

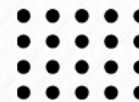


RISIKO JATUH

PASIEN ANAK, DEWASA, & LANSIA

Pendekatan multidisiplin yang melibatkan tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga

Ari Dwi Sulaksono, S.Kep.,Ns.,M.Kep



PENDAHULUAN RESIKO JATUH

Risiko jatuh merupakan salah satu penyebab utama cedera serius di rumah sakit, terutama pada kelompok rentan seperti anak-anak, dewasa dengan kondisi medis tertentu, dan lansia. Pencegahan jatuh bukan hanya tanggung jawab individu, tetapi juga sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan

RISIKO JATUH PADA PASIEN ANAK

RISIKO JATUH PADA LANSIA (GERIATRI)

RISIKO JATUH PADA PASIEN DEWASA

STRATEGI, EDUKASI, DAN DOKUMENTASI



MENURUNKAN *RISIKO* PASIEN CIDERA AKIBAT *JATUH*

1. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien **LANSIA**
2. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien **DEWASA**
3. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien **ANAK**
4. Tindakan penilaian risiko jatuh di **UNIT RAWAT JALAN** atau **IGD**



Menurut WHO (2019),
diperkirakan 646.000
Insiden pasien jatuh terjadi setiap tahun



TUJUAN MENURUNKAN RISIKO PASIEN CEDERA AKIBAT JATUH



1. Mencegah kejadian pasien **cedera** akibat jatuh.
2. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan dalam pencegahan pasien **jatuh**.
3. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga yang memiliki **risiko pasien jatuh**.



KEBIJAKAN/ PROSEDUR MENGIDENTIFIKASI PASIEN

- ✓ Pengkajian risiko jatuh
- ✓ Gelang identifikasi risiko jatuh berwarna kuning
- ✓ Pemasangan Segitiga jatuh pada brancard
- ✓ Edukasi pencegahan jatuh



Identifikasi risiko pasien jatuh wajib dilakukan pada saat



- ✓ Pengkajian awal kepada pasien ***(saat pasien masuk RS)***
- ✓ Sebelum melakukan transportasi pasien
- ✓ Terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh



DOKTER



PETUGAS MEDIS



PERAWAT

***PETUGAS IDENTIFIKASI
RISIKO PASIEN JATUH***



GET UP AND GO TEST

Dilakukan pada **pasien** di **Rawat Jalan** dan **IGD**

Komponen Penilaian	Ya	Tidak
(1) Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)?		
(2). Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk?		

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko : (1) & (2) tidak ditemukan
- Risiko Rendah : (1) atau (2) ditemukan
- Risiko Tinggi : (1) & (2) ditemukan





WGH
STIKES WIDYAGAMA HUSADA

Kampus
Merdeka
INDONESIA JAYA



NORMAL





WGH
STIKES WIDYAGAMA HUSADA

Kampus
Merdeka
INDONESIA JAYA



ANORMAL



INTERVENSI

○ **Intervensi Jatuh Risiko Rendah**

- Edukasi jatuh pada pasien dan keluarga dengan memberikan brosur

○ **Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di Unit Rawat Jalan**

- Edukasi Mencegah Jatuh kepada pasien dan keluarganya
- Memasang pita kuning pada tangan pasien.
- Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan pemasangan pita.

○ **Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di IGD**

- Memberikan brosur risiko jatuh kepada pasien dan keluarga
- Memasang pita kuning pada tangan pasien
- Saat di ruang emergent/ urgent dilakukan penilaian ulang tiap shift
- Memasang segitiga jatuh di brancard/ tempat tidur pasien



**Dilakukan pada pasien dewasa
(>18 tahun s.d. <60 tahun)
di ruang Rawat Inap**

Morse Fall Scale

(Adapted with permission, SAGE Publications)

The Morse Fall Scale (MFS) is a rapid and simple method of assessing a patient's likelihood of falling. A large majority of nurses (82.9%) rate the scale as "quick and easy to use," and 54% estimated that it took less than 3 minutes to rate a patient. It consists of six variables that are quick and easy to score, and it has been shown to have predictive validity and interrater reliability. The MFS is used widely in acute care settings, both in the hospital and long term care inpatient settings.

Item	Scale	Scoring
1. History of falling; immediate or within 3 months	No 0 Yes 25	_____
2. Secondary diagnosis	No 0 Yes 15	_____
3. Ambulatory aid Bed rest/nurse assist Crutches/cane/walker Furniture	0 15 30	_____
4. IV/Heparin Lock	No 0 Yes 20	_____
5. Gait/Transferring Normal/bedrest/immobile Weak Impaired	0 10 20	_____
6. Mental status Oriented to own ability Forgets limitations	0 15	_____

The items in the scale are scored as follows:

History of falling: This is scored as 25 if the patient has fallen during the present hospital admission or if there was an immediate history of physiological falls, such as from seizures or an impaired gait prior to admission. If the patient has not fallen, this is scored 0. Note: If a patient falls for the first time, then his or her score immediately increases by 25.

