinkan.
- Singkirkan barang yang berbahaya terutama pada malam hari.
- Minta persetujuan pasien agar lampu malam tetap menyala.
- Pastikan selalu ada orang tua/keluarga.
- Pastikan lantai dan alas kaki tidak licin.
- Kontrol / observasi rutin oleh perawat (setiap 2 jam).
- Bila dirawat dalam inkubator, pastikan semua jendela terkunci.
- Edukasi orang tua/keluarga.

b) Risiko tinggi

Intervensi “Risiko Rendah” ditambah dengan :

- Pasang klip risiko jatuh warna kuning.
- Pasang tanda risiko jatuh di tempat tidur pasien.
- Lakukan observasi setiap 1 jam.
- Tempatkan pasien dikamar yang paling dekat dengan *Nurse Station* (jika memungkinkan).
- Orientasikan ruangan pada orang tua/keluarga.
- Dekatkan *box* bayi dengan ibu.
- Pastikan selalu ada pendamping.
- Pastikan lantai dan alas kaki petugas atau keluarga tidak licin.
- Kontrol rutin oleh perawat/bidan.
- Bila dirawat dalam inkubator, pastikan semua jendela terkunci
- Edukasi orang tua/keluarga, tentang hal :
 - ✓ Tempatkan bayi pada tempat yang aman.
 - ✓ Ajarkan teknik menggondang bayi yang aman dan nyaman.
 - ✓ Ajarkan cara membedong bayi.
 - ✓ Segera istirahat apabila merasa lelah.
 - ✓ Libatkan keluarga untuk mendampingi atau segera panggil perawat / bidan jika dibutuhkan.

3) Dokumentasi

Petugas mendokumentasikan hasil asesmen di formulir Asesmen Awal dan Formulir *Cheklis* tindakan

b. Pasien Dewasa

1) Asesmen Risiko Jatuh Pasien Dewasa

- a) Petugas melakukan asesmen risiko jatuh pada semua pasien yang sedang dirawat inap.
- b) Petugas melakukan asesmen Risiko Jatuh Pasien Dewasa usia 14 tahun sampai dengan < 65 tahun menggunakan Skala *Morse Fall*.

PARAMETER	SKALA	
Riwayat jatuh : baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0
	Ya	25
Diagnosis Sekunder	Tidak	0
	Ya	15

Alat bantu Pergerakan : 1. <i>Bed rest</i> / dibantu perawat 2. <i>Walker</i> / kruk 3. Perabotan (kursi, meja, dll)		0
		15
		30
IV / Heparin Lock	Tidak	0
	Ya	20
Gait : 1. Normal/ <i>bedrest/Immobile</i> 2. Lemah 3. Impair		0
		10
		20
Status Mental : 1. Orientasi terhadap kemampuan diri baik 2. Orientasi tidak realistik		0
		15

- c) Petugas menjumlahkan skor hasil asesmen yang kemudian disimpulkan kedalam kategori risiko jatuh :
- Skor 0-24 : Tidak ada Risiko.
 - Skor 25-50 : Risiko Sedang.
 - Skor ≥ 50 : Risiko Tinggi.

2) Intervensi Risiko Jatuh *Morse Fall*.

- a) Tidak ada Risiko
- Orientasi ruangan kepada pasien dan keluarga.
 - Kaji adanya tumpahan/genangan di lantai.
 - Jalan ke toilet harus bebas dari hambatan.
 - Kebutuhan pribadi pasien harus berada dalam jangkauan.
 - Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 kali setiap *shift*nya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB.
- b) Risiko Sedang
- Intervensi untuk TIDAK ADA RISIKO ditambah :
- Lampu/penerangan yang cukup (lampu tetap menyala di waktu malam).
 - Edukasi keluarga dan pasien mengenai risiko jatuh, serta dokumentasikan.
 - Tombol *nurse call* harus diletakkan terjangkau oleh pasien.
 - Pasien disarankan memakai alas kaki yang tidak licin.
 - Hek tempat tidur selalu dalam kondisi terpasang.
 - Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 kali setiap *shift*nya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB.
- c) Risiko Tinggi
- Intervensi untuk risiko SEDANG ditambah :

