

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. Berdasarkan Permenkes RI No.1045 tahun 2006 rumah sakit memiliki tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna dan pendidikan dan pelatihan. Selain itu, rumah sakit dapat melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan sesuai dengan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya yang dimiliki (Gunarni and Aziz, 2021) .

Dalam melaksanakan tugasnya berdasarkan atas UU No.44 Tahun 2009 rumah sakit menyelenggarakan fungsi sebagai berikut (Novilolita, 2020):

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Saputro, 2016).

Keselamatan pasien adalah prinsip-prinsip dan tindakan individu yang digunakan dalam perawatan kesehatan dan organisasi dengan tujuan menjamin keselamatan pasien dan melindungi pasien dari kerugian. Dari sudut pandang pasien yang dilibatkan bahwa pasien menerima perawatan yang benar dan dibutuhkan sehingga sedapat mungkin meminimalkan timbulnya kerugian. Keselamatan pasien meliputi keamanan perawatan, keamanan obat, keamanan peralatan, dan merupakan bagian dari kualitas pelayanan (Jati, 2017).

Pada Permenkes RI No.1691 tahun 2006 tentang Keselamatan Pasien disebutkan bahwa tujuan penerapan Keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

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

Menurut panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit, terdapat tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden begitu juga rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah sehingga belajar untuk mengetahui proses kejadian yang timbul.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2.3 Resiko

Risiko adalah kesempatan dari sesuatu yang memiliki dampak pada sesuatu. Risiko juga dapat diartikan sebagai kejadian yang memiliki dampak negatif dan merugikan yang dapat mencegah terciptanya manfaat atau mengikis manfaat yang telah ada. Risiko dapat disimpulkan sebagai kejadian yang belum terjadi dan memiliki dampak negatif dalam berbagai hal. Menurut (Kustriyani, Rohana and Maulidina, 2017), Risiko adalah :

- a. Potensi kerugian
- b. Kemungkinan kerugian
- c. Ketidakpastian
- d. Penyimpangan kenyataan dari hasil yang diharapkan
- e. Probabilitas bahwa suatu hasil berbeda dari yang diharapkan.

Manajemen resiko kesehatan dan keselamatan (K3) adalah suatu upaya mengelola resiko untuk mencegah terjadinya kecelakaan yang tidak diinginkan secara komprehensif, terencana dan terstruktur dalam suatu kesisteman yang baik. Sehingga memungkinkan manajemen untuk meningkatkan hasil dengan cara mengidentifikasi dan menganalisis resiko yang ada.

Menurut KKPRS (2015) *dalam* Novilolita, (2020), dalam menentukan derajat risiko diukur berdasarkan dampak dan probabilitasnya (frekuensi) berikut ini jenis-jenis dampak dan probailitas risiko menurut tingkatnya :

Tabel 2. 1 Tingkat Dampak dan Probabilitas Resiko

Tingkat Resiko	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: KKPS (2015) dalam Novilolita (2020)

Dari tabel tersebut, tingkat resiko dibagi dalam beberapa kategori. Kategori pertama yaitu tidak signifikan dengan dampak tidak terdapat luka dan frekuensinya sangat jarang (>5 tahun). Kategori kedua minor, dengan dampak yaitu cidera ringan misalnya luka lecet dan frekuensinya jarang (>2,5 tahun). Kategori ketiga moderat, dengan dampak yaitu Cidera ringan misal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologi/intelektual dan frekuensi mungkin (1-2 tahun/kali). Kategori ke empat mayor, dengan dampak yaitu Cidera luas/berat misal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologi/intelektual, dan frekuensi sering (beberapa kali/tahun). Kategori ke lima katastropik, dengan kategori Kematian tanpa berhubungan dengan perjalanan penyakit yang diderita pasien, dan frekuensi sangat sering (tiap minggu/bulan).

2.4 Pasien Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian dengan hasil seorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai atau permukaan yang lebih rendah (Haryanto, Kodyat and Rahayu, 2018). Jatuh merupakan suatu yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dengan akibat seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Maulina and Nelly, 2015).

