

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Resiko Jatuh

2.1.1. Definisi Resiko Jatuh

Resiko jatuh (*risk for fall*) adalah salah satu diagnosis keperawatan menunjukkan kondisi individu dengan kerentanan tinggi untuk mengalami kejadian jatuh, yang berpotensi menyebabkan cedera fisik serta gangguan Kesehatan (PPNI, 2017; Sumantri, 2023).

Resiko jatuh merupakan suatu kondisi ketika seseorang secara tidak sengaja berada di lantai dalam keadaan sadar. Faktor penyebabnya dapat berasal dari dalam diri, seperti gangguan berjalan dan kelemahan otot, maupun dari luar, seperti permukaan lantai yang licin. Pada lansia, perubahan pada sistem sensorik dan muskuloskeletal turut meningkatkan kemungkinan terjadinya jatuh. Penilaian resiko jatuh dapat dilakukan menggunakan Morse Falling Scale (MFS) dan Hendrich Falls Scale (HFS) sebagai alat untuk mengidentifikasi serta mencegah kejadian jatuh (Azizah & Nurhidayati, 2024).

Resiko jatuh merupakan suatu kondisi ketika seseorang secara tidak sengaja berada di lantai dalam keadaan sadar. Faktor penyebabnya dapat berasal dari dalam diri, seperti gangguan berjalan dan kelemahan otot, maupun dari luar, seperti permukaan lantai yang licin. Pada lansia, perubahan pada sistem sensorik dan muskuloskeletal turut meningkatkan kemungkinan terjadinya jatuh. Penilaian resiko jatuh dapat dilakukan menggunakan Morse Falling Scale (MFS) dan Hendrich Falls Scale (HFS) sebagai alat untuk mengidentifikasi serta mencegah kejadian jatuh (Azizah & Nurhidayati, 2024).

Jatuh adalah kejadian tidak disengaja ketika seseorang mengalami kontak dengan lantai atau permukaan yang lebih rendah, yang tidak disebabkan oleh faktor intrinsik berat seperti stroke atau kondisi bahaya ekstrem. Peristiwa ini berkaitan dengan meningkatnya morbiditas, mortalitas, serta penurunan kemampuan fisik, dan lebih sering terjadi

pada lansia, anak-anak, dan atlet. Pada kelompok lansia, adanya penyakit penyerta semakin meningkatkan resiko jatuh sekaligus memperbesar kemungkinan terjadinya cedera (K.Appeadu & Bordoni, 2023)

Dalam praktik keperawatan, kejadian jatuh termasuk insiden yang paling sering dilaporkan dan memiliki potensi besar mengancam keselamatan pasien, terutama di lingkungan rumah sakit (Nurwantika & Hamkani, 2025). Resiko jatuh sendiri menggambarkan kondisi meningkatnya kerentanan individu yang dapat menyebabkan bahaya fisik, cedera, hingga penurunan tingkat kesadaran (Sukma & Asmirajanti, 2021).

2.1.2. Faktor Resiko Jatuh

Barak & Robert (2017) dalam Sidabutar et al. (2024) menjelaskan bahwa faktor resiko jatuh terbagi menjadi dua, yaitu faktor intrinsik (*patient-related risk factors*) dan faktor ekstrinsik (*healthcare factors related to falls*), sebagai berikut:

a. Faktor intrinsik (*patient-related risk factors*)

Faktor ini berasal dari kondisi dalam diri pasien, umumnya dipengaruhi oleh penyakit yang menyertai, antara lain (Puspitaningrum, 2024; Sidabutar et al., 2024):

1. Gangguan sensori dan neurologis yang terjadi akibat penurunan kemampuan dalam menilai serta mengantisipasi bahaya di sekitar. Kondisi ini sering dialami oleh lansia karena penurunan fungsi penglihatan dan kekuatan otot .
2. Gangguan kognitif, seperti demensia, delirium, dan penyakit Parkinson, yang berhubungan dengan peningkatan kejadian jatuh. Penurunan fungsi kognitif membuat pasien lebih beresiko dibandingkan individu tanpa gangguan tersebut.
3. Gangguan gaya berjalan dan keseimbangan, yang sering menjadi penyebab jatuh terutama pada lansia akibat proses degeneratif. Kondisi ini ditandai dengan menurunnya kekuatan otot, keseimbangan, dan kelenturan sendi. Riwayat berjalan

jongkok, penggunaan tongkat, serta riwayat stroke juga meningkatkan resiko jatuh.

