

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Definisi Keselamatan Pasien

Menurut *Institute Of Medicine* atau IOM, keselamatan pasien diartikan sebagai layanan yang tidak mencederai atau merugikan pasien dapat juga disebut *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* atau cedera yang tidak disengaja disebabkan karena kesalahan yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Melaksanakan tindakan yang salah atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil juga akan mengakibatkan *Accidental Injury*. *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan.

Rumah sakit membuat sistem asuhan keselamatan pasien agar lebih aman yang meliputi penilaian risiko,

identifikasi dan pengelolaan hal-hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis kejadian, kemampuan belajar dari kejadian dan tindak lanjutnya serta implementasi mengenai solusi yang bertujuan untuk meminimalkan timbulnya risiko dalam melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil (PERMENKES RI, 2011).

2. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Program sasaran keselamatan pasien mengacu pada *nine saving safety solution* dari WHO *patient safety* 2007 yang digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari JCI yang merupakan badan dunia yang pertama kali terakreditasi oleh *International Standart Quality* yang menjadikan sasaran keselamatan pasien menjadi salah satu tolak ukur dalam akreditasi (Elizabeth dan Lusiana, 2013).

Menurut PERMENKES, 2011 setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien yang meliputi :

a. Hak Pasien

Informasi tentang rencana dan hasil pelayanan perlu disampaikan kepada pasien dan keluarga karena merupakan hak pasien dan keluarga untuk mencegah kemungkinan terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan.

b. Mendidik pasien dan keluarganya

Kewajiban dan tanggung jawab rumah sakit adalah mendidik pasien dan keluarga pasien dalam asuhan pasien.

c. Pasien berhak mendapatkan keselamatan dalam kesinambungan pelayanan.

d. Evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien menggunakan metode peningkatan kerja.

e. Kepemimpinan berperan untuk meningkatkan keselamatan pasien meliputi yaitu:

(1) Implementasi program keselamatan pasien telah diintegrasikan dalam organisasi melalui

penerapan “Tujuh langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit” yang didorong dan dijamin oleh pimpinan.

- (2) Program proaktif dalam mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program mengurangi Kejadian yang Tidak Diharapkan dijamin oleh pimpinan.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

- (1) Proses pendidikan, pelatihan dan orientasi dimiliki oleh rumah sakit bagi setiap jabatan yang mencakup hubungan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- (2) Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan diselenggarakan rumah sakit dalam meningkatkan kemampuan staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

- (1) Proses manajemen informasi keselamatan pasien dalam memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal direncanakan dan didesign oleh rumah sakit.
- (2) Pengiriman data dan informasi harus tepat waktu dan teliti.

3. Tujuan Program Keselamatan Pasien

Tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit adalah:

- a. Rumah sakit menciptakan budaya keselamatan pasien.
- b. Meningkatkan pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat .
- c. Kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit harus diturunkan.
- d. Melaksanakan program-program pencegahan agar tidak terulang kembali kejadian yang tidak diharapkan (KKP-RS, 2011).

Tujuh langkah keselamatan pasien harus dijalankan di setiap rumah sakit yang dicanangkan oleh Komite Keselamatan Pasien yang membentuk persatuan rumah sakit pada tahun 2008 yang bertujuan untuk mencapai tujuan keselamatan pasien, yaitu:

- a. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil dan membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien (KPP-RS, 2011).
- b. Staf harus dipimpin dan didukung, membangun komitmen dan fokus harus dibangun agar kuat dan jelas mengenai keselamatan pasien (KPP-RS, 2011).
- c. Aktivitas pengelolaan risiko harus diintegrasikan. mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi penilaian hal yang paling bermasalah (KPP-RS, 2011).
- d. Sistem pelaporan dikembangkan. Staf dipastikan supaya dengan mudah dapat melaporkan

kejadian, serta pelaporan diatur oleh rumah sakit pada KKP-RS (KPP-RS, 2011).

