

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut PP RI Nomor 47 tahun 2021 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit adalah suatu institusi yang dilaksanakan oleh tenaga medis profesional yang terorganisir baik dari sarana prasarana kedokteran yang permanen, pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Supartiningsih, 2017). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan gawat dadrurat, rawat jalan dan rawat inap. Rumah sakit mengutamakan keselamatan pasien untuk meningkatkan mutu pelayanan serta guna mendapatkan loyalitas masyarakat terkait pelayanan yang telah diberikan. (Maria Karolina Selano, 2019).

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga medis profesional yang terorganisir baik dari sarana prasarana kedokteran, pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan dengan upaya peningkatan dan pencegahan dengan mengutamakan keselamatan pasien guna meningkatkan mutu pelayanan.

2.1.2 Tugas & Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki tugas dan fungsi berdasarkan undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan, dan juga mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (PEMPROV, 2021).

Sedangkan untuk fungsi rumah sakit adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Pelayanan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. 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

2.2.1 Definisi Keselamatan Pasien

Menurut PERMENKES No. 11 tahun 2017 Keselamatan Pasien adalah keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu system guna membuat asuhan pasien lebih aman meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pengkajian dan analisis insiden serta tindak lanjut pencegahan untuk meminimalkan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Maria Karolina Selano, 2019). Keselamatan pasien merupakan salah satu variabel yang digunakan sebagai tolak ukur dan bahan evaluasi kualitas pelayanan perawatan yang berdampak pada mutu pelayanan kesehatan (Prasiska, 2018).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dalam mengolah asuhan pasien lebih aman meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pengkajian dan analisis insiden serta tindak lanjut pencegahan yang digunakans sebagai tolak ukur dan bahan evaluasi kualitas pelayanan perawatan.

2.2.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan Kesehatan (MENKES, 2017). Tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit (Tutiany et al., 2017) adalah ;

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.

- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian tak diharapkan (KTD) dirumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan KTD.

2.2.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut PP nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, setiap fasilitas pelayanan Kesehatan yang dimana dalam penyelenggaraannya terdapat 3 sistem pelayanan yang diterapkan, salah satunya yaitu sasaran keselamatan pasien. Terdapat enam sasaran keselamatan pasien yang meliputi :

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

2.3 Risiko Jatuh

2.3.1 Pengertian Risiko Jatuh

Jatuh merupakan suatu peristiwa yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dan mengakibatkan seseorang mendadak terbaring/terduduk di lantai/tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Sofyan et al., 2011). Jatuh merupakan suatu

kondisi atau kejadian yang dapat menyebabkan seseorang berada di tanah, permukaan yang lebih rendah, sedangkan risiko jatuh merupakan peningkatan kemungkinan terjadinya jatuh pada pasien (Prasiska, 2018).

Risiko jatuh (*risk for all*) merupakan diagnosa keperawatan berdasarkan *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* (2015-2017), mendefinisikan rentan terhadap peningkatan risiko jatuh, yang dapat menyebabkan bahaya fisik dan gangguan kesehatan (Prasiska, 2018).

Peneliti menyimpulkan bahwa jatuh merupakan suatu kejadian yang terjadi pada seseorang yang dapat mengakibatkan perubahan kondisi fisik dan gangguan kesehatan yang dilaporkan oleh si penderita atau saksi mata.

2.3.2 Faktor Penyebab Jatuh

Insiden jatuh dapat disebabkan oleh faktor fisik dan lingkungan. Penyebab jatuh ada yang dapat dicegah dan ada yang tidak dapat dicegah. Menurut (Putrina, 2019), menyatakan bahwa faktor faktor risiko diantaranya:

1. Faktor intrinsik/ yang berhubungan dengan kondisi pasien diantaranya riwayat jatuh sebelumnya, inkontinensia, gangguan kognitif/psikologis, usia >65 tahun, jenis kelamin, lama rawat inap, osteoporosis, status kesehatan yang buruk, gangguan muskuloskeletal (Putrina, 2019)
2. Faktor lingkungan atau fasilitas merupakan faktor dari luar (lingkungan sekitarnya) diantaranya cahaya instalasian yang kurang terang, lantai yang licin, tersandung benda-benda (Prasiska, 2018). Menurut Darmojo, 2004 Faktor-faktor ekstrinsik tersebut antara lain lingkungan yang tidak mendukung meliputi cahaya instalasian yang kurang terang, lantai yang

licin, tempat tidur atau WC yang rendah atau jongkok, tempat berpegangan yang tidak kuat, tidak stabil, atau tergeletak di bawah, obat-obatan yang diminum dan alat-alat bantu berjalan.