4. Gangguan urinaria, yaitu kondisi yang menyebabkan frekuensi BAK atau BAB meningkat, misalnya setelah pemberian diuretik atau pencahar. Selain itu, penggunaan obat penenang juga dapat meningkatkan resiko jatuh.

b. Faktor ekstrinsik (healthcare factors related to falls)

Faktor ini berkaitan dengan kondisi lingkungan atau tempat pasien dirawat, antara lain (Puspitaningrum, 2024; Sidabutar et al., 2024) :

1. Kondisi lingkungan yang beresiko, seperti pencahayaan yang kurang, lantai licin, tempat tidur yang terlalu tinggi, penggunaan closet jongkok, serta keberadaan obat-obatan dan alat bantu berjalan yang dapat meningkatkan resiko jatuh.
2. Ketersediaan *nurse call* di tempat tidur maupun kamar mandi pasien yang berfungsi untuk memudahkan pasien memperoleh bantuan dari perawat dengan cepat.
3. Peran tenaga kesehatan dan sistem pelayanan yang kurang optimal juga dapat berkontribusi terhadap terjadinya kejadian jatuh pada pasien.

Faktor resiko untuk masalah resiko jatuh adalah (PPNI, 2017):

1. Usia $\geq$ 65 tahun (pada dewasa) atau $\leq$ 2 tahun (pada anak)
2. Riwayat jatuh
3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
4. Penggunaan alat bantu berjalan
5. Penurunan tingkat kesadaran
6. Perubahan fungsi kognitif
7. Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
8. Kondisi pasca operasi
9. Hipotensi ortostatik
10. Perubahan kadar glukosa darah
11. Anemia

12. Kekuatan otot menurun
13. Gangguan pendengaran
14. Gangguan keseimbangan
15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
16. Neuropati
17. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

2.1.3. Tipe Tipe Pasien Jatuh

Menurut Palomar Health Fall Prevention and Management dalam Sidabutar et al. (2024), kejadian jatuh dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Jatuh fisiologis (*physiologic falls*) merupakan jatuh yang disebabkan oleh satu atau lebih faktor intrinsik dalam tubuh pasien. Jenis ini terbagi menjadi dua, yaitu yang dapat dicegah seperti demensia, penurunan kesadaran, gangguan keseimbangan, efek obat, delirium, dan hipotensi postural, serta yang tidak dapat dicegah seperti stroke, transient ischaemic attack, infark miokard, disritmia, dan kejang.
- b. Jatuh akibat kecelakaan (*accidental falls*) adalah kejadian jatuh yang tidak disebabkan oleh kondisi fisik pasien, melainkan karena faktor lingkungan atau kesalahan dalam penilaian serta perancangan lingkungan yang aman. Contohnya adalah terpeleset karena lantai licin atau penggunaan tiang infus sebagai alat bantu pegangan.
- c. Jatuh tidak terduga (*unanticipated falls*) merupakan jatuh yang berkaitan dengan kondisi fisik pasien yang tidak dapat diprediksi sebelumnya. Pencegahan pada jenis ini biasanya dilakukan setelah kejadian melalui analisis akar masalah (Root Cause Analysis/RCA), misalnya pada kasus pingsan atau fraktur patologis. Kondisi ini berpotensi terulang dengan penyebab yang sama sehingga memerlukan perhatian khusus dari perawat.
- d. Jatuh disengaja (*intentional falls*) adalah kejadian jatuh yang dilakukan secara sengaja oleh pasien dengan tujuan tertentu, seperti untuk menarik perhatian orang lain (Sidabutar et al., 2024).