- e. Pasien dilibatkan dalam berkomunikasi. Cara-cara komunikasi terbuka harus dikembangkan dengan pasien (KPP-RS, 2011).
- f. Harus belajar dan berbagi pengalaman mengenai keselamatan pasien. Staf di beri motivasi untuk melakukan analisis akar masalah agar belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu bisa terjadi (KPP-RS, 2011).
- g. Mencegah terjadinya cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Melakukan perubahan pada sistem pelayanan digunakan informasi yang ada untuk mengatasi kejadian atau masalah (KPP-RS, 2011).

4. Lima prinsip keselamatan pasien

Ada lima prinsip untuk merancang sistem keselamatan di organisasi kesehatan yakni:

a. Prinsip 1 : *Provide Leadership* meliputi :

- (1) Menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama atau prioritas.
- (2) Menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggungjawab bersama
- (3) Menunjuk atau menugaskan seseorang yang bertanggungjawab untuk program keselamatan.
- (4) Menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis *error* dan *redesign* sistem.
- (5) Mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi “*unsafe*” dokter.

b. Prinsip 2 : Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses yakni :

- (1) *Design job for safety*.
- (2) Menyederhanakan proses.
- (3) Membuat standar proses.

c. Prinsip 3 : Mengembangkan tim yang efektif.

d. Prinsip 4 : Antisipasi untuk kejadian tak terduga:

- (1) Pendekatan proaktif.
 - (2) Menyediakan antidotum.
 - (3) *Training* simulasi.
- e. Prinsip 5 : Menciptakan atmosfer “*Learning*” (Kohn *et al*, 2000).

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan suatu syarat yang diterapkan pada semua rumah sakit yang akan diakreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit yang mengacu pada *nine life saving patient safety solutions* dari WHO *patient safety* 2007 digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan *joint commission international* atau JCI (2011). Sasaran keselamatan pasien juga tertuang dalam PERMENKES RI No. 1691/MENKES/PER/VII/2011 menyebutkan sasaran keselamatan pasien antara lain:

- a. Ketepatan identifikasi pasien.
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif.
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
- e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh.

6. Pengetahuan Perawat tentang Patient Safety

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tentang *patient safety* mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan.

Pengetahuan perawat tentang *patient safety* sangat penting untuk mendorong pelaksanaan program *patient safety*. Perawat harus mengetahui pengertian *patient safety*, unsur-unsur yang ada dalam *patient safety*, tujuan

patient safety, upaya *patient safety* serta perlindungan diri selama kerja. Program *patient safety* merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Di dalam sistem tersebut meliputi penilaian risiko seperti risiko jatuh atau infeksi silang, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, komunikasi efektif, pelaporan dan analisis insiden atau kejadian tidak diharapkan, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (DepKes RI, 2006).

Secara rinci untuk mengukur pengetahuan seorang Bloom mengemukakan *cognitive domain* terdiri dari enam tingkat (Ngatimin, 1996):

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini atau mengingat kembali (*recall*)

terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rancangan yang diterima.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan dan menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan bergizi.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*Problem Solving Cycle*) di

dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan dalam memperluas materi, namun masih terdapat di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih saling berhubungan satu dengan yang lainnya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis tertuju pada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian yang didalamnya membentuk suatu keseluruhan yang baru. Dalam arti lain sintesis merupakan suatu kemampuan yang bertujuan untuk menyusun rumusan baru dari rumus-rumus yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek berhubungan dengan evaluasi. Suatu kriteria dapat ditentukan sendiri, atau dapat menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada melalui

penilaian-penilaian. Misalnya dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi.

Pengukuran penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari responden atau subjek penelitian (Ngatimin, 1996).

