

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2011).

Keselamatan pasien adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien perlu dikembangkan menjadi suatu budaya kerja dalam rumah sakit bukan hanya suatu ketentuan atau aturan (Sunaryo, 2009). Komite Keselamatan Pasien

Rumah Sakit /KKP-RS (2008) mendefinisikan bahwa keselamatan (*safety*) adalah bebas dari bahaya atau risiko. Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain-lain) terkait dengan pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Mengenai tujuan keselamatan pasien antara lain (KKP-RS, 2008):

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Sasaran Keselamatan Pasien

- a. Sasaran keselamatan pasien menurut KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit). Tujuan dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan

spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini (Permenkes, 2011). Enam sasaran keselamatan pasien yang diterapkan disemua rumah sakit antara lain (KARS, 2012) :

- 1) Sasaran 1 adalah ketepatan identifikasi pasien, yang bertujuan pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.
- 2) Sasaran 2 adalah peningkatan komunikasi yang efektif, yang bertujuan rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil

pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat, untuk obat-obat yang termasuk NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip)/LASA (*look alike soun alike*) dilakukan eja ulang. Kebijakan dan atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD(Instalasi Gawat Darurat) atau ICU (*intensive care Unit*).

- 3) Sasaran 3 adalah peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) yang bertujuan rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan atau prosedur juga mengidentifikasi

area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD (Instalasi Gawat Darurat) atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja atau kurang hati-hati.

- 4) Sasaran 4 adalah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi yang bertujuan rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau

menyisipkan kesempatan diagnostik atau terapeitik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

- 5) Sasaran 5 adalah Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yang bertujuan Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit.
- 6) Sasaran 6 adalah pengurangan risiko pasien jatuh yang bertujuan rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya atau cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

b. Sasaran keselamatan pasien atau *international patient safety goals* menurut JCI (*Joint Commission International*) sebagai lembaga akreditasi rumah sakit tingkat internasional adalah (JCI, 2016):

1) *Identify patient correctly* (mengidentifikasi pasien secara tepat)

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien.

2) *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)

Rumah sakit menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

3) *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi)

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

4) *Eliminate wrong-site, wrong patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan

penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

- 5) *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk mengurangi secara berkelanjutan infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

- 6) *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

4. Elemen Penilaian Sasaran pengurangan risiko jatuh

Elemen-elemen yang menjadi penilaian dalam sasaran pengurangan risiko jatuh di rumah sakit antara lain (Permenkes, 2011):

- a. Rumah Sakit menerapkan proses assesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan assesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil penilaian dianggap berisiko jatuh.
- c. Langkah-Langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat pasien jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Mutu Pelayanan Kesehatan

- a. Mutu

Mutu merupakan gambaran total sifat dari suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (Nursalam, 2011).

Mutu adalah keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan atau kebutuhan yang tersirat (Efendi, 2009).

b. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah penampilan yang pantas dan sesuai (yang berhubungan dengan standar-standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan dan ketidakmampuan dan kekurangan gizi (Bustomi, 2011).

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia dirumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma,

etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen (Satrianegara, 2009).

c. Persepsi Mutu Pelayanan Kesehatan

Wiyono (2000) menyatakan setiap mereka yang terlibat dalam layanan kesehatan seperti pasien, masyarakat, dan organisasi masyarakat, profesi layanan kesehatan, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah, pasti mempunyai persepsi yang berbeda tentang unsur penting dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan, diantaranya:

- 1) Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan / masyarakat

Pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluas penyakitnya.

Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Pemberi layanan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang layanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif menyelenggarakan layanan kesehatan, sehingga diperlukan suatu hubungan yang saling percaya antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien.

2) Bagi pemberi layanan kesehatan

Pemberi layanan kesehatan mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam melakukan setiap layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran atau hasil layanan kesehatan tersebut.

Komitmen dan motivasi pemberi layanan kesehatan bergantung pada kemampuan dalam melaksanakan tugas dengan cara yang optimal. Profesi layanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administratif, dan layanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu tinggi.

3) Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan

Penyandang dana atau asuransi kesehatan menganggap bahwa layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang efektif dan efisien. Pasien diharapkan dapat disembuhkan dalam waktu yang sesingkat mungkin sehingga biaya pengobatan dapat menjadi efisien, kemudian upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit akan ditingkatkan agar layanan kesehatan penyembuhan semakin berkurang.

4) Bagi pemilik sarana layanan kesehatan

Pemilik sarana layanan kesehatan berpandangan bahwa layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif yang masif terjangkau oleh pasien, yaitu pada tingkat biaya yang tidak mendapatkan keluhan dari pasien dan masyarakat.

5) Bagi administrator layanan kesehatan

Administrasi walau tidak langsung memberikan layanan kesehatan pada masyarakat, ikut bertanggung jawab dalam masalah mutu layanan kesehatan. Administrator dapat menyusun prioritas dalam menyediakan apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pasien serta pemberi layanan kesehatan.

d. Manfaat Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan

Muninjaya (2011) menjelaskan program menjaga mutu adalah suatu upaya yang dilakukan secara

berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran-saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan. Program menjaga mutu dapat dilaksanakan, sehingga banyak manfaat yang akan diperoleh. Secara umum beberapa manfaat yang dimaksudkan adalah :

- 1) Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan

Peningkatan efektifitas yang dimaksud di sini erat hubungannya dengan dapat diselesaikan masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang benar, karena dengan diselenggarakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara tepat serta pemilihan dan pelaksanaan cara penyelesaian masalah telah dilakukan secara benar.

- 2) Dapat lebih meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan disini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar akan dicegah.

- 3) Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuaiya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan, apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan, dapat

melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum.

e. Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Penilaian dalam mutu pelayanan kesehatan dapat digunakan berbagai metode sebagai berikut (Satrianegara, 2009):

1) *USE PDSA*

Penjaminan mutu pelayanan kesehatan merupakan prasyarat bagi terwujudnya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan, adanya kinerja yang cukup memprihatinkan perlu segera mendapat upaya penanganan yang serius, untuk itu perlu adanya penjamin mutu yang dapat dijadikan acuan untuk memastikan terwujudnya pelayanan kesehatan efektif yang mampu untuk mencapai standar yang telah ditetapkan dan secara terus menerus meningkatkan standar pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu. Sehubungan dengan hal tersebut maka pelaksanaan penjaminan mutu digunakan model *USE PDSA*.

Model *USE PDSA* adalah model analisis kebijakan dan pengambilan keputusan untuk perbaikan terus menerus yang didasarkan pada konsep *PDCA* (*Plan-Do-Check-Act*) yang kemudian dikembangkan menjadi model *USE PDSA*.

2) *Observasi*

Merupakan teknik pengumpulan data, dimana peneliti melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan.

3) *Wawancara*

Wawancara adalah salah satu cara pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab pada seseorang/sekelompok orang/responden untuk meminta pendapat atau keterangan mengenai sesuatu hal yang dianggap perlu dan penting, terdapat dua wawancara yaitu perorangan atau kelompok.

4) *Dokumentasi*

Salah satu teknik pengumpulan data berupa dokumen catatan peristiwa yang sudah berlalu, bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya monumental dari seseorang. Pemeriksaan dan penilaian dokumen atau catatan lain merupakan kegiatan yang disebut sebagai audit.

6. Pasien Jatuh

a. Pengertian Pasien Jatuh

Pasien jatuh merupakan suatu kejadian yang dilaporkan oleh penderita atau saksi mata yang melihat kejadian dan mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau terduduk di lantai dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004).

Pasien jatuh adalah perubahan posisi pasien yang tidak terencana atau posisi yang tidak dikehendaki yang mengakibatkan pasien tergeletak di atas lantai (Pohan, 2007).

b. Penyebab Pasien Jatuh

Jatuh dapat disebabkan karena faktor fisik atau lingkungan. Penyebab jatuh ada yang dapat diantisipasi

sebelumnya dan ada yang tidak dapat diantisipasi. Faktor-faktor risiko yang dapat diantisipasi harus dicari untuk mencegah jatuh, faktor tersebut antara lain (Pohan, 2007):

