<table>
<tr><td rowspan="2">Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa</td><td colspan="3">ASESMEN PASIEN RISIKO JATUH DI RAWAT INAP</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/420/SKP.Akr/IX/2025</td><td>No. Revisi
01</td><td>Halaman
1/5</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal Terbit
15 Agustus 2025</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Iman Fathurrohman.W.,Sp.B.,M.Si.,MARS
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>PENGERTIAN</td><td colspan="3">Asesmen pasien jatuh adalah suatu rangkaian pemeriksaan terhadap pasien berisiko jatuh atau mengalami insiden secara cepat atau tiba-tiba berpindah posisi dari tempat tidur ke lantai sampai setengah atau lebih bagian tubuh berada dilantai, sehingga memungkinkan pasien mengalami cedera ringan sampai berat atau tidak menimbulkan cedera.</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Sebagai acuan dalam mengevaluasi risiko jatuh di rawat inap
2. Mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh
3. Terpeliharanya mutu pelayanan rumah sakit
4. Menjaga keselamatan pasien di rumah sakit</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">Setiap pasien yang berisiko jatuh harus diambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera sesuai dengan Surat Keputusan Kepala RSAU dr. Enawan Antariksa nomor Kep/131/IX/2025 tentang Panduan Mencegah Pasien Cedera Karena Jatuh</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">1. Undang-undang RI Nomor 1 Tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja;
2. Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;</td></tr>
</table>

REFERENSI	5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor Perkasau/172/XII/ 2011 tanggal 28 Desember 2011 tentang Pokok-Pokok Organisasi RSAU dr. Esnawan Antariksa; 7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 8. Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Nomor HK.02.02/D/47104/2024 tentang Instrumen Survey Akreditasi Rumah Sakit 2024.
PROSEDUR	1. Perkenalkan perawat yang akan melakukan penilaian/asesmen risiko jatuh; 2. Lakukan identifikasi pasien melalui pertanyaan terbuka dengan bertanya nama, dan tanggal lahir pasien, cocokkan dengan gelang pasien dan catatan rekam medis pasien; 3. Jelaskan bahwa perawat akan melakukan penilaian risiko jatuh terhadap pasien; 4. Lakukan asesmen awal risiko jatuh pada semua pasien saat masuk ruang perawatan; 5. Penilaian menggunakan skala humpty dumpty (pasien anak), skala morse (pasien dewasa), skala sydney (pasien geriatri) 6. Apabila pasien diindikasi berisiko jatuh maka perawat memasang pin berwarna kuning di gelang pasien. Tempatkan bed pasien dekat dengan ruang jaga perawat, tempat tidur rendah, roda tempat tidur terkunci, dan pengaman tempat tidur pasien kanan kiri terpasang, bel pasien terjangkau, pasang label/tanda risiko jatuh pada/didekat tempat tidur pasien pasien dan mudah terlihat; 7. Catat hasil asesmen risiko jatuh pada form di Elektronik rekam medik dan laporkan pada DPJP; 8. Perawat melakukan penilaian lanjutan pada pasien berisiko jatuh skala rendah, sedang dan skala tinggi; 9. Hasil penilaian dimonitor dan evaluasi apakah terjadi perubahan

PROSEDUR

kondisi pasien. Pada pasien risiko jatuh tinggi, perawat melakukan pengawasan setiap 8 jam/pergantian shift, pada pasien risiko jatuh (Tidak beresiko/rendah/sedang) setiap 24 jam;

10. Perawat melakukan penilaian ulang bila terjadi perubahan kondisi pada pasien (pasien post op , pasien diberi tindakan/pemberian obat oleh DPJP/dokter ruangan. Pada pasien tidak berisiko jatuh dan risiko jatuh rendah dan sedang di asesmen ulang setiap 24 jam;

Skoring Jatuh Anak (Humpty Dumpty)

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 tahun	4	
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 14 tahun	2	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	
	Perubahan dalam oksigenasi (masalah sal. Nafas,, anemia) dehidrasi, anoreksia, sakit kepala, sinkop	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi – anak.	4	
	Pasien menggunakan alat bantu atau box	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Diluar ruang rawat	1	
Penggunaan obat	Bermacam macam obat digunakan : Obat sedative, hipnotik, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, laksatif, diuretic, narkotik	3	
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	

PROSEDUR

Keterangan hasil skoring jatuh anak :

- Resiko rendah skor 7-11
- Resiko tinggi skor >/= 12

Skoring jatuh untuk Dewasa (skala morse)

No	Faktor Risiko	Poin	Skor
1	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	
2	Diagnosis medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	
3	Alat Bantu Jalan : • Bed rest/dibantu perawat • Penopang, tongkat/walker • Furniture	 0 15 30	
4	Memakai terapi heparin lock/IV	Tidak 0 Ya 25	
5	Cara berjalan/berpindah : • Normal/bed rest/imobilisasi • Lemah • Terganggu	 0 15 30	
6	Status mental : • Orientasi sesuai kemampuan diri • Lupa keterbatasan diri	 0 15	
Total			

Keterangan skoring jatuh dewasa :

- Tidak beresiko skor 0-24
- Resiko rendah skor 25 – 45
- Resiko Tinggi skor > 45

SYDNEY SCORING PASIEN GERIATRI

NO.	SKRINING	JAWABAN	KETERANGAN
	Riwayat jatuh		
1.	Apakah pasien datang ke Rumah sakit karena jatuh ?	Ya / Tidak	Ya = Skor 6 Tidak = Skor 0
	Jika Tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ?	Ya / Tidak	

PROSEDUR	**Status Mental**			
	2.	Apakah pasien delirium ? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terkoordinasi, gangguan daya ingat)	Ya / Tidak	Ya = Skor 14 Tidak = Skor 0
		Apakah pasien disorientasi ? (salah menyebutkan waktu/tempat/orang)	Ya / Tidak	
		Apakah pasien mengalamai agitasi ? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya / Tidak	
	Penglihatan			
	3.	Apakah pasien memakai kacamata ?	Ya / Tidak	Ya = Skor 1 Tidak = Skor 0
		Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram ?	Ya / Tidak	
		Apakah pasien mempunyai glaukoma?, katarak ?, degenerasi makula ?	Ya / Tidak	
	Kebiasaan Berkemih			
	4.	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih (Frekuensi/Urgensi/Inkontinensia/nokturia)	Ya / Tidak	Ya = Skor 2 Tidak= Skor 0
	Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali lagi ke tempat tidur)			
	5.	Mandiri (boleh memakai alat bantu jalan)	0	Skoring penilaian transfer dan Mobilitas di gabungkan Jika skor nilai total 0 – 3 maka skoring nilai adalah 0, tetapi jika nilai total 4 – 6 maka nilai skoring adalah 7
		Memerlukan sedikit bantuan (satu orang)/dalam pengawasan	1	
		Memerlukan Bantuan yang nyata (dua orang)	2	
		Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3	
	Mobilitas			
	6.	Mandiri (boleh memakai alat bantu jalan)	0	
		Berjalan dengan bantuan satu orang (verbal/fisik)	1	
		Menggunakan Kursi roda	2	
		Immobilisasi	3	
	Jumlah			
	Keterangan Jumlah Skoring : - Risiko Rendah = 0 – 5 - Risiko Sedang = 6 – 16 - Risiko Tinggi = 17 - 30			
UNIT TERKAIT	Rawat Inap , Hemodialisa			