- Beri tanda pasien berupa klip warna kuning yang dipasang di gelang identitas pasien dan penanda *High Fall Risk* yang digantung di *bed* pasien.
- Bila pasien akan ditinggalkan sendiri oleh keluarga (tidak ditunggu), maka keluarga diminta memberi tahu perawat.
- Awasi kemungkinan BAB/BAK tiap 2 jam kecuali pasien tidur.
- Bantu menggunakan alat BAB/BAK (pispot/urinal) di tempat tidur agar pasien tidak perlu berjalan ke kamar mandi.
- Posisikan tempat tidur di posisi terendah.
- Evaluasi pemberian obat (diuretik, laksatif, yang membuat pasien lebih sering naik/turun *bed*).
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien setiap 2 jam sekali, kecuali jika pasien tidak ditunggu oleh keluarga maka observasi dan dokumentasi dilakukan setiap jam.

3) Dokumentasi

Petugas mendokumentasikan hasil asesmen di formulir Asesmen Awal dan Formulir *Cheklis* tindakan

c. Pasien Geriatri

1) Asesmen Risiko Jatuh Pasien Geriatri

- Petugas melakukan asesmen risiko jatuh pada semua pasien geriatri yang sedang dirawat inap
- Petugas melakukan asesmen Risiko Jatuh Pasien Geriatri usia > 65 tahun dengan menggunakan Skala *Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring*.

Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring

No	Parameter	Skrining	Jawaban	Keterangan Nilai
1	Riwayat jatuh	apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?	Ya / tidak	Salah satu jawaban ya = 6
		jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya/ tidak	
2	Status mental	apakah pasien 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 glaukoma, 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 tempat tidur)	mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. jika nilai total 4-6, maka skor = 7
		memerlukan sedikit bantuan (1 orang) / dalam pengawasan	1	
		memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2	
		tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3	
6	Mobilitas	mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	
		berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)	1	
		menggunakan kursi roda	2	
		Imobilisasi	3	
Total Skor				
Daftar Obat-obatan (tanda obat-obatan yang dikonsumsi pasien) :				
Satu atau lebih penggunaan obat-obatan di bawah ini dapat meningkatkan risiko jatuh :				
a. Antihipertensi		d. Pencabar	e. Opioid	
b. Antikonvulsan		f. Antiparkinson	g. Diuretic	
c. Benzodiazepin		h. Psikotropika	i. Hipoglikemia	

- c) Petugas menjumlahkan skor hasil asesmen yang kemudian disimpulkan kedalam kategori risiko jatuh :
- Skor 0-5 : Risiko Rendah .
 - Skor 6-16 : Risiko Sedang.
 - Skor 17-30: Risiko Tinggi.

2) Intervensi Risiko Jatuh *Ontario Modified Stratify-Sydney Scoring*.

a) Risiko Rendah

- Orientasi ruangan kepada pasien dan keluarga.
- Kaji adanya tumpahan/genangan di lantai.
- Jalan ke toilet harus bebas dari hambatan.
- Kebutuhan pribadi pasien harus berada dalam jangkauan.
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 (satu) kali setiap *shift*nya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB.

b) Risiko Sedang

Intervensi untuk risiko RENDAH ditambah :

- Lampu/penerangan yang cukup (lampu tetap menyala di waktu malam).
- Edukasi keluarga dan pasien mengenai risiko jatuh, serta dokumentasikan.
- Tombol *nurse call* harus diletakkan terjangkau oleh pasien.
- Pasien disarankan memakai alas kaki yang tidak licin.
- Hek tempat tidur selalu dalam kondisi terpasang.
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien minimal 1 kali setiap *shift*nya yaitu pada pukul 08.00 WIB, 14.00 WIB dan 20.00 WIB.

c) Risiko Tinggi

Intervensi untuk risiko SEDANG ditambah :