- 1) Faktor yang berhubungan dengan kondisi pasien: riwayat jatuh sebelumnya, inkontinensia, gangguan kognitif / psikologis, usia > 65 tahun, jenis kelamin, lama rawat inap, osteoporosis, status kesehatan yang buruk, gangguan muskuloskeletal.
 - 2) Faktor lingkungan atau fasilitas : Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, *handrail* tidak adekuat, kabel lepas, alas kaki licin/tidak pas, dudukan toilet yang rendah, kursi dan tempat tidur beroda, rawat inap berkepanjangan, peralatan yang tidak aman, peralatan rusak, tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi
- c. Penilaian (*assesment*) awal dan harian risiko pasien jatuh
- 1) Penilaian yang bisa di berikan antara lain mengidentifikasi faktor risiko, penilaian

keseimbangan dan gaya berjalan, untuk mengkaji apakah pasien dewasa berisiko jatuh atau tidak, dapat menggunakan pengkajian skala jatuh *Morse Fall Scale* (Macavay & Skinner, 2009).

- 2) Pengkajian awal untuk pasien anak yang memiliki risiko jatuh di rumah sakit dapat menggunakan skala *Humpty dumpty* (Deborah, 2008).
- 3) Pengkajian awal terhadap risiko pasien jatuh untuk pasien psikiatri di rumah sakit dapat menggunakan skala *Edmonson*. (Macavoy & Skinner, 2009).
- 4) Penilaian harian pasien risiko jatuh
Penilaian harian pasien dengan risiko jatuh dilakukan apabila pasien memiliki risiko untuk jatuh pada penilaian awal pasien masuk rumah sakit (*Veterans Affairs National Center for Patient Safety/VANCPS, 2004*).

d. Penilaian peralat dan lingkungan perawatan

Manajemen risiko pasien jatuh di rumah sakit tidak hanya terdiri dari kondisi atau keadaan pasien,

tetapi penilaian peralatan dan lingkungan perawatan pasien juga penting (*Veterans Affairs National Center for Patient Safety/VANCPS, 2004*).

e. Pencegahan Pasien Jatuh

Tindakan pencegahan umum yang dapat diterapkan untuk semua kategori antara lain (Pohan, 2007):

- 1) Lakukan orientasi kamar inap pada pasien
- 2) Posisi tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik
- 3) Ruangan rapi
- 4) Benda pribadi dalam jangkauan (telepon, air minum, kacamata)
- 5) Pencahayaan yang adekuat (sesuaikan dengan kebutuhan pasien)
- 6) Alat bantu terdapat dalam jangkauan (tongkat, alat topang)
- 7) Pantau efek obat-obatan dan beri edukasi mengenai pencegahan pasien jatuh kepada pasien dan keluarga

Tindakan pencegahan atau intervensi kepada pasien yang berisiko jatuh berdasarkan hasil penilaian.

f. Manajemen pasien setelah jatuh

Manajemen pasien setelah jatuh memiliki 2 hal yang perlu segera dilakukan oleh perawat atau dokter yang terkait (*Veterans Affairs National Center for Patient Safety/VANCPS, 2004*):

- 1) Petugas segera melakukan penilaian pasien setelah jatuh untuk menemukan adanya cedera dan menemukan penyebab kemungkinan jatuh.
- 2) Dokumentasi dan *Follow up*
Mendokumentasi dan tindak lanjut segera setelah kejadian pasien jatuh bertujuan untuk segera melindungi pasien agar tidak menjadi lebih buruk dengan cara :
 - a) Pengisian laporan insiden dengan segera.
 - b) Perkembangan kondisi pasien dan penilaian pasien setelah jatuh harus disertakan dalam rekam medis

- c) Dokter menilai ulang pasien setelah jatuh untuk mengetahui adakah cedera yang lebih serius pada pasien
 - d) Mengevaluasi dengan bidang yang terkait dengan pencegahan pasien risiko jatuh untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien
 - e) Memberikan informasi kepada setiap bagian dan perawat yang bertugas bahwa pasien telah jatuh dan memiliki risiko untuk jatuh lagi
- g. Manajemen Pasien Risiko Jatuh

Manajemen pasien dengan risiko jatuh merupakan salah satu tujuan dalam keselamatan pasien, dalam prosesnya yang terdiri dari pengembangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi yang saling terkait antara berbagai bidang. Tim yang terkiat dalam manajemen pencegahan risiko jatuh antara lain (*Veterans Affairs National Center for Patient Safety/VANCPS, 2004*):

1) Manajer keperawatan

Manajer keperawatan merupakan bagian penting dalam tim patient safety, karena manajer keperawatan dapat memberikan intervensi, memastikan terlaksananya pencegahan pasien risiko jatuh dan menetapkannya sebagai standar dalam asuhan keperawatan pasien yang berisiko jatuh.