Pengetahuan perawat yaitu kemampuan perawat dalam mengaplikasikan ilmunya dalam tugasnya sebagai petugas pelayanan kesehatan. Pengetahuan perawat merupakan faktor utama mempengaruhi perilaku dan kinerja perawat (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan personal mengintergrasikan dan menganalisis situasi interpersonal terbaru dengan pengalaman masa lalu dan pengetahuan. Semakin banyak pengalaman semakin bertambah pengetahuan perawat tentang diri mereka sendiri, pola kesehatan klien mereka, kemampuan mereka untuk menginterpretasikan informasi

tertentu dan melakukan tindakan. Program *patient safety* tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dan meningkatkan pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (DepKes RI, 2006).

7. Kemampuan Perawat

Kemampuan sebagai suatu dasar seseorang yang dengan sendirinya berkaitan dengan pelaksanaan pekerjaan secara efektif atau sangat berhasil (Anggita M.Sinaga dan Sri Hadiati, 2001). Pada dasarnya kemampuan terdiri atas dua kelompok faktor yaitu:

- a. Kemampuan intelektual (*Intellectual Ability*) yaitu kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktifitas mental-berfikir, menalar dan memecahkan masalah.

b. Kemampuan fisik (*Physical Ability*) yaitu kemampuan melakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan, dan karakteristik serupa (Robbin,2007).

Ada 3 jenis kemampuan dasar yang harus dimiliki untuk mendukung seseorang dalam melaksanakan pekerjaan atau tugas, sehingga tercapai hasil yang maksimal (Robert R.Katz, dalam Moenir 2008), yaitu:

a. *Technical Skill* (Kemampuan Teknis)

Adalah pengetahuan dan penguasaan kegiatan yang bersangkutan dengan cara proses dan prosedur yang menyangkut pekerjaan dan alat-alat kerja.

b. *Human Skill* (Kemampuan bersifat manusiawi)

Adalah kemampuan untuk bekerja dalam kelompok suasana di mana organisasi merasa aman dan bebas untuk menyampaikan masalah.

8. Kepatuhan

Kata kepatuhan berasal dari kata patuh yang berarti taat, suka menurut dan disiplin terhadap perintah, aturan, dan sebagainya (Dewi, 2009). Disiplin adalah ketaatan dan kesetiaan seseorang atau sekelompok orang pada peraturan-peraturan, norma-norma, instruksi dan lain-lain yang dinyatakan berlaku untuk orang atau sekelompok (Sukardi, 1998).

Kepatuhan adalah merupakan bagian dari komitmen, sedangkan komitmen adalah kesungguhan untuk menerapkan nilai-nilai yang disepakati dalam pola pikir, sikap dan tindakan (Desler, 1994). Kepatuhan adalah perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi. Kepatuhan merupakan suatu bentuk perilaku manusia yang taat pada aturan, perintah yang telah ditetapkan, prosedur dan disiplin yang harus dijalankan. Green dan Kreuter (2000) mengatakan kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor

perilaku yang merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman maupun interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Kepatuhan merupakan salah satu bentuk perilaku yang dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal.

Tahap kepatuhan (*compliance*) dimulai dari individu yang mematuhi anjuran atau intruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut, kemudian mereka melakukannya karena ingin menghindari hukuman atau sanksi apabila dia tidak patuh, atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan apabila tidak mematuhi anjuran tersebut. Perubahan sikap dan perilaku individu ini dimulai dari tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian baru menjadi internalisasi. Perubahan perilaku yang bersifat sementara dihasilkan dari *compliance* yang terbukti dari berbagai studi, dan individu cenderung kembali pada pandangan atau perilakunya yang pada awal jika pengawasan kelompok

mengendur atau jika pindah dari kelompoknya (Smet, 1997).

