

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pasien Resiko Jatuh

a. Pengertian resiko

Resiko adalah kesempatan dari sesuatu yang memiliki dampak pada sesuatu (Anggraeni¹, Hakim & Widjiati, 2016). Resiko juga dapat diartikan sebagai kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terciptanya manfaat atau mengikis manfaat yang telah ada. Resiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negatif dalam berbagai hal.

Menurut Vaughan dan Elliott, Resiko adalah potensi kerugian, kemungkinan kerugian, ketidakpastian, penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan, dan probabilitas bahwa suatu hasil berbeda dari yang diharapkan (Budiono, 2017).

b. Dampak dan probabilitas resiko

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) (2015), dalam menentukan derajat resiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitasnya (frekuensi) berikut ini jenis-jenis dampak dan probabilitas resiko menurut tingkatnya:

Tabel 2.1
Tingkat dampak dan probabilitas resiko

Tingkat Risiko	Dampak	Probabilitas (frekuensi)
Tidak signifikan	Tidak terdapat luka	Sangat jarang (>5 tahun)
Minor	Cidera ringan misal luka lecet (dapat diatasi dengan pertolongan pertama)	Jarang / <i>unlikely</i> (>2-5 tahun/kali)
Moderat	Cidera ringan misal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologi/intel aktual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cidera luas/berat misal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologi/intel aktual	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)

c. Pengertian pasien jatuh

Jatuh merupakan kejadian yang mengakibatkan seseorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai (permukaan yang lebih rendah) (Depkes RI, 2015). Jatuh adalah suatu peristiwa yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang telah melihat kejadian yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai (tempat yang lebih rendah) atau dan tanpa kehilangan kesadaran maupun luka (Depkes RI, 2018). Jatuh memiliki definisi sebagai kejadian jatuh yang disengaja maupun tidak, yang mengakibatkan luka pada pasien tersebut, sehingga pasien terbaring dilantai (terbaring diatas permukaan lain atau orang lain atau objek lain) (George, 2017).

Pasien dikatakan jatuh jika mengalami luka, apabila pasien jatuh dan berhasil berdiri atau kembali ketempat semula tanpa mengalami luka berarti tidak dikatakan pasien jatuh (Kurniadi, 2013). Berdasarkan *Internasional Classification of Diseases 9 Clinical Modifications (ICD9-CM)* tahun 2016, jatuh dikategorikan menjadi: menabrak benda yang bergerak disebabkan keramaian yang dapat menyebabkan jatuh dengan tidak sengaja, jatuh pada atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat yang sama dari tabrakan, tekanan, atau saling dorong dengan orang lain, bahkan jatuh dapat diartikan sebagai jatuh dari atau keluar gedung atau bangunan lainnya. Jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala (ICSI, 2012):

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

Pengurangan pasien resiko jatuh merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (Setyawan & Supriyanto, 2019).

d. 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 beresiko 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.

4.) *Intentional Falls*

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

e. Faktor penyebab pasien jatuh

Faktor resiko 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 resiko 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 jongkok, menggunakan tongkat, dan penyakit stroke dapat meningkatkan resiko terjadinya jatuh.

d) Gangguan urinaria

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

e) Pengobatan

Kondisi pasien sesudah pemberian obat-obatan penenang juga dapat meningkatkan resiko 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 resiko 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 pelayananyang dapat membahayakan pasien juga berperandalam kejadian pasien jatuh.

f. Dampak pasien jatuh

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

1.) Dampak Fisiologis

Dampak fisiologis dapat berupa luka lecet, luka memar, luka sobek, cidera kepala, fraktur, bahkan sampai kematian.

2.) Dampak Psikologis

Dampak secara psikologis dapat mengakibatkan rasa ketakutan, cemas, distress, depresi, sehingga mengurangi aktivitas fisik pasien.

3.) Dampak finansial

Pasien yang mengalami jatuh maka *Length of Stay* (LOS) semakin lama, dan biaya perawatan di rumah sakit juga semakin meningkat.

g. Pengkajian dan intervensi resiko jatuh

Pengkajian pasien dengan resiko jatuh dapat dilakukan dengan multifactorial assessment dalam jangka waktu pasien dirawat. Tindakan yang dilaksanakan dalam pengkajian multifaktor adalah dengan mengkaji masalah kognitif pasien, masalah urinaria pasien, riwayat jatuh, akibat dari jatuh, mengawasi sandal yang dipakai pasien (licin atau hilang), masalah kesehatan yang dapat meningkatkan resiko jatuh, pengobatan yang sedang dijalani, masalah keseimbangan, masalah pergerakan pasien, sindrome sincope, dan gangguan pengelihatian yang diderita oleh pasien. Pengkajian lingkungan juga perlu dilakukan, pasien dirawat memiliki bagian penting dalam resiko dari insiden pasien jatuh. Terdapat berbagai jenis alat pengkajian resiko jatuh yang telah dibuat, salah satunya dengan *Morse Fall Scale* (MFS) yang dipakai dalam mengidentifikasi resiko pasien jatuh orang dewasa di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

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

1.) Riwayat jatuh

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

2.) Diagnosa sekunder

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

3.) Alat bantu

Bila pasien bed rest atau butuh bantuan perawat untuk berpindah beri skor 0, bila pasien membutuhkan tongkat, cane, atau alat penompang untuk berjalan berikan skor 15, dan bila pasien berjalan berpegangan pada perabotan yang ada seperti meja atau kursi berikan skor 30.

4.) Terpasang infus

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

5.) Gaya berjalan

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

6.) Status mental

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

Hasil interpretasi dari MFS dikategorikan menjadi; tidak beresiko (*No Risk*) dengan skor MFS sebesar 0-24, pasien beresiko rendah (*Low Risk*) dengan skor MFS sebesar 25-44, sedangkan pasien beresiko tinggi jatuh (*High Risk*) memiliki skor MFS ≥ 45 . Setiap skor MFS memiliki tindakan yang berbeda, pada pasien tanpa resiko jatuh tindakan yang dilakukan adalah cukup melaksanakan tindakan keperawatan dasar, pada pasien dengan resiko rendah jatuh dilakukan tindakan implementasi standar pencegahan pasien jatuh, dan untuk pasien dengan resiko tinggi jatuh perlu dilakukan implementasi yang lebih intens dalam pencegahan pasien jatuh. Berikut adalah tabel MFS dan Hasil interpretasi dari MFS:

Tab 2.2
Interpretasi *Morse Fall Score* (MFS)

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

Tabel 2.3
Penatalaksanaan hasil interpretasi *Morse Fall Score* (MFS)

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

h. Intervensi pencegahan pasien jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh yaitu melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas *toileting* pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin, perubahan lingkungan seperti mengenakan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan, dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasie jatuh (Chu, Chi, Chiu, 2016).

Intervensi dalam mencegah terjadinya pasien jatuh dimulai dengan melakukan asesmen resiko jatuh *Morse Fall Scale* (MFS). Hasil dari penilaian MFS dilanjutkan dengan prosedur intervensi sesuai dengan tinggi rendahnya skor MFS yang muncul. Menurut Ziolkowski dari *Departement of Helath and Human Service St. Joseph Health Petaluna Valley*, Intervensi pencegahan pasien resiko jatuh dapat dibagi menjadi (Corbeil, Simoneau, Rancourt, 2017):

1.) Intervensi Resiko 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 Resiko Tinggi atau Sedang

- a) Identifikasi secara visual pasien dengan memasang gelang kuning pada pergelangan tangan.
- b) Pertimbangkan penempatan ruangan pasien pada area dengan visibilitas tinggi atau dekat dengan ruang jaga perawat.
- c) Monitor pasien dan ruangan untuk keamanan kira-kira setiap satu jam. Tempatkan lampu panggilan dan secara terus-menerus 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 resiko jatuh sedang atau tinggi atau riwayat jatuh, mungkin dibutuhkan tempat tidur khusus dengan tambahan tikar atau matras pada sisi tempat tidurnya untuk mencegah bahaya sekunder dari jatuh.
- i) Sediakan dan *review* (ulangi) edukasi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan resiko sedang atau tinggi jatuh dengan luka memerlukan tindakan pencegahan yang lebih intensif untuk menjaga keselamatan dan keamanan pasien, tindakan intervensi tersebut adalah (*American Hospital Association, 2016*):

- 1.) Meningkatkan intensitas dan kualitas observasi Pasien dengan resiko tinggi cedera membutuhkan lebih banyak frekuensi observasi dari pada pasien dengan tingkat yang lebih rendah. Dalam meningkatkan

observasi pasien gagasan yang perlu diubah adalah dengan meningkatkan observasi secara langsung kepada pasien seperti:

- a) Dorong dan beri semangat kepada anggota keluarga untuk mendampingi pasien kapanpun sebisanya.
 - b) Tempatkan pasien dengan resiko tinggi jatuh berdekatan dengan ruangan perawat dan pada kondisi yang lebih terlihat oleh staf rumah sakit, idealnya dalam satu garis pandang.
 - c) Datang keruangan pasien dengan lebih sering setiap 1-2 jam dalam satu hari.
 - d) Kembangkan atau sarankan penggunaan jadwal toileting kepada pasien.
- 2.) Buat adaptasi lingkungan dan sediakan alat pribadi untuk mengurangi resiko jatuh dengan luka. Adaptasi lingkungan dapat disediakan untuk melindungi pasien dari jatuh dan mengurangi resiko cedera, dan harus sejajar dengan level resiko pasien jatuh. Untuk beberapa pasien intervensi khusus atau intensif mungkin diperlukan. Beberapa hal yang dapat meminimalkan pasien jatuh seperti:
- a) Sediakan tempat anti selip atau sandal anti selip, tambahkan tikar empuk di sebelah tempat tidur pasien saat pasien istirahat.
 - b) Tempatkan perangkat alat bantu seperti alat bantu jalan atau transfer bar di sisi bagian keluar tempat tidur.

- c) Gunakan lampu malam untuk memastikan ruangan dapat terlihat setiap saat.
 - d) Gunakan alarm kasur atau kursi untuk memperingatkan staf secara cepat bila pasien bergerak.
 - e) Biarkan kasur pada seting paling rendah.
 - f) Ciptakan ruangan resiko tinggi jatuh khusus dengan modifikasi ruangan seperti perabotan dengan ujung bulat tidak lancip dan kamar mandi dengan toilet duduk yang ditinggikan, dan pasang pengangan tangan di sekitar kamar mandi.
- 3.) Tetapkan intervensi untuk mengurangi efek samping dari pengobatan. Banyak obat yang dapat meningkatkan resiko jatuh dan resiko cedera karena jatuh, biasanya terjadi karena poli-farmasi, khususnya pada pasien usia lanjut, dan menimbulkan banyak efek samping, termasuk jatuh dan jatuh dengan cedera. Intervensi yang perlu dilakukan adalah dengan melakukan *safer management medication* sebagai berikut :
- a) Kaji ulang obat yang digunakan pasien dengan resiko tinggi jatuh dan hilangkan atau ganti obat yang dapat meningkatkan resiko terjadinya jatuh.
 - b) Pertimbangkan penggunaan kriteria *Beers* untuk mengidentifikasi ketidak tepatan pengobatan pada lansia.
 - c) Tanyakan kepada farmasis tentang rekomendasi alternatif obat lain.

Sesuaikan intervensi untuk pasien dengan resiko tinggi cedera serius atau luka parah karena jatuh dalam perbaikan rencana. Dalam rangka menyesuaikan tindakan pencegahan resiko tinggi jatuh, pengkajian resiko harus dilakukan secara rutin dan dapat diandalkan. Jika resiko tidak dikaji lalu kesempatan untuk mengimplementasikan pencegahan tidak dilakukan, maka hal tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya pasien jatuh bahkan pasien jatuh dengan cedera. Pengkajian harus dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk, setiap kali pasien memiliki perubahan status, dan setidaknya setiap hari (jika tidak dilakukan setiap shift). Hasil dari pengkajian lengkap harus menghasilkan intervensi yang disesuaikan dengan beberapa arahan yang diperlukan.

2. Kepatuhan Perawat

a. Pengertian kepatuhan perawat

Menurut KBBI tahun 2019, arti kata patuh yaitu menurut, taat terhadap suatu peraturan dan disiplin. Patuh merupakan wujud perilaku karena adanya interaksi, sehingga pasien akan dapat mengerti segala rencana dan konsekwensinya serta menyetujui rencana dan pelaksanaannya (DepkesRI, 2016). Kepatuhan seorang perawat merupakan bagaimana perilaku perawat sesuai ketentuan yang sudah diberikan atasan atau instansi terkait (Niven, 2012). Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu tindakan, prosedur atau peraturan yang harus ditaati (Arifianto, 2015). Kesimpulan dari penjelasan diatas

kepatuhan perawat adalah suatu perilaku tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam mengikuti aturan atau perintah yang telah disusun oleh pihak pimpinan (atasan) atau pihak institusi rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di suatu intitusi atau rumah sakit. Kepatuhan perawat juga memiliki peranan penting dalam keefektifan suatu aturan dalam tempat layanan kesehatan.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dibagi menjadi tiga, yaitu faktor pendorong (*predisposing*) yang merupakan faktor yang mendorong perawat dalam melakukan kepatuhan bersumber dari internal maupun eksternal (agama yang dianut, faktor lingkungan atau geografi, faktor individu). Faktor penguat (*reinforcing*), merupakan dukungan dari berbagai sumber untuk memperkuat kepatuhan (rekan seprofesi maupun lintas profesi dalam penerapan suatu prosedur). Faktor pemungkin (*enabling*), merupakan sarana-prasarana yang berpengaruh terhadap kepatuhan perawat (Notoatmodjo, 2013).

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan antara lain pendidikan, akomodasi, modifikasi lingkungan sosial, meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien, dan pengetahuan (Niven, 2012).

c. Variabel tingkat kepatuhan

Variabel tingkat kepatuhan dibagi menjadi variabel karakteristik personal (meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial

ekonomi, dan pendidikan). Variabel terapi (program pengobatan dan efek samping). Variabel psikososial (intelegensi, keyakinan agama dan budaya) (Brunner& Suddarth, 2012).

d. Kriteria kepatuhan

Kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga, meliputi patuh (tindakan yang taat dalam menjalankan perintah dan dilakukan secara benar). Kurang patuh (tindakan melaksanakan perintah hanya sebagian dari yang ditetapkan). Tidak patuh (tindakan yang tidak melaksanakan perintah atau aturan) (DepkesRI, 2016).

3. *Reminder audio visual* resiko jatuh

Penggunaan *reminder audio visual* resiko jatuh bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan perawat dalam pencegahan resiko pasien jatuh sesuai SOP di Ruang Kepodang RSUP Dr Kariadi Semarang. *Reminder audio visual* resiko jatuh berupa suatu media *soft ware* yang diinstal didalam komputer perawat, sehingga berdasarkan jadwal jam-jam tertentu para perawat akan diingatkan dengan media tersebut untuk melakukan pengkajian serta intervensi sesuai dengan SOP resiko jatuh.

Pada tahap ini perawat dilakukan *pre test* pengukuran kepatuhan dalam pencegahan resiko pasien jatuh sesuai SOP dengan metode observasi secara langsung dengan instrumen berupa *Cheklis* kuesioner kepatuhan berdasarkan format SOP pencegahan resiko jatuh. Format yang digunakan dalam penelitian ini adalah SOP Pencegahan resiko jatuh *Morse Fall Scale* karena peneliti melakukan penelitian di ruang rawat dewasa. Tahap

selanjutnya perawat dilakukan perlakuan dengan media *reminder audio visual* yang merupakan media pengingat bagi perawat yang di seting menggunakan aplikasi *reminder*, akan muncul dilayar komputer video berbunyi kalimat verbal perintah intervensi pencegahan resiko jatuh sesuai setiap kali jam intervensi (Resiko Rendah setiap shift, Resiko Sedang tiap 8 jam, Resiko Tinggi tiap 4 jam).

Tahap terakhir sesudah dilakukan perlakuan penggunaan *reminder audio visual* resiko jatuh pada perawat, dilakukan pengukuran kembali kepatuhan perawat dalam pencegahan resiko pasien jatuh dengan metode observasi secara langsung menggunakan kuesioner kepatuhan SOP pencegahan resiko jatuh.



B. Kerangka Teori



Keterangan:

----- : Variabel yang tidak diteliti

————— : Variabel yang diteliti



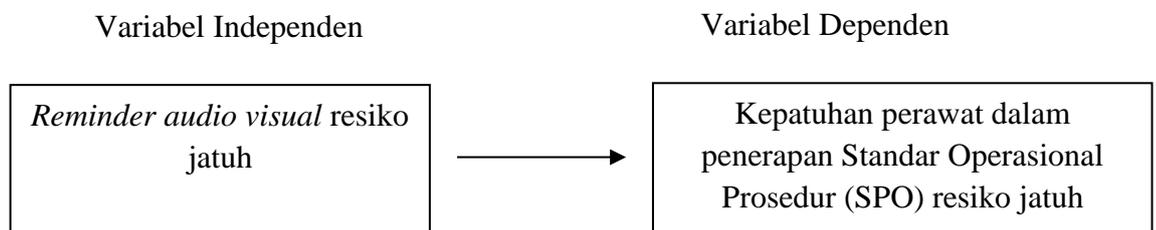
Skema 2.1

Kerangka Teori

Sumber: *Joint Commission International* (2017); *American Hospital Association* (2015);

Niven (2012)

C. Kerangka Konsep



Skema 2.2

Kerangka konsep

D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini ada dua variabel yaitu:

1. Variabel independen, yaitu *Reminder audio visual* resiko jatuh
2. Variabel dependen, yaitu kepatuhan perawat dalam penerapan Standar Operasional Prosedur (SPO) resiko jatuh

E. Hipotesa Penelitian

Hipotesa yang dapat dirumuskan dalam penelitian ini adalah, ada pengaruh *reminder audio visual* resiko jatuh terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan Standar Operasional Prosedur resiko jatuh pada pasien di Ruang Kepodang RSUP Dr. Kariadi Semarang .