Berdasarkan data *The Joint Commissions* (TJC) pada tahun 2015 menunjukkan terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya kejadian jatuh yang mengakibatkan cedera, yaitu pengkajian yang kurang tepat, komunikasi yang tidak efektif, kurangnya panduan pelaksanaan pasien risiko jatuh, pelaksanaan tindakan yang kurang melihat sisi keamanan pasien, kelemahan persepsi staf kesehatan, pelaksanaan supervisi, pembagian tugas staf, lingkungan fisik yang kurang aman, dan kepemimpinan yang kurang tepat (Prasiska, 2018).

2.4 Kepatuhan

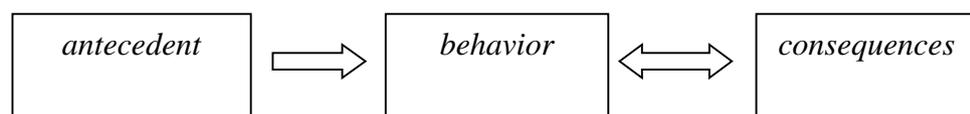
2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan kepatuhan, yaitu teori *compliance* dan *teori obedience*. *Teori Compliance* dikembangkan oleh green dan kreuters (1991), kepatuhan merupakan komitmen seseorang dalam melakukan sesuatu yang dianjurkan atau respon yang diberikan terhadap sesuatu di luar subjek. Selain itu dalam teori *obedience* yang dikembangkan oleh stanley milram dalam eksperimennya pada tahun 1963, menyatakan bahwa kunci untuk patuh atau tidak bergantung pada entitas otoritas atau kekuasaan (Prasiska, 2018). Kepatuhan seseorang pada dasarnya dipengaruhi oleh perilaku, yang merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus dari luar (Rachmawati, 2019).

Perilaku dapat dipelajari dan diubah dengan cara mengidentifikasi

dan memanipulasi keadaan suatu lingkungan yang mendahului (*antecedents*) serta mengikuti suatu perilaku (*consequences*). Teori ini disebut dengan teori ABC (*antecedents, behaviour dan consequences*). Elemen inti dari teori ABC (*antecedent, behavior, consequences*) yaitu sebuah perilaku yang dipicu oleh rangkaian peristiwa anteseden (sesuatu yang mendahului sebuah perilaku dan secara kasual terhubung dengan perilaku tersebut), kemudian sebuah perilaku diikuti oleh konsekuensi / aktivator (hasil nyata dari perilaku tersebut yang dapat meningkatkan atau menurunkan kemungkinan perilaku tersebut untuk berulang kembali) (Rachmawati, 2019). Teori ini membantu mengidentifikasi cara mengubah perilaku dengan memastikan keberadaan anteseden yang tepat dan konsekuensi yang mendukung perilaku tersebut (Septalita & Andreas, 2015). Menurut Mc Sween (2003) dalam Rachmawati 2019 terdapat panah dua arah diantara *behavior* dan *consequence* yang menegaskan bahwa *consequence* mempengaruhi kemungkinan perilaku tersebut akan muncul kembali. *Consequence* dapat menguatkan atau melemahkan perilaku sehingga dapat meningkatkan atau mengurangi frekuensi kemunculan perilaku tersebut.

Model ABC dapat digunakan untuk mempromosikan perilaku sehat dan selamat. Sebagai contoh, analisis ABC dapat dilakukan untuk menyelidiki alasan para pekerja tidak menggunakan alat pelindung telinga saat bekerja di area bising serta dapat digunakan untuk mempromosikan cara penggunaan alat pelindung telinga untuk mengurangi kerusakan pendengaran (Sirait, 2011).



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Perkembangan Teori ABC

Kepatuhan itu sendiri merupakan sebuah perilaku seseorang dalam mengubah kebiasaan dengan menurut atau taat terhadap perintah dengan dipicu oleh suatu keadaan lingkungan anteseden serta diikuti/ didukung oleh konsekuensi.

a. Antecedent

Antecedent adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku. *Antecedent* yang secara reliabel mengisyaratkan waktu untuk menjalankan sebuah perilaku dapat meningkatkan kecenderungan terjadinya suatu perilaku pada saat dan tempat yang tepat. *Antecedent* dapat bersifat alamian (dipicu oleh peristiwa-peristiwa lingkungan) dan terencana (dipicu oleh pesan/peringatan yang dibuat oleh komunikator) (Rachmawati, 2019).