2) Manajer keselamatan pasien

Manajer patient safety dapat memfasilitasi jika tidak terdapat tim khusus pencegahan pasien risiko jatuh, menghubungkan antara berbagai bidang, pengelolaan data yang terkait pencegahan pasien risiko jatuh untuk dapat menentukan dampak dan intervensi yang dapat diberikan.

3) Manajer fasilitas

Manajer fasilitas menilai dan memastikan lingkungan perawatan dan furniture disekitar pasien yang berisiko jatuh aman, memberikan

pengarahan kepada staf kebersihan dalam rangka pencegahan pasien risiko jatuh.

4) Perawat khusus pencegahan pasien jatuh

Fasilitas kesehatan tidak semuanya memiliki perawat khusus pencegahan pasien jatuh, umumnya perawat atau manajer keperawatan yang tertarik dengan bidang pencegahan pasien risiko jatuh, mereka akan :

- a) Memfasilitasi pertemuan tim pencegahan pasien risiko jatuh
- b) Memastikan terlaksananya program pencegahan pasien risiko jatuh
- c) Menampung saran dari berbagai bidang yang terkait program pencegahan pasien risiko jatuh

5) Perawat pelaksana

Perawat yang menerapkan secara langsung program pencegahan pasien risiko jatuh, memberikan edukasi antara sesama perawat dan mengumpulkan data yang terkait pencegahan pasien risiko jatuh.

6) Apoteker

Apoteker meninjau kembali pengobatan kepada semua pasien yang teridentifikasi berisiko jatuh, membantu mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan pengobatan dan memberi tahu kepada dokter untuk menyesuaikannya

7) Fisioterapi

Fisioterapis melakukan penilaian keseimbangan dan kekuatan terhadap pasien yang teridentifikasi berisiko jatuh dan memberikan masukan terkait pencegahan pasien risiko jatuh.

8) Dokter

Dokter melihat riwayat pengobatan dan keseimbangan pasien yang berisiko jatuh dan mengikuti perkembangannya, mengidentifikasi aspek-aspek yang terkait dengan riwayat pengobatan atau risiko jatuh.

h. Pelaporan dan solusi dalam rangka pencegahan pasien risiko jatuh

Pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada komite nasional keselamatan pasien

rumah sakit. Pelaporan insiden kepada komite nasional keselamatan pasien rumah sakit mencakup kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera dilakukan setelah analisis dan mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim keselamatan pasien rumah sakit. Sistem pelaporan insiden kepada komite nasional keselamatan pasien rumah sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim, tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak (Permenkes, 2011).

Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang. Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim keselamatan pasien rumah sakit dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan.

Tim keselamatan pasien rumah sakit melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan, hasil dari kegiatan tersebut dilaporkan kepada kepala rumah sakit. Rumah sakit

harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi kejadian tidak diharapkan secara tertulis kepada komite nasional keselamatan pasien rumah sakit sesuai format laporan. Komite nasional keselamatan pasien rumah sakit melakukan kajian dan memberikan umpan balik dan solusi atas laporan tersebut (Permenkes, 2011).

Depkes (2006) menyebutkan bahwa setiap unit kerja di rumah sakit melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Kejadian Sentinel) kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.

B. Penelitian Terdahulu

Berdasarkan penelusuran pustaka, peneliti menemukan beberapa penelitian tentang pasien jatuh dan pelaksanaan *patient safety*, diantaranya:

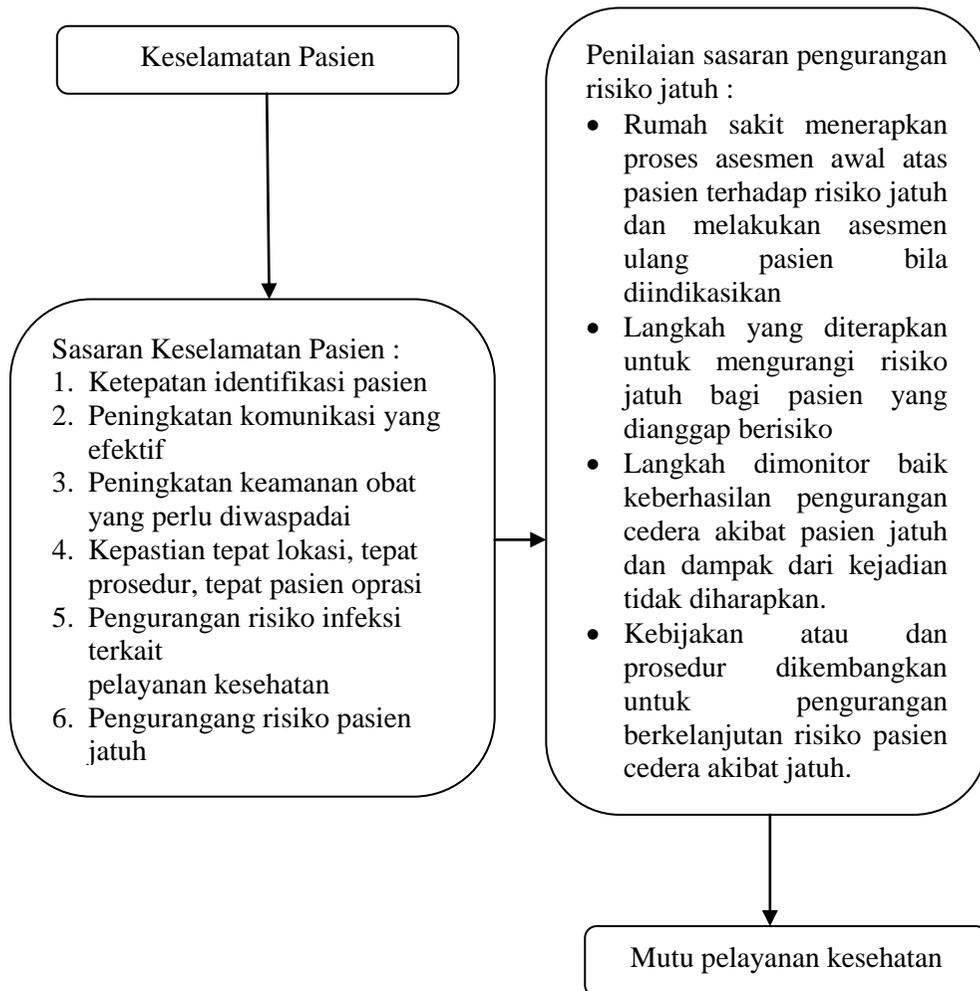
Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

Nama Penelitian	Tahun penelitian	Judul	Persamaan	Perbedaan
Saparma	2015	Evaluasi Penerapan <i>Patient Safety</i> Risiko Jatuh Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Panti Rini Kalasan Sleman	Penelitian ini mengevaluasi penerapan SOP pencegahan pasien risiko jatuh	Pada penelitian ini terbatas pada Unit Gawat Darurat
Nanang	2014	Hubungan tingkat pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan pengkajian risiko jatuh skala <i>Morse</i> di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II	Penelitian ini ingin mengetahui hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan pengkajian risiko pasien jatuh	Penelitian ini berfokus pengetahuan perawat terhadap pengkajian pasien risiko jatuh
Sugeng, Arief, & Tri	2014	Pelaksanaan program manajemen pasien dengan risiko jatuh di rumah sakit	Penelitian ini melihat manajemen pasien risiko jatuh	Sub variabel dan letak geografi penelitian
Beatrice.J. K.PhD,& D.Ana Tschannen, PhD.	2011	<i>Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls</i>	Penelitian ini mencoba melihat penerapan pencegahan pasien jatuh dan mengevaluasi.	Letak geografis dan ruang lingkup penelitian serta variabel penelitian

Lanjutan Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

Nama Penelitian	Tahun penelitian	Judul	Persamaan	Perbedaan
Anne Marie Hill & Keith Hill, 2009	2009	<i>Evaluation of the effect of patient education on rates of falls in older hospital patients</i>	Persamaan pada penelitian ini mencoba melihat penerapan pencegahan pasien jatuh dengan pemberian edukasi pada pasien dan keluarganya.	Perbedaan pada penelitian ini adalah variabel, lokasi/geografis dan waktu penelitian.

