

**SKRIPSI**  
**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN**  
**PERAWAT DALAM PENCEGAHAN RISIKO JATUH DI RUMAH SAKIT**  
**UNHAS**



**Disusun Oleh:**  
**INESIA AYUDITA PALOLOAN**  
**R011181345**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**

**2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN  
PERAWAT DALAM PENCEGAHAN RISIKO JATUH DI RUMAH SAKIT  
UNHAS**



Oleh :

**Inesia Ayudita P.**

**R011181345**

disetujui untuk diseminarkan

oleh:

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Indra Gaffar. S.Kep..Ns..M.Kep  
NIP. 198109252006042009

Pembimbing II

Andi Fajrin Permana. S.Kep..Ns..MSc  
NIP. 199212062022043001

**HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN  
KETERAMPILAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN RISIKO JATUH  
DI RUMAH SAKIT UNHAS**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

**Hari/Tanggal** : **Jumat , 2 Desember 2022**  
**Pukul** : **13.30 – 15.00 WITA**  
**Tempat** : **Ruang Seminar KP 113**

Disusun Oleh:

**INESIA AYUDITA P.**  
**R011181345**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**

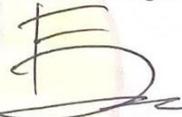
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Indra Gaffar, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 198109252006042009

Pembimbing II



Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,MSc  
NIP. 199212062022043001

Diketahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP. 197606182002122002

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Inesia Ayudita Paloloan

NIM: R011181345

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 22 November 2022

Yang membuat pernyataan



Inesia Ayudita P.

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Perawat dalam Pencegahan Risiko Jatuh di Rumah Sakit Unhas”. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan program strata-I di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak terlepas dari doa, dukungan, dan semangat dari berbagai pihak sehingga penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Indra Gaffar, S.Kep.,Ns.,M.Kep. dan Bapak Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing pertama dan kedua yang sangat berperan penting dalam penyelesaian skripsi ini yang senantiasa membimbing dan memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D. dan Ibu Dr. Andina Setiawaty, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji pertama dan kedua yang juga berperan penting

dalam penyelesaian skripsi ini yang senantiasa memberi masukan, koreksi, dan saran dalam penyelesaian skripsi ini.

5. Seluruh dosen dan staff Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Orang tua tercinta Bapak Marthen Paloloan & Ibu Yuliana Pare serta keluarga tersayang yang senantiasa memberikan doa, motivasi, dan memfasilitasi segala kebutuhan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Teman-teman tercinta (Ade, Jeje, Liya, Elin, Eggy, Lady, Ica, Tari, Rezky, Ibel, Indah, Ajeng dan Mely) yang senantiasa menghibur, mendukung dan memberikan semangat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
8. Partner seperjuangan Yaski Milianto Andala yang selalu menemani, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu namanya yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, peneliti berharap adanya kritik dan saran yang bersifat membangun kepada peneliti agar penyusunan skripsi ini dapat dibuat lebih baik lagi. Akhir kata mohon maaf atas segala kekurangan dan khilaf penulis.

Makassar, 20 November 2022

Inesia Ayudita P.

## ABSTRAK

Inesia Ayudita P. R011181345. **GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN RISIKO JATUH DI RUMAH SAKIT UNHAS.** Dibimbing oleh Indra Gaffar dan Andi Fajrin Permana

**Latar Belakang:** Sasaran keenam keselamatan pasien yaitu mengurangi risiko jatuh pada pasien. Pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang paling mengkhawatirkan dan berdampak pada cedera pasien bahkan kematian. Di Indonesia dilaporkan bahwa kejadian pasien jatuh termasuk kedalam tiga besar insiden rumah sakit dan menduduki tingkat kedua setelah *medicine error*. Memberikan keselamatan kepada pasien merupakan hal yang sangat penting, dan untuk mewujudkan keselamatan pasien terutama menurunkan risiko cedera akibat terjatuh maka langkah awal yang diperlukan adalah pencegahan yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan, terutama perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling lama dan paling sering berinteraksi dengan pasien.

**Tujuan Penelitian:** Diketuinya gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode survey pada 79 perawat yang dipilih dengan teknik *non-Probability sampling* dengan cara *purposive sampling*. Kuisisioner yang digunakan adalah kuisisioner pengetahuan, sikap dan lembar observasi keterampilan. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

**Hasil:** Responden mayoritas berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir S1 ners dan berjenjang karir Perawat Klinis I (PK 1). Responden rata-rata berusia 31 tahun dan memiliki lama kerja rata-rata 5,2 tahun. Rata-rata skor pengetahuan adalah 93,86 dengan skor tertinggi adalah 100 dan skor terendah adalah 85. Rata-rata skor sikap adalah 84,589 dengan skor tertinggi adalah 100 dan skor terendah adalah 70. . Rata-rata skor keterampilan adalah 42,60 dengan skor tertinggi adalah 69 dan skor terendah adalah 31.

**Kesimpulan dan Saran:** Pengetahuan dan sikap perawat di Rumah Sakit Unhas memiliki skor rata-rata 93,86 dan 84,589 namun keterampilan perawat di Rumah Sakit Unhas memiliki skor rata-rata 42,60 dengan itu diharapkan perawat lebih meningkatkan *skill* dalam bidang *patient safety* khususnya risiko jatuh.

**Kata Kunci:** Tingkat pengetahuan, Sikap, Keterampilan, Risiko Jatuh

## **ABSTRACT**

*Inesia Ayudita P. R011181345. DESCRIPTION OF THE LEVELS OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND SKILLS OF NURSES IN FALLING RISK PREVENTION IN UNHAS HOSPITAL. Supervised by Indra Gaffar and Andi Fajrin Permana*

**Background:** *The sixth goal of patient safety is to reduce the risk of falling in patients. Patient falls are the most worrying incidents in hospitals and have an impact on patient injuries and even death. In Indonesia, it is reported that the incidence of patient falls is included in the top three hospital incidents and occupies the second level after medicine errors. Providing safety to patients is very important, and to realize patient safety, especially reducing the risk of injury due to falls, the first step needed is prevention based on knowledge, attitudes and skills, especially nurses as health workers who have the longest and most frequent interactions with patient.*

**Research objectives:** *Knowing the description of the level of knowledge, attitudes and skills of nurses in preventing the risk of falling at Unhas Hospital.*

**Method:** *This research is a quantitative descriptive study using a survey method on 79 nurses who were selected using the non-Probability sampling technique by means of purposive sampling. The questionnaire used is a knowledge, attitude and skill observation sheet. This research was conducted at Hasanuddin University Hospital Makassar.*

**Results:** *The majority of respondents were female; the last education was S1 nurses and had a career level as Clinical Nurse I (PK 1). The average respondent is 31 years old and has worked for an average of 5.2 years. The average knowledge score is 93.86 with the highest score being 100 and the lowest score being 85. The average attitude score is 84.589 with the highest score being 100 and the lowest score being 70. . The average skill score is 42.60 with the highest score being 69 and the lowest score being 31.*

**Conclusions and suggestions:** *The knowledge and attitudes of nurses at Unhas Hospital have an average score of 93.86 and 84.589, but the skills of nurses at Unhas Hospital have an average score of 42.60. It is hoped that nurses will improve their skills in the field of patient safety, especially the risk of falling.*

**Keywords:** *Level of knowledge, Attitude, Skills, Fall Risk*

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>12</b>
A. Konsep Pengetahuan.....	12
1. Definisi Pengetahuan .....	12
2. Tingkat Pengetahuan.....	12
3. Pengukuran pengetahuan .....	14
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan .....	15
5. Hubungan pengetahuan dengan pencegahan risiko jatuh.....	16
B. Konsep Sikap .....	17
1. Definisi sikap.....	17
2. Tingkatan sikap .....	18
3. Ciri-ciri sikap.....	19
4. Fungsi Sikap.....	19
5. Cara pengukuran sikap.....	20
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap .....	23
7. Hubungan sikap dengan pencegahan risiko jatuh.....	23

C.	Konsep Keterampilan .....	24
1.	Definisi keterampilan.....	24
2.	Jenis-jenis keterampilan .....	24
3.	Dasar-dasar keterampilan.....	25
4.	Faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan .....	27
5.	Hubungan keterampilan dengan pencegahan risiko jatuh.....	28
D.	Konsep Risiko Jatuh .....	29
1.	Keselamatan pasien.....	29
2.	Definisi Risiko Jatuh.....	32
3.	Dampak dan probabilitas risiko .....	32
4.	Tipe-tipe pasien jatuh.....	33
4.	Faktor-faktor risiko jatuh .....	34
5.	Dampak pasien jatuh.....	37
6.	Pengukuran risiko jatuh .....	37
7.	Pencegahan risiko jatuh .....	41
8.	Intervensi risiko jatuh .....	42
E.	Konsep Perawat.....	46
1.	Pengertian perawat.....	46
2.	Macam-macam perawat .....	46
3.	Jenis dan jenjang pendidikan keperawatan .....	47
4.	Peran perawat .....	49
5.	Jenjang karir perawat .....	52
F.	Kerangka Teori .....	56
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>		<b>57</b>
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>		<b>58</b>
A.	Rancangan penelitian.....	58
B.	Tempat dan waktu penelitian .....	58
C.	Populasi dan sampel .....	59
1.	Populasi.....	59
2.	Besar sampel .....	59
D.	Alur penelitian.....	61
E.	Variabel penelitian.....	62