Antecedent berupa peraturan dan prosedur, peralatan dan perlengkapan yang sesuai, informasi, rambu-rambu, keterampilan dan pengetahuan, serta pelatihan. Menurut Anne R. French seperti yang dikutip Roughton (2002), anteseden dapat berupa *safety meetings*, penetapan tujuan, peraturan, perjanjian kontrak, kebijakan dan prosedur, penambahan dan pengurangan insentif, intruksi, penempatan rambu label keselamatan, pelatihan, permodelan (Sirait, 2011).

Antecedent diperlukan untuk memicu perilaku, namun kehadirannya tidak menjamin kemunculan suatu perilaku. Sebagai contoh, adanya peraturan dan prosedur keselamatan belum tentu memunculkan perilaku aman. Bagaimanapun *Antecedent* yang memiliki efek jangka panjang seperti pengetahuan suatuhal yang terpenting untuk menciptakan perilaku aman.

Antecedent penting untuk memunculkan perilaku, tetapi pengaruhnya tidak cukup untuk membuat perilaku tersebut bertahan selamanya. Untuk memelihara perilaku dalam jangka panjang dibutuhkan konsekuensi yang signifikan bagi individu (Rachmawati, 2019).

b. *Consequence*

Konsekuensi adalah peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku, yang juga menguatkan, melemahkan atau menghentikan suatu perilaku. Secara umum, orang akan condong mengulangi perilaku-perilaku yang membawa hasil positif dan menghindari perilaku-perilaku yang memberikan hasil-hasil negative (Sirait, 2011). *Consequence* dapat berlaku sebagai *activator* baru (A' atau A_2) untuk menjadi perangsang lahirnya perilaku baru (B' atau B_2). Misalnya, apabila seseorang memperoleh sesuatu yang diinginkan contoh hadiah sebagai *consequence* dari perilaku awal yang dilakukan dan ia merasa senang, maka hal tersebut dapat menjadi aktivator baru bagi seseorang untuk melakukan perilaku baru yang mungkin serupa. Contoh lain adalah ketika hukuman menjadi sebuah *consequence* terhadap seseorang yang telah melakukan perilaku tidak aman, maka hal itu menjadi *activator* baru yang melahirkan perubahan perilaku menjadi perilaku baru atau bahkan menimbulkan perilaku yang lebih baik dari perilaku sebelumnya (Rachmawati, 2019).

Terdapat tiga macam konsekuensi yang mempengaruhi perilaku, yaitu penguatan positif, penguatan negatif, dan hukuman. Penguatan positif dan penguatan negatif memperbesar kemungkinan suatu

perilaku untuk muncul kembali sedangkan hukuman memperkecil kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali (Sirait, 2011). Penguatan positif dapat berupa mendapatkan sesuatu yang diinginkan seperti umpan balik positif terhadap pencapaian, dikenal oleh atasan, pujian dari rekan kerja. Penguatan negative dapat berupa terhindar dari sesuatu yang tidak diinginkan seperti terhindar dari pengucilan oleh rekan kerja, terhindar dari rasa sakit, terhindar dari kehilangan insentif, dan terhindar dari denda. Hukuman dapat berupa mendapatkan sesuatu yang tidak diinginkan atau kehilangan sesuatu yang dimiliki atau diinginkan seperti kehilangan keuntungan, aksi pendisiplinan, rasa sakit/cidera, perasaan bersalah(Sirait, 2011).

2.4.2 Faktor Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan

Penggunaan model ABC merupakan cara yang efektif memahami mengapa perilaku bisa terjadi dan cara yang efektif meningkatkan perilaku yang diharapkan. Hal ini karena dalam model perilaku ini terdapat konsekuensi yang digunakan untuk memotivasi agar frekuensi perilaku yang diharapkan dapat meningkat dan berguna untuk mendesain intervensi yang dapat meningkatkan perilaku, individu, kelompok, dan organisasi (Ayu Irlianti, 2014).