Secondary diagnosis: This is scored as 15 if more than one medical diagnosis is listed on the patient's chart; if not, score 0.

Ambulatory aids: This is scored as 0 if the patient walks without a walking aid (even if assisted by a nurse), uses a wheelchair, or is on a bed rest and does not get out of bed at all. If the patient uses crutches, a cane, or a walker, this item scores 15; if the patient ambulates clutching onto the furniture for support, score this item 30.

Intravenous therapy: This is scored as 20 if the patient has an intravenous apparatus or a heparin lock inserted; if not, score 0.

Sample Risk Level

Risk Level	MFS Score	Action
No Risk	0 - 24	Good Basic Nursing Care
Low Risk	25 - 50	Implement Standard Fall Prevention Interventions
High Risk	≥ 51	Implement High Risk Fall Prevention Interventions



Intervensi

Jatuh Risiko Rendah

- ✓ Tingkatkan observasi bantuan yang sesuai saat ambulasi
- ✓ Monitor kebutuhan pasien. Keluarga menemani pasien yang berisiko jatuh
- ✓ Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga
- ✓ Gunakan alat bantu jalan (walker, handrail)
- ✓ Lakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan

Intervensi

Jatuh Risiko Tinggi

- ✓ Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien
- ✓ Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- ✓ Lakukan intervensi jatuh standar
- ✓ Tempatkan pasien di dekat nursestation
- ✓ Pastikan handrali kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- ✓ Siapkan alat bantu jalan
- ✓ Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi
- ✓ Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet
- ✓ Lakukan penilaian ulang risiko jatuh tiap shift



Dilakukan pada pasien **lanjut usia (>60 tahun)** di ruang Rawat Inap

Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool

If patient has any of the following conditions, check the box and apply Fall Risk Interventions as indicated.

High Fall Risk - Implement High Fall Risk Interventions per protocol

- ☐ History of more than one fall within 6 months before admission
- ☐ Patient has experienced a fall during this hospitalization
- ☐ Patient is deemed high fall-risk per protocol (e.g., seizure precautions)

Low Fall Risk - Implement Low Fall Risk Interventions per protocol

- ☐ Complete paralysis or completely immobilized

Do not continue with Fall Risk Score Calculation if any of the above conditions are checked.

FALL RISK SCORE CALCULATION - Select the appropriate option in each category. Add all points to calculate Fall Risk Score. (If no option is selected, score for category is 0)

Points

Age (single-select)

- ☐ 60 - 69 years (1 point)
- ☐ 70 - 79 years (2 points)
- ☐ greater than or equal to 80 years (3 points)

Fall History (single-select)

- ☐ One fall within 6 months before admission (5 points)

Elimination, Bowel and Urine (single-select)

- ☐ Incontinence (2 points)
- ☐ Urgency or frequency (2 points)
- ☐ Urgency/frequency and Incontinence (4 points)

Medications: Includes PCA/opiates, anticonvulsants, anti-hypertensives, diuretics, hypnotics, laxatives, sedatives, and psychotropics (single-select)

- ☐ On 1 high fall risk drug (3 points)
- ☐ On 2 or more high fall risk drugs (5 points)
- ☐ Sedated procedure within past 24 hours (7 points)

Patient Care Equipment: Any equipment that tethers patient (e.g., IV infusion, chest tube, indwelling catheter, SCDs, etc.) (single-select)

- ☐ One present (1 point)
- ☐ Two present (2 points)
- ☐ 3 or more present (3 points)

Mobility (multi-select; choose all that apply and add points together)

- ☐ Requires assistance or supervision for mobility, transfer, or ambulation (2 points)
- ☐ Unsteady gait (2 points)
- ☐ Visual or auditory impairment affecting mobility (2 points)

Cognition (multi-select; choose all that apply and add points together)

- ☐ Altered awareness of immediate physical environment (1 point)
- ☐ Impulsive (2 points)
- ☐ Lack of understanding of one's physical and cognitive limitations (4 points)

Total Fall Risk Score (Sum of all points per category)

SCORING: 6-13 Total Points = Moderate Fall Risk, >13 Total Points = High Fall Risk

Copyright ©2007 by The Johns Hopkins Health System Corporation.