2.1.4. Dampak Pasien Jatuh

Insiden jatuh dapat menimbulkan berbagai dampak bagi pasien. Adapun dampak tersebut meliputi:

a. Dampak fisiologis

Dampak fisik yang muncul dapat berupa luka lecet, memar, luka robek, cedera kepala, patah tulang, hingga beresiko menyebabkan kematian.

b. Dampak psikologis

Secara psikologis, pasien dapat mengalami rasa takut, kecemasan, stres, bahkan depresi yang pada akhirnya menurunkan tingkat aktivitas fisik.

c. Dampak finansial

Kejadian jatuh dapat memperpanjang lama hari rawat (Length of Stay/LOS) serta meningkatkan biaya perawatan di rumah sakit.

(Sidabutar et al., 2024)

Insiden jatuh dapat menimbulkan berbagai dampak, seperti luka robek, fraktur, cedera kepala, perdarahan, hingga kematian. Selain itu, pasien dapat mengalami trauma psikologis, masa perawatan yang lebih lama, serta peningkatan biaya perawatan akibat perlunya pemeriksaan tambahan seperti CT-scan, rontgen, atau MRI. Bagi rumah sakit, kejadian jatuh juga dapat meningkatkan risiko tuntutan hukum karena dianggap kurang optimal dalam menjaga keselamatan pasien. (Wahyuni et al., 2021)

2.2. Manajemen Pencegahan Resiko Jatuh

Manajemen risiko jatuh merupakan serangkaian upaya yang dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi, menilai, mengendalikan, serta mengevaluasi risiko jatuh pada pasien guna mencegah terjadinya cedera dan meningkatkan keselamatan pasien. Pelaksanaan manajemen risiko jatuh meliputi *assessment*, *re-assessment*, intervensi pencegahan, serta pendokumentasian sebagai bagian dari proses asuhan keperawatan (KARS, 2022).

Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) Tahun 2022, Sasaran Keselamatan Pasien 6.1 tentang Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh, rumah sakit wajib menerapkan langkah-langkah sebagai berikut (KARS, 2022):

- a. Melakukan *assessment* resiko jatuh pada seluruh pasien rawat inap menggunakan instrumen yang telah ditetapkan rumah sakit, seperti *Morse Fall Scale* pada pasien dewasa.
- b. Melakukan *re-assessment* risiko jatuh apabila terjadi perubahan kondisi pasien, perpindahan unit, setelah tindakan atau operasi, maupun sesuai kebijakan rumah sakit.
- c. Melaksanakan intervensi pencegahan risiko jatuh sesuai tingkat risiko pasien, seperti pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, pemasangan gelang risiko jatuh, pemasangan pagar pengaman tempat tidur (*side rail*), pengaturan tempat tidur pada posisi terendah, memastikan bel pasien mudah dijangkau, membantu mobilisasi pasien, serta menempatkan pasien berisiko tinggi dekat dengan *nurse station*.
- d. Melakukan pendokumentasian hasil *assessment*, *re-assessment*, dan seluruh intervensi pencegahan risiko jatuh dalam rekam medis pasien.

2.2.1. Pengkajian Resiko Jatuh

Seluruh pasien rawat inap, baik dewasa maupun anak, wajib menjalani pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai dengan ketentuan rumah sakit. Hasil pengkajian, termasuk kategori risiko jatuh dan intervensi yang diberikan, harus didokumentasikan secara lengkap dalam rekam medis pasien.

Selama menjalani perawatan, tingkat risiko jatuh pasien dapat berubah. Pasien yang awalnya termasuk dalam kategori risiko rendah dapat mengalami peningkatan secara mendadak menjadi risiko tinggi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain tindakan pembedahan dan/atau anestesi, perubahan kondisi klinis pasien secara tiba-tiba, serta penyesuaian atau perubahan terapi obat yang diberikan. Oleh karena itu, pengkajian ulang risiko jatuh harus dilakukan secara berkala selama pasien menjalani perawatan rawat

inap, terutama setelah tindakan pembedahan atau ketika terjadi perubahan kondisi yang berpotensi meningkatkan risiko jatuh (KARS, 2018).