Adapun faktor yang mempengaruhi perilaku berdasarkan teori ABC :

1. *Antecedent*(yang mendahului)

Antecedent alami diantaranya :

- a. usia
- b. jenis kelamin
- c. pendidikan

Antecedent terencana, diantaranya :

- a. Standar Prosedur Operasional
- b. Sarana dan prasarana
- c. Pengetahuan
- d. Pelatihan
- e. Sosialisasi

2. *Consequence* (Pemicu)

Konsekuensi dapat berupa pembuktian diri, penerimaan, atau penolakan dari rekan kerja, sanksi, umpan balik, cedera atau cacat, penghargaan, kenyamanan, atau ketidaknyamanan, rasa terima kasih, dan penghematan waktu. Ada tiga macam konsekuensi yang mempengaruhi perilaku, yaitu penguatan positif, penguatan negatif, dan hukuman. Penguatan positif dan penguatan negatif memperbesar kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali sedangkan hukuman memperkecil kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali (Wati, 2015)

- a. Kenyamanan / ketidaknyamanan dalam lingkungan kerja
- b. Penerimaan atau penolakan rekan kerja.
- c. Penghargaan / *reward*
- d. Hukuman.

2.5 Pengetahuan

2.5.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra manusia (mata, hidung, telinga dan

sebagainya) (Jayanti Bastara Dewi, 2018). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang relevan bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Marthen, 2020).

Teori Immanuel Kant bapak fenomenalisme. Pengetahuan menurut Kant merupakan sintesis dari unsur-unsur apriori dengan unsur-unsur yang ada sebelum pengalaman, yakni unsur-unsur aposteriori. Adapun unsur-unsur apriori, menurut Kant, sudah terdapat pada taraf pencerapan inderawi. Di sini sudah ada dua bentuk apriori, yaitu instalasi dan waktu. Dengan demikian, terjadilah sintesis antara unsur-unsur aposteriori, yaitu data-data inderawi yang berfungsi sebagai materi (api membakar bejana berisi air, dan air itu mendidih), dan unsur-unsur apriori yang berfungsi sebagai bentuk (kategori kausalitas). Immanuel membuat uraian tentang pengalaman, bahwa sesuatu sebagaimana terdapat dalam dirinya sendiri merangsang alat inderawi dan diterima oleh akal kita dalam bentuk-bentuk pengalaman dan disusun secara sistematis dengan jalan penalaran. Menurut Kant, terdapat tiga tingkatan dalam proses pengetahuan manusia. Tingkat pertama dan terendah adalah pencerapan inderawi (*sinnneswahrnehmung*). Tingkat berikutnya atau kedua adalah tingkat rasio (*verstand*). Terakhir atau ketiga adalah tingkat tertinggi dalam proses pengetahuan, yaitu adalah tingkat akal-budi atau intelek (*vernunft*).

Menurut Notoadmojo, (2014) bahwa pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan tiap orang akan berbeda-beda tergantung dari bagaimana pengindraannya

masing-masing terhadap objek atau sesuatu.

Definisi pengetahuan adalah informasi yang diketahui oleh seseorang terhadap suatu obyek melalui pengamatan panca indera dengan menggunakan akal budi dalam mengenalinya.

2.5.2 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2012), factor yang mempengaruhi pengetahuan adalah:

a. Pendidikan

Suatu proses pengembangan diri dan kemampuan baik formal maupun non formal yang merupakan usaha pendewasaan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan yang berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan cenderung semakin luas pula pengetahuannya dan mudah orang tersebut dalam menerima informasi, serta mengakses informasi baik dari orang lain maupun media massa. Namun rendahnya tingkat pendidikan tidak berarti mutlak orang tersebut juga rendah tingkat pengetahuannya (Merdekawati, 2016).

b. Informasi atau Media Massa

Suatu tehnik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media

massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru.

c. Sosial, Budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Jika orang berada di lingkungan yang baik maka pengetahuan yang didapatkan akan baik.

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan peristiwa yang tertangkap oleh panca indera dan tersimpan dalam memori. Pengalaman yang terjadi dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Notoatmodjo dalam Saparwati, 2012). Pengalaman dalam bekerja memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil

keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

Maka dapat disimpulkan pengalaman kerja adalah tingkat penguasaan pengetahuan serta keterampilan profesional yang diukur dari lama kerja, tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.

f. Usia

Usia merupakan jumlah lama kehidupan seseorang sejak lahir hingga menjelang ajal, bersamaan itu perjalanan waktu mempengaruhi kepribadian atau kedewasaan seseorang berperilaku (Lia Fintriyanti, Sri Suryanti, 2016). Maka dapat disimpulkan usia merupakan perjalanan waktu yang mempengaruhi keproduktivitas atau kedewasaan didalam kepribadiannya. Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga mencerminkan tingkat pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Pengetahuan juga dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Dinyatakan baik apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan. Dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan (Arikunto, 2006).

