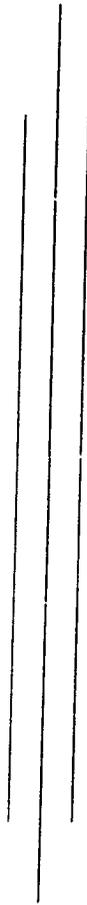


PANDUAN RESIKO JATUH



**PEMERINTAHAN PROVINSI SUMATERA BARAT
RUMAH SAKIT Jiwa PROF. HB. SAANIN PADANG**

2016

BAB I

PANDUAN RISIKO JATUH

I. Pengertian

Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh dengan atau tanpa disaksikan oleh orang lain, tidak disengaja/ tidak direncanakan, dengan arah jatuh ke lantai, dengan atau tanpamencederai 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 cidera. Faktor risiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori:

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

Selain itu, faktor risiko juga dapat dikelompokkan menjadi kategori dapat diperkirakan (*anticipated*) dan tidak dapat diperkirakan (*unanticipated*). Faktor risiko yang dapat diperkirakan merupakan hal-hal yang diperkirakan dapat terjadi sebelum pasien jatuh.

| | Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien) | Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan) |
|--------------------|---|---|
| Dapat diperkirakan | <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh sebelumnya • Inkontinensia • Gangguan kognitif/psikologis • Gangguan keseimbangan/mobilitas • Usia > 65 tahun • Osteoporosis • Status kesehatan yang buruk • Gangguan muskuloskeletal | <ul style="list-style-type: none"> • Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas • Alas kaki tidak pas • Dudukan toilet yang rendah • Kursi atau tempat tidur beroda • Rawat inap berkepanjangan • Peralatan yang tidak |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | | <p>aman</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peralatan rusak • Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi |
| Tidak dapat diperkirakan | <ul style="list-style-type: none"> • Kejang • Aritmia jantung • Stroke atau Serangan Iskemik Sementara (<i>Transient Ischaemic Attack-TIA</i>) • Pingsan • 'Serangan jatuh' (<i>Drop Attack</i>) • Penyakit kronis | <ul style="list-style-type: none"> • Reaksi individu terhadap obat-obatan |

II. Tujuan Pencegahan Jatuh

Sebagai suatu proses untuk mencegah kejadian jatuh pada pasien, dengan cara:

1. Mengidentifikasi pasien yang memiliki risiko tinggi jatuh dengan menggunakan "Asesmen Risiko Jatuh".
2. Melakukan asesmen ulang pada semua pasien
3. Melakukan asesmen yang berkesinambungan terhadap pasien yang berisiko jatuh dengan menggunakan "Asesmen Risiko Jatuh Harian"
4. Menetapkan standar pencegahan dan penanganan risiko jatuh secara komprehensif

BAB II

RUANG LINGKUP

Risiko pasien jatuh terutama dapat terjadi pada pasien yang dirawat di ruangan:

- IRNA
- IGD
- UPIP

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.

Petugas penanggung jawab:

- Perawat Primer

Perangkat kerja

- Status Rekam Medis Pasien
- Tanda risiko pasien jatuh (gelang kuning)
- Formulir pengkajian risiko pasien jatuh
- Formulir dokumentasi informasi risiko pasien jatuh
- Formulir catatan kegiatan perawat tentang asesmen dan intervensi risiko jatuh

BAB III

TATA LAKSANA

- a. Tatalaksana
 1. Asesmen awal / skrining
 - a. Perawat akan melakukan penilaian dengan Asesmen Risiko Jatuh *Morse Fall Scale* dalam waktu 4 jam dari pasien masuk RS dan mencatat hasil asesmen dan langsung dilaksanakan tatalaksana risiko jatuh
 2. Asesmen ulang
 - a. Setiap pasien akan dilakukan asesmen ulang risiko jatuh setiap: saat transfer ke unit lain, adanya perubahan kondisi pasien. adanya kejadian jatuh pada pasien.
 - b. Penilaian menggunakan Asesmen Risiko Jatuh *Morse Fall Scale* dan Rencana Keperawatan Interdisiplin akan diperbaharui/dimodifikasi sesuai dengan hasil asesmen.
 3. Perawat Primer yang bertugas akan mengidentifikasi dan menerapkan "Prosedur Pencegahan Jatuh", berdasarkan pada:
 - a. Kategori risiko jatuh (rendah, sedang, tinggi)
 - b. Kebutuhan dan keterbatasan per-pasien
 - c. Riwayat jatuh sebelumnya dan penggunaan alat pengaman (*safety devices*)
 - d. Asesmen Klinis Harian
 4. "Prosedur Pencegahan Jatuh" pada pasien yang berisiko rendah, sedang, atau tinggi harus diimplementasikan dan penggunaan peralatan yang sesuai harus optimal.
 5. Intervensi pencegahan jatuh
 - a. Tindakan pencegahan umum (untuk semua kategori):
 - 1) Lakukan orientasi kamar inap kepada pasien