Assessment resiko Jatuh (Puspitaningrum, 2024)

1. Memonitor pasien sejak masuk
2. Memonitor dengan ketat pada pasien yang mempunyai resiko tinggi: memberikan tanda/ alert (sesuai warna universal)
3. Melakukan re-assessment tiap pergantian shift.
4. Libatkan pasien atau keluarga dalam upaya pencegahan resiko jatuh.
5. Laporan peristiwa pasien jatuh.

Pengkajian resiko jatuh menggunakan *Morse Fall Scale*

Tabel 2. 1 Pengkajian *Morse Fall Scale*

No	Pengkajian		Skor
1	Riwayat jatuh: apakah pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0
		Ya	25
2	Diagnosa sekunder apakah memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0
		Ya	15
3	Alat Bantu Jalan:	Bed rest / dibantu perawat	0
		Kruk/ tongkat/ walker	15
		Berpegangan pada benda benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	30
4	Terapi intravena apakah saat ini terpasang infus?	Tidak	0
		Ya	25
5	Gaya berjalan/ cara berpindah	Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri)	0
		Lemah (tidak bertenaga)	10
		Gangguan/ tidak normal (pincang/diseret)	20
6	Status mental	Menyadari kondisi dirinya	0
		Mengalami keterbatasan daya ingat	15

Petunjuk penggunaan *Assesment* Resiko Jatuh *Morse Fall Scale*

1. Riwayat jatuh: Apabila pasien mengalami kejadian jatuh selama menjalani perawatan di rumah sakit atau memiliki riwayat jatuh dalam tiga bulan terakhir, maka diberikan skor 25. Sebaliknya, jika

pasien tidak pernah mengalami kejadian jatuh, maka diberikan skor 0.

2. **Diagnosis Sekunder** : Apabila pasien memiliki lebih dari satu diagnosis medis selama masa perawatan, maka diberikan skor 15. Namun, jika pasien hanya memiliki satu diagnosis medis, maka diberikan skor 0.
3. **Alat Bantu** : Pasien yang berjalan dengan berpegangan pada perabot diberi skor 30. Penggunaan alat bantu jalan seperti tongkat, alat penopang, atau walker diberi skor 15. Pasien yang berjalan tanpa alat bantu, menggunakan kursi roda, tirah baring, atau tidak berpindah dari tempat tidur diberi skor 0.
4. **Terapi Intravena (terpasang infus)** : Pasien yang terpasang infus, heparin (saline lock), atau alat medis seperti alat pemantauan maupun kateter Foley diberi skor 20. Jika tidak terpasang alat tersebut, skor yang diberikan adalah 0.
5. **Gaya Berjalan** :
 - 1) Pasien yang mengalami gangguan gaya berjalan, kesulitan bangun dari kursi, membutuhkan bantuan untuk menjaga keseimbangan, serta berjalan dengan langkah pendek diberi skor 20..
 - 2) Pasien dengan gaya berjalan lemah, seperti berjalan membungkuk namun masih mampu mengangkat kepala dan menjaga keseimbangan, atau hanya memerlukan bantuan ringan saat berjalan dengan langkah pendek, diberi skor 10.
 - 3) Pasien dengan gaya berjalan normal, ditandai kepala tegak, lengan bergerak bebas di sisi tubuh, dan langkah yang mantap, diberi skor 0.
6. **Status Mental** : Nilai persepsi pasien terhadap kemampuan berjalan. Jika pasien melebih-lebihkan kemampuan dirinya atau tidak menyadari keterbatasan fisik yang dimiliki, berikan skor 15. Jika penilaian pasien sesuai dengan kondisi sebenarnya, berikan skor 0. Penilaian dapat dilakukan dengan menanyakan, “Apakah

Anda dapat pergi ke kamar mandi sendiri atau memerlukan bantuan?”

- 1) Normal: respons pasien konsisten dengan perintah, urutan.
 - 2) Melebih-lebihkan/melupakan keterbatasan: respons pasien tidak konsisten dengan urutan ambulasi atau tidak realistis.
7. Fall risk can range from 0 to 125.
- 1) 0: tidak ada resiko jatuh
 - 2) <25 : resiko rendah
 - 3) 25-45 : resiko sedang
 - 4) >45: resiko tinggi

Skor *Morse Fall Scale* menunjukkan kemungkinan pasien mengalami kejadian jatuh, namun tidak secara langsung menjelaskan cara pencegahannya. Tujuan utama penggunaan *Morse Fall Scale* adalah untuk mengetahui penyebab atau faktor yang membuat pasien beresiko jatuh. Dengan memusatkan perhatian pada faktor resiko yang teridentifikasi, tenaga kesehatan dapat menentukan intervensi yang tepat untuk mencegah kejadian tersebut. Rencana tindakan disusun dengan meninjau setiap faktor resiko yang ada, kemudian memilih intervensi yang sesuai untuk masing-masing faktor. Selanjutnya, rencana pencegahan ini perlu dikomunikasikan kepada seluruh tim perawatan, termasuk perawat, fisioterapis, dokter, pasien, dan keluarga (Puspitaningrum, 2024).

2.2.2. Intervensi Dan Implementasi Pencegahan Resiko Jatuh

Upaya pencegahan resiko jatuh yang dapat dilakukan oleh perawat mencakup melakukan pengkajian awal serta pengkajian ulang terhadap resiko jatuh, pemasangan penanda resiko jatuh, memastikan tempat tidur dalam kondisi terkunci, mengatur posisi tempat tidur pada posisi rendah, mendampingi pasien saat pergi ke kamar mandi, serta menghindari kondisi lantai yang licin di ruang perawatan. Perawat di ruang rawat juga perlu memberikan informasi dan edukasi kepada pasien beserta keluarga mengenai kondisi yang dialami pasien (Syafira et al., 2023).

Selain itu, pencegahan resiko jatuh juga dapat dilakukan melalui penerapan intervensi yang disesuaikan seperti yang tercantum pada tabel berikut, yang bertujuan membantu tenaga kesehatan dalam mencegah kejadian jatuh maupun cedera akibat jatuh (Tombong, 2023).

Tabel 2. 2 Intervensi Pencegahan Resiko Jatuh

Resiko Jatuh Rendah (Tindakan pencegahan jatuh universal)	1) Menjaga lingkungan yang aman: a) Singkirkan peralatan atau perabot yang tidak diperlukan di ruangan. b) Segera bersihkan cairan yang tumpah di area pasien. c) Pasang tanda peringatan pada lantai yang basah. 2) Intervensi keamanan a) Kenalkan pasien pada lingkungan sekitar, termasuk letak kamar mandi dan fasilitas lainnya. b) Pertahankan posisi tempat tidur pada tingkat terendah saat digunakan, kecuali saat tindakan tertentu. c) Pastikan kedua pengaman tempat tidur terpasang. d) Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci. e) Jaga lantai tetap rapi dan bebas hambatan, terutama pada jalur menuju kamar mandi dan antar tempat tidur f) Dorong pasien dan keluarga untuk memanggil bantuan sesuai kebutuhan g) Pastikan pencahayaan yang memadai terutama pada malam hari h) Gunakan alas kaki yang pas dan anti slip
Resiko Jatuh Sedang	1) Penandaan: a) Memasang gelang sebagai tanda resiko jatuh b) Memberikan label/stiker resiko jatuh pada rekam medis pasien 2) Tetap menerapkan intervensi untuk resiko jatuh tingkat rendah. 3) Melakukan pemantauan serta membantu pasien dalam menjalani aktivitas harian, meliputi: a) Mengawasi atau membantu pasien saat duduk di sekitar tempat tidur serta menjaga kebersihan diri sesuai kebutuhan 4) Menilai kembali kebutuhan pasien untuk: a) Melakukan rujukan atau konsultasi dengan fisioterapis apabila terdapat riwayat jatuh dan/atau gangguan mobilitas
Resiko Jatuh Tinggi	1) Penandaan: a) Memasang gelang sebagai indikator resiko jatuh b) Memberikan tanda bintang berwarna merah di pintu pasien c) Menempelkan stiker resiko jatuh pada rekam medis pasien