1. Identifikasi variabel .....	62
2. Definisi operasional .....	63
F. Pengumpulan Data.....	63
1. Pengumpulan Data.....	63
2. Instrumen Penelitian .....	64
G. Pengolahan dan analisa data.....	67
H. Masalah etika .....	68
<b>BAB V HASIL PENELITIAN &amp; PEMBAHASAN .....</b>	<b>71</b>
A. Hasil Penelitian .....	71
B. Pembahasan.....	79
<b>BAB VI PENUTUP.....</b>	<b>94</b>
A. Kesimpulan .....	94
B. Saran .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>96</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>102</b>

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Pengukuran sikap dengan skala Likert .....	22
Table 2.2 Dampak dan Probabilitas Risiko menurut tingkatnya .....	33
Table 2.3 Integrasi Penjenjangan antara Perawat Klinik, Manajer, Pendidik dan Riset .....	52
Tabel 4.1 Jumlah Sampel Setiap Ruangan.....	60
Table 4.2 Definisi Oprasional.....	63
Table 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	71
Table 5.2.1 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Pencegahan Risiko Jatuh di Rumah Sakit Unhas .....	72
Table 5.2.2 Distribusi Frekuensi Keterampilan Perawat dalam Pencegahan Risiko Jatuh di Rumah Sakit Unhas.....	73
Table 5.3 Distribusi Frekuensi Item Pertanyaan Tingkat Pengetahuan .....	73
Table 5.4.1 Distribusi Frekuensi Item Pernyataan Sikap Positif .....	75
Table 5.4.2 Distribusi Frekuensi Item Pernyataan Sikap Negatif .....	75
Table 5.5 Distribusi Frekuensi Observasi Pencegahan Risiko Jatuh.....	76

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Kerangka Teori .....	56
Bagan 3.1 Kerangka Konsep .....	57
Bagan 4.1 Alur Penelitian .....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gelang risiko jatuh pasien yang berwarna kuning.....	43
Gambar 2.2 Stiker risiko jatuh di tempat tidur atau pintu kamar pasien .....	44

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan menjadi responden .....	103
Lampiran 2. <i>Informed Consent</i> .....	104
Lampiran 3. Kuesioner data demografi.....	105
Lampiran 4. Kuesioner tingkat pengetahuan.....	106
Lampiran 5. Kuesioner sikap.....	110
Lampiran 6. Lembar observasi keterampilan .....	111
Lampiran 7. Berkas Surat.....	112
Lampiran 8. Master tabel .....	116
Lampiran 9. Output Data Penelitian .....	126
Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian.....	139

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berupa penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan. (Permenkes, 2020). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, karena pelayanan di rumah sakit merupakan pelayanan multi disiplin. Pelayanan kesehatan yang baik menjadi tuntutan masyarakat saat ini, untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu tolak ukur yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dijadikan acuan bagi seluruh rumah sakit dan *stake holder* terkait dalam melaksanakan pelayanan di rumah sakit melalui proses akreditasi dimana indikator utamanya adalah *International Patient Safety Goal* atau Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) ( KARS, 2015).

Program keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas kinerja pelayanan keperawatan terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Program keselamatan pasien dapat

bertujuan untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama di rawat di rumah sakit sehingga dapat merugikan pasien dan rumah sakit (Nursalam, 2016).

*Patient safety* dirumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, 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 RI, 2017).

Sasaran keenam keselamatan pasien yaitu mengurangi risiko jatuh pada pasien. Pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang paling mengkhawatirkan dan berdampak pada cedera pasien bahkan kematian dan *menjadi adverse event* kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan (JCI, 2015). Pasien jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis, dampak fisik berupa patah tulang dan kerusakan jaringan lunak lainnya, sedangkan dampak psikologis berupa syok, kecemasan, hilangnya rasa percaya diri dan pembatasan dalam aktivitas sehari-hari (Patrick et al., 2017). Pasien jatuh di rumah sakit juga dapat berdampak pada lamanya hari perawatan pasien dan menambah biaya perawatan di rumah sakit (Nur dkk., 2017).

Secara global, jatuh merupakan masalah kesehatan masyarakat yang fatal. Diperkirakan 684.000 jatuh fatal terjadi setiap tahun, menjadikannya penyebab utama kedua kematian cedera yang tidak disengaja, setelah cedera lalu lintas jalan. Lebih dari 80% kematian terkait jatuh terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dengan wilayah Pasifik Barat dan Asia Tenggara menyumbang 60% dari kematian ini. Di semua wilayah di dunia, tingkat kematian tertinggi di antara orang dewasa di atas usia 60 tahun (*WHO*, 2021).

Di Indonesia dilaporkan bahwa kejadian pasien jatuh termasuk kedalam tiga besar insiden rumah sakit dan menduduki tingkat kedua setelah *medicine error*, data dari laporan tersebut memperlihatkan bahwa kejadian pasien jatuh tercatat sebanyak 34 kasus atau setara 14% insiden jatuh di Rumah Sakit di Indonesia. Hal ini masih jauh dari standar *Joint commission international (JCI)* yang menyatakan bahwa untuk kejadian jatuh pasien diharapkan tidak terjadi dirumah sakit (Nur dkk., 2017). Menurut Komisi Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KNKPRS) tahun 2019 jumlah kejadian nyaris cedera (KNC) sebanyak 2534, kejadian tidak cedera (KTC) sebanyak 2554, dan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 2567 kasus. Sedangkan yang menyebabkan kematian sebanyak 243, cedera berat 89, cedera sedang 449, cedera ringan 1247 dan tidak cedera sebanyak 5630. Insiden banyak terjadi pada kelompok usia produktif yaitu 15- 30 tahun sebanyak 1125 dan kelompok umur 30 – 65 tahun sebanyak 3821 kasus (Kemenkes RI, 2019).

Data lain dari rumah sakit Y di Jawa Timur pada tahun 2013 didapatkan dari rata-rata BOR (*Bed Occupancy Ratio*) 80% terdapat kejadian pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak 4 kali dan 3 kali terpeleset dan terbentur jendela. Angka ini masih belum mencapai target yang diharapkan sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit yaitu tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan/ kematian sebanyak 100% atau dengan kata lain 0% kejadian (Purnomo, 2017).

Rumah sakit wajib melakukan penanganan pasien resiko jatuh dan untuk manajemen resiko pasien jatuh tersebut yang dapat dilakukan yaitu pengkajian saat pertama kali pasien masuk maupun pengkajian ulang yang dilakukan secara berkala atau periodik jika terjadi perubahan fungsi fisiologis pada pasien, termasuk pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua risiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian risiko jatuh ini dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar atau pada saat melakukan registrasi, yaitu dengan menggunakan skala jatuh (Budiono dkk., 2014).

Sistem keselamatan pasien sudah dilakukan di berbagai Rumah Sakit di Indonesia, namun faktanya masih ada kejadian pasien jatuh yang merupakan salah satu indikator terwujudnya keselamatan pasien. Seperti berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Eliwarti (2016) di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Februari s/d Desember 2013 dilaporkan parameter keselamatan

pasien dengan angka kejadian pasien jatuh sebesar 0,18%, dan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nur, dkk (2017) di RSUD RA. Kartini Jepara dilaporkan bahwa pada bulan Maret- September (2016) ada sebanyak 43 kasus insiden keselamatan pasien, dimana 6 diantaranya adalah kasus insiden pasien jatuh. Hal ini menunjukkan dibutuhkan perbaikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Pelaksanaan pencegahan risiko jatuh pada pasien tidak bisa lepas dari peran perawat bahkan perawat memegang peranan yang sangat penting dalam pelaksanaannya. Perawat adalah anggota inti tenaga kesehatan dirumah sakit yang jumlahnya 40-60% (Quiqley dan White, 2013).

Pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Menurut Kilateng (2015), pengetahuan merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat fakta, symbol, prosedur, tehnik dan teori. Seorang perawat dikatakan profesional, jika memiliki pengetahuan, keterampilan serta sikap profesional sesuai kode etik profesi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ranti, Sondang (2019) tentang hubungan pengetahuan sikap dan praktik perawat terhadap upaya pencegahan pasien jatuh didapatkan nilai hubungan pengetahuan dengan upaya pencegahan pasien jatuh yaitu pvalue 0.016 dengan arti bahwa pengetahuan berhubungan secara signifikan dengan upaya pencegahan pasien jatuh. Semakin baik

pengetahuan perawat tentang pencegahan pasien jatuh maka semakin baik pula upaya pencegahan pasien jatuh yang dilakukan (Ranti, 2019).