JOHNS HOPKINS
MEDICINE



Intervensi **Jatuh Risiko Rendah**

- ✓ Melakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan
- ✓ Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga disertai pemberian brosur

Intervensi **Jatuh Risiko Tinggi**

- ✓ Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- ✓ Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- ✓ Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien
- ✓ Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- ✓ Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam)
- ✓ Keselamatan lingkungan
- ✓ Dampingi pasien
- ✓ Kolaborasi
- ✓ Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses transportasi/ transfer pasien

Fall Assessment Tool
The Humpty Dumpty Scale

Parameter	Criteria	Score
Age		
	Less than 3 years old	4
	3 to less than 7 years old	3
	7 to less than 13 years old	2
	13 years old and above	1
Gender		
	Male	2
	Female	1
Diagnosis		
	Neurological Diagnosis	4
	Alterations in Oxygenation (Respiratory Diagnosis, Dehydration, Anemia, Anorexia, Syncope/Dizziness, etc.)	3
	Psych/Behavioral Disorders	2
	Other Diagnosis	1
Cognitive Impairments		
	Not Aware of Limitations	3
	Forget Limitations	2
	Oriented to own Ability	1

Dilakukan pada pasien **anak (usia 0-18 tahun)** di ruang Rawat Inap

Environmental Factors		
	History of Falls or Infant-Toddler Placed in Bed	4
	Patient uses assistive devices or Infant Toddler in Crib or Furniture/Lighting (Tripled Room)	3
	Patient Placed in Bed	2
	Outpatient Area	1
Response to Surgery/Sedation/Anesthesia		
	Within 24 hours	3
	Within 48 hours	2
	More than 48 hours/None	1
Medication Usage		
	Multiple Usage of: Sedatives(excluding ICU patients sedated and paralyzed) Hypnotics Barbiturates Phenothiazines Antidepressants Laxatives /Diuretics Narcotics	3
	One of the Meds listed above	2
	Other Medications/None	1
	Total	

Fall Risk

Low Humpty Dumpty Score = 7-11

High Risk Humpty Dumpty Score = 12 or above



Intervensi

Jatuh Standar Risiko Rendah

- ✓ Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- ✓ Atur posisi tempat tidur rendan dan dalam kondisi terkunci
- ✓ Lakukan penilaian kemampuan (barthel indeks)
- ✓ Tempatkan pasien di dekat nursestation
- ✓ Lingkungan harus bebas dari kondisi yang mengandung risiko
- ✓ Berikan edukasi pada pasien dan keluarga
- ✓ Lakukan penilaian ulang bila ada perubahan kondisi dan/atau pengobatan

Intervensi

Jatuh Standar Risiko Tinggi

- ✓ Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- ✓ Lakukan penilaian ulang tiap shift
- ✓ Tempatkan pasien di dekat nursestation
- ✓ Temani pasien saat mobilisasi, atau libatkan keluarga
- ✓ Gunakan tempat tidur yang sesuai dengan tingkat perkembangan pasien
- ✓ Atur ketinggian tempat tidur sesuai perkembangan pasien, sebaiknya cukup rendah
- ✓ Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien



Praktikum **PENILAIAN RISIKO JATUH PADA PASIEN**

Tujuan Praktikum

- Melakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan instrumen Fall Morse Scale, Skala Geriatri, dan Humpty Dumpty Scale.
- Menentukan tingkat risiko jatuh berdasarkan skenario klinis.
- Menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tingkat risiko jatuh.
- Melatih keterampilan komunikasi dan kolaborasi dalam pengambilan keputusan.





Teknis Pembagian Kelompok dan Alat

Total mahasiswa dibagi menjadi 3 kelompok besar berdasarkan usia pasien:

- **Kelompok A:** Risiko Jatuh pada Pasien Anak
- **Kelompok B:** Risiko Jatuh pada Pasien Dewasa
- **Kelompok C:** Risiko Jatuh pada Pasien Lansia

Setiap kelompok dibagi lagi menjadi subkelompok kecil (2–3 orang) yang akan memainkan skenario berbeda.

- Setiap subkelompok akan menerima:
 - **Skenario pasien tertulis**
 - **Lembar pengkajian instrumen**
 - **Lembar analisis dan intervensi**
 - **Lembar presentasi hasil**
 - **Lembar penilaian observasi sejawat**

Kelompok A – Pasien Anak (Gunakan Humpty Dumpty Scale)

Skenario 1 – An. A (2 tahun) Anak laki-laki usia 2 tahun dibawa ke IGD karena demam tinggi dan muntah lebih dari 5 kali dalam 12 jam terakhir. Pasien tampak lemas, rewel, dan belum bisa berbicara. Sedang terpasang infus dan sedang menerima antibiotik. Pasien tidur sendiri di tempat tidur anak tanpa pengawasan.

Skenario 2 – An. B (6 tahun) Anak perempuan hiperaktif yang dirawat karena ISPA ringan. Pasien tampak aktif dan sering mencoba turun dari tempat tidur sendiri. Tidak menggunakan alat bantu, namun tidak kooperatif terhadap instruksi perawat. Orang tua tidak mendampingi secara konsisten.

