

	ASSESMEN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA		
	No Dokumen 445/504/SKP/2022	No Revisi 00	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 05 Januari 2022	Ditetapkan, Direktur  dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD, FINASIM NIP.19710514 200212 2 002	
PENGERTIAN	Merupakan proses menilai dan mengevaluasi serta mengambil tindakan pada pasien yang mempunyai resiko jatuh di bangsal rawat inap maupun di IGD		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mencegah kejadian pasien jatuh di RSUD Mohammad Natsir.		
KEBIJAKAN	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 2. Surat Keputusan Direktur nomor 445/196/SKP/2022 tentang Resiko Pasien Jatuh di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.		
PROSEDUR	1. Perawat melakukan pengkajian resiko jatuh kepada pasien Dewasa (> 14 tahun – 65 tahun) 2. Perawat melakukan skrining pada setiap pasien RSUD Mohammad Natsir yang dilakukan rawat inap. 3. Perawat melakukan asesmen awal resiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan Morse Fall Scale dalam waktu 4 jam dari pasien masuk RS/ ruangan dan mencatat hasil assessment pada form instrument resiko jatuh.		

	ASSESMEN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA		
	No Dokumen 445/504/SKP/2022	No Revisi 00	Halaman 2/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	<p>Tanggal Terbit 05 Januari 2022</p> <p style="text-align: right;">Ditetapkan, Direktur</p>  <p style="text-align: right;">dr. Elvi Fitrianti, Sp.PD, FINASIM NIP.19710514 200212 2 002</p>		

	<p>PENILAIAN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA SKALA JATUH MORSE (MORSE FALL SCALE)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FAKTOR RISIKO</th> <th>SKALA</th> <th>POIN</th> <th>SKOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Riwayat jatuh</td> <td>Ya</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Diagnosis sekunder (= 2 diagnosa medis)</td> <td>Ya</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Alat bantu</td> <td>Berpegangan pada perabot</td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tongkat/alat penopang</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada kursi roda/perawat/tirah baring</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Terpasang infus</td> <td>Ya</td> <td>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Gaya berjalan</td> <td>Terganggu</td> <td>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lemah</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Normal/tirah baring/imobilisasi</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Status mental</td> <td>Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sadar akan kemampuan diri sendiri</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Kategori : Risiko tinggi = ≥ 45 Risiko sedang = 25 - 44 Risiko rendah = 0-24</p> <p>4. Perawat menilai hasil asesmen resiko jatuh dan melakukan tindakan sesuai kategori resiko jatuh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko Tinggi: intervensi setiap shift dan dinilai ulang setiap 2 hari - Resiko Sedang: intervensi setiap pagi, dinilai ulang setiap 3 hari - Resiko Rendah: intervensi setiap pagi dan dinilai ulang setiap 3 hari <p>5. Pada pasien resiko tinggi, perawat memastikan tempat</p>	FAKTOR RISIKO	SKALA	POIN	SKOR	Riwayat jatuh	Ya	25		Tidak	0		Diagnosis sekunder (= 2 diagnosa medis)	Ya	15		Tidak	0		Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30		Tongkat/alat penopang	15		Tidak ada kursi roda/perawat/tirah baring	0		Terpasang infus	Ya	20		Tidak	0		Gaya berjalan	Terganggu	20		Lemah	10		Normal/tirah baring/imobilisasi	0		Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15		Sadar akan kemampuan diri sendiri	0				Total	
FAKTOR RISIKO	SKALA	POIN	SKOR																																																						
Riwayat jatuh	Ya	25																																																							
	Tidak	0																																																							
Diagnosis sekunder (= 2 diagnosa medis)	Ya	15																																																							
	Tidak	0																																																							
Alat bantu	Berpegangan pada perabot	30																																																							
	Tongkat/alat penopang	15																																																							
	Tidak ada kursi roda/perawat/tirah baring	0																																																							
Terpasang infus	Ya	20																																																							
	Tidak	0																																																							
Gaya berjalan	Terganggu	20																																																							
	Lemah	10																																																							
	Normal/tirah baring/imobilisasi	0																																																							
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15																																																							
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0																																																							
		Total																																																							

	ASSESMEN RESIKO JATUH PASIEN DEWASA		
	No Dokumen 445/504/SKP/2022	No Revisi 00	Halaman 3/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 05 Januari 2022	Ditetapkan, Direktur  dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD, FINASIM NIP.19710514 200212 2 002	
	<p>tidur/Brankar dalam posisi rendah dan roda terkunci, menutup pagar tempat tidur / brankar, mengorientasikan pasien/penunggu tentang lingkungan/ruangan, memastikan pasien memakai gelang tanda identifikasi penanda resiko jatuh, meletakkan penanda resiko jatuh pada tempat tidur pasien, serta melakukan pemasangan fiksasi (<i>restrain</i>) apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga pasien.</p> <p>6. Pada pasien dengan resiko ringan dan sedang, perawat melakukan pemantauan berkala dan asesmen ulang.</p>		
UNIT TERKAIT	IGD, Instalasi Rawat Inap, ICU, Kamar Operasi		