- Beri tanda pasien berupa klip warna kuning yang dipasang di gelang identitas pasien dan penanda *High Fall Risk* yang digantung di *bed* pasien/standar infus pasien.
- Bila pasien akan ditinggalkan sendiri oleh keluarga (tidak ditunggu), maka keluarga diminta memberi tahu perawat.
- Awasi kemungkinan BAB/BAK tiap 2 jam kecuali pasien tidur.
- Bantu menggunakan alat BAB/BAK (pispot/urinal) di tempat tidur agar pasien tidak perlu berjalan ke kamar mandi.
- Posisikan tempat tidur di posisi terendah.
- Evaluasi pemberian obat (diuretik, laksatif, yang membuat pasien lebih sering naik/turun *bed*).
- Perawat melakukan observasi dan dokumentasi pencegahan yang telah dilakukan untuk mengatasi risiko jatuh pasien setiap 2 jam sekali, kecuali jika pasien tidak ditunggu oleh keluarga maka observasi dan dokumentasi dilakukan setiap jam.

3) Dokumentasi

Petugas mendokumentasikan hasil asesmen di formulir Asesmen Awal dan Formulir *Cheklis* tindakan

d. Pasien Psikiatri

1) Asesmen Risiko Jatuh Pasien Psikiatri

- a) Petugas melakukan asesmen risiko jatuh pada semua pasien psikiatri.
- b) Petugas melakukan asesmen Risiko Jatuh Pasien Psikiatri.

Parameter	Kriteria	Nilai
Usia	1. < 50 tahun	8
	2. 50-70 tahun	10
	3. > 80 tahun	26
Status mental	1. Kesadaran baik/Orientasi baik setiap saat	4
	2. Agitasi /Ansietas	12
	3. Kadang-kadang bingung	13
	4. bingung atau disorientasi	14
Eliminasi	1. Mandiri dan mampu mengontrol BAB/BAK	8
	2. <i>Dower catheter/Colostomy</i>	12
	3. Eliminasi dengan bantuan	10
	4. Gangguan eliminasi (Inkontinensia/Nukturia/Frekuensi)	12
	5. Inkontinensia tetapi mampu untuk mobilisasi	12
Pengobatan	1. Tanpa obat-obatan	10
	2. Mendapatkan obat-obat jantung	10
	3. Mendapatkan Obat-obat Psikotropika (termasuk Benzodiazepinedan Antidepresan)	8
	4. Mendapat tambahan obat-obatan dan / atau obat-obat PRN (psikiatri, anti nyeri) yang diberikan dalam 24 jam terakhir	12
Diagnosa	1. Bipolar/Gangguan Schizoaffective	10
	2. Penggunaan obat-obatan terlarang/ketergantungan alkohol	8
	3. Gangguan depresi mayor	10
	4. Dimensia / delirium	12
Ambulasi atau keseimbangan	1. Mandiri/keseimbanganbaik/Immobilisasi	7
	2. Menggunakan alat bantu (kursi roda, <i>walker</i> , dll)	8

	3. Vertigo/kelemahan	10
	4. Goyah/membutuhkan bantuan dan menyadari kemampuan	8
	5. Goyah tapi lupa keterbatasan	15
Nutrisi	1. Mengonsumsi sedikit makanan atau minuman dalam 24 jam terakhir	12
	2. Tidak ada kelainan dengan nafsu makan	0
Gangguan Pola Tidur	1. Tidak ada gangguan pola tidur	8
	2. Ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas	12
Riwayat jatuh	1. Tidak ada riwayat jatuh	8
	2. Ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	12

c) Petugas menjumlahkan skor hasil asesmen yang kemudian disimpulkan kedalam kategori risiko jatuh :

- Skor < 90 : Tidak Berisiko.
- Skor ≥ 90 : Berisiko Jatuh.