Kelompok B – Pasien Dewasa (Gunakan Fall Morse Scale)

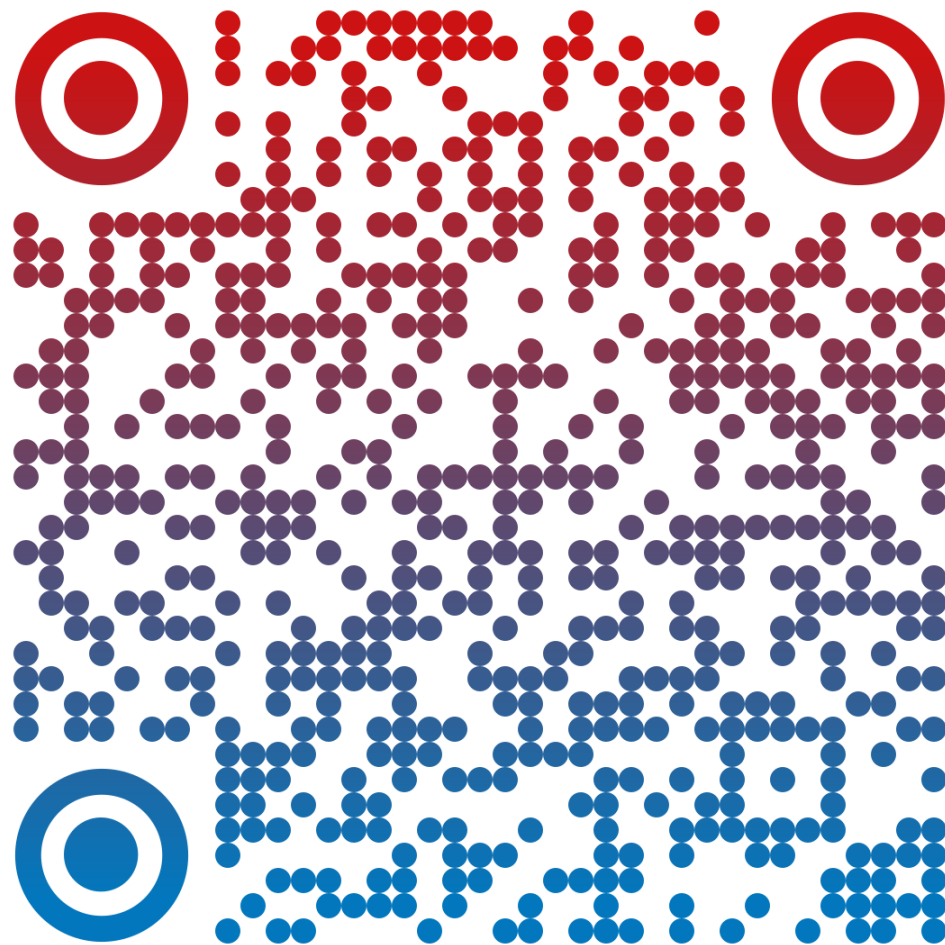
Skenario 1 – Tn. M (56 tahun) Pasien laki-laki dengan DM tipe 2, dirawat karena luka kaki diabetik. Pasien menggunakan tongkat untuk berjalan, memiliki riwayat jatuh satu bulan lalu saat ke kamar mandi. Saat ini pasien sadar penuh dan tidak sedang terpasang infus.

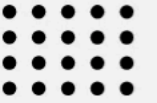
Skenario 2 – Ny. P (44 tahun) Pasien perempuan pasca operasi mioma uteri, menggunakan walker untuk mobilisasi. Tidak ada infus. Pasien kadang lupa batas aktivitas dan mencoba berjalan sendiri tanpa bantuan.

Kelompok C – Pasien Lansia (Gunakan Skala Risiko Jatuh Geriatri)

Skenario 1 – Ny. S (75 tahun) Pasien lansia perempuan, pasca PCI 2 hari lalu. Mengeluh pusing saat duduk tiba-tiba dan memiliki riwayat jatuh 2 kali dalam setahun terakhir. Menggunakan antihipertensi dan antiaritmia. Tidur di tempat tidur biasa tanpa pagar dan sering ke kamar mandi pada malam hari.

Skenario 2 – Tn. T (81 tahun) Pasien laki-laki dengan demensia ringan, bingung saat malam hari. Menggunakan walker untuk berjalan. Mengeluh sering pusing dan terkadang lupa tempat. Tidak ada pengawasan keluarga atau pendamping.







TERIMA KASIH

The best preparation for tomorrow is doing
your best today