Kepatuhan dipengaruhi oleh faktor-faktor yaitu segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga kepatuhan tidak mampu lagi dipertahankan oleh penderita, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh, adapun kepatuhan dipengaruhi oleh faktor-faktor diantaranya:

a. Pemahaman intruksi

Seorang tidak mematuhi intruksi jika dia salah paham tentang intruksi yang diberikan padanya. Mewawancarai sebanyak lebih dari 60% setelah bertemu dengan dokter mereka salah mengerti dengan intruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini terjadi karena disebabkan kegagalan profesional dalam memberikan informasi kurang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis yang kurang dimengerti dan intruksi yang diberikan banyak yang harus diingat oleh penderita.

b. Tingkat pendidikan

Kepatuhan dapat ditingkatkan pada tingkat pendidikan, bahwa sepanjang pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, melalui tahapan-tahapan tertentu, maka semakin tua usia seseorang maka proses perkembangan mentalnya semakin baik. Namun tidak terjadi pada semua usia. Pada usia tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor usia akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada usia-usia tertentu dan kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu akan menurun seiring dengan usia semakin lanjut. Tingkat pendidikan yang rendah ditunjang dengan adanya hal ini (Carpenito, 2000).

c. Keyakinan, sikap, dan kepribadian

Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah orang yang

mengalami depresi, cemas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan sangat individual. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Ketidapatuhan juga diramalkan menggunakan variabel-variabel demografis (Carpenito, 2000).

d. Dukungan sosial

Faktor penting dalam kepatuhan termasuk didalamnya dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional yang berasal dari anggota keluarga dan teman (Carpenito, 2000).

9. Pengertian Jatuh

a. Jatuh

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).

b. Risiko Jatuh

Risiko jatuh (*risk for fall*) merupakan diagnosa keperawatan berdasarkan *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), yang didefinisikan sebagai peningkatan kemungkinan terjadinya jatuh yang dapat menyebabkan cedera fisik (Wilkinson, 2005).

c. Faktor Resiko

Faktor risiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori:

- (1) Faktor Intrinsik: berhubungan dengan kondisi pasien, termasuk kondisi psikologis.
- (2) Faktor Ekstrinsik: berhubungan dengan lingkungan.

Selain itu, faktor risiko juga dapat dikelompokkan menjadi kategori dapat diperkirakan (*anticipated*) dan tidak dapat diperkirakan (*unanticipated*). Faktor tersebut adalah:

- (1) Faktor yang dapat diperkirakan :

a. Faktor Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien): Riwayat jatuh sebelumnya, inkontinensia, gangguan kognitif/psikologis, gangguan keseimbangan/mobilitas, usia > 65 tahun, osteoporosis, status kesehatan yang buruk, gangguan muskuloskeletal.

b. Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan): lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas, Alas kaki tidak pas,udukan toilet yang rendah, kursi atau tempat tidur berada, rawat inap berkepanjangan, peralatan yang tidak aman, peralatan rusak, tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi.

(2) Faktor yang tidak dapat diperkirakan

a. Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien) adalah kejang, aritmia jantung, stroke atau serangan iskemik sementara (*transient*

ischaemic attack - TIA), pingsan, serangan jantung (*drop attack*) dan penyakit kronis.

- b. Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan) adalah reaksi individu terhadap obat-obatan.

d. 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 (setiap hari).
3. Melakukan asesmen yang berkesinambungan terhadap pasien yang berisiko jatuh dengan menggunakan Asesmen Risiko Jatuh Harian.€ •
4. Menetapkan standar pencegahan dan penanganan risiko jatuh

Bukti dokumen yang terdapat pada kegiatan pengelolaan pencegahan pada pasien jatuh terdiri dari :

1. Pengkajian risiko jatuh (*Morse Fall Scale*).
2. Assesment risiko jatuh pada pasien anak menggunakan *Humpty Dumpty*.

10. Analisis

a. Definisi Analisis

Analisis merupakan suatu kegiatan berfikir untuk menguraikan suatu keseluruhan menjadi komponen sehingga dapat mengenal tanda-tanda komponen, hubungan satu sama lain dan fungsi masing-masing dalam satu keseluruhan yang terpadu (Komarrudin, 2015). Atau menurut pengertian yang lain menyatakan bahwa analisis adalah penguraian suatu pokok atas berbagai bagiannya dan penelaahan bagian itu sendiri serta hubungan antar bagian untuk memperoleh

pengertian yang tepat dan pemahaman arti keseluruhan (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Analisis adalah proses pemecahan masalah yang dimulai dengan hipotesis (dugaan, dan sebagainya) sampai terbukti kebenarannya melalui beberapa kepastian (pengamatan, percobaan, dan sebagainya). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia Departemen Pendidikan Nasional (2005) menjelaskan bahwa analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya.

b. Alat bantu analisis

1. *Flow Map*

Flow map adalah penggambaran secara grafik dari langkah-langkah dan urutan prosedur dari suatu program. *Flow map* berguna untuk membantu analisis dan *programmer* untuk memecahkan masalah ke dalam segmen yang lebih

kecil dan menolong dalam menganalisis alternatif pengoperasian.

2. Diagram Konteks

Diagram konteks merupakan diagram yang mengandung satu proses yang menggambarkan hubungan keterkaitan antara sistem dengan pihak-pihak di luar lingkungan sistem dan posisi sistem didalam lingkungan tersebut. Pihak-pihak tersebut merupakan pihak-pihak yang membutuhkan informasi dan data dari sistem ataupun pihak-pihak yang menjadi sumber informasi dan data bagi sistem. Hubungan keterkaitannya digambarkan sebagai aliran informasi dan data yang masuk ke dalam sistem dan keluar dari sistem.

3. Data Flow Diagram (DFD)

DFD adalah sebuah teknik grafik yang menggambarkan aliran data dan transformasi yang digunakan sebagai perjalanan data dari

masuk ke keluaran. DFD dapat diartikan juga sebagai model jaringan dari sebuah sistem. DFD dapat menggambarkan proses-proses yang terjadi dan aliran data diantaranya.

DFD sering digunakan untuk menggambarkan suatu sistem yang telah ada atau sistem baru yang akan dikembangkan secara logika tanpa mempertimbangkan lingkungan fisik dimana data tersebut mengalir atau lingkungan fisik dimana data tersebut disimpan. Secara umum DFD dapat diartikan sebagai salah satu *tools* untuk analisis sistem yang dapat bermanfaat untuk menggambarkan proses, aliran data, *entity* yang terlibat serta data store yang digunakan dalam sistem yang dipelajari. Dengan menuangkan hasil analisis ke dalam DFD, seorang analis dapat memahami sistem yang sedang dipelajari dengan mudah dan baik.

B. Penelitian Terdahulu

- a. Setyorini, E.A., Herlina, L.L. (2013): Kepatuhan Perawat Melaksanakan Standar Operasional: Pencegahan Pasien Risiko Jatuh di Gedung Yosef 3 Dago Surya Kencana Rumah Sakit Morromeus.

Hasil: Perawat yang patuh melaksanakan pencegahan pasien jatuh yaitu tentang penilaian MFS (Morse Fall Scale) hasil 98%, pemasangan gelang patuh 68%, pemasangan label segitiga 68%, penulisan di Whiteboard 58%, merendahkan tempat tidur 62%, pemasangan pagar pengaman tempat tidur 96%. Dapat disimpulkan bahwa pasien jatuh diruang Yosef 3 Surya Kencana dan Yosef 3 Dago dengan hasil rata-rata 75% patuh melaksanakan, 25% tidak patuh melaksanakan.

Persamaan: mengamati identifikasi risiko jatuh dengan MFS.

Perbedaan: Hanya Observasional, tidak melakukan intervensi, meneliti dari identifikasi risiko jatuh sampai pencegahan jatuh.

- b. Budiono, S. Et al. (2014): Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit.

Hasil: Hasil menunjukkan bahwa selama 2 pekan penerapan instrumen, perawat telah melakukan screening pasien risiko jatuh terhadap pasien baru rata-rata sebesar 26,5% dengan trend meningkat.

Persamaan: melakukan intervensi berupa sosialisasi manajemen risiko jatuh.

Perbedaan: tidak melakukan role play, hanya melakukan wawancara pada kepala bangsal.