2.6 SPO (Standar Prosedur Operasional)

2.6.1 Pengertian SPO

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran, Pasal 1 angka 2 menyebutkan pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi / langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu, atau langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama dalam melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (MENKES, 2010)

Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan panduan yang sering digunakan untuk memastikan adanya kegiatan operasional organisasi atau perusahaan agar bisa berjalan dengan lancar (Sailendra, 2015:11). SOP atau Standar Operasional Prosedur merupakan dokumen yang berisi tentang serangkaian instruksi tertulis yang telah dibakukan tentang berbagai proses penyelenggaraan secara administrasi perkantoran yang berisi tentang cara bagaimana dalam melakukan pekerjaan, waktu pelaksanaan, tempat penyelenggaraan dan siapa saja aktor yang berperan dalam kegiatan tersebut (Insani, 2010:1).

Menurut Tjipto Atmoko (2011), Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu pedoman atau acuan untuk dapat melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja instansi pemerintah dengan berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif, dan prosedur sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang

bersangkutan.

Maka dapat disimpulkan SOP atau Standar Operasional Prosedur merupakan dokumen yang berisi terkait pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja berdasarkan indikator yang telah ditentukan pada unit kerja yang bersangkutan.

2.6.2 Tujuan dan Manfaat SPO

Tujuan Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sebagai berikut:

1. Untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan tertentu.
2. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.
3. Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan (dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik), keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Merupakan parameter untuk menilai mutu pelayanan.
5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan mal praktek dan kesalahan

administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.

8. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan.
9. Sebagai dokumen sejarah bila telah di buat revisi SPO yang baru.

SPO memiliki manfaat bagi organisasi antara lain (Permenpan No.PER/21/M-PAN/11/2008):

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan khusus, mengurangi kesalahan dan kelalaian.
2. SPO membantu staf menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari.
3. Meningkatkan akuntabilitas dengan mendokumentasikan tanggung jawab khusus dalam melaksanakan tugas.
4. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan pegawai. cara konkret untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan.
5. Menciptakan bahan-bahan training yang dapat membantu pegawai baru untuk cepat melakukan tugasnya.
6. Menunjukkan kinerja bahwa organisasi efisien dan dikelola dengan baik.
7. Menyediakan pedoman bagi setiap pegawai di unit pelayanan dalam melaksanakan pemberian pelayanan sehari-hari.
8. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas pemberian pelayanan.

9. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan prosedural dalam memberikan pelayanan. Menjamin proses pelayanan tetap berjalan dalam berbagai situasi.

2.6.3 SPO Pencegahan Resiko Jatuh Rumah Sakit Wiyung Sejahtera

Suatu cara yang harus dilakukan oleh perawat dan bidan untuk mengidentifikasi pasien tersebut mempunyai resiko untuk jatuh sehingga dapat diambil tindakan pencegahan dan meminimalkan dampak yang diakibatkan cedera akibat jatuh. Tujuannya yaitu sebagai acuan penerapan langkah-langkah assesmen pasien dengan risiko jatuh sehingga dapat:

1. Mencegah kejadian jatuh pada pasien.
2. Mengidentifikasi pasien yang memiliki resiko tinggi jatuh dengan menggunakan “Asesmen resiko jatuh baik pasien rawat inap maupun rawat jalan”.
3. Melakukan assesmen ulang pada semua pasien setelah 48 jam atau pada saat terdapat perubahan kondisi pasien dan adanya kejadian jatuh.
4. Menetapkan standart pencegahan dan penanganan resiko jatuh secara komprehensif.