- 2) Posisikan tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik
 - 3) Ruangan rapi
 - 4) Benda-benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, tombol panggilan, air minum, kacamata)
 - 5) Pencahayaan yang adekuat (d disesuaikan dengan kebutuhan pasien)
 - 6) Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penopang)
 - 7) Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)
 - 8) Pantau efek obat-obatan
 - 9) Anjuran ke kamar mandi secara rutin
 - 10) Sediakan dukungan emosional dan psikologis
 - 11) Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga
- b. Kategori risiko tinggi: lakukan tindakan pencegahan umum dan hal-hal berikut ini.
- 1) Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien
 - 2) Sandal anti-licin
 - 3) Tawarkan bantuan ke kamar mandi
 - 4) Nilai kebutuhan akan:
 - i. Fisioterapi dan terapi okupasi
 - ii. Alarm tempat tidur
 - iii. Tempat tidur rendah (khusus)
 - iv. Usahakan lokasi kamar tidur berdekatan dengan pos perawat (*nurse station*)

6. Strategi Rencana Keperawatan

a. Strategi umum untuk pasien risiko jatuh, yaitu:

- 1) Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam (saat pasien bangun)
- 2) Gunakan 2-3 sisi pegangan tempat tidur
- 3) Lampu panggilan berada dalam jangkauan, perintahkan pasien untuk mendemonstrasikan penggunaan lampu panggilan
- 4) Jangan ragu untuk meminta bantuan
- 5) Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan
- 6) Adakan konferensi multidisiplin mingguan dengan partisipasi tim keperawatan
- 7) Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi
- 8) Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur

b. Strategi untuk mengurangi / mengantisipasi kejadian jatuh fisiologis, yaitu:

- 1) Berikan orientasi kamar tidur kepada pasien
- 2) Libatkan pasien dalam pemilihan aktivitas sehari-harinya
- 3) Pantau ketat efek obat-obatan, termasuk obat psikotropika (lihat daftar)
- 4) Kurangi suara berisik
- 5) Lakukan asesmen ulang
- 6) Sediakan dukungan emosional dan psikologis

c. Strategi pada faktor lingkungan untuk mengurangi risiko jatuh, yaitu:

- 1) Lampu panggilan berada dalam jangkauan

- 2) Posisi tempat tidur rendah
- 3) Lantai tidak silau/memantul dan tidak licin
- 4) Pencahayaan yang adekuat
- 5) Ruangan rapi
- 6) Sarana toilet dekat dengan pasien

d. Manajemen Setelah Kejadian Jatuh

- 1) Nilai apakah terdapat cedera akibat jatuh (abrasi, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala)
- 2) Nilai tanda vital
- 3) Nilai adanya keterbatasan gerak
- 4) Pantau pasien dengan ketat
- 5) Catat dalam status pasien (rekam medik)
- 6) Laporkan kejadian jatuh kepada perawat yang bertugas dan lengkapi laporan insidens
- 7) Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien

e. Edukasi pasien/keluarga

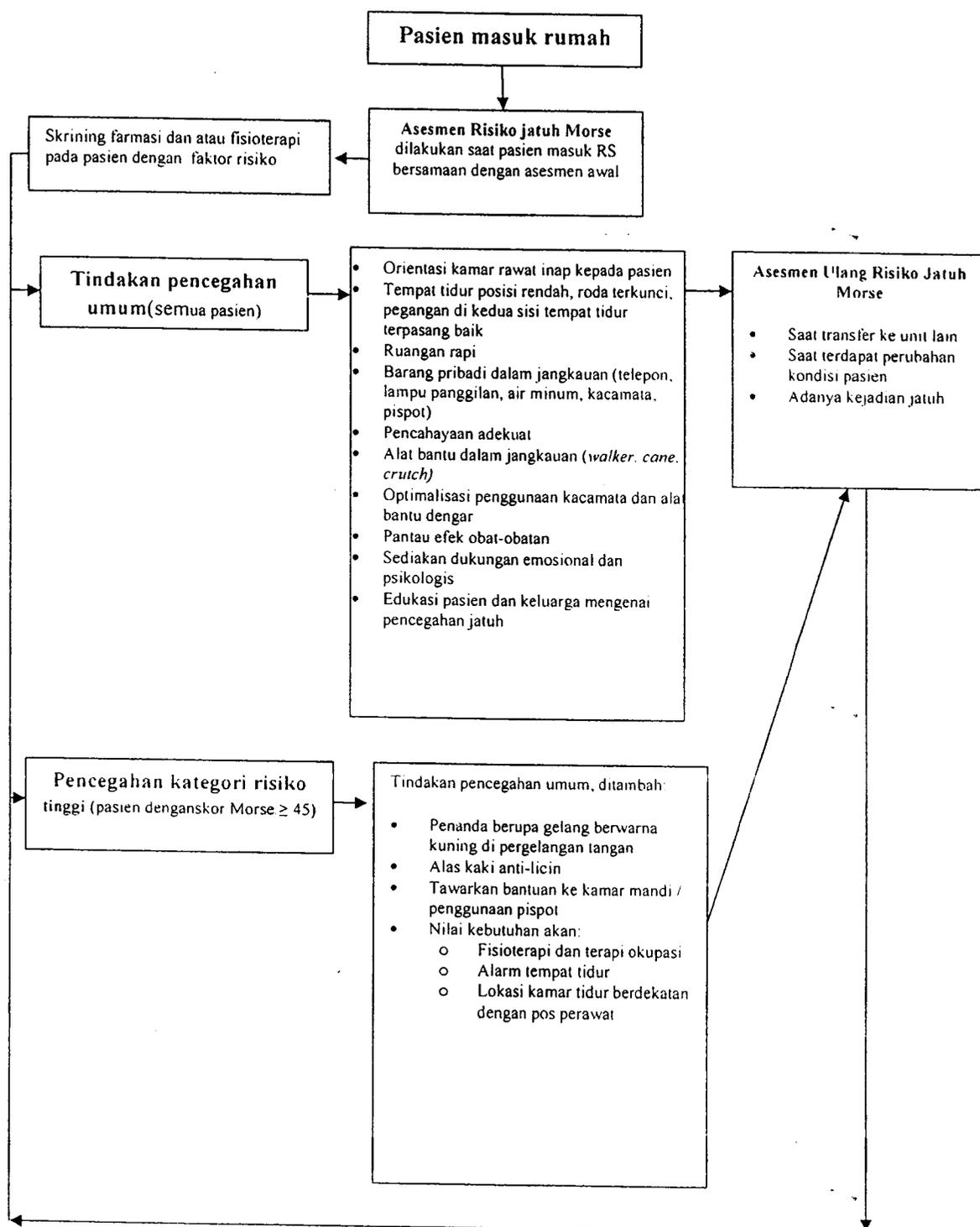
- 1) Pasien dan keluarga harus diinformasikan mengenai faktor risiko jatuh dan setuju untuk mengikuti strategi pencegahan jatuh yang telah ditetapkan. Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi mengenai faktor risiko jatuh di lingkungan rumah sakit dan melanjutkan keikutsertaannya sepanjang keperawatan pasien.
 - i. Informasikan pasien dan keluarga dalam semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu
 - ii. Ajari pasien untuk menggunakan pegangan dinding

- iii. Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat-obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/ obat-obatan lain.
7. Dokumentasikan semua kegiatan pencegahan risiko jatuh pada catatan keperawatan.

BAB IV DOKUMENTASI

1. Dokumen assesmen risiko pasien jatuh
2. Dokumen pemberian informasi risiko pasien jatuh
3. Dokumen catatan keperawatan.

ALGORITMA PASIEN SAAT MASUK RUMAH SAKIT



| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | bantuan dan menyadari kemampuan: • goyah tapi lupa keterbatasan: | 8 15 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Gangguan pola tidur • tidak ada gangguan tidur • ada keluhan gangguan tidur yang dilaporkan oleh pasien, keluarga atau petugas | 8 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Riwayat jatuh • tidak ada riwayat jatuh • ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir | 8 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL SKOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KETERANGAN | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIDAK BERESIKO | | <90 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | >90 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nama/Paraf | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CATATAN :

1. pengkajian awal resiko jatuh dilakukan saat pasien masuk rumah sakit, dituliskan pada kolom IA (Initial Assesment)
2. pangkajian ulang untuk pasien resiko jatuh pada kolom keterangan dengan kode
 - a. setelah pasien jatuh (post falls) dengan kode : PF
 - b. perubahan kondisi (change of condition) dengan kode : CC