Jatuh memiliki definisi sebagai kejadian jatuh yang tidak disengaja dengan atau tidak terjadinya luka dengan hasil pasien terbaring dilantai atau terbaring diatas permukaan lain, atau orang lain atau objek lain. Apabila pasien jatuh dan berhasil berdiri atau kembali ketempat semula (tempat tidur, kursi, atau commode) itu hanya dapat disebut kejadian jatuh bila pasien terluka (Novilolita, 2020).

Berdasar Internasional Classification of Diseases 9 Clinical Modifications (ICD-9-CM), mengkategorikan jatuh menggunakan beberapa code, yang mana semuanya memiliki pengertian yang luas; tidak sengaja menabrak benda yang bergerak disebabkan keramaian yang dapat menyebabkan jatuh, jatuh pada atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat yang sama dari tabrakan, tekanan, atau saling dorong dengan orang lain, bahkan jatuh dapat diartikan sebagai jatuh dari atau keluar gedung atau bangunan lainnya. Jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala (Saputro, 2016) :

- a. Tidak terindikasi pasien terdapat luka akibat jatuh.
- b. Terdapat indikasi Minor seperti bruises atau lecet akibat jatuh.

- c. Terdapat indikasi Sedang dengan line displacement, fraktur, letaksi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
- d. Indikasi Berat luka jatuh yang mengancam jiwa dan membutuhkan operasi atau pemindahan ke dalam ICU.
- e. Meninggal akibat luka yang disebabkan oleh pasien jatuh.

Menurut Nurhayati, Rahmadiyahanti and Hapsari (2020) jatuh dibedakan menjadi :

1. *Physiologic Falls*

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

2. *Accidental Falls*

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

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

3. *Unanticipated Falls*

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

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

4. *Intentional Falls*

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

Pengkajian pasien dengan risiko jatuh dapat dilakukan dengan *multifactorial assessment* dalam jangka waktu pasien dirawat. Tindakan yang dilaksanakan dalam pengkajian multifaktor adalah dengan mengkaji masalah kognitif pasien, masalah urinaria pasien, riwayat jatuh, akibat dari jatuh, mengawasi sandal yang dipakai pasien (licin atau hilang), masalah kesehatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, pengobatan yang sedang dijalani, masalah keseimbangan, masalah pergerakan pasien, sindrome sincope, dan gangguan penglihatan yang diderita oleh pasien.

Selain itu, pengkajian lingkungan dimana pasien dirawat memiliki bagian penting dalam risiko dari insiden pasien jatuh. Terdapat berbagai jenis alat

pengkajian risiko jatuh yang telah dibuat, salah satunya dengan *Morse Fall Scale* (MFS) yang dipakai dalam mengidentifikasi risiko pasien jatuh orang dewasa di (Novilolita, 2020).

1. *Morse Fall Score*

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

a. Riwayat jatuh:

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

b. Diagnosa sekunder

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

c. 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.

d. Terpasang infus

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

e. 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.

f. Status mental

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

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

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

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

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

Faktor Resiko	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/banyuan perawat	0
	Tongkat/kruk/tripoid	15
	Kursi/perabot	30
4. IV/Heparin/Pengencer darah	Tidak	0
	Ya	20
5. Gaya berjalan	Normal/bedrest/kursi roda	0
	Lemah	10
	Terganggu	25
6. Status Mental	Menyadari kemampuan	0
	Lupa keterbatasan/pelupa	15

Sumber : Novilolita, 2020

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Novilolita, (2020), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas toileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan; dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasien 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. Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi (Novilolita, 2020) :

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 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.

2.5 Faktor Penyebab Kecelakaan Kerja

Secara umum kecelakaan menurut Suma'mur (2009) disebabkan oleh:

1. Tindakan perbuatan manusia (*unsafe human action*). Menurut penelitian 85% kecelakaan terjadi disebabkan faktor manusia yang melakukan tindakan tidak aman. Tindakan ini dapat disebabkan oleh:
 - a. Karena tidak tahu yang bersangkutan tidak mengetahui bagaimana melakukan pekerjaan dengan aman dan tidak tahu bahaya-bahaya yang ada.
 - b. Karena tidak mampu/tidak bisa, yang bersangkutan telah mengetahui cara kerja aman dan bahaya yang ada, tetapi karena belum mampu dan kurang terampil maka dia melakukan kesalahan.