Prosedur assesmen dan pengelolaan pasien dengan risiko jatuh yaitu:

- a. Pasien dengan resiko jatuh

Pengkajian dilakukan pada semua pasien di:

- a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- b. Instalasi Rawat Jalan
- c. Kamar Bersalin

- d. Pasien yang dirawat di rawat inap, maksimal 24 jam setelah pasien masuk instalasi rawat inap
- e. ICU & NICU
- f. Kamar Operasi

Petugas mengisi lembar assesmen risiko jatuh kelompok pasien:

A. Assesmen risiko jatuh pada anak usia 0-14 tahun menggunakan Humpty Dumpty

Lakukan pengkajian resiko jatuh di nilai berdasarkan form humpy dumpty dengan tingkatan:

- a. Skore 7 – 11 Resiko Rendah
- b. Skore > 12 Resiko Tinggi
- c. Skore minimal 7 sedangkan skor maksimal 23

Lakukan perubahan Kategori dari resiko tinggi ke sedang biladalam 2 kali pemeriksaan ber turut-turut.

Resiko Rendah:

1. Lakukan orientasi instalasian pada pasien atau keluarga
2. Tempatkan pasien pada posisi tempat tidur terendah di lengkapi pagar dan roda terkunci
3. Ciptakan lingkungan / kamar cukup pencahayaan
4. Anjurkan pasien / keluarga menggunakan alas kaki atau sepatu yang tidak licin
5. Lakukan penilaian kemampuan pasien untuk ke kamar mandi dan berikan bantuan bila dibutuhkan
6. Ciptakan lingkungan bebas dari peralatan yang mengandung resiko

7. Berikan edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga serta memanfaatkan *safety divice* (*hand rail*, tombol bel)

Resiko tinggi:

1. Beri stiker *fall risk* pada bed pasien bagian atas (terlihat oleh petugas)
2. Pakaikan tanda resiko jatuh pada gelang pasien dengan stiker kuning (*fall risk*)
3. Lakukan intervensi resiko jatuh sesuai dengan resiko jatuh rendah
4. Lakukan observasi pasien minimal setiap 2 jam
5. Bantu pasien pada saat mobilisasi
6. Tempatkan pasien yang memerlukan perhatian didekat nurse station perawat (bila memungkinkan)
7. Pastikan pintu kamar mandi tidak terkunci setiap saat
8. Tempatkan pasien pada posisi tempat tidur rendah, dilengkapi dengan penghalang tempat tidur serta roda terkunci
9. Dokumentasikan semua kegiatan yang dilakukan oleh pasien
10. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarganya

B. Assesmen risiko jatuh pada dewasa usia 14-59 tahun menggunakan Morse Fall Scale

1. Pengkajian resiko jatuh dinilai berdasarkan form resiko jatuh *Morse Fall Scale*
2. Tingkat resiko :
 - a. Skoring 0 – 24 (resiko rendah)
 - b. Skoring 25 – 44 (resiko sedang)

- c. ≥ 45 (resiko tinggi)
3. Lakukan penilaian dengan asesmen resiko jatuh *Morse Fall Scale* dan rencana keperawatan / rencana pelayanan akan diperbarui.
4. Untuk mengubah kategori resiko tinggi keresiko rendah diperlukan *score* < 25 dalam 2 kali pemeriksaan berturut turut.
5. Prosedur pencegahan jatuh pada pasien beresiko rendah, sedang atau tinggi harus diimplementasikan dan menggunakan peralatan yang sesuai serta optimal
6. Intervensi pencegahan jatuh tindakan pencegahan umum (untuk semua kategori):
7. Lakukan orientasi instalasian kepada pasien
8. Posisikan tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik.
9. Rapihan instalasian dan letakkan benda–benda pribadi berada dalam jangkauan (telepon genggam, tombol panggilperawat, air minum, kacamata)
10. Berikan cahaya yang adekuat (disesuaikan dengan kebutuhan pasien)
11. Alat bantu berada dalam jangkauan (tongkat, alat penompang)
12. Optimalisasi penggunaan kacamata dan alat bantu dengar (pastikan bersih dan berfungsi)
13. Pantau efek obat – obatan
14. Anjurkan ke kamar mandi secara rutin jika tidak ada kontra indikasi.
15. Sediakan dukungan emosional dan psikologis

16. Beri edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien dan keluarga serta pemanfaatan *safety device* (*hand rail*, tombol bel dll)

Kategori Resiko Tinggi

1. Beri stiker *fall risk* didekat tempat tidur “pencegahan jatuh”
2. Beri petanda berupa stiker warna kuning sesuai prosedur
3. Berikan sandal anti licin
4. Tawarkan bantuan ke kamar mandi/penggunakan pispot setiap 2 jam (saat pasien bangun) dan secara periodic (saat malam hari).
5. Kunjungi dan amati pasien setiap 2 jam oleh petugas medis.
6. Dokumentasikan semua kegiatan pencegahan resiko jatuh pada catatan keperawatan.