Nilai hubungan sikap dengan upaya pencegahan pasien jatuh yaitu pvalue 0.013 dengan arti bahwa sikap berhubungan secara signifikan dengan upaya pencegahan pasien jatuh (Ranti, 2019). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Efendi, dkk (2019), didapatkan nilai p value yaitu  $0.017 < \alpha 0.050$  yaitu ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh di rumah sakit umum milik daerah. Dapat disimpulkan bahwa kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh dipengaruhi oleh faktor sikap perawat (Sasono dkk., 2021).

Selanjutnya nilai hubungan praktik dengan upaya pencegahan pasien jatuh yaitu pvalue 0.011 dengan arti bahwa praktik berhubungan secara signifikan dengan upaya pencegahan pasien jatuh (Ranti, 2019). Pelaksanaan pencegahan resiko jatuh memerlukan serangkaian kegiatan didasarkan pada perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan keamanan dan perlindungan keperawatan dalam situasi klinis yang kompleks (Cruz, 2014).

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah salah satu Rumah Sakit Pendidikan di kota Makassar yang memberikan pelayanan kesehatan dan juga menjadi salah satu Rumah Sakit rujukan, Sehingga pihak manajemen rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien dengan

mengutamakan keselamatan dan kenyamanan melalui penerapan standar akreditasi Rumah Sakit. Rumah Sakit ini memiliki misi salah satunya yaitu memelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan, maka dari itu Rumah Sakit ini menerapkan sistem keselamatan pasien (*patient safety*) yang salah satu diantaranya adalah pencegahan risiko jatuh pada pasien.

Peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 10-21 Januari 2022 di ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, dari hasil wawancara didapatkan bahwa di Rumah Sakit Unhas sudah melakukan *assessment* risiko jatuh. Yang pertama yaitu *assessment* awal yang dilakukan di Poliklinik / Instalasi Gawat Darurat untuk mengetahui kategori risiko jatuh pasien, selanjutnya dilakukan *re-assessment* atau asesmen ulang di ruang rawat inap untuk mengetahui alat-alat untuk mencegah jatuh yang akan diberikan kepada pasien dan juga memberikan penandaan di rekam medik, gelang identitas, pintu masuk serta di *bed* pasien. Kemudian perawat melakukan monitoring risiko jatuh sesuai kategori pasien, yang terakhir adalah edukasi yang diberikan kepada pasien/keluarga mengenai pencegahan risiko jatuh. Hal ini sudah sesuai dengan SOP *assessment* risiko jatuh. Meskipun demikian, Insiden Keselamatan Pasien (IKP) masih terjadi dan beberapa diantaranya adalah insiden pasien jatuh.

Pada saat melakukan studi pendahuluan, peneliti mendapatkan data kasus pasien jatuh dari divisi mutu & keselamatan pasien RS Unhas selama tahun 2017-2021. Pada tahun 2017 terdapat 3 kasus pasien jatuh di ruang rawat inap dan terjadi penurunan hingga 0 kasus pada tahun 2020. Namun pada tahun 2021 terjadi peningkatan 2 kali lipat dari tahun 2017 yaitu 6 kasus pasien jatuh di ruang rawat inap. Adapun data mengenai Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang terjadi selama 3 tahun terakhir. Pada tahun 2019 terdapat KTD (9 kasus), KTC (6 kasus), KNC (26 kasus) dan KPC (3 kasus). Pada tahun 2020 terdapat KTD (7 kasus), KTC (3 kasus), KNC (17 kasus) dan KPC (9 kasus). Pada tahun 2021 terdapat KTD (4 kasus), KTC (9 kasus), KNC (7 kasus), dan KPC (6 kasus).

Memberikan keselamatan kepada pasien merupakan hal yang sangat penting, dan untuk mewujudkan keselamatan pasien terutama menurunkan risiko cedera akibat terjatuh maka langkah awal yang diperlukan adalah pencegahan yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan, terutama perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling lama dan paling sering berinteraksi dengan pasien.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas”.

## **B. Rumusan Masalah**

Melihat begitu banyaknya insiden pasien jatuh dan dampak yang ditimbulkan, maka *Joint Commision International (JCI)* dan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) memasukkan pencegahan risiko jatuh sebagai sasaran keselamatan pasien dan menjadi salah satu penilaian akreditasi. Pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang paling mengkhawatirkan dan berdampak pada cedera pasien bahkan kematian dan *menjadi adverse event* kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan.

Sistem keselamatan pasien sudah dilakukan di berbagai Rumah Sakit di Indonesia, namun faktanya masih ada kejadian pasien jatuh yang merupakan salah satu indikator terwujudnya keselamatan pasien, termasuk di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin masih terdapat berbagai Insiden Keselamatan Pasien selama 5 tahun terakhir ini dan diantaranya ada beberapa kasus pasien jatuh.

Pelaksanaan pencegahan risiko jatuh pada pasien tidak bisa lepas dari peran perawat bahkan perawat memegang peranan yang sangat penting dalam pelaksanaannya. Perawat haruslah berpengetahuan baik karena setiap tindakan yang akan diaplikasikan harus didasari oleh pengetahuan dan keterampilan. Selain itu, sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas berdampak positif terhadap penurunan risiko jatuh pasien. Semakin baik pengetahuan dan sikap seseorang maka akan memberikan dampak yang baik pula terhadap upaya pencegahan pasien jatuh di rumah sakit. Oleh karena

itu peneliti ingin mengetahui gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya karakteristik perawat di ruang IGD, ICU, rawat inap Katinting, Sandeq, Phinisi Rumah Sakit Unhas.
- b. Diketuinya gambaran tingkat pengetahuan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.
- c. Diketuinya gambaran sikap perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.
- d. Diketuinya gambaran keterampilan perawat dalam pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit Unhas.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu bahan acuan untuk menambah ilmu pengetahuan dan bahan referensi serta bahan evaluasi khususnya tentang *patient safety* untuk meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah sakit.

## 2. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini dapat menjadi bahan referensi dan evaluasi kerja untuk meningkatkan kualitas pelayanan di ruang rawat inap khususnya dalam hal pencegahan risiko jatuh di Rumah Sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Pengetahuan**

##### **1. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau open behavior (Donsu, 2017). Menurut Notoatmodjo (2018) Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia, suatu pengetahuan yang terurai secara sistematis dan terorganisasi, mempunyai metode dan bersifat universal.

##### **2. Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi 6 tingkat (Notoatmodjo, 2014), yakni:

###### **1. Tahu (know)**

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

###### **2. Memahami (Comprehensif)**

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

### 3. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

### 4. Analisis (Analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

### 5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain

sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

#### 6. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

### **3. Pengukuran pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menayakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2014). Adapun pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan essay dan pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda, (multiple choice), betul-salah dan pertanyaan menjodohkan. Cara mengukur pengetahuan dengan memberikan pertanyaan – pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya prosentase kemudian digolongkan menjadi 3 kategori yaitu kategori baik

(76 -100%), sedang atau cukup (56 – 75%) dan kurang (<55%) (Arikunto, 2013).

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Menurut Notoatmodjo (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

##### **1. Pendidikan**

Pendidikan mempengaruhi proses dalam belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima sebuah informasi. Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui akan menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut.

##### **2. Usia**

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Bertambahnya usia akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin banyak.

##### **3. Pengalaman**

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*experience is the best teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman

merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu.

#### 4. Jenis Kelamin

Istilah jenis kelamin merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

#### 5. Hubungan pengetahuan dengan pencegahan risiko jatuh

Pengetahuan memiliki hubungan yang erat dengan pelaksanaan pencegahan risiko jatuh. Dibuktikan dengan Penelitian (Timur dkk., 2016), mengemukakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat terhadap penerapan standart prosedur operasional menurunkan resiko jatuh di ruang dewasa RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Octaviani (2015) dimana hubungan pengetahuan perawat dalam menjalankan SOP pencegahan resiko jatuh pada pasien, sebagian besar perawat mengetahui SOP pencegahan pasien jatuh dengan nilai

pvalue 0.001. Sejalan dengan penelitian (Andi dkk 2020) bahwa semakin baik pengetahuan seseorang, maka akan memberikan dampak yang baik pula terhadap upaya pencegahan pasien jatuh di rumah sakit. Meskipun pengetahuan perawat sudah baik belum tentu upaya pencegahan patient safety risiko jatuh sudah baik pula. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik akan memiliki adab yang baik dan mengamalkan ilmu tersebut. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi pasien. Semakin baik pengetahuan perawat maka semakin patuh pula perawat dalam melaksanakan standar operasional prosedur pencegahan risiko jatuh. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang akan dapat mempengaruhi pola pikir dan sikap terhadap sesuatu, hal ini akan mempengaruhi perubahan perilaku (Andi dkk, 2020).