- c. Walaupun telah mengetahui cara kerja dan peraturan-peraturan serta yang bersangkutan dapat melaksanakannya, tetapi karena tidak mau melaksanakannya maka terjadi kecelakaan.

2. Keadaan lingkungan yang tidak aman (*unsafe condition*).

Kondisi tidak aman dapat dijelaskan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan pekerja di lingkungan kerja seharusnya mematuhi aturan dari industrial hygiene, yang mengatur agar kondisi tempat kerja aman dan sehat. Keadaan lingkungan mencakup faktor mekanik dan lingkungan, yaitu letak mesin yang tidak dilengkapi dengan alat pelindung, alat pelindung diri tidak dipakai, alat-alat kerja yang telah rusak.

Menurut Benny dan Achmadi (1991) yang dikutip dalam jurnal Syahrizal (2015) penyebab kecelakaan kerja dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Faktor Lingkungan Kerja (*Work Environment*)

- 1) Faktor Kimia disebabkan oleh bahan baku produksi, proses produksi, dan hasil produksi suatu kegiatan usaha. Untuk golongan kimia dapat digolongkan kepada benda-benda mudah terbakar, mudah meledak dan lainnya.
- 2) Faktor Fisik misalnya penerangan yang tidak cukup baik di luar maupun di dalam ruangan, panas, kebisingan dan lainnya.
- 3) Faktor Biologi dapat berupa bakteri, jamur, mikroorganisme lain yang dihasilkan dari bahan baku proses produksi dan proses penyimpanan produksi, dapat juga berupa binatang-binatang pengganggu lainnya pada saat berada di lapangan atau kebun.

- 4) Faktor Ergonomi Pemakaian atau penyediaan alat-alat kerja, apakah sudah sesuai dengan keselamatan kerja sehingga perkerja dapat merasakan kenyamanan saat bekerja. Ergonomi terutana dikhususkan sebagai perencanaan dari cara kerja yang baik meliputi tata cara bekerja dan peralatan.
- 5) Faktor Psikologi Perlunya dibina hubungan yang baik antara sesama pekerja dalam lingkungan kerja, misalnya antara pimpinan dan bawahan

b. Faktor Pekerjaan

1) Jam Kerja

Jam kerja adalah jam waktu bekerja termasuk waktu istirahat dan lamanya bekerja sehingga dengan adanya waktu istirahat ini dapat mengurangi kecelakaan kerja.

2) Pergeseran Waktu

Pergeseran waktu dari pagi, siang, dan malam dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan kecelakaan akibat kerja.

3) Faktor Pekerja (*Human Factor*).

a) Umur Pekerja

Umur mempunyai pengaruh penting dalam menimbulkan kecelakaan akibat kerja. Ternyata golongan umur muda mempunyai kecenderungan untuk mendapatkan kecelakaan lebih rendah dibandingkan usia tua karena mempunyai kecepatan reaksi lebih tinggi akan tetapi untuk jenis pekerjaan tertentu sering merupakan golongan pekerja dengan kasus kecelakaan tinggi, mungkin hal ini disebabkan oleh karena kecerobohan atau kelalaian mereka terhadap pekerjaan yang dihadapi.

b) Pengalaman Bekerja

Pengalaman bekerja sangat ditentukan oleh lamanya seseorang bekerja. Semakin lama dia bekerja maka semakin banyak pengalaman dalam bekerja. Pengalaman bekerja juga mempengaruhi terjadinya kecelakaan kerja. Pengalaman kerja yang sedikit terutama di perusahaan yang mempunyai risiko tinggi terhadap terjadinya kecelakaan kerja akan mengakibatkan besarnya kemungkinan terjadinya kecelakaan kerja.

c) Tingkat Pendidikan dan Keterampilan

Pendidikan seseorang memengaruhi cara berpikir dalam menghadapi pekerjaan, demikian juga dalam menerima latihan kerja baik praktik maupun teori termasuk di antaranya cara pencegahan ataupun cara menghindari terjadinya kecelakaan kerja.