C. Assesmen risiko jatuh pada pasien geriantri > 59 tahun menggunakan form Ontario Modified Stratifity (Sidney Scoring)

1. Pengkajian resiko jatuh dinilai berdasarkan form resiko jatuh *Ontario Modified Stratifity (Sidney Scoring)*
2. Tingkatan resiko
 - a. Scoring 0-5 resiko rendah
 - b. Scoring 6-16 resiko sedang
 - c. Scoring 17-30 resiko tinggi
3. Setiap pasien akan dilakukan asesmen ulang resiko jatuh setiap hari dimasing-masing unit atau pada saat dilakukan transfer pasien, adanya perubahan kondisi pasien, adanya kejadian jatuh pada pasien

4. Penilaian menggunakan asesmen resiko jatuh *ontario modified stratifiti (sidney scoring)* dan rencana keperawatan/ rencana pelayanan akan diperbarui sesuai dengan asesmen
5. Untuk mengubah kategori dari resiko tinggi keresiko rendah diperlukan skor kurang dari 6 dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut
6. Prosedur pencegahan jatuh pada pasien beresiko rendah, sedang, atau tinggi harus diimplementasikan dan menggunakan peralatan yang sesuai harus optimal
7. Intervensi pencegahan jatuh:

Scoring 0-5 resiko rendah

1. Laksanakan intervensi resiko rendah untuk semua pasien yang masuk di rumah sakit
2. Orientasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan dan rutinitas rumah sakit, menunjukkan lokasi dan cara penggunaan bel dan cara memanggil perawat dll
3. Anjurkan pasien untuk meminta bantuan sebelum pasien turun
4. Secara verbal menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang intervensi pencegahan jatuh
5. Pada laporan penggantian *shift* komunikasikan pasien yang beresiko jatuh kepada perawat *shift* berikutnya
6. Kolaborasi dengan anggota tim multidisiplin dalam perencanaan perawatan

7. Lakukan penyesuaian pada pasien khusus, intervensi tidaklah cukup untuk menulis “resiko jatuh”
8. Bantu pasien dalam kebutuhan BAB dan BAK
9. Diskusikan dengan pasien kebutuhan yang masih dibutuhkan
10. Sediakan tempat untuk BAB dan BAK disamping tempat tidur pasien / urinal dan pispotharus mudah dijangkau
11. Lakukan evaluasi obat yang bisa atau kemungkinan menimbulkan efek samping
12. Pantau efek obat yang akan mempengaruhi tingkat kesadaran, kemampuan berjalan dan eliminasi pasien saat membuat rencana keperawatan
13. Berikan lingkungan yang nyaman dan aman yaitu memastikan posisi *bed* yang rendah dengan pengunci roda serta pagar samping dikunci
14. Letakkan nakas atau meja pasien ada didekat pasien agar barang-barang yang dibutuhkan bisa terjangkau
15. Letakkan peralatan dan furniture yang tidak perlu dikamar pasien dan sekitarnya harus disingkirkan
16. Pastikan jalur ke kamar mandi bebas dan terang
17. Pertimbangkan untuk menempatkan pasien ditempat tidur yang dekat dengan kamar mandi
18. Sediakan alas kaki pasien yang anti slip dan tidak licin

Scoring 6-16 resiko sedang

1. Orientasikan pasien dengan lingkungan dan rutinitas rumah sakit, menunjukkan lokasi kamar mandi, menunjukkan tentang lokasi dan cara menggunakan *bed* dan cara memanggil perawat
2. Anjurkan pasien untuk meminta bantuan sebelum pasien turun
3. Secara verbal informasikan kepada pasien dan keluarga tentang intervensi pencegahan resiko jatuh
4. Pada laporan penggantian shift komunikasikan pasien yang beresiko jatuh kepada perawat *shift* berikutnya
5. Kolaborasi dengan anggota tim multi disiplin dalam perencanaan perawatan
6. Tim kesehatan harus menyesuaikan pada pasien khusus, intervensi tidaklah cukup untuk menulis “resiko jatuh”
7. Berikan kenyamanan kepada pasien setiap 2 jam, meliputi perubahan posisi, BAB atau BAK, kebutuhan makanan dan minuman, serta pastikan kondisi pasien dalam keadaan hangat dan kering
8. Bantu kebutuhan pasien BAK dan BAB
9. Diskusikan dengan pasien kebutuhan yang masih dibutuhkan
10. Lakukan evaluasi obat yang bias menimbulkan efek samping
11. Pantau efek obat yang dapat mempengaruhi tingkat kesadaran, kemampuan berjalan dan komunikasi pasien saat membuat rencana keperawatan
12. Berikan lingkungan yang nyaman dan aman yaitu memastikan posisi *bed* yang rendah dengan rem pada roda terkunci, serta ada pagar disampingnya