## **B. Konsep Sikap**

### **1. Definisi sikap**

Menurut Elisa (2017) Sikap merupakan keteraturan perasaan, pemikiran perilaku seseorang dalam berinteraksi sosial. Dan sikap merupakan evaluasi terhadap berbagai aspek dalam dunia sosial. Para peneliti psikologi sosial menempatkan sikap sebagai hal yang penting

dalam interaksi sosial, karena sikap dapat mempengaruhi banyak hal tentang perilaku dan sebagai isu sentral yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang

## **2. Tingkatan sikap**

Menurut (Riyanto, 2017), mengemukakan tingkatan sikap sebagai berikut:

### **1. Menerima (receiving)**

Menerima berarti bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek

### **2. Merespon (responding)**

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Terlepas dari pekerjaan benar atau salah adalah orang itu berarti menerima ide tersebut.

### **3. Menghargai (valuing)**

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

### **4. Bertanggung jawab (responsible)**

Bertanggung jawab atas suatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### **3. Ciri-ciri sikap**

Ciri-ciri sikap menurut Rina (2013) adalah:

1. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan objeknya. Sifat ini yang membedakannya dengan sifat motif-motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
2. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan- keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap orang itu.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain sikap itu terbentuk dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
4. Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan- kecakapan atau pengetahuan- pengetahuan yang dimiliki orang.

### **4. Fungsi Sikap**

Pendekatan fungsional sikap berusaha menerangkan mengapa kita mempertahankan sikap-sikap tertentu. Hal ini dilakukan dengan meneliti

dasar motivasi, yaitu kebutuhan apa yang terpenuhi bila sikap itu dipertahankan. Mengemukakan lima fungsi dasar sikap yaitu :

1. Fungsi penyesuaian, yaitu sikap yang dikaitkan dengan praktis atau manfaat dan menggambarkan keadaan keinginannya atau tujuan.

2. Fungsi pembela ego, yaitu sikap yang diambil untuk melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya.

3. Fungsi ekspresi nilai, yaitu sikap yang menunjukkan nilai yang diambil individu bersangkutan.

4. Fungsi pengetahuan. Setiap individu memiliki motif untuk ingin tahu, ingin mengerti, ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan, yang diwujudkan dalam kehidupan sehari-hari.

5. Fungsi penyesuaian emosi, yaitu sikap yang diambil sebagai bentuk adaptasi dengan lingkungannya (Suryati, 2015).

## **5. Cara pengukuran sikap**

Salah satu aspek yang sangat penting guna untuk memahami sikap dan perilaku manusia adalah masalah pengungkapan (*assessment*) dan pengukuran (*measurement*) (Azwar S, 2016).

Menurut Azwar (2016), ada berbagai cara untuk melakukan pengukuran sikap yaitu sebagai berikut:

## 1. Skala Likert

Menurut likert dalam buku Azwar S (2016), sikap dapat diukur menggunakan metode rating yang dijumlahkan. Metode ini merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respon sebagai dasar penentuan nilai skalanya. Nilai skala oleh setiap pertanyaan tidak ditentukan oleh derajat favourable nya masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respon setuju atau tidak setuju dari kelompok responden yang bertindak sebagai kelompok uji coba (*pilot study*).

Prosedur penskalaan dengan metode rating yang dijumlahkan didasari oleh 2 asumsi yaitu:

- a. Setiap pernyataan sikap yang ditulis dapat disepakati sebagai pernyataan yang favourable atau pernyataan yang unfavourable
- b. Jawaban yang diberikan oleh individu yang mempunyai sikap positif harus diberi bobot atau nilai yang lebih tinggi dari pada jawaban yang diberikan oleh responden yang mempunyai pernyataan negatif. Menurut (Notoatmodjo, 2014), tiap pernyataan akan di nilai sebagai berikut:

- Pernyataan positif

Sangat setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak setuju (TS)	Sangat tidak setuju (STS)
4	3	2	1

- Pernyataan negatif

Sangat setuju (SS)	Setuju (S)	Tidak setuju (TS)	Sangat tidak setuju (STS)
1	2	3	4

*Table 2. 1 Pengukuran sikap dengan skala Likert*

Dengan kriteria:

Sikap positif jika  $T \text{ hitung} > T \text{ mean}$

Sikap negatif jika  $T \text{ hitung} < T \text{ mean}$  (Notoatmodjo, 2014).

## 2. Skala Thrustone

Metode skala thrustone sering disebut sebagai metode interval tampak stara. Metode skala pernyataan sikap ini dengan pendekatan stimulus yang artinya pendekatan ini ditunjukkan untuk meletakkan stimulus atau pernyataan sikap pada suatu kontinum psikologis yang akan menunjukkan derajat favourable atau unfavourable pernyataan yang bersangkutan.

## 3. Skala Gutmann

Skala pengukuran pada tipe ini akan didapatkan jawaban yang tegas,

yaitu ya atau tidak, benar atau salah, pernah atau tidak, positif atau negatif, dan lain-lain. Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau rasio dikhotami (dua alternatif). Jadi pada skala liker menggunakan interval 1,2,3,4,5 interval, dari kata "sangat setuju" sampai sangat tidak setuju", maka dalam skala Guttman hanya ada dua interval yaitu "setuju atau tidak setuju".

## **6. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap**

Menurut (Riyanto, 2013), faktor-faktor yang mempengaruhi sikap yaitu sebagai berikut:

1. Pengalaman pribadi
2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.
3. Pengaruh kebudayaan
4. Media Massa
5. Lembaga pendidikan dan Lembaga Agama
6. Faktor emosional

## **7. Hubungan sikap dengan pencegahan risiko jatuh**

Sikap berhubungan erat dengan pelaksanaan pencegahan risiko jatuh. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Efendi (2020), ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh di rumah sakit umum milik daerah nilai p value yaitu  $0.017 < \alpha$

0.050. Hal ini sejalan dengan Efendi, dkk (2019), didapatkan nilai p value yaitu  $0.017 < \alpha 0.050$  yaitu ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh di rumah sakit umum milik daerah. Dapat disimpulkan bahwa kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pencegahan pasien jatuh dipengaruhi oleh faktor sikap perawat.

## **C. Konsep Keterampilan**

### **1. Definisi keterampilan**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), arti kata keterampilan adalah kecakapan untuk menyelesaikan tugas. Keterampilan berasal dari kata dasar terampil. Menurut Erwin, dkk., (2017) keterampilan merupakan suatu kemampuan di dalam menggunakan akal, pikiran, ide serta kreativitas dalam mengerjakan, mengubah, membuat sesuatu itu menjadi lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Jadi makna dari kata keterampilan adalah kemampuan untuk mengerjakan, membuat atau menyelesaikan sesuatu hal secara tepat menggunakan akal, pikiran dan kreativitas.

### **2. Jenis-jenis keterampilan**

Menurut Budiono, dkk., (2014) ada 3 (tiga) macam jenis-jenis keterampilan yang dimiliki karyawan, yakni:

1. Keterampilan teknik (*technical skills*)

Keterampilan teknik merupakan kompetensi spesifik untuk melaksanakan tugas atau kemampuan menggunakan teknik-teknik, alat-alat, prosedur-prosedur dan pengetahuan tentang lapangan yang dispesialisasi secara benar dan tepat dalam pelaksanaan tugasnya.

2. Keterampilan kemanusiaan (*human skills*)

Keterampilan kemanusiaan adalah kemampuan untuk memahami dan memotivasi orang lain ,sebagai individu atau dalam kelompok. Kemampuan ini berhubungan dengan kemampuan menseleksi pegawai atau karyawan, menciptakan dan membina hubungan yang baik, memahami orang lain, memberi motivasi dan bimbingan, dan mempengaruhi para pekerja, baik secara individual atau kelompok.

3. Keterampilan konseptual (*conceptual skills*)

Keterampilan konseptual adalah kemampuan mengkoordinasi dan mengintergrasi semua kepentingan kepentingan dan aktifitas-aktifitas organisasi atau kemampuan mental mendapatkan, menganalisa dan interpretasi informasi yang diterima dari berbagai sumber.

**3. Dasar-dasar keterampilan**

Menurut Wiwin (2016) tipe-tipe dasar keterampilan, yaitu:

1. Keterampilan Teknik (*technical skills*)

Keterampilan teknik merupakan kompetensi spesifik untuk melaksanakan tugas atau kemampuan menggunakan teknik-teknik,

alat-alat, prosedur – prosedur dan pengetahuan tentang lapangan yang dispesialisasi secara benar dan tepat dalam pelaksanaan tugasnya.