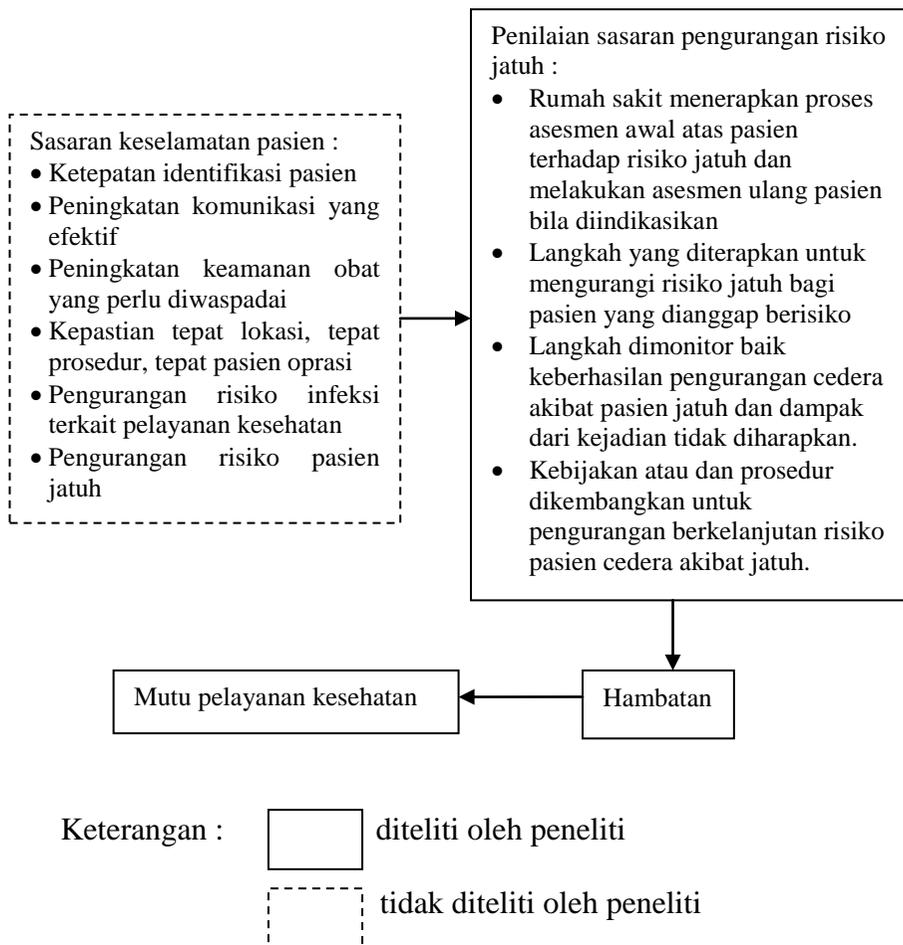
C. Kerangka Teori



Sumber : KARS (2012), Depkes RI (2008), Permenkes (2011).

Gambar 2.1. Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana penerapan proses penilaian awal atas pasien risiko jatuh dan melakukan penilaian ulang pasien ulang bila diindikasikan?
2. Bagaimana langkah yang diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien yang dianggap berisiko jatuh?
3. Bagaimana langkah dimonitornya keberhasilan pengurangan cedera akibat pasien jatuh?
4. Bagaimana kebijakan atau dan prosedur dikembangkan untuk pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit Pupuk Kaltim?
5. Bagaimana hambatan dalam penerapan pencegahan pasien risiko jatuh di rumah sakit Pupuk Kaltim?
6. Bagaimana mutu pelayanan kesehatan terkait penerapan pencegahan pasien risiko jatuh di rumah sakit Pupuk Kaltim?