13. Letakkan nakas atau meja pasien ada didekat pasien agar barang-barang yang dibutuhkan bias terjangkau
14. Letakkan peralatan dan *furniture* yang tidak perlu dikamar pasien dan sekitarnya harus disingkirkan
15. Pastikan jalur ke kamar mandi bebas dan terang
16. Pertimbangkan untuk menempatkan pasien ditempat tidur yang dekat dengan kamar mandi
17. Gunakan cahaya malam yang sesuai
18. Sediakan alas kaki pasien yang anti slip dan tidak licin
19. Jangan tinggalkan pasien tanpa pengawasan pada saat menerima pelayanan kesehatan

Scoring 17-30 (resiko tinggi)

1. Beri stiker *fall risk* di dekat tempat tidur pasien “pencegahan jatuh” Beri penanda berupa stiker berwarna kuning pada
2. Gelang pasien sesuai prosedur
3. Orientasikan pasien dengan lingkungan dan rutinitas rumah sakit, menunjukkan lokasi kamar mandi, menunjukkan tentang lokasi dan cara menggunakan *bed* dan cara memanggil perawat
4. Anjurkan pasien untuk meminta bantuan sebelum pasien turun
5. Secara verbal menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang intervensi pencegahan resiko jatuh
6. Pada laporan penggantian shif mengkomunikasikan pasien yang beresiko jatuh kepada perawat shift berikutnya

7. Kolaborasi dengan anggota tim multi disiplin dalam perencanaan perawatan
8. Tim kesehatan harus menyesuaikan pada pasien khusus, intervensi tidaklah cukup untuk menulis “resiko jatuh”
9. Berikan kenyamanan kepada pasien setiap 2 jam, meliputi perubahan posisi, BAB atau BAK, kebutuhan makanan dan minuman, serta memastikan kondisi pasien dalam keadaan hangat dan kering
10. Bantu kebutuhan pasien BAK dan BAB
11. Diskusikan dengan pasien kebutuhan yang masih dibutuhkan
12. Sediakan tempat untuk BAK dan BAB disamping tempat tidur pasien yang mudah dijangkau
13. Evaluasi obat yang bias atau kemungkinan menimbulkan efek samping
14. Pantau efek obat yang dapat mempengaruhi tingkat kesadaran, kemampuan berjalan dan komunikasi pasien saat membuat rencana keperawatan
15. Adanya tinjauan farmasi klinik untuk mengevaluasi rejimen atau penatalaksanaan obat dalam membantu mengurangi resiko jatuh
16. Berikan lingkungan yang nyaman dan aman yaitu memastikan posisi bed yang rendah dengan rem pada roda terkunci, serta ada pagar disampingnya
17. Nakas atau meja pasien ada didekat pasien agar barang-barang yang dibutuhkan bias terjangkau

18. Peralatan dan furniture yang tidak perlu dikamar pasien dan sekitarnya harus disingkirkan
19. Gunakan cahaya malam yang sesuai
20. Sediakan alas kaki pasien yang anti slip dan tidaklicin
21. Jangan tinggalkan pasien tanpa pengawasan pada saat menerima pelayanan kesehatan
22. Pertimbangkan untuk menempatkan pasien di instalasian dekat kantor perawat, untuk pengamatan dekat atau observasi ketat, terutama pada 24-48 jam pertama masuk rumah sakit (MRS)
23. Pastikan bel pasien dalam kondisi baik dan selalu siap untuk menginformasikan pada shift berikutnya bilaman pasien sering menekan bel pada shift sebelumnya
24. Jika memungkinkan, pertimbangkan untuk menggunakan perangkat perlindungan seperti : pelindung pinggul (korset), bantal atau guling atau Kasur disamping tempat tidur atau sebuah tempat tidur rendah
25. Jika intervensi pencegahan jatuh telah dimulai dan tidak berhasil, gunakan restrai