## 2. Keterampilan Administratif

Keterampilan administratif merupakan kemampuan untuk mengurus, mengatur, dan mencatat informasi tentang pelaksanaan dan hasil yang dicapai serta berbagai hambatan-hambatan yang dialami maupun kemampuan mengikuti kebijakan dan prosedur.

## 3. Keterampilan Hubungan Manusia

Keterampilan hubungan manusia adalah kemampuan untuk memahami dan memotivasi orang lain, sebagai individu atau dalam kelompok. kemampuan ini berhubungan dengan kemampuan menseleksi pegawai, menciptakan dan membina hubungan yang baik, memahami orang lain, memberi motivasi dan bimbingan, dan mempengaruhi para pekerja, baik secara individual atau kelompok.

## 4. Keterampilan konseptual

Keterampilan konseptual adalah kemampuan mengkoordinasi dan mengintergrasi semua kepentingan-kepentingan dan aktifitas – aktifitas organisasi atau kemampuan mental mendapatkan, menganalisa dan interpretasi informasi yang diterima dari berbagai sumber.

## 5. Keterampilan Diagnostik

Keterampilan diagnostik berhubungan dengan kemampuan untuk menentukan melalui analisa dan pengujian hakekat dan circumstances dari suatu kondisi – kondisi khusus. Singkatnya keterampilan diagnostik dapat dimaknakan sebagai kemampuan secara cepat mendapatkan sebab yang benar dari suatu situasi tertentu melalui satu data yang simpangsiur, observasi dan fakta – fakta.

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan**

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keterampilan baik secara langsung maupun tidak langsung menurut Wiwin (2016) adalah:

##### **1. Tingkat Pendidikan**

Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik pengetahuan yang dimiliki, sehingga seseorang tersebut akan lebih mudah dalam menerima dan menyerap hal-hal baru. Selain itu, dapat membantu mereka dalam menyelesaikan hal-hal baru tersebut.

##### **2. Umur**

Ketika umur seseorang bertambah maka akan terjadi perubahan pada fisik dan psikologi seseorang. Semakin cukup umur seseorang, akan semakin matang dan dewasa dalam berfikir dan bekerja.

##### **3. Pengalaman**

Pengalaman dapat dijadikan sebagai dasar untuk menjadi lebih baik dari sebelumnya dan sebagai sumber pengetahuan untuk

memperoleh suatu kebenaran. Pengalaman yang pernah didapat seseorang akan mempengaruhi kematangan seseorang dalam berpikir dalam melakukan suatu hal.

#### 4. Motivasi

Motivasi merupakan sesuatu yang membangkitkan keinginan dalam diri seseorang untuk melakukan berbagai tindakan. Motivasi inilah yang mendorong seseorang bisa melakukan tindakan sesuai dengan prosedur yang sudah diajarkan.

#### 5. Keahlian

Keahlian yang dimiliki seseorang akan membuat terampil dalam melakukan keterampilan tertentu. Keahlian akan membuat seseorang mampu melakukan sesuatu sesuai dengan yang sudah diajarkan.

### **5. Hubungan keterampilan dengan pencegahan risiko jatuh**

Keterampilan berhubungan erat dengan pelaksanaan pencegahan risiko jatuh. Dibuktikan dengan penelitian Ranti (2019) yang menyatakan bahwa nilai hubungan praktik dengan upaya pencegahan pasien jatuh yaitu pvalue 0.011 dengan arti bahwa praktik berhubungan secara signifikan dengan upaya pencegahan pasien jatuh. Penelitian ini didukung penelitian Jaladara (2015) menunjukkan ada hubungan yang antara pengetahuan dan praktik, dalam hal ini terkait dengan keselamatan pasien (patient safety) (Cintya dkk.,2013).

## **D. Konsep Risiko Jatuh**

### **1. Keselamatan pasien**

#### 1) Definisi Keselamatan pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, 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.

#### 2) Standar Keselamatan Pasien

##### a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

##### b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

##### c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

### 3) Sasaran Keselamatan Pasien

Pasal 8 Peraturan Menteri Kesehatan mewajibkan setiap Rumah Sakit untuk mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien yang meliputi tercapainya 6 (enam) hal sebagai berikut:

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

### 4) Insiden Keselamatan Pasien

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera

yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut.

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (look a like sound a like) disimpan berdekatan.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (comission) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (omission) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi karena:
  - 1) “Keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan
  - 2) “Peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).

- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (comission) atau tidak mengambil tindakan (omission) dan bukan karena penyakit dasarnya (underlying disease) atau kondisi pasien.
- e. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

## **2. Definisi Risiko Jatuh**

Risiko jatuh adalah suatu kejadian yang dapat menyebabkan subjek yang sadar menjadi berada dilantai tanpa disengaja. Risiko jatuh adalah peningkatan kerentanan terhadap jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik (Wilkinson, 2011).

## **3. Dampak dan probabilitas risiko**

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) (2015), dalam menentukan derajat risiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitasnya (frekuensi). Berikut ini jenis-jenis dampak dan probailitas risiko menurut tingkatnya:

Table 2. 2 Dampak dan Probabilitas Risiko menurut tingkatnya

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/intelektual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cidera luas/berat misal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologi/intelektual	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: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015)

#### 4. Tipe-tipe pasien jatuh

Menurut *Palomar Health Fall Prevention and Managemet*, jatuh dibedakan menjadi (Anne, 2015):

##### 1. *Physiologic Falls*

Jatuh disebabkan satu atau lebih faktor intrinsik fisik, yang terdiri dari dua kategori, (1) dapat dicegah (dimensia, kehilangan kesadaran, kehilangan keseimbangan, efek obat, delirium, postural hipertensi), (2) tidak dapat dicegah (stroke, Transient Ischaemic Attack, Myocardial Infarction, disritmia, dan seizure).

## 2. *Accidental Falls*

Merupakan kejadian yang diakibatkan bukan karena faktor fisik, akan tetapi akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan penilaian strategi dan desain untuk memastikan lingkungan aman bagi pasien (misalkan terpeleset akibat lantai licin karena air). Pasien berisiko jatuh karena menggunakan tiang infus yang digunakan untuk pegangan.

## 3. *Unanticipated Falls*

Pasien jatuh yang berhubungan dengan kondisi fisik (karena kondisi yang tidak diprediksi). Tindakan pencegahan pada tipe ini dapat dilakukan setelah kejadian terjadi menggunakan RCA (Root Cause Analysis) (misalkan pingsan dan fraktur patologis). Kondisi tersebut dapat berulang kembali dengan penyebab yang sama, oleh karena itu perlu perhatian khusus dari perawat dalam mencegahnya supaya tidak terjadi yang kedua kalinya.

## 5. *Intentional Falls*

Kondisi jatuh yang diakibatkan secara sengaja karena tujuan tertentu (misalkan untuk mendapatkan perhatian dari orang lain).

## 4. **Faktor-faktor risiko jatuh**

Faktor risiko jatuh dibagi menjadi faktor intrinsik (*Patient-related risk factors*) dan faktor ekstrinsik (*Healthcare factors related to falls*) seperti yang dijelaskan berikut (Barak & Robert, 2017):

## 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 yang diakibatkan karena menurunnya kemampuan dalam menilai dan mengantisipasi akan terjadinya suatu bahaya yang ada disekitarnya. Kondisi ini sering terjadi pada golongan lansia yang diakibatkan menurunnya kemampuan penglihatan dan kekuatan otot.

### b) Gangguan kognitif

Beberapa penyakit yang memiliki hubungan dengan kejadian jatuh diantaranya adalah demensia, delirium, dan penyakit parkinson. Penurunan kognitif dapat memperbesar kemungkinan untuk mengakibatkan pasien jatuh dibandingkan tanpa penyakit tersebut.

### c) Gaya berjalan dan Gangguan keseimbangan

Kejadian jatuh sering disebabkan karena gangguan berjalan dan keseimbangan terutama pada lansia karena proses degeneratif. Proses degeneratif menyebabkan penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan penurunan kelenturan sendi. Riwayat berjalan jangkak, menggunakan tongkat, dan penyakit stroke dapat meningkatkan risiko terjadinya jatuh.

### d) Gangguan urinaria

Kondisi yang menyebabkan pasien sering BAK atau BAB meningkatkan risiko jatuh pada pasien, misalkan sesudah pemberian pencahar atau diuretik.

e) Pengobatan

Kondisi pasien sesudah pemberian obat-obatan penenang juga dapat meningkatkan risiko jatuh pada pasien.

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 kurang terang, lantai basah, tempat tidur tinggi, closet jongkok, obat-obatan, dan alat-alat bantu berjalan meningkatkan kejadian risiko jatuh pada pasien.

b) *Nurse call*

*Nurse call* yang berada di tempat tidur maupun kamar mandi pasien berguna untuk mendapatkan bantuan dari perawat secara cepat.

c) Tenaga profesional kesehatan dan sistem pelayanan

Tenaga profesional kesehatan dan sistem pelayanan yang dapat membahayakan pasien juga berperan dalam kejadian pasien jatuh.

## **5. Dampak pasien jatuh**

Menurut (Miake-Lye et al., 2013) banyak dampak yang disebabkan karena insiden dari jatuh. Contoh dampak pasien jatuh sebagai berikut:

### 1) Dampak Fisiologis

Dampak fisiologis yang dimaksud adalah dampak jatuh yang terlihat secara fisik pada pasien. Dampak fisiologis yang sering terlihat adalah adanya luka lecet, memar, luka sobek, fraktur, cidera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal jatuh dapat mengakibatkan kematian.

### 2) Dampak Psikologis

Jatuh yang tidak menimbulkan dampak fisik dapat juga memicu dampak psikologis yang mengguncang mental pasien seperti rasa ketakutan, cemas/ anxiety, distress, depresi, dan berujung pada kekhawatiran pasien untuk melakukan aktivitas fisik.

### 3) Dampak finansial

Pasien yang mengalami jatuh di Ruang Rawat Inap dapat menambah biaya perawatan dan memperlama pasien untuk tinggal di Rumah Sakit, hal tersebut terjadi dikarenakan insiden jatuh dapat memperparah kondisi medis dan menyebabkan luka pada pasien.

## **6. Pengukuran risiko jatuh**

Pengukuran Risiko Jatuh dapat dilakukan dengan beberapa instrumen pengukuran sebagai berikut:

1) *The Time up and Go Test (TUG)*

Pengukuran risiko jatuh menggunakan TUG difokuskan pada kekuatan mobilitas pasien, komponen lain yang diobservasi selama prosedur berlangsung yaitu keseimbangan tubuh, kekuatan kaki dan goyangan tubuh. Media yang harus disediakan adalah stopwatch, kursi, alat ukur jarak (meteran), dan penanda untuk membuat garis batas. Pasien dapat menggunakan alas kaki yang biasa digunakan, sedangkan pemeriksa wajib menyediakan sebuah kursi dan membuat sebuah pola garis batas yang berjarak 3 meter dari tempat duduk pasien. Prosedurnya adalah pasien duduk pada sebuah kursi, ketika pemeriksa mengatakan “mulai” maka pasien akan berdiri dari tempat duduk, berjalan ke garis yang sudah ditandai (berjarak 3 meter dari kursi), dan setelah tiba di garis tersebut maka pasien akan berbalik dan berjalan kembali ke tempat duduk semula lalu duduk seperti semula. Waktu mulai dihitung menggunakan *stopwatch* saat pemeriksa mengucapkan “mulai” dan berhenti ketika pasien duduk kembali. Interpretasi dari pengukuran TUG adalah jika pasien memperoleh waktu > 12 detik, diartikan sebagai risiko tinggi, tetapi jika waktu < 12 detik berarti pasien memiliki risiko rendah (*Centers for Disease Control and Prevention, 2016*).

2) *Morse Fall Scale (MFS)*

Menurut Ziolkowski (2014), *Morse Fall Score* adalah instrumen pengukuran risiko jatuh yang sederhana dan cepat untuk mengkaji pasien

yang memiliki kemungkinan jatuh atau risiko jatuh dan biasanya digunakan untuk melakukan penilaian kepada pasien umur  $\geq 16$  tahun. Instrumen ini memiliki 6 variabel yaitu: (a) Riwayat jatuh; (b) Diagnosa sekunder; (c) Penggunaan alat bantu; (d) Terpasang infus; (e) Gaya berjalan; dan (f) Status mental. Hasil interpretasi dari MFS dikategorikan menjadi: (1) 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  $\geq 45$ . Setiap skor MFS memiliki penatalaksanaan yang berbeda, pada pasien berisiko jatuh akan dilakukan tindakan keperawatan dasar, pada pasien dengan risiko rendah jatuh dilakukan tindakan implementasi standar pencegahan pasien jatuh, dan untuk pasien dengan risiko tinggi jatuh perlu dilakukan implementasi yang lebih intens serta observasi secara berkelanjutan dalam pencegahan pasien jatuh.

### 3) STRATIFY (*St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatient*)

Menurut Marschollek et al. (2011), pengkajian menggunakan instrumen ini biasanya digunakan pada pasien usia lanjut (lansia) yang dirawat di Rumah Sakit. Pengkajian ini terdiri dari lima komponen penting, yaitu: (a) kemampuan mobilisasi, (b) riwayat jatuh, (c) penglihatan, (d) agitasi, dan (e) toileting. Kategori risiko jatuh berdasarkan total skor komponen-komponen yang ada dalam STRATIFY dibedakan menjadi tiga yaitu 0

untuk risiko rendah, 1 untuk risiko sedang, dan 2 atau lebih untuk risiko tinggi.

#### 4) *Sydney Scoring*

Menurut Marschollek et al. (2011), *Sydney Scoring* merupakan nama lain dari *Ontario Modified Stratify*. Pengkajian menggunakan instrumen ini merupakan adaptasi dari STRATIFY yang diterapkan dan dimodifikasi oleh Australia Hospital. *Sydney Scoring* digunakan untuk mengkaji risiko jatuh pada pasien usia lanjut (lansia) yang mengkaji seseorang dari faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian jatuh seperti riwayat jatuh, status mental, penglihatan, toileting, perpindahan dari kursi roda ke tempat tidur, dan juga skor mobilitas. Kategori risiko jatuh berdasarkan total pengkajian yaitu skor 0-5 untuk risiko rendah, 6-16 untuk risiko sedang, dan 17-30 untuk risiko tinggi.

#### 5) *Humpty Dumpty Scale*

Pengkajian ini merupakan pengkajian risiko jatuh khusus untuk anak-anak. Pengkajian ini memiliki komponen penting yang digunakan untuk mengkaji risiko jatuh pasien yaitu rentang usia anak, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respon terhadap operasi, penggunaan obatsedasi dan anestesi, serta penggunaan obat lainnya. Tingkat risiko jatuh berdasarkan *Humpty Dumpty Scale* dibagi menjadi dua yaitu skor 7-11 untuk risiko rendah dan skor  $\geq 12$  untuk risiko tinggi (*Heart of England (2017)*).

## 7. Pencegahan risiko jatuh

Ada beberapa langkah-langkah yang dapat dilakukan perawat untuk menurunkan risiko terjadinya cedera pada klien akibat gerakan yang berbahaya baik ketika berada atau tidak berada di tempat tidur atau kursi, antara lain (Maha, N., 2020):

- a. Pada saat klien pertama kali masuk, orientasikan klien terhadap lingkungan sekitarnya dan jelaskan tentang sistem panggilan yang berlaku.
- b. Kaji secara teliti kemampuan klien untuk ambulasi dan berpindah. Berikan alat bantu jalan dan bantuan sesuai kebutuhan.
- c. Awasi klien secara ketat yang berisiko jatuh, terutama pada malam hari
- d. Dorong klien untuk menggunakan bel panggilan jika perlu bantuan. Pastikan bel tersebut berada dalam jangkauan klien
- e. Letakkan dan *overbed table* di dekat tempat tidur atau kursi sehingga klien tidak sulit menjangkanya yang bisa mengakibatkan klien kehilangan keseimbangan
- f. Atur agar tempat tidur selalu dalam posisi rendah dan rodanya terkunci ketika tidak sedang melakukan tindakan sehingga klien dapat ke tempat tidur atau meninggalkan tempat tidur dengan mudah.
- g. Pastikan terdapat keset yang antislip di bak mandi dan pancuran
- h. Anjurkan agar klien menggunakan alas kaki yang antislip.

- i. Jaga kebersihan lingkungan agar tetap rapi, terutama singkirkan kabel yang ringan dari tempat yang sering dilalui dan dari perabot yang digunakan
- j. Pasang pagar tempat tidur klien yang sedang dalam kondisi konfusi, sedasi, gelisah, dan tidak sadar, serta biarkan pagar tetap naik bila klien ditinggal sendiri. Pertimbangkan hanya menaikkan setengah pagar tempat tidur jika menaikkan pagar tempat tidur seluruhnya membuat klien lebih gelisah.

## **8. Intervensi risiko 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 *Department of Health and Human Service St. Joseph Health Petaluma Valley*, Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi (Corbeil, Simoneau, Rancourt, 2017):

### 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 dan stiker risiko jatuh di tempat tidur atau pintu kamar pasien .



*Gambar 2. 1 Gelang risiko jatuh pasien yang berwarna kuning*



*Gambar 2. 2 Stiker risiko jatuh di tempat tidur atau pintu kamar pasien*

- 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 menempatkan 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.

