

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

II.1.1 Definisi

Keselamatan pasien adalah disiplin perawatan kesehatan baru yang mendapatkan daya tarik karena sistem perawatan kesehatan menjadi lebih rumit dan pasien menjadi lebih rentan di rumah sakit. Tujuannya adalah untuk meminimalkan dan mengurangi risiko, kesalahan, dan bahaya yang dihadapi pasien saat menerima perawatan medis (WHO, 2019). Vincent (2008) dalam Tutiany et al. (2017) mengemukakan bahwa keselamatan pasien adalah metode untuk menghindari, mencegah, dan mengatasi konsekuensi dari perilaku buruk atau cedera yang terjadi selama proses pelayanan kesehatan.

Emanuel (2008) dalam Tutiany et al. (2017) mengemukakan bahwa keselamatan pasien adalah bidang pelayanan kesehatan yang menggunakan prinsip-prinsip ilmu keselamatan untuk tujuan mengembangkan sistem pemberian pelayanan kesehatan yang dapat diandalkan. Keselamatan pasien merupakan komponen penting dari sistem pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien akan mengurangi terjadinya dan dampak efek samping sekaligus memaksimalkan waktu penyembuhan.

Penilaian risiko, identifikasi dan manajemen risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dari dan menindaklanjuti kejadian, dan kemampuan untuk menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko dan mencegah cedera akibat kesalahan adalah bagian dari sistem keselamatan pasien. karena sesuatu yang dilakukan atau tidak dilakukan yang harus dilakukan (Permenkes No 11, 2017).

II.1.2 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien berdasarkan Permenkes No 11 (2017) adalah :

- a. Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Tujuan dari sasaran ini adalah untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan layanan atau pengobatan dan menghubungkan mereka dengan layanan atau pengobatan yang sesuai. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan nama pasien, nomor identifikasi pasien, rekam medis, tanggal lahir, dan gelang identitas pasien. Identifikasi pasien dilakukan sebelum terapi atau pembedahan apa pun, saat obat, darah, atau produk darah dikirim, dan saat darah dan spesimen lain diambil untuk evaluasi klinis pasien.

b. Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Ketika dilakukan dengan benar dan tepat waktu, akurat, menyeluruh, jelas, dan dapat dipahami oleh penerima atau penerima, komunikasi yang efektif menurunkan kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Ada alternatif untuk komunikasi verbal, tertulis, dan elektronik.

c. Sasaran 3 : Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

Obat-obatan dengan tingkat kesalahan yang tinggi dan yang menyebabkan sentinel dan kejadian yang tidak diinginkan harus dihindari. Narkoba dengan ucapan dan bentuk yang mirip (Nama Obat, Penampilan, dan Ucapan Serupa/NORUM atau Serupa Suara Serupa/LASA) harus dihindari

d. Sasaran 4 : Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Kesalahan dalam memilih lokasi pembedahan dapat berakibat serius bagi pasien. Dalam kebanyakan kasus, kesalahan ini disebabkan oleh gangguan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan. Evaluasi pasien yang tidak memadai adalah masalah lain yang berkontribusi pada pemilihan lokasi bedah yang salah. Untuk menghindari komplikasi, fasilitas pelayanan kesehatan harus bekerja sama untuk melakukan operasi.

e. Sasaran 5 :Mengurangi Resiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Pengendalian dan pencegahan infeksi merupakan kesulitan bagi praktisi di sebagian besar rangkaian layanan kesehatan, dan dapat meningkatkan

biaya pengobatan penyakit yang berhubungan dengan layanan kesehatan. Baik orang dan profesional kesehatan prihatin tentang hal ini. Infeksi saluran kemih terkait kateter, infeksi aliran darah, dan pneumonia adalah semua penyakit umum yang terlihat dalam pengaturan perawatan kesehatan (sering dikaitkan dengan ventilasi mekanis). Kebersihan tangan adalah strategi paling penting untuk menghindari penyakit.

f. Sasaran 6 : Mengurangi Resiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Jumlah pasien rawat inap yang cedera akibat jatuh merupakan komponen yang penting. Institusi perawatan kesehatan harus menilai risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk membatasi risiko kerugian dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, layanan yang diberikan, dan fasilitas..

II.2 Resiko Jatuh

II.2.1 Definisi Resiko

Risiko adalah kemungkinan bahwa sesuatu akan mempengaruhi sesuatu yang lain. Definisi lain dari risiko adalah kejadian yang memiliki dampak negatif dan merusak pada penciptaan manfaat baru atau penurunan manfaat yang ada. Risiko dicirikan sebagai peristiwa tak terduga yang memiliki hasil negatif dalam beberapa cara. Vaughan dan Elliott menggambarkan risiko sebagai potensi kerugian, ketidakpastian, penyimpangan dari hasil yang diinginkan, dan potensi kesimpulan yang berbeda dari yang diharapkan (Budiono, 2017).

II.2.2 Dampak dan Probabilitas Resiko

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) (2015), dampak dan probabilitas (frekuensi) risiko digunakan untuk menentukan derajat risiko. Berikut ini adalah macam-macam efek dan probabilitas risiko menurut tingkatannya:

Tabel 1 Tingkat Dampak dan Probabilitas Resiko

Tingkat Risiko	Dampak	Probabilitas
Tidak Signifikan	Tidak terdapat luka	Sangat jarang (>5 tahun)
Minor	Luka ringan seperti lecet (dapat diobati dengan pertolongan pertama)	Jarang/unlikely (>2-5 tahun/kali)
Moderat	Luka ringan seperti laserasi memperpanjang perawatan pasien dan mengganggu fungsi motorik, sensorik, psikologis, dan intelektual.	Mungkin/possible (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cedera yang luas atau parah, seperti kelumpuhan atau hilangnya fungsi motorik, sensorik, psikologis, atau intelektual	Sering/likely (beberapa kali/tahun)
Katartropik	Kematian yang tidak terkait dengan perkembangan penyakit pasien	Sangat sering/almost certain (tiap minggu/bulan)

Sumber : Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015)

II.1.3 Definisi Jatuh

Jatuh terjadi ketika seseorang secara tidak sengaja membentur lantai atau tanah (permukaan bawah) (Depkes RI, 2015). Jatuh adalah kejadian yang menyebabkan seseorang berbaring atau duduk di tanah (postur tubuh lebih rendah) tanpa kehilangan kesadaran atau terluka, sebagaimana dicatat oleh pasien atau saksi (Depkes RI, 2018). Jatuh digambarkan sebagai kecelakaan atau terpeleset dan jatuh yang disengaja yang melukai pasien dan membuat mereka jatuh ke tanah (atau permukaan lain, orang lain, atau sesuatu yang lain) (George, 2017).

Seorang pasien dikatakan jatuh jika dia terluka; tetapi, jika pasien jatuh dan mampu bangkit atau kembali ke posisi semula tanpa terluka, pasien tidak dianggap jatuh (Kurniadi, 2013). Menurut *International Classification of Diseases 9 Clinical Modifications* (ICD9-CM) 2016, jatuh diklasifikasikan sebagai berikut: menabrak benda yang bergerak karena keramaian, jatuh di atas atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat benturan, tekanan, atau tekanan yang sama. mendorong satu sama lain dengan orang lain, dan bahkan jatuh dari atau keluar dari gedung atau bangunan lain. Jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala (ICSI, 2012):

Mugia Saida Daruini, 2022

PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI PERAWAT TERKAIT DENGAN *MORSE FALL SCALE* TERHADAP KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN PENCEGAHAN RESIKO JATUH DI RUANG MAHONI I RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK I RADEN SAID SUKANTO

UPN Veteran Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
[www.upnvj.ac.id – www.library.upnvj.ac.id – www.repository.upnvj.ac.id]

- a. Tidak ada bukti bahwa pasien mengalami cedera akibat jatuh.
- b. Tanda-tanda benturan kecil, seperti memar atau lecet.
- c. Pergeseran garis, fraktur, dan letrasi adalah tanda-tanda sedang yang memerlukan perawatan tambahan.
- d. Tanda-tanda parah dari cedera jatuh yang mengancam jiwa yang memerlukan pembedahan atau perawatan di ICU.
- e. Pasien meninggal akibat luka yang diderita saat terjatuh.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia salah satu tujuan keselamatan pasien adalah untuk mengurangi bahaya pasien jatuh (Setyawan & Supriyanto, 2019).

II.1.4 Tipe-Tipe Pasien Jatuh

Palomar Health Fall Prevention and Management membagi jatuh ke dalam tiga kategori (Anne, 2015):

a. *Physiologic Falls*

Jatuh disebabkan oleh satu atau lebih faktor fisik intrinsik yang dapat dihindari atau dicegah (misalnya, hipertensi postural, delirium, demensia, kehilangan kesadaran, dan kehilangan keseimbangan) (stroke, serangan iskemik transien, disritmia, dan kejang).

b. *Accidental Falls*

Suatu insiden yang bukan disebabkan oleh kekuatan fisik tetapi merupakan akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan dalam evaluasi metode dan desain untuk menjamin bahwa pasien berada di lingkungan yang aman (misalnya tergelincir di lantai yang licin karena air). Karena tiang IV digunakan untuk pegangan, pasien berisiko jatuh.

c. *Unanticipated Falls*

Pasien jatuh sebagai akibat dari kondisi fisiknya (karena kondisi yang berubah secara tidak terduga). Bentuk pencegahan ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan RCA (Root Cause Analysis) setelah kejadian tersebut terjadi (misalnya pingsan dan patah tulang patologis). Karena sindrom ini bisa kambuh karena alasan yang sama, perawat harus mengambil tindakan pencegahan ekstra agar tidak terjadi lagi.

d. *Intentional Falls*

Keadaan jatuh yang sengaja diciptakan oleh seseorang (misalnya untuk mendapatkan perhatian orang lain).

II.1.5 Faktor Penyebab Pasien Jatuh

Barak & Robert (2017) mengemukakan bahwa faktor risiko jatuh dibagi menjadi kategori intrinsik (*Patient-related risk factors*) dan ekstrinsik (*Healthcare factors related to falls*):

a. Faktor Intrinsik (*Patient-related risk factors*)

Faktor risiko yang berasal dari dalam tubuh pasien terutama disebabkan oleh penyakit yang diderita pasien, seperti:

1) Gangguan sensori dan gangguan neurologi

Gangguan yang disebabkan oleh berkurangnya kapasitas untuk menganalisis dan memprediksi datangnya risiko terdekat. Karena penglihatan dan kekuatan fisik yang berkurang, penyakit ini lebih sering terjadi pada orang tua.

2) Gangguan kognitif

Demensia, delirium, dan penyakit Parkinson adalah beberapa kondisi yang terkait dengan peningkatan risiko jatuh. Jika dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki kondisi tersebut, mereka yang memiliki gangguan kognitif lebih mungkin untuk jatuh.

3) Gaya berjalan dan Gangguan keseimbangan

Masalah berjalan dan keseimbangan, yang sering terjadi pada orang tua karena proses degeneratif, sering menjadi penyebab jatuh. Kekuatan otot, keseimbangan, dan kelenturan sendi semuanya menurun seiring dengan kemajuan proses degeneratif. Peluang jatuh meningkat jika Anda memiliki riwayat berjalan, jongkok, menggunakan tongkat, atau mengalami stroke.

4) Gangguan urinaria

Pasien yang harus sering buang air kecil atau besar, seperti setelah menggunakan obat pencahar atau diuretik, memiliki risiko jatuh yang lebih tinggi.

5) Pengobatan

Setelah obat penenang diberikan, kondisi pasien membaik. Hal tersebut juga membuat pasien lebih rentan jatuh.

b. Faktor Ektrinsik (*Healthcare Factors Related to Falls*)

Hal ini sebagian besar terjadi sebagai akibat dari keadaan lingkungan yang berbahaya atau lokasi atau ruangan tempat pasien dirawat, seperti:

1) Kondisi lingkungan pasien

Pasien lebih mungkin jatuh karena pencahayaan yang buruk, lantai lembab, tempat tidur tinggi, lemari jongkok, obat-obatan, dan bantuan berjalan.

2) *Nurse call*

Panggilan perawat di tempat tidur atau kamar mandi pasien sangat membantu untuk mendapatkan bantuan dari perawat dengan cepat.

3) Tenaga profesional kesehatan dan sistem pelayanan

Pasien jatuh juga dipengaruhi oleh tenaga kesehatan dan sistem pelayanan yang dapat membahayakan pasien.

II.2.6 Dampak Pasien Jatuh

Kecelakaan yang melibatkan jatuh memiliki berbagai konsekuensi. Berikut ini adalah beberapa contoh akibat dari pasien jatuh:

a. Dampak Fisiologis

Lecet, memar, luka robek, trauma kepala, patah tulang, bahkan kematian adalah contoh efek fisiologis.

b. Dampak Psikologis

Ketakutan, kekhawatiran, ketidaknyamanan, dan keputusasaan adalah beberapa efek psikologis yang dapat mengurangi aktivitas fisik pasien.

c. Dampak finansial

Length of Stay (LOS) pasien yang jatuh semakin lama, dan biaya rawat inap juga semakin meningkat.

II.2.7 Pengkajian Resiko Jatuh

Ketika dirawat, pasien yang berisiko jatuh dapat dievaluasi menggunakan pendekatan multifaktorial. Penilaian multifaktor termasuk melihat masalah kognitif pasien, masalah kemih, riwayat jatuh, efek setelah jatuh, memantau sandal pasien (licin atau hilang), masalah kesehatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, perawatan saat ini, masalah keseimbangan, masalah gerakan, sindrom sinkop, dan gangguan penglihatan. Karena pasien yang menerima pengobatan berperan penting dalam risiko pasien jatuh, pemeriksaan lingkungan juga diperlukan.

Morse Fall Score (MFS) adalah cara cepat dan mudah untuk memeriksa pasien yang mungkin jatuh atau berisiko jatuh. Ini digunakan untuk menyaring individu yang berusia di atas 16 tahun. MFS berisi enam variabel, yaitu sebagai berikut:

a. Riwayat jatuh

Jika ada riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir atau kurang, berikan skor 25, jika tidak beri skor 0.

b. Diagnosa sekunder

Jika pasien memiliki lebih dari satu diagnosis medis, tawarkan 15; jika tidak, berikan 0.

c. Alat Bantu

Jika pasien tirah baring atau membutuhkan bantuan keperawatan, beri skor 0 jika pasien perlu bergerak, 15 jika pasien membutuhkan tongkat, tongkat, atau kruk untuk berjalan, dan 30 jika pasien berjalan sambil bergantung pada furnitur yang ada seperti meja atau kursi.

d. Terpasang infus

Jika terpasang infus beri skor 20, jika tidak beri skor 0

e. Gaya berjalan

Beri skor 20 jika pasien mengalami kesulitan untuk bangun, menunduk, atau berjalan tidak seimbang, skor 10 jika gaya berjalan pasien lemah tanpa kehilangan keseimbangan, dan skor 0 jika pasien berjalan teratur.

f. Status Mental

Jika pasien over-estimasi terhadap kapasitas tubuhnya untuk memberikan skor 15, tetapi menyadari kemampuan fisiknya dan tidak memaksakan skor 0, maka berikan skor 0.

Hasil interpretasi MFS dibagi menjadi tiga kategori: pasien tanpa risiko (*No Risk*) dengan skor MFS 0-24, pasien risiko rendah (*Low Risk*) dengan skor MFS 25-44, dan pasien risiko tinggi (*High Risk*) dengan skor MFS 45. Ada tindakan terpisah untuk setiap skor MFS. Pada pasien yang tidak memiliki risiko jatuh, tindakan keperawatan dasar sudah cukup; pada pasien yang memiliki risiko jatuh yang rendah dilakukan tindakan penerapan standar untuk mencegah pasien jatuh; dan pada pasien yang memiliki risiko tinggi untuk jatuh, diperlukan penerapan yang lebih intensif untuk mencegah pasien jatuh. Tabel hasil interpretasi MFS dan MFS ditunjukkan di bawah ini:

Tabel 2 Interpretasi Morse Fall Score (MFS)

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

Tabel 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 Jatuh Tinggi

II.2.8 Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh

Perubahan lingkungan termasuk menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, menutupi lantai dengan kasur, dan mengurung pasien. Perubahan fisiologis pada pasien termasuk perubahan perilaku toileting pada pasien dewasa senior dengan gangguan kognitif atau inkontinensia urin. Intervensi pencegahan jatuh berdasarkan kebutuhan diikuti dengan edukasi. pendidikan profesional kesehatan tentang program pencegahan pasien jatuh (Chu, Chi, Chiu, 2016).

Penilaian risiko jatuh menggunakan Morse Fall Scale (MFS) adalah langkah pertama dalam mencegah pasien jatuh. Metode intervensi dilanjutkan berdasarkan skor MFS tinggi dan rendah yang muncul sebagai konsekuensi dari evaluasi MFS. Ziolkowski dari *Departement of Helath and Human Service St. Joseph Health Petaluna Valley*, mengemukakan tindakan pencegahan untuk pasien yang berisiko jatuh dapat dibagi menjadi (Corbeil, Simoneau, Rancourt, 2017),

a. Intervensi Risiko Rendah

- 1) Semua pasien rawat inap akan mendapatkan intervensi lanjutan.
- 2) Orientasi pasien/keluarga terhadap lingkungan dan aktivitas normal.
- 3) Jauhkan lampu panggilan (peringatan pemberitahuan) dalam jangkauan pasien dan dorong mereka untuk mencari bantuan.
- 4) Pastikan tempat tidur pasien diikat dan dalam posisi rendah.
- 5) Kecuali pasien menolak, alarm tempat tidur diaktifkan pada semua pasien saat mereka tidur (kecuali di unit bersalin anak).
- 6) Pastikan barang-barang pasien mudah dijangkau.
- 7) Bantu pasien berjalan dengan alas kaki yang tidak licin.
- 8) Minimalkan risiko pasien tergelincir atau berjalan.
- 9) Mengunjungi pasien lebih sering (setiap jam) untuk memeriksa keamanan dan kenyamanannya.
- 10) Pikirkan tentang menambahkan lebih banyak pencahayaan

b. Intervensi Risiko Tinggi atau Sedang

- 1) Tempatkan gelang kuning di pergelangan tangan pasien untuk mengidentifikasi dia secara visual.
- 2) Pertimbangkan untuk menempatkan kamar pasien di dekat kantor perawat atau di lokasi dengan lalu lintas tinggi.

- 3) Setiap jam atau lebih, periksa pasien dan ruangan untuk keamanan. Tempatkan lampu panggilan di dekat tempat tidur pasien dan simpan barang-barang pribadi agar mudah dijangkau.
- 4) *Rintis Fall Risk Care Plan*; rencana perawatan yang dibuat dengan perawatan yang sesuai berