

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

a. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah proses rumah sakit dalam memberikan pelayanan dalam memberikan pelayanan pasien yang aman termasuk dalam pengkajian risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko (UU 44/2009 tentang Rumah Sakit pasal 43 dalam KKPRS, 2015). Proses tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera akibat dari tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (Depkes R.I, 2008).

b. Standar Keselamatan Pasien

Berdasarkan “Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Departemen Kesehatan R.I 2006”, Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar yaitu :

- 1) Hak pasien
- 2) Mendidik pasien dan keluarga
- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
 - 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
 - 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- c. Tujuan Keselamatan Pasien menurut Departemen Kesehatan R.I (2006) adalah :
- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
 - 2) Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
 - 3) Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
 - 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan
- d. Sasaran Keselamatan Pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan R.I (2011) adalah :
- 1) Ketepatan identifikasi pasien
 - 2) Peningkatan komunikasi efektif
 - 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
 - 4) Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
 - 5) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - 6) Pengurangan pasien risiko jatuh

2. Kepatuhan Perawat

a. Pengertian Kepatuhan Perawat

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Patuh adalah suka menurut, taat pada perintah atau aturan, berdisiplin, patuh juga dapat diartikan suatu bentuk perilaku akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana beserta pelaksanaannya (Kemenkes R.I, 2012). Kepatuhan petugas professional perawat adalah sejauh mana perilaku seorang perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat atau pihak rumah sakit (Niven, 2002).

Kepatuhan Perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus ditaati (Notoadmojo dalam Arifianto, 2017). Kesimpulan dari penjelasan diatas Kepatuhan perawat adalah suatu perilaku tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam mengikuti aturan atau perintah yang telah disusun oleh pihak pimpinan (atasan) atau pihak institusi rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di suatu intitusi atau rumah sakit. Kepatuhan perawat juga memiliki peranan penting dalam keefektifan suatu aturan dalam tempat layanan kesehatan.

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Notoatmojo (2007), menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dibagi menjadi :

1) Faktor Pendorong

Faktor pendorong adalah suatu faktor yang mendorong perawat melakukan suatu kepatuhan yang berasal dari diri sendiri maupun lingkungan. Contoh agama yang dianut, faktor lingkungan atau geografi, faktor individu

2) Faktor Penguat (*Reinforcing*)

Dukungan dari berbagai pihak sangat dibutuhkan dalam memperkuat kepatuhan sebagai contoh dukungan dari teman sejawat maupun profesi lain mengenai standar prosedur sangat berguna dalam tingkat kepatuhan

3) Faktor Pemungkin (*Enabling*)

Fasilitas kesehatan yang dapat mempengaruhi suatu kepatuhan perawat, apabila fasilitas kesehatan lengkap maka tingkat kepatuhan perawat dapat meningkat.

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Niven (2008), antara lain :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar yang terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi diri.

2) Akomodasi

Akomodasi adalah salah satu usaha yang dilakukan untuk memahami kepribadian yang dapat mempengaruhi kepatuhan suatu individu.

3) Modifikasi Faktor Lingkungan Sosial

Dukungan keluarga sosial dan teman-teman dapat membantu kepatuhan, untuk membentuk suatu kepatuhan yang baik dibutuhkan suatu lingkungan yang harmonis dan positif untuk meningkatkan kepatuhan suatu individu.

4) Meningkatkan Interaksi Profesional Kesehatan dengan Klien

Meningkatkan interaksi profesional dengan teman sejawat dengan profesi lain maupun dengan pasien dapat mempengaruhi suatu tingkat kepatuhan, tingkat interaksi yang baik dapat berpengaruh terhadap kepatuhan yang tinggi pula.

5) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari proses penginderaan manusia. Azwar (2007) menyebutkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula tingkat kepatuhannya.

c. Variabel Tingkat Kepatuhan

Stundart dan Brunner (2002), membagi fariabel tingkat kepatuhan menjadi :

- 1) Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial ekonomi dan pendidikan.
- 2) Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
- 3) Variabel psikososial seperti intelegensi, keyakinan agama dan budaya.

d. Kriteria Kepatuhan

Departemen Kesehatan R.I (2004), menyebutkan kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga tingkat :

- 1) Patuh adalah suatu tindakan yang taat baik terhadap perintah aturan dan semua aturan maupun perintah tersebut dilakukan dengan benar.
- 2) Kurang patuh adalah tindakan yang melaksanakan perintah dan aturan hanya sebagian dari yang ditetapkan, dan dengan sepenuhnya namun tidak sempurna.
- 3) Tidak patuh adalah suatu tindakan mengabaikan atau tidak melaksanakan perintah atau aturan sama sekali.

3. Risiko

a. Pengertian Risiko

Risiko adalah kesempatan dari sesuatu yang memiliki dampak pada sesuatu (AS/NZS, 2004). Risiko juga dapat diartikan sebagai kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terciptanya manfaat atau mengikis manfaat yang telah ada. Risiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negatif dalam berbagai hal.

Menurut Vaughan dan Elliott (1978), Risiko adalah :

- 1) Potensi kerugian
- 2) Kemungkinan kerugian
- 3) Ketidakpastian
- 4) Penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan
- 5) Probabilitas bahwa suatu hasil berbeda dari yang diharapkan

b. Dampak dan Probabilitas Risiko

Menurut KKPRS (2015), dalam menentukan derajat risiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitasnya (frekuensi) berikut ini jenis-jenis dampak dan probailitas risiko menurut tingkatnya :

Tabel. 1 Tingkat Dampak dan Probabilitas Risiko

Tingkat Risiko	Dampak	Probabilitas (frekuensi)
Tidak signifikan	Tidak terdapat luka	Sangat jarang (>5 tahun)
Minor	Cidera ringan misal luka lecet (dapat diatasi dengan pertolongan pertama)	Jarang / <i>unlikely</i> (>2-5 tahun/kali)
Moderat	Cidera ringan misal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologi/intel ektual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cidera luas/berat misal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologi/intel ektual	Sering/ <i>likely</i> (beberapa kali/tahun)
Katastropik	Kematian tanpa berhubungan dengan perjalanan penyakit yang diderita pasien	Sangat sering/ <i>almost certain</i> (tiap minggu/bulan)

Sumber : KKPS (2015)

4. Pasien Jatuh

a. Pengertian Pasien Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian dengan hasil seorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai atau permukaan yang lebih rendah (WHO 2004 dalam Miake-Lye *et al*, 2013). Jatuh merupakan suatu yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dengan akibat seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004).

Jatuh memiliki definisi sebagai kejadian jatuh yang tidak disengaja dengan atau tidak terjadinya luka dengan hasil pasien terbaring dilantai atau terbaring diatas permukaan lain, atau orang lain atau objek lain (Weinberg, J *et al*, 2011). Apabila pasien jatuh dan berhasil berdiri atau kembali ketempat semula (tempat tidur, kursi, atau *commode*) itu hanya dapat disebut kejadian jatuh bila pasien terluka (Palomar Health, 2016).

Berdasar *Internasional Classification of Diseases 9 Clinical Modifications (ICD-9-CM)*, mengkategorikan jatuh menggunakan beberapa *code*, yang mana semuanya memiliki pengertian yang luas; tidak sengaja menabrak benda yang bergerak disebabkan keramaian yang dapat menyebabkan jatuh, jatuh pada atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat yang sama dari tabrakan, tekanan, atau saling dorong dengan orang lain, bahkan jatuh dapat

diartikan sebagai jatuh dari atau keluar gedung atau bangunan lainnya. Berdasar *ICSI* (2012), jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala :

- 1) Tidak terindikasi pasien terdapat luka akibat jatuh.
- 2) Terdapat indikasi Minor seperti bruises atau lecet akibat jatuh.
- 3) Terdapat indikasi Sedang dengan *line displacement*, fraktur, letresi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
- 4) Indikasi Berat luka jatuh yang mengancam jiwa dan membutuhkan operasi atau pemindahan ke dalam ICU.
- 5) Meninggal akibat luka yang disebabkan oleh pasien jatuh.

b. Tipe-tipe Pasien Jatuh

Menurut *Palomar Health Fall Prevention and Managemet* (2016); Jenice (2009), jatuh dibedakan menjadi :

1) *Physiologic Falls*

Jatuh yang disebabkan oleh satu atau lebih dari faktor intrinsik fisik, dimana terdapat dua jenis *Physiologic fall* yaitu yang dapat dicegah seperti dimensia, kehilangan kesadaran, kehilangan keseimbangan, efek obat, delirium, postural hipertensi dan yang tidak dapat dicegah seperti stroke, TIA (*Transient Ischaemic Attack*), MI (*Myocardial Infarction*), disritmia, seizure.

2) *Accidental Falls*

Accidental falls terjadi bukan karena faktor fisik melainkan akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan penilaian strategi dan desain untuk memastikan lingkungan aman bagi pasien (Jenice, 2009). Contoh hal-hal yang menyebabkan jatuh seperti terpeleset karena lantai licin akibat air atau urin.

Pasien berisiko jatuh saat menggunakan Intravena sebagai pegangan saat berjalan dapat juga pasien terjatuh saat mencoba naik ke tempat tidur atau dapat terjadi saat pasien berusaha meraih barang yang ada disekatnya.

3) *Unanticipated Falls*

Jatuh yang masih berhubungan dengan kondisi fisik, tapi terjadi karena kondisi yang tidak bisa diprediksi sebelumnya. Tindakan pencegahan pada tipe ini hanya dapat dilakukan setelah terjadi jatuh, dengan cara menganalisis dan mencari pencegahan yang tepat. Contoh dari kondisi fisik yang tidak dapat diprediksi meliputi pingsan dan kondisi fraktur patologis pada pinggul.

Kejadian jatuh seperti ini dapat terulang dengan kondisi dan sebab yang sama, oleh karena itu perhatian perawat adalah dengan cara mencegah jatuh untuk kedua kalinya atau mencegah pasien luka saat jatuh lagi (Jenice, 2009).

4) *Intentional Falls*

Kejadian jatuh yang disengaja berdasarkan alasan tertentu atau tujuan tertentu contohnya jatuh untuk mendapatkan perhatian atau jatuh untuk mengurangi nyeri atau berjongkok.

c. Faktor Penyebab Pasien Jatuh

Chun Ruby (2017); Pearson & Andrew (2011), menyertakan bahwa faktor risiko jatuh dibagi menjadi faktor intrinsik (*Patient-related risk factors*) dan faktor ekstrinsik (*Healthcare factors related to falls*) seperti yang dijelaskan berikut :

1) Faktor Intrinsik (*Patient-Related Risk Factors*)

Faktor risiko yang berasal dari dalam tubuh pasien biasanya berasal dari penyakit yang menyertai pasien seperti :

a) Gangguan sensori dan Gangguan neurologi

Gangguan sensori dapat menurunkan kemampuan seseorang dalam menilai dan mengantisipasi bahaya yang terdapat di lingkungannya. Gangguan ini biasa terjadi pada golongan usia dewasa-tua dimana perlemahan dan memburuknya penglihatan karena usia secara signifikan dapat meningkatkan risiko dari jatuh.

Hasil studi yang dilakukan Skalska *et al.*, pada golongan umur responden (55-59 dan > 65 tahun) didapatkan hasil insiden jatuh yang tinggi memiliki hubungan dengan

gangguan pengelihatan dan pendengaran, dengan kata lain semakin tinggi gangguan pengelihatan dan pendengaran yang dialami maka semakin tinggi pula risiko jatuh yang terjadi. Pasien dengan gangguan neurologi seperti pingsan dan penurunan kesadaran dapat menyebabkan pasien mendadak jatuh sehingga pasien perlu dibutuhkan pengawasan dan observasi khusus secara terus-menerus.

b) Gangguan kognitif

Dimensia, delirium, dan penyakit perkinson memiliki hubungan yang jelas dengan risiko terjadinya jatuh terutama saat perilaku agitasi dan berkeliaran muncul. Selain itu penurunan kognitif dan kognisi secara umum dapat mempercepat risiko jatuh pada pasien dewasa tua tanpa penyakit delirium atau tanpa penyakit dimensia (Feil dan Gardner, 2012).

c) Gaya berjalan dan Gangguan keseimbangan

Gangguan berjalan dan keseimbangan sangat sering terjadi pada lansia karena proses alami dari penuaan. Proses tersebut menyebabkan penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan penurunan kelenturan sendi. Selain proses penuaan riwayat berjalan berjongkok dan menggunakan tongkat juga dapat meningkatkan risiko

dari jatuh, penyakit stroke dapat menjadi salah satu penyebab gangguan keseimbangan, hal tersebut karena pasien mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan pasien sulit berjalan atau bergerak.

d) Gangguan urinaria

Gangguan ini dapat menyebabkan pasien lebih sering keluar-masuk menuju kamar mandi, sehingga meningkatkan risiko jatuh pada pasien. Contoh gangguan urinaria adalah : menurunkan gejala saluran kemih pada pria, inkontinesia urinaria yang bersifat neurologis, dan gejala saluran kemih pada perempuan (NICE, 2017).

e) Pengobatan

Banyak pasien tidak memahami pemakaian berbagai macam obat dapat meningkatkan risiko jatuh. Pasien dengan pemakaian obat antihipertensi dan psikiatrik lebih sering terjadi jatuh (Majkusova & Jarosova, 2014). Pengobatan kardiovaskular seperti deuretik dan antihipertensi dapat mengakibatkan efek samping hipotensi yang dapat menyebabkan pasien jatuh.

2) Faktor Ektrinsik (*Healthcare Factors Related to Falls*)

Faktor ini sebagian besar terjadi karena kondisi bahaya dari lingkungan atau tempat atau ruangan di mana pasien dirawat, seperti :

a) Kondisi lingkungan pasien

Pencahayaan ruangan yang kurang terang, lantai licin, tempat berpegangan yang tidak kuat atau tidak stabil atau terletak dibawah, tempat tidur yang tinggi, WC yang rendah atau berjongkok, obat-obatan yang diminum dan alat-alat bantu berjalan dapat meningkatkan risiko dari jatuh (Darmojo, 2004).

b) Lampu panggilan dan Alarm kursi atau tempat tidur

Lampu panggilan dan alarm kursi atau tempat tidur berperan penting dalam pencegahan pasien jatuh karena pasien yang ingin menuju kamar mandi dapat memberitahu perawat melalui alarm yang tersedia untuk segera dibantu.

c) Tenaga profesional kesehatan dan sistem pelayanan

Selain kondisi lingkungan yang membahayakan pasien, sistem dari pelayanan kesehatan juga berpengaruh terhadap terjadinya pasien jatuh. Severo *et al* (2014), menyebutkan salah faktor ektrinsik jatuh adalah tatanan

rumah sakit dan proses kesehatan profesional kesehatan khususnya dalam keperawatan.

d. Dampak Pasien Jatuh

Banyak dampak yang disebabkan karena insiden dari jatuh contoh dampak pasien jatuh sebagai berikut :

1) Dampak Fisiologis

Dampak fisik yang disebabkan oleh jatuh berupa lecet, memar, luka sobek, fraktur, cedera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal jatuh dapat mengakibatkan kematian.

2) Dampak Psikologis

Jatuh yang tidak menimbulkan dampak fisik dapat memicu dampak psikologis seperti; ketakutan, *anxiety*, *distress*, depresi, dan dapat mengurangi aktivitas fisik (Miake-Lye *et al*, 2013).

3) Dampak finansial

Pasien yang mengalami jatuh pada unit rawat inap dapat menambah biaya perawatan, hal tersebut karena jatuh dapat menyebabkan luka pada pasien.

5. Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh

Pengkajian pasien dengan risiko jatuh dapat dilakukan dengan *multifactorial assessment* dalam jangka waktu pasien dirawat. Tindakan yang dilaksanakan dalam pengkajian multifaktor adalah dengan mengkaji masalah kognitif pasien, masalah urinaria pasien, riwayat jatuh, akibat dari jatuh, mengawasi sandal yang dipakai pasien

(licin atau hilang), masalah kesehatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, pengobatan yang sedang dijalani, masalah keseimbangan, masalah pergerakan pasien, sindrome sincope, dan gangguan pengelihatannya yang diderita oleh pasien.

Selain itu, pengkajian lingkungan dimana pasien dirawat memiliki bagian penting dalam risiko dari insiden pasien jatuh. Terdapat berbagai jenis alat pengkajian risiko jatuh yang telah dibuat, salah satunya dengan *Morse Fall Scale (MFS)* yang dipakai dalam mengidentifikasi risiko pasien jatuh orang dewasa di RSUD Wates.

a. *Morse Fall Scale (MFS)*

Morse Fall Score Adalah metode cepat dan simpel untuk melakukan pengkajian pasien yang memiliki kemungkinan jatuh atau risiko jatuh dan digunakan untuk melakukan penilaian kepada pasien umur ≥ 16 tahun. *MFS* memiliki 6 variabel yaitu :

1) Riwayat jatuh :

Bila terdapat riwayat jatuh saat ini atau sebelum 3 bulan beri skor 25, bila tidak beri skor 0.

2) Diagnosa sekunder :

Bila pasien memiliki lebih dari 1 diagnosa medis maka beri skor 15, bila tidak beri skor 0.

3) Alat bantu :

Bila pasien *bed rest* atau butuh bantuan perawat untuk berpindah beri skor 0, bila pasien membutuhkan tongkat, cane,

atau alat penompang untuk berjalan berikan skor 15, dan bila pasien berjalan berpegangan pada perabotan yang ada seperti meja atau kursi berikan skor 30.

4) Terpasang infus :

Bila terpasang infus beri skor 20, dan bila tidak beri skor 0.

5) Gaya berjalan :

Bila pasien memiliki gangguan gaya berjalan seperti kesulitan bangun, kepala menunduk, atau berjalan tidak seimbang beri skor 20, bila gaya berjalan pasien lemah tanpa kehilangan keseimbangan beri skor 10, dan bila pasien berjalan dengan normal beri skor 0.

6) Status mental :

Bila pasien memiliki over-estimasi terhadap kemampuan tubuhnya beri skor 15, dan bila pasien menyadari kemampuan fisik dan tidak memaksakan beri skor 0.

Hasil interpretasi dari *MFS* dikategorikan menjadi; tidak berisiko (*No Risk*) dengan skor *MFS* sebesar 0-24, pasien berisiko rendah (*Low Risk*) dengan skor *MFS* sebesar 25-44, sedangkan pasien berisiko tinggi jatuh (*High Risk*) memiliki skor *MFS* ≥ 45 .

Setiap skor *MFS* memiliki tindakan yang berbeda, pada pasien tanpa risiko jatuh tindakan yang dilakukan adalah cukup melaksanakan tindakan keperawatan dasar, pada pasien dengan risiko rendah jatuh dilakukan tindakan implementasi standar

pengecahan pasien jatuh, dan untuk pasien dengan risiko tinggi jatuh perlu dilakukan implementasi yang lebih intens dalam pengecahan pasien jatuh. Berikut adalah tabel *MFS* dan Hasil interpretasi dari *MFS* :

Tabel. 2 *Morse Fall Score (MFS)* :

Faktor risiko	Skala	Skor
1. Riwayat Jatuh; Dalam waktu 3 bulan	Tidak	0
	Ya	25
2. Diagnosa Sekunder	Tidak	0
	Ya	15
3. Alat Bantu	Bed rest/bantuan perawat	0
	Tongkat/kruk/tripoid	15
	Kursi/perabot	30
4. IV/Heparin /Pengencer darah	Tidak	0
	Ya	20
5. Gaya Berjalan	Normal/bedrest/kursi roda	0
	Lemah	10
	Terganggu	25
6. Status Mental	Menyadari kemampuan	0
	Lupa keterbatasan/pelupa	15

Tabel. 3 Interpretasi MFS :

Level risiko	MFS Skor	Tatalaksana
Tidak ada	0 – 24	<i>Good Basic Nursing Care</i>
Risiko Rendah	25 – 44	Tindakan Intervensi Pencegahan Standar
Risiko Tinggi	≥ 45	Tindakan Intervensi Pencegahan Risiko Tinggi Jatuh

b. Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Pearson & Andrew (2011), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas toileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan; dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasie jatuh.

Intervensi dalam mencegah terjadinya pasien jatuh dimulai dengan melakukan asesmen risiko jatuh *Morse Fall Scale (MFS)*. Hasil dari penilaian *MFS* dilanjutkan dengan prosedur intervensi sesuai dengan tinggi rendahnya skor *MFS* yang muncul. Menurut Ziolkowski dari *Departement of Helath and Human Service St. Joseph Health Petaluna Valley* (2014), Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi :

1) Intervensi Risiko Rendah

- a) Intervensi lanjutan akan dilakukan pada semua pasien rawat inap.
- b) Orientasi pasien/keluarga dengan lingkungan dan kegiatan rutin.
- c) Tempatkan lampu panggilan (alarm pemberitahuan) dalam jangkauan dan mengingatkan pasien untuk meminta bantuan.
- d) Pastikan tempat tidur pasien dalam posisi rendah dan terkunci.
- e) Bed alarm diaktifkan pada semua pasien saat pasien tidur (selain unit kelahiran anak) kecuali pasien menolak.
- f) Dekatkan barang-barang pasien dalam jangkauan.
- g) Menyediakan alas kaki anti selip yang dibutuhkan pasien untuk berjalan.
- h) Minimalkan pasien berjalan atau bahaya tergelincir.
- i) Kunjungi pasien lebih sering (setiap jam) dan nilai keamanan dan kenyamanan pasien.
- j) Pertimbangkan pencahayaan tambahan.

2) Intervensi Risiko Tinggi atau Sedang

- a) Identifikasi secara visual pasien dengan memasang gelang kuning pada pergelangan tangan.

- b) Pertimbangkan penempatan ruangan pasien pada area dengan visibilitas tinggi atau dekat dengan ruang jaga perawat.
- c) Monitor pasien dan ruangan untuk keamanan kira-kira setiap satu jam. Tempatkan lampu panggilan dan secara terus-menerus menempatan barang pribadi dalam jangkauan pasien.
- d) Rintis *Fall Risk Care Plan*; Sebuah rencana perawatan yang dikembangkan dengan intervensi tepat sesuai kebutuhan pasien.
- e) Aktifkan alarm bed sepanjang waktu saat pasien di tempat tidur. Pastikan bed terhubung dengan sistem lampu panggilan juga pasang alarm pada kursi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- f) Awasi pasien secara langsung (dengan observasi visual) saat menuju kamar mandi atau kamar kecil.
- g) Bantu pasien dengan atau pengawasan semua transfer dan *ambulatory* menggunakan *gait belt* dan alat bantu jalan lainnya.
- h) Jika pasien menunjukkan sikap impulsif, memiliki risiko jatuh sedang atau tinggi atau riwayat jatuh, mungkin dibutuhkan tempat tidur khusus dengan tambahan tikar

atau matras pada sisi tempat tidurnya untuk mencegah bahaya sekunder dari jatuh.

- i) Sediakan dan review (ulangi) edukasi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan risiko sedang atau tinggi jatuh dengan luka memerlukan tindakan pencegahan yang lebih intensif untuk menjaga keselamatan dan keamanan pasien, tindakan intervensi tersebut menurut *American Hospital Association* (2014), adalah :

- 1) Meningkatkan intensitas dan kualitas observasi

Pasien dengan risiko tinggi cedera membutuhkan lebih banyak frekuensi observasi dari pada pasien dengan tingkat yang lebih rendah. Dalam meningkatkan observasi pasien gagasan yang perlu diubah adalah dengan meningkatkan obeservasi secara langsung kepada pasien seperti :

- a) Dorong dan beri semangat kepada anggota keluarga untuk mendampingi pasien kapanpun sebisanya.
- b) Tempatkan pasien dengan risiko tinggi jatuh berdekatan dengan ruangan perawat dan pada kondisi yang lebih terlihat oleh staf rumah sakit, idealnya dalam satu garis pandang.
- c) Datang keruangan pasien dengan lebih sering setiap 1-2 jam dalam satu hari.

d) Kembangkan atau sarankan penggunaan jadwal toileting kepada pasien.

2) Buat adaptasi lingkungan dan sediakan alat pribadi untuk mengurangi risiko jatuh dengan luka

Adaptasi lingkungan dapat disediakan untuk melindungi pasien dari jatuh dan mengurangi risiko cedera, dan harus sejajar dengan level risiko pasien jatuh. Untuk beberapa pasien intervensi khusus atau intensif mungkin diperlukan. Beberapa hal yang dapat meminimalkan pasien jatuh seperti :

- a) Sediakan tempat anti selip atau sandal anti selip, tambahkan tikar empuk di sebelah tempat tidur pasien saat pasien istirahat.
- b) Tempatkan perangkat alat bantu seperti alat bantu jalan atau transfer bar di sisi bagian keluar tempat tidur.
- c) Gunakan lampu malam untuk memastikan ruangan dapat terlihat setiap saat.
- d) Gunakan alarm kasur atau kursi untuk memperingatkan staf secara cepat bila pasien bergerak.
- e) Biarkan kasur pada seting paling rendah.
- f) Ciptakan ruangan risiko tinggi jatuh khusus dengan modifikasi ruangan seperti perabotan dengan ujung bulat tidak lancip dan kamar mandi dengan toilet duduk yang

ditinggikan, dan pasang pengangan tangan di sekitar kamar mandi.

- 3) Tetapkan intervensi untuk mengurangi efek samping dari pengobatan

Banyak obat yang dapat meningkatkan risiko jatuh dan risiko cedera karena jatuh, biasanya terjadi karena poli-farmasi, khususnya pada pasien usia lanjut, dan menimbulkan banyak efek samping, termasuk jatuh dan jatuh dengan cedera. Intervensi yang perlu dilakukan adalah dengan melakukan *safer management medication* sebagai berikut :

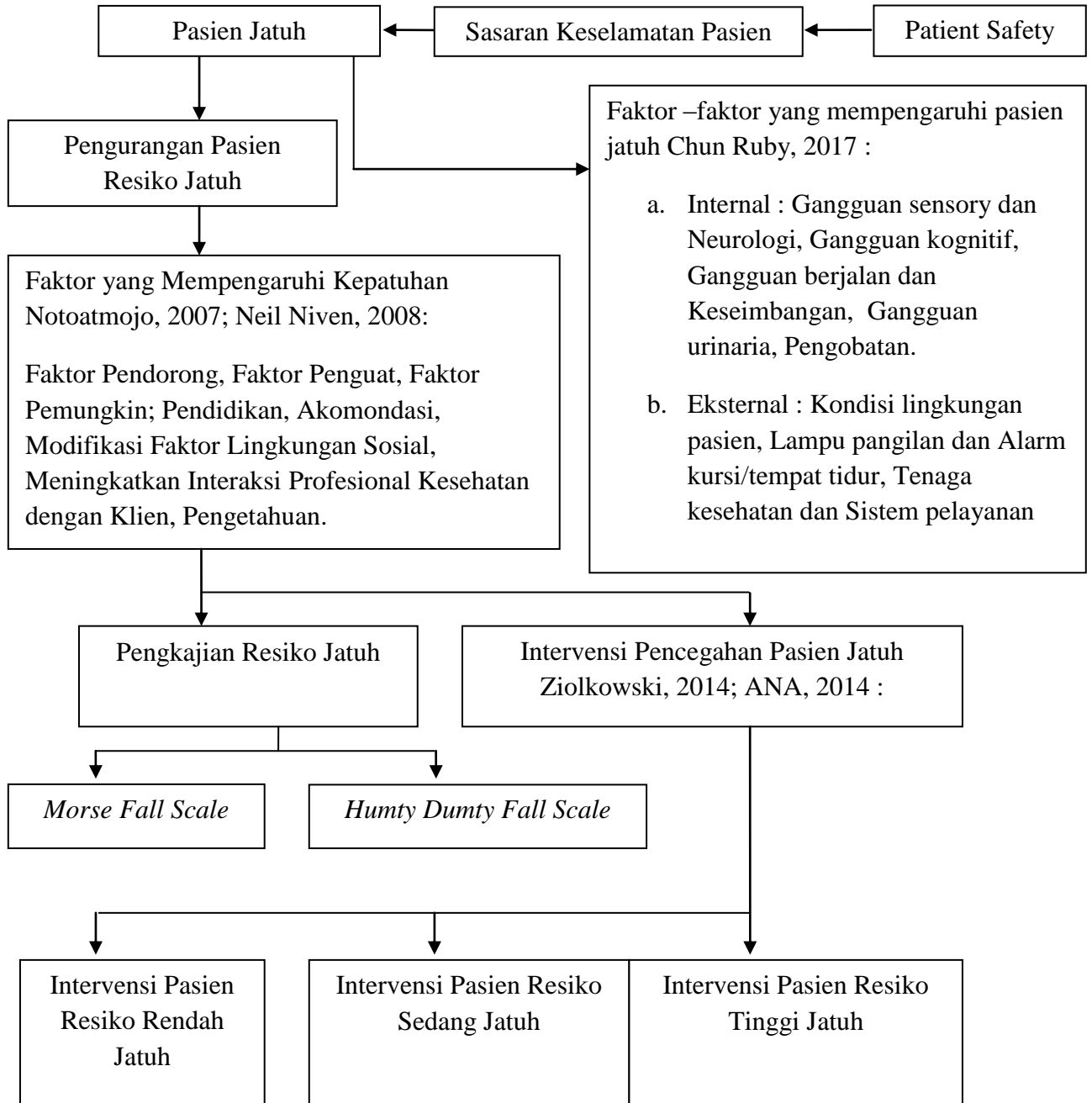
- a) Kaji ulang obat yang digunakan pasien dengan risiko tinggi jatuh dan hilangkan atau ganti obat yang dapat meningkatkan risiko terjadinya jatuh.
 - b) Pertimbangkan penggunaan kriteria *Beers (ix)* untuk mengidentifikasi ketidak tepatan pengobatan pada lansia.
 - c) Tanyakan kepada farmasis tentang rekomendasi alternatif obat lain.
- 4) Sesuaikan intervensi untuk pasien dengan risiko tinggi cedera serius atau luka parah karena jatuh dalam perbaikan rencana

Dalam rangka menyesuaikan tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh, pengkajian risiko harus dilakukan secara rutin dan dapat diandalkan. Jika risiko tidak dikaji lalu kesempatan untuk mengimplementasikan pencegahan tidak dilakukan,

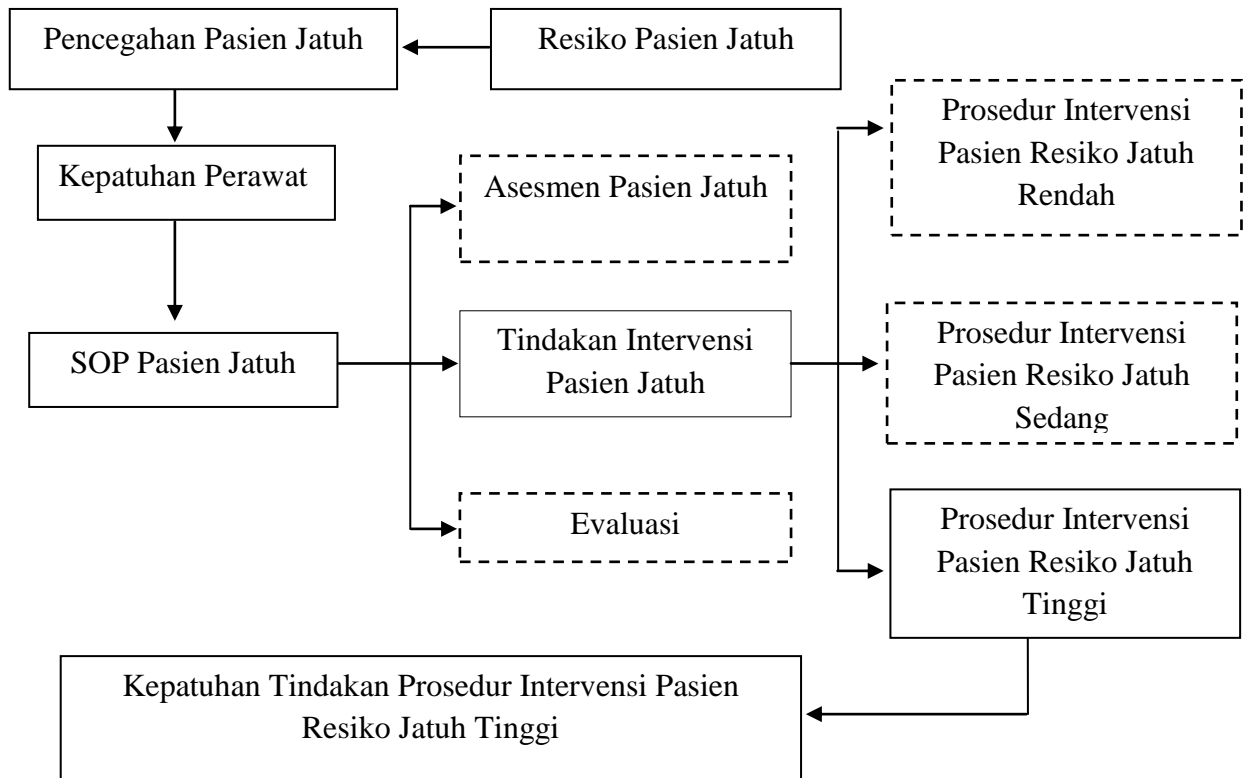
maka hal tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya pasien jatuh bahkan pasien jaruh dengan cedera.

Pengkajian harus dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk, setiap kali pasien memiliki perubahan status, dan setidaknya setiap hari (jika tidak dilakukan setiap shift). Hasil dari pengkajian lengkap harus menghasilkan intervensi yang disesuaikan dengan beberapa arahan yang diperlukan.

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Keterangan :

———— : Diteliti

----- : Tidak Diteliti