## **E. Konsep Perawat**

### **1. Pengertian perawat**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 menyatakan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan. Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (Kementerian Sekretariat Negara RI, 2014).

### **2. Macam-macam perawat**

Perawat terbagi menjadi tiga macam menurut Amelia (2013) yaitu:

#### 1.) Perawat vokasional

Perawat vokasional adalah seseorang yang mempunyai kewenangan untuk melakukan praktik dengan batasan tertentu dibawah supervisi langsung maupun tidak langsung oleh perawat profesional dengan sebutan *Licensed Vocational Nurse (LVN)*.

#### 2.) Perawat profesional

Perawat profesional adalah tenaga profesional yang mandiri, bekerja secara otonom, berkolaborasi dengan yang lain, telah menyelesaikan program pendidikan profesi keperawatan dan telah lulus uji kompetensi perawat

profesional yang dilakukan oleh konsil dengan sebutan *Registered Nurse (RN)*.

### 3.) Perawat profesional spesialis

Perawat profesional spesialis adalah seorang perawat yang disiapkan di atas level perawat profesional, mempunyai kewenangan sebagai spesialis atau kewenangan yang diperluas dan telah lulus uji kompetensi perawat profesional spesialis.

## **3. Jenis dan jenjang pendidikan keperawatan**

Perawat di Indonesia memiliki tingkat pendidikan yang bervariasi, mulai dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) yang setara pendidikan Tingkat Menengah (program ini telah dihapus secara bertahap), Diploma 3 Keperawatan/Akademi Keperawatan (Akper) dan Strata 1 (S-1) Keperawatan dengan gelar Ners-nya. Pengelolaan pendidikan keperawatan dilakukan baik oleh pemerintah melalui Kementerian Pendidikan Nasional (Kemdiknas) dan Kementerian Kesehatan (Kemkes) melalui Politeknik kesehatan (Poltekkes) serta pihak swasta. Beberapa daerah Provinsi, Kabupaten/Kota juga TNI/Polri juga membina institusi pendidikan yang membuka jurusan bidang kesehatan (Kurniati dan Efendi, 2012).

### 1.) Program pendidikan Diploma III keperawatan

Jenjang pendidikan Diploma III bersifat pendidikan profesi, menghasilkan Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) sebagai perawat

profesional pemula. Pendidikan keperawatan pada jenjang diploma dikembangkan terutama untuk menghasilkan lulusan/perawat yang memiliki sikap dan menguasai kemampuan keperawatan umum dan dasar. Pendidikan pada tahap ini lebih menekankan penguasaan sikap dan keterampilan dalam bidang keprofesian dengan landasan pengetahuan yang memadai.

## 2.) Program Sarjana keperawatan

Pendidikan pada tahap ini bersifat pendidikan akademik profesional (pendidikan keprofesian), menekankan pada penguasaan landasan keilmuan, yaitu ilmu keperawatan dan ilmu-ilmu penunjang, penumbuhan serta pembinaan sikap dan keterampilan profesional dalam keperawatan. Pada jenjang pendidikan ini, menghasilkan perawat generalis, terdapat dua tahap program, mendapat gelar akademik Sarjana Keperawatan (S.Kep) dan tahap program keprofesian yang pada akhir pendidikan mendapat sebutan profesi “Ners” (Ns).

## 3.) Program Pendidikan Magister Keperawatan

Dalam menghadapi tekanan perkembangan ilmu dan pengetahuan dan teknologi serta tuntutan kebutuhan dan permintaan masyarakat yang diperkirakan akan terus meningkat, pendidikan pasca sarjana dalam bidang keperawatan juga akan dikembangkan. Hal ini diperlukan agar pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan melalui berbagai bentuk penelitian dapat dilaksanakan dan selanjutnya

dimanfaatkan dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Pendidikan jenjang Magister Keperawatan lulusannya mendapat gelar (M.Kep) (Lestari, 2014).

#### 4.) Program Pendidikan Spesialis Bidang Keperawatan

Dalam memenuhi atau menjawab tuntutan kebutuhan masyarakat dan pembangunan kesehatan di masa depan dan bertolak pada pandangan bahwa setiap saat dan tahap pengembangan perlu diupayakan untuk meningkatkan relevansi dan mutu asuhan keperawatan kepada masyarakat, maka dikembangkan pendidikan keperawatan pada jenjang spesialis. Pendidikan jenjang ini lebih merupakan pendidikan yang memperdalam pengetahuan dan keterampilan keprofesian. Menurut Lestari (2014) pendidikan jenjang spesialis keperawatan, terdiri dari:

- a.) Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, lulusannya (Sp.KMB)
- b.) Spesialis Keperawatan Maternitas, lulusannya (Sp.Kep.Mat)
- c.) Spesialis Keperawatan Komunitas, lulusannya (Sp.Kep.Kom)
- d.) Spesialis Keperawatan Anak, lulusannya (Sp.Kep.Anak)
- e.) Spesialis Keperawatan Jiwa, lulusannya (Sp.Kep.Jiwa)

#### **4. Peran perawat**

Menurut Hidayat (2011) peran perawat terdiri dari:

##### 1.) Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang

dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar dapat direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

## 2.) Peran sebagai advokat

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberian pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak klien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya. Hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

## 3.) Peran pendidik

Perawat harus memberikan pendidikan baik formal dan informal kepada klien, baik individu atau kelompok. Sebagai contoh, klien diajarkan mengenai obat-obatan yang harus dikonsumsi oleh klien. Pendidikan tersebut dilakukan pada saat pemberian obat-obatan tersebut atau menginformasikan betapa pentingnya untuk kontrol saat sedang

melakukan perawatan luka. Edukasi formal biasanya diberikan pada kelompok atau kepada keluarga klien. Perawat bisa menggunakan ruang kelas atau membawa alat peraga visual (misal CD atau DVD), atau alat peraga audio atau laptop sebagai sarana edukasi (Black & Hawks, 2014).

#### 4.) Peran koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien (Hidayat, 2011).

#### 5.) Peran kolaborator

Peran perawat disini dilakukan kerana perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya (Hidayat, 2011)

#### 6.) Peran konsultasi

Peran disini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan (Hidayat, 2011).

### 7.) Peran pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan (Hidayat, 2011).

## 5. Jenjang karir perawat

Tabel 2.3

Integrasi Penjenjangan antara Perawat Klinik, Manajer, Pendidik dan Riset

<b>L. V</b>	<b>PK. V</b>	<b>PM. IV</b>	<b>PP. III</b>	<b>PR. II</b>
<b>L. IV</b>	<b>PK. IV</b>	<b>PM. III</b>	<b>PP. II</b>	<b>PR. I</b>
<b>L. III</b>	<b>PK. III</b>	<b>PM. II</b>	<b>PP. I</b>	
<b>L. II</b>	<b>PK. II</b>	<b>PM. I</b>		
<b>L. I</b>	<b>PK. I</b>			

Keterangan;

L = Level

PP = Perawat Pendidik

PK = Perawat Klinik

PR = Perawat Riset

PM = Perawat Manajerial

### a.) Standart kompetensi perawat

Penetapan kompetensi perawat Indonesia mengacu pada ketentuan Standar Kompetensi Perawat Indonesia dari PPNI dan Direktorat Keperawatan dan Keteknisan Medis. Kompetensi jenjang terbagi dalam lima macam kompetensi:

1. Kompetensi Keperawatan Dasar Umum.
2. Kompetensi Keperawatan Lanjutan atau Kompetensi Keperawatan Dasar Spesialistik.
3. Kompetensi Keperawatan Spesialistik Umum.
4. Kompetensi Keperawatan Spesialistik Khusus.
5. Kompetensi Keperawatan Konsultan Spesialistik

b.) Standar Kompetensi Perawat tiap jenjang:

1. Perawat Klinik I (Dasar Umum).
2. Perawat Klinik II (Dasar Khusus).
3. Perawat Klinik III (Lanjutan Khusus).
4. Perawat Klinik IV (Lanjutan Khusus).
5. Perawat Klinik V (Konsultan Spesialistik)

c.) Kompetensi Perawat Klinik I

- 1.) Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien tanpa risiko (Klien minimal/partial care).
- 2.) Pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 3.) Memahami teknik isolasi dan teknik desinfeksi.
- 4.) Mampu mempersiapkan pasien pulang.
- 5.) Mampu melakukan penyuluhan kesehatan pada klien tanpa risiko.
- 6.) Mampu memberikan keperawatan dasar untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene pada klien tanpa risiko, meliputi: memandikan, kebersihan mulut, perawatan kuku, merapikan tempat tidur pada klien tirah baring,

membantu eliminasi, mengatur posisi tidur, membantu mobilisasi (membantu latihan fisik sederhana), monitoring TTV, intake-output, terampil memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan.