2) Intervensi

a) Tidak Berisiko : Skor ≤ 90

- Orientasikan pasien pada lingkungan kamar.
- Pastikan rem tempat tidur terkunci.
- Pastikan bel terjangkau.
- Singkirkan barang yang berbahaya terutama pada malam hari (kursi tambahan dan lain-lain).
- Minta persetujuan pasien agar lampu malam tetap menyala karena lingkungan masih asing.
- Pastikan alat bantu jalan dalam jangkauan (bila menggunakan).
- Pastikan alas kaki tidak licin.
- Pastikan kebutuhan pribadi dalam jangkauan.
- Tempatkan meja pasien dengan baik agar tidak menghalangi.
- Tempatkan pasien sesuai dengan tinggi badannya.

b) Berisiko : Skor ≥ 90

- Lakukan tindakan sesuai skor (≤ 90).
- Pasang penanda risiko jatuh pada tempat tidur pasien.
- Cepat menanggapi keluhan pasien.
- Review kembali obat-obatan yang berisiko.
- Beritahu pasien agar mobilisasi secara bertahap : duduk perlahan-lahan sebelum berdiri.
- Libatkan pasien secara aktif.

4. Asesmen Ulang Risiko Jatuh di Unit Rawat Inap

Jika tidak ada perubahan keadaan umum pasien, maka pengkajian ulang (*reassessment*) risiko jatuh dilakukan sekali sehari yaitu pada pukul 06.00 WIB setiap harinya.

- a. Pada kondisi pasien seperti yang tercantum dibawah ini maka pengkajian ulang (*reassessment*) risiko jatuh dilakukan kembali sesuai dengan waktu kejadian aktual walaupun pada pukul 06.00 WIB sudah dilakukan pengkajian ulang (*reassessment*) risiko jatuh. Kondisi pasien tersebut adalah sebagai berikut :
 - 1) Pasien mengalami perubahan keadaan umum baik perbaikan ataupun perburukan yang mengubah risiko pasien jatuh.
 - 2) Pasien jatuh.
- b. Pasien menerima obat yang meningkatkan risiko jatuh. Obat-obatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh adalah obat-obatan yang memberikan efek pusing, mengantuk, pandangan kabur, gangguan keseimbangan dan lain-lain. Obat-obatan tersebut meliputi namun tidak terbatas pada: sedatives, hypnotics, barbiturates, phenothiazines, antidepresan, laxatives, diuretik, narkotik.
- c. Pasien post operatif maupun tindakan lainnya
- d. Pasien mengeluh pusing atau pasien mengalami tanda gangguan keseimbangan lain

C. Pelayanan Pasien di Area Publik

1. Skrining Risiko Jatuh Pasien di Area Publik

- a. Semua petugas RS Intan Husada yang menemukan pasien atau keluarga pasien tampak berjalan sempoyongan maka petugas harus menghampiri dan menanyakan tujuan kedatangan ke RS Intan Husada.
- b. Petugas mengantarkan pasien atau keluarga pasien menuju ke tempat yang dituju.
- c. Petugas menginformasikan kepada petugas unit yang dituju mengenai kondisi pasien pada saat ditemukan.
- d. Petugas unit melakukan asesmen risiko jatuh.

2. Penanda Risiko Jatuh

Petugas menempelkan stiker *Fall Risk* yang berbentuk segitiga berwarna kuning di dada kiri pasien.

BAB IV DOKUMENTASI

- A. Penanda *High Fall Risk* berupa klip berwarna kuning yang ditempel di gelang identitas pasien.
- B. Penanda *High Fall Risk* yang terdapat pada *bed* pasien
- C. Formulir Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap Dewasa
- D. Formulir Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap Obstetri dan Ginekologi
- E. Formulir Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap Anak
- F. Formulir Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap Neonatus
- G. Formulir Asesmen Awal Rawat Jalan Dewasa
- H. Formulir Asesmen Awal Rawat Jalan Anak
- I. Formulir pemberian informasi risiko pasien jatuh
- J. Formulir Catatan Perkembangan Pasien terintegrasi
- K. Formulir Catatan keperawatan
- L. Formulir *Check List* Tindakan