	2) Tetap melaksanakan intervensi resiko jatuh tingkat rendah dan sedang, dengan tambahan: a) Melakukan observasi setiap 60 menit, kecuali bila pasien menggunakan alarm tempat tidur/kursi yang aktif b) Saat memindahkan pasien, dilakukan dengan bantuan tenaga kesehatan atau perawat yang berpengalaman jika diperlukan 3) Melakukan evaluasi kebutuhan intervensi, mulai dari yang ringan hingga lebih ketat, meliputi: a) Memindahkan pasien ke ruangan yang lebih mudah dijangkau oleh tenaga perawatan b) Memberikan pengawasan selama 24 jam, baik melalui pendampingan individu maupun pemantauan terus-menerus oleh perawat c) Menerapkan restrain fisik hanya jika terdapat izin yang sah
--	---

(Tombong, 2023)

Pencegahan resiko jatuh dalam Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan kode (I.14540). Pencegahan jatuh merupakan tindakan yang dilakukan perawat untuk mengenali serta mengurangi resiko pasien mengalami jatuh yang disebabkan oleh perubahan kondisi fisik maupun psikologis.

Tabel 2. 3 Intervensi pencegahan resiko jatuh berdasarkan SIKI

Observasi	1. Mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan risiko jatuh, seperti usia lanjut, penurunan kesadaran, gangguan kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropati. 2. Melakukan penilaian risiko jatuh minimal satu kali setiap shift atau sesuai kebijakan rumah sakit. 3. Mengkaji kondisi lingkungan yang berpotensi menyebabkan jatuh, seperti lantai licin atau pencahayaan yang kurang memadai. 4. Menentukan tingkat risiko jatuh menggunakan instrumen penilaian yang sesuai, seperti Morse Fall Scale atau Humpty Dumpty Scale, bila diperlukan. 5. Memantau kemampuan pasien saat berpindah dari tempat tidur ke kursi roda maupun sebaliknya.
Terapeutik	1. Memberikan orientasi mengenai lingkungan ruangan kepada pasien dan keluarga. 2. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci. 3. Memasang pengaman samping (handrail) pada tempat tidur. 4. Mengatur posisi tempat tidur pada ketinggian terendah. 5. Menempatkan pasien dengan risiko jatuh tinggi di area yang mudah dipantau oleh perawat. 6. Menyediakan alat bantu mobilitasi sesuai kebutuhan, seperti kursi roda atau walker. 7. Meletakkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi	1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
---------	--

(PPNI, 2018)

2.2.3. Dokumentasi Manajemen Pencegahan Resiko Jatuh

Evaluasi pencegahan resiko jatuh merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan kepada pasien. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi, serta melihat apakah tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai, seperti tidak terjadinya kejadian jatuh, menurunnya tingkat resiko jatuh, serta meningkatnya keamanan pasien selama perawatan. Selain itu, evaluasi juga mencakup penilaian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan *Standart Opperationl Prosedur* pencegahan resiko jatuh (Sumantri, 2023).

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian penting yang tidak terpisahkan dari evaluasi pencegahan resiko jatuh. Dokumentasi adalah proses pencatatan secara sistematis mengenai kondisi pasien, hasil pengkajian, intervensi yang dilakukan, serta respon pasien terhadap tindakan yang diberikan (Herman et al., 2024; Susanto, 2024)

Selain itu, dokumentasi juga berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, bukti legal, serta indikator mutu pelayanan keperawatan. Kelengkapan dokumentasi pencegahan resiko jatuh menunjukkan kualitas pelayanan yang diberikan, di mana semakin baik dokumentasi yang dilakukan, maka semakin optimal pula upaya pencegahan yang diberikan kepada pasien (Oktavia & Dhamanti, 2026; Susanto, 2024)