d.) Kompetensi Perawat Klinik II

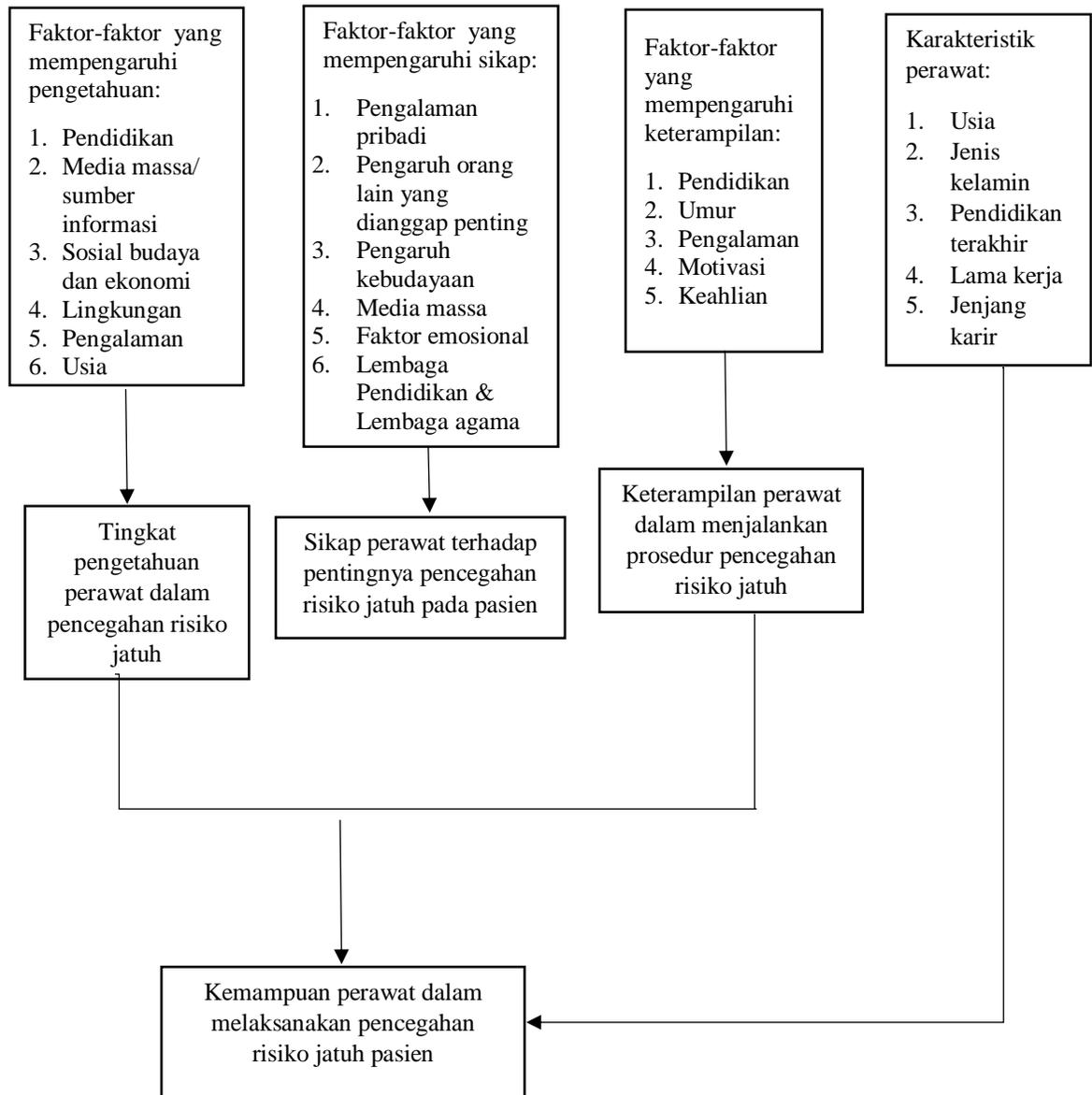
Kompetensi Keperawatan Lanjutan Umum adalah kompetensi yang harus dimulai oleh semua Perawat Klinik II disemua area; 1. Identifikasi klien yang memerlukan pemasangan gastrointestinal tube. 2. Mampu/terampil memasang gastrointestinal intubation pada klien tanpa risiko. 3. Mampu memberi makan/minum melalui internal tube feeding. 4. Identifikasi klien yang memerlukan kateterisasi urine. 5. Mampu/terampil memasang kateter urine pada klien tanpa risiko. 6. Identifikasi klien dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. 7. Mampu/terampil memasang infus (limpah wewenang). 8. Monitoring IVFD (intra vena fluid doix). 9. Mampu melakukan injeksi sc/ic/im/iv (limpah wewenang). 10. Analisa nyeri dan pengelolaan nyeri. 11. Mampu memberikan teknik relaksasi. 12. Perawatan pre operatif. 13. Perawatan post operatif. 14. Perawatan luka operasi tanpa kontaminasi. 15. Terampil BHD. 16. Terampila melakukan EKG dasar.

e.) Kompetensi Perawat Klinik III

Keperawatan Dasar Spesialistik Area Pediatrik 1) Mahir perawatan perinatal risiko tinggi. 2) Mahir perawatan bayi dan anak dengan total care. 3) Mahir perawatan bayi dan anak dengan ostomi. 4) Mahir perawatan bayi dan anak

dengan combustio grade 30% 50%. 5) Mahir melakukan asuhan keperawatan pada bayi dan anak dengan kegawatdaruratan. 6) Mampu membimbing PK I dan PK II. 7) Mampu memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dengan total care b. Keperawatan Dasar Spesialistik Area Maternitas 1) Mampu memberikan pertolongan persalinan normal. 27 2) Semua kompetensi keperawatan dasar spesialistik area pediatric. 3) Monitoring dan identifikasi persalianan risiko tinggi. 4) Kolaborasi dengan cepat dan tepat sesuai hasil monitoring. 5) Mahir melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan total care (perawatan PEB, eklamsi). 6) Mampu membimbing PK I dan PK II c. Keperawatan Dasar Spesialistik Area Medikal/Surgikal 1) Mampu mengidentifikasi EKG emergensi. 2) Mampu melakukan pertolongan pertama klien dengan kegawat daruratan. 3) Mampu memasang NGT dengan risiko. 4) Mampu memberikan asuhan keperawatan dengan total care. 5) Mampu membimbing PK I dan PK II. 6) Mampu ACLS.

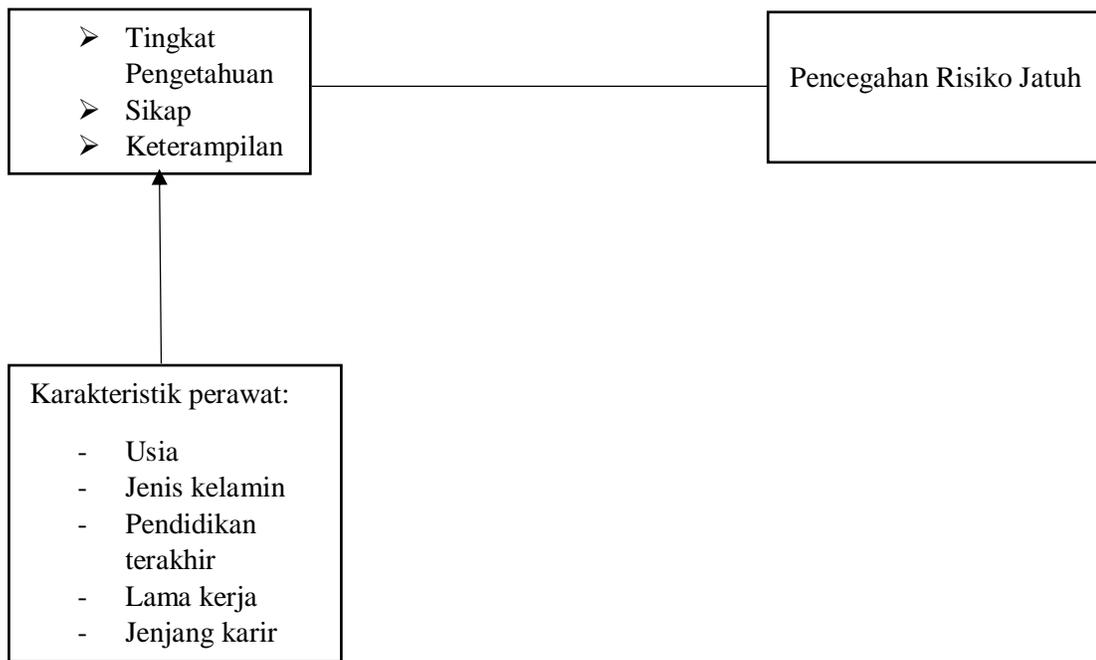
## F. Kerangka Teori



### BAB III

#### KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018).



Keterangan :



: Variabel yang diteliti