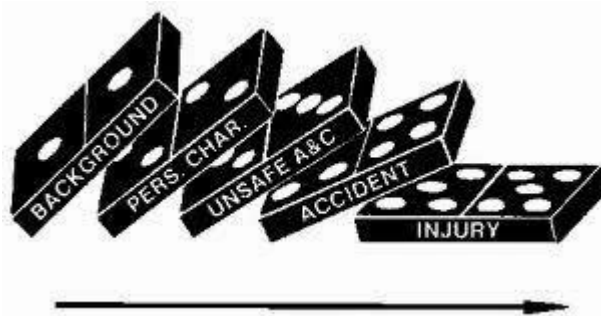
d) Lama Bekerja

Lama bekerja juga memengaruhi terjadinya kecelakaan kerja. Hal ini didasarkan pada lamanya seseorang bekerja akan mempengaruhi pengalaman kerjanya.

c. Faktor Kelelahan

Faktor kelelahan dapat mengakibatkan kecelakaan kerja atau turunnya produktivitas kerja. Kelelahan adalah fenomena kompleks fisiologis maupun psikologis dimana ditandai dengan adanya gejala perasaan lelah dan perubahan fisiologis dalam tubuh. Kelelahan akan berakibat menurunnya kemampuan kerja dan kemampuan tubuh para pekerja.

Teori penyebab kecelakaan Menurut Heinrich dalam risetnya menemukan sebuah teori yang dinamainya teori domino. Teori ini menjelaskan bahwa pada setiap kecelakaan yang menimbulkan cedera, terdapat lima faktor secara berurutan yang digambarkan sebagai lima domino yang berdiri sejajar, yaitu kebiasaan, kesalahan seseorang, perbuatan dan kondisi tidak aman (*hazard*), kecelakaan, serta cedera. Heinrich mengemukakan, untuk mencegah terjadinya kecelakaan, kuncinya adalah dengan memutuskan rangkaian sebab akibat. Misalnya dengan membuang *hazard*, satu domino diantaranya.



Gambar 2. 1 Teori

Teori ini menyatakan bahwa kecelakaan merupakan akibat dari peristiwa berurutan, kiasan seperti domino jatuh. Jika salah satu domino jatuh, itu akan memicu domino berikutnya jatuh sampai pada domino terakhir. Menghapus faktor kunci membantu mencegah terjadinya reaksi berantai. Heinrich menyoroti domino ketiga sebagai kunci domino. Ini adalah faktor penyebab kecelakaan kerja yang diwakili domino secara berurutan.

2.6 Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien yang disebut insiden adalah setiap kejadian

yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden dapat dibagi menjadi 5 jenis adalah sebagai berikut:

a. Kejadian Sentinel

Suatu Kejadian tidak diinginkan yang menyebabkan kematian/cedera serius.

b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang sudah terpapar kepada pasien tapi tidak menimbulkan cedera.

d. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Insiden yang belum terpapar kepada pasien.

e. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi yang berpotensi menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden.

Insiden keselamatan pasien, dapat dilaporkan dalam dua bentuk pelaporan, dijelaskan sebagai berikut:

a. Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Internal)

Pelaporan secara tertulis setiap kejadian Sentinel, Kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau Kondisi potensial cedera signifikan / serius (KPC) yang menimpa pasien.

b. Laporan Insiden Keselamatan Pasien ke KKNP (Eksternal)

Pelaporan secara anonim dan elektronik ke KKNP, setiap Kejadian Sentinel, Kejadian Tidak diharapkan (KTD) atau yang terjadi pada PASIEN dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

Tata cara Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Eksternal ke KNKP melalui *e-report* yaitu:

- 1) Membuat laporan dengan membukan Web Aplikasi *patient safety*.
- 2) Menggunakan *username* dan *password* yang sudah diberikan.
- 3) Mengisi formulir sesuai dengan data yang sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan.
- 4) Menyimpan data yang telah dilaporkan.
- 5) Menjaga kerahasiaan data, *username* dan *password*.
- 6) Data laporan yang diberikan sepenuhnya menjadi tanggung jawab RS.

2.6 Ringkasan Sumber Pustaka

Penelitian yang penulis lakukan berjudul “Faktor-Faktor Penyebab Resiko Jatuh Pada Pasien Di Rumah Sakit”. Adapun beberapa literatur yang memiliki kesamaan tema yang penulis baca yaitu sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Jurnal 1

Judul Literatur	Pengetahuan Perawat Tentang Penerapan Pelaksanaan Pencegahan Insiden Pada Pasien Resiko Jatuh.
Ditulis Oleh	Ayu Maulina dan Nelly Febriani
Universitas	Universitas Pembangunan Nasional
Tahun	2015

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang faktor-faktor penyebab resiko jatuh pada pasien, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan pelaksanaan pencegahan insiden pada pasien resiko jatuh. Penelitian ini menggunakan metode Deskriptif Kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* pada 52 perawat pelaksana, hasil analisis bivariat dengan uji chi square

menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan penerapan pelaksanaan pencegahan pasien resiko jatuh ($P= 0,001$).

Hasil penelitian Adanya hubungan yang signifikan antara usia, masa kerja dan pengetahuan perawat pelaksana dengan penerapan pelaksanaan pencegahan insiden pada pasien resiko jatuh. Tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan pendidikan dengan penerapan pelaksanaan pencegahan insiden pada pasien resiko jatuh.

Tabel 2. 4 Jurnal 2

Judul Literatur	Pengaruh Beban Kerja dan Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Asuhan Keperawatan Resiko Jatuh di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Tahun 2017
Ditulis Oleh	Jani Haryanto, Alih Germas Kodyat, dan Sri Rahayu
Universitas	Respati Indonesia
Tahun	2017

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang keselamatan pasien, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Penelitian Ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh beban kerja dan budaya keselamatan pasien terhadap asuhan keperawatan risiko jatuh di ruang rawat inap rumah sakit X. Penelitian ini menggunakan desain pendekatan kuantitatif. Data diambil dengan survei analitik menggunakan pendekatan *cross sectional* kepada 66 orang perawat yang bekerja di unit rawat inap RS X.

Tidak ada pengaruh beban kerja terhadap asuhan keperawatan risiko jatuh di ruang rawat inap di Rumah Sakit X, Terdapat pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap asuhan keperawatan risiko jatuh di ruang rawat inap di Rumah Sakit X.

Tabel 2. 5 Jurnal 3

Judul Literatur	Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Pasien Resiko Jatuh di Rawat Inap RSUD dr. H. Soewondo Kendal.
Ditulis Oleh	Menik Kustriyani, Nana Rohana dan Umi Atika M
Universitas	STIKES Widya Husada Semarang
Tahun	2017

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang penyebab pasien resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Tujuan penelitian Untuk mengetahui hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan standar prosedur operasional pencegahan pasien resiko jatuh di rawat inap RSUD dr. H. Soewondo Kendal. Penelitian kuantitatif non eksperimental analitik dengan desain cross sectional. Tehnik sampling dengan proposional *random sampling*, sejumlah 138 sampel dari 210 populasi. Data yang diperoleh dengan uji statistik menggunakan uji *rank spearman*.

Berdasarkan uji *rank spearman* dari 4 variabel yaitu usia (*pvalue* 0,062, rho - 0,159), tingkat pendidikan (*p-value* 0,396, rho -0,073), lama kerja (*p-value* 0,009, rho -0,222) dan pelatihan (*p-value* 0,072, rho 0,154) hanya terdapat 1 variabel yakni lama kerja yang bergubungan dengan pelaksanaan SPO. Dapat disimpulkan Tidak terdapat hubungan antara usia, tingkat pendidikan dan pelatihan dengan pelaksanaan SPO pencegahan pasien resiko jatuh. Terdapat hubungan antara lama kerja dengan pelaksanaan SPO pelaksanaan pencegahan pasien risiko jatuh.

Tabel 2. 6 Jurnal 4

Judul Literatur	Pelaksanaan Peningkatan Keselamatan Pasien Dengan Sasaran Pengurangan Resiko Pasien Jatuh di Rumah Sakit
Ditulis Oleh	Sri Harvita Sari Marpaung
Universitas	Univesitas Respati Indonesia
Tahun	2018

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang penyebab resiko jatuh pada pasien, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Penelitian ini bertujuan untuk membantu dalam memberikan informasi tentang pelaksanaan peningkatan keselamatan pasien dengan sasaran pengurangan resiko pasien jatuh di rumah sakit. Metode penelitian ini menggunakan *literature review* berdasarkan *teks book*, jurnal, *e-book* (10 tahun terakhir) dengan cara menganalisis, eksplorasi sumber dan kajian bebas.

Penerapan program keselamatan pasien dengan sasaran pengurangan pasien dengan resiko jatuh dapat meningkatkan mutu pelayanan yang lebih berkualitas dan dapat meningkatkan derajat kesehatan pasien.

Tabel 2. 7 Jurnal 5

Judul Literatur	Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan Prosedur Pasien Resiko Jatuh di Rumah Sakit Dustira.
Ditulis Oleh	Sri Gunarni dan Abdul Aziz.
Universitas	Akademi Keperawatan Rumah Sakit Dustira Cimahi
Tahun	2021

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang pasien resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antar level pengetahuan perawat dengan pelaksanaan prosedur pembedahan pada pasien resiko jatuh di RSUD Dusila Jawa Barat yang ditentukan dengan *purposive sampling*. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasi untuk analisis kuantitatif yang mendeskripsikan tingkat pengetahuan dan pelaksanaan prosedur pasien resiko jatuh. Komunitas penelitian mencakup seluruh perawat rawat inap dewasa di

Rumah Sakit Dustira. Penentuan total sampel dengan menggunakan tehnik purposive sampling, berjumlah 68 responden.

Hasil penelitian tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan prosedur untuk menurunkan risiko pasien ($p \text{ value} > 0,05$). Kesimpulan yang dapat diambil Menurut penelitian ini, tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan prosedur medik pasien gugur di RSUD Dusila Jawa Barat. Saran yang dapat diajukan adalah pelaksanaan program risiko jatuh pasien harus selalu ditingkatkan dan menjadi kegiatan rutin perawat dalam mengevaluasi pasien di bangsal rumah sakit.

Tabel 2. 8 Jurnal 6

Judul Literatur	Kepatuhan Perawat Melakukan <i>Assesment</i> Resiko Jatuh Dengan Pelaksanaan Intervensi Pada Pasien Resiko Jatuh.
Ditulis Oleh	Susi Nurhayati, Merlinda Rahmadiyahanti, Shindi Hapsari.
Universitas	STIKes Karya Husada Semarang
Tahun	2020

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang pasien resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan perawat melakukan assesmant resiko jatuh dengan pelaksanaan intervensi pada pasien resiko jatuh di ruang rawat inap. Metode penelitian ini adalah kuantitatif studi korelasi dengan pendekatan *Cross sectional* dengan populasi adalah sejumlah 50 perawat di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang. Teknik sampling yang digunakan adalah *Simple Random Sampling* dengan jumlah sampel sejumlah 44 orang.

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden dalam patuh melakukan assesmen resiko jatuh (81,8%), sebagian besar responden melaksanakan intervensi pada pasien resiko jatuh (84,1%). Ada kepatuhan perawat melakukan assesment resiko jatuh dengan pelaksanaan intervensi pada pasien resiko jatuh diruang rawat inap dengan *pvalue* 0,0001. Kepatuhan dalam *assessment* resiko jatuh serta melaksanakan intervensi pasien resiko jatuh yang dilakukan perawat akan menurunkan angka kejadian pasien jatuh.

Tabel 2. 9 Jurnal 7

Judul Literatur	Modifikasi Manajemen Resiko Jatuh Pada Pasien Rawat Inap Psikogeriatri RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
Ditulis Oleh	Yuniar, Muhammad Zamroni, Diah Ayu Kusumawardani, Jennyla Puspitaning Ayu, Mariani Indahri, Dan Etha Riska Amalia.
Universitas	Universitas Brawijaya
Tahun	2019

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang resiko pasien jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*. Penelitian ini bertujuan untuk implementasi peningkatan mutu berkelanjutan dan konsep patient-centered care dalam manajemen risiko jatuh sehingga sesuai bagi populasi pasien psikogeriatrik di RSJRW. Implementasi atau metode yang terkait dengan penelitian ini adalah tim Pengembang Layanan Psikogeriatri bekerjasama dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan modifikasi sebagai translasi hasil pengamatan dalam implementasi asesmen, reassesmen, penggunaan penanda risiko, integrasi proses asuhan, pendokumentasian, dan tindak lanjut pelaporan insiden yang berkaitan dengan risiko jatuh pada pasien rawat inap psikogeriatri di RSJRW.

Hasil penelitian menjelaskan bahwa proses yang melibatkan PPA multidisipliner ini berhasil menurunkan angka kejadian pasien jatuh dari 1,5% (2016) menjadi 0,8% (2017), dan 0% (2018). Komunikasi efektif dan komitmen semua pihak mendasari semua proses pembelajaran berkelanjutan ini, sementara pendokumentasian menggunakan sistem informasi teknologi menjadi katalisator perubahan-perubahan yang terjadi.

Tabel 2. 10 Jurnal 8

Judul Literatur	Peran Perawat Dalam Menangani Pasien Dengan Resiko Jatuh
Ditulis Oleh	Tiara Rahel Tampubolon
Universitas	Universitas Airlangga
Tahun	2017

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang peran perawat menangani pasien resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*.

Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi faktor intrinsik dan ekstrinsik yang mempengaruhi risiko terjadinya kejadian pasien jatuh dapat mengakibatkan cedera atau trauma untuk itu perawat harus mampu memberikan perawatan yang dapat mencegah terjadinya jatuh sehingga menciptakan rasa aman bagi pasien. Dan juga menghindari adanya penyakit baru yang diderita oleh pasien seperti cedera medis ataupun adanya komplikasi dan juga dengan penerapan prinsip keselamatan pasien ini maka tingkat kesehatan pasien juga semakin meningkat dan mempercepat proses penyembuhan kepada pasien itu sendiri.

Hasil dari penerapan prinsip ini dapat memberikan masukan bagi perawat pelaksana dan juga tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit untuk lebih

meningkatkan perilaku dalam menjaga keselamatan diri bahaya fisik biologis, kimia, ergonomik, psikososial, dan luka-luka akibat benda tajam maupun dari transmisi infeksi.

Tabel 2. 11 Jurnal 9

Judul Literatur	Mengoptimalkan Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>) untuk Menghindari resiko jatuh di rumah sakit.
Ditulis Oleh	Kristina Melita Manurung.
Universitas	Universitas Aisyiyah Bandung
Tahun	2020

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang keselamatan pasien untuk menghindari resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*. Penelitian ini sebagai para pekerja medis terutama perawat dapat lebih mengoptimalkan dan memperhatikan keselamatan pasien terlebih khusus kepada pasien yang mengalami resiko jatuh di rumah sakit. Penelitian ini menggunakan metode *Literature Riview* dan deskriptif (pengumpulan data berdasarkan sumber ilmiah, jurnal dll).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa walaupun sudah banyak perawat yang mengetahui pentingnya menjaga keselamatan pasien khususnya resiko jatuh pasien, tetapi masih saja ada perawat yang belum menerapkan upaya atau pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit.

Tabel 2. 12 Jurnal 10

Judul Literatur	Penerapan Keselamatan Pasien Dalam Mengurangi Angka Resiko Jatuh Di Rumah Sakit.
Ditulis Oleh	Riska Dwinki Oktaviani
Universitas	Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Tahun	2020
-------	------

Jurnal ini dipilih karena membahas tentang penerapan dalam mengurangi angka resiko jatuh, yang mana topik dari jurnal ini masuk pada kriteria inklusi yang dapat digunakan untuk *literature review*. Penelitian ini bertujuan untuk mengurangi angka resiko jatuh dengan menerapkan keselamatan pasien. Diharapkan perawat dapat melakukan tindakan untuk menjaga keselamatan pasien.

Setiap pelayanan yang dilakukan harus mengedepankan keselamatan pasien. Salah satunya untuk mengurangi angka resiko jatuh pada pasien. Dengan menerapkan komitmen dan kesadaran diri saat menangani pasien.