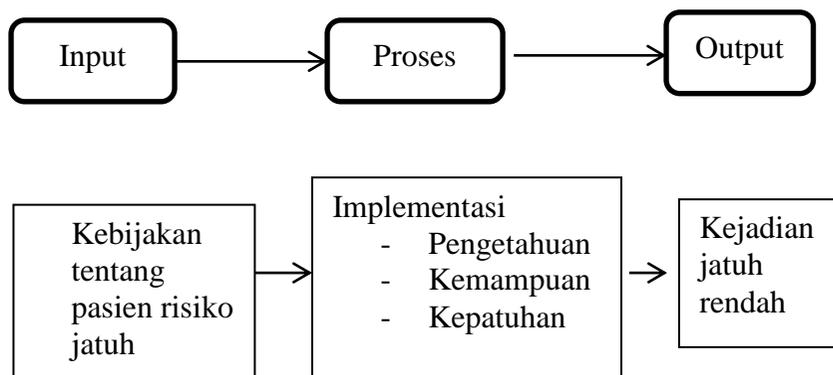
- c. Ari, Elizabeth. (2010): Pelaksanaan Standar Operasional: Identifikasi Risiko jatuh Menggunakan Skala Jatuh Morse di Rumah Sakit “A” Bandung.

Hasil: Pelaksanaan Standar Operasional: Identifikasi Risiko Pasien Jatuh Dengan Menggunakan Skala Jatuh Morse Di Rumah Sakit “A” Bandung adalah 66,48% dengan kriteria baik, 8,11% dengan kriteria cukup dan 25,41 % dengan kriteria kurang.

Persamaan: Mengevaluasi dengan Skala Jatuh Morse

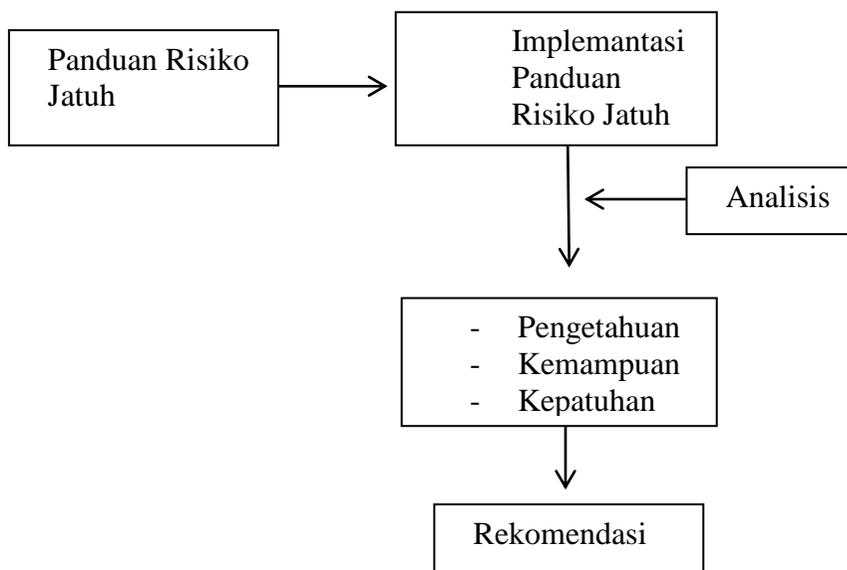
Perbedaan: melihat kelengkapan assesmen resiko jatuh pada rekam medis yang diisi oleh perawat.

C. Kerangka Teori



Gambar 1. Bagan kerangka teori (Ekorini Listiowati, 2016)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Bagan kerangka konsep

E. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimanakah pengetahuan perawat dalam melaksanakan panduan pasien risiko jatuh di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?
- b. Bagaimanakah kemampuan perawat dalam memperagakan langkah-langkah panduan pasien risiko jatuh di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?
- c. Bagaimanakah kepatuhan dalam telaah rekam medis pada pasien yang rawat inap pada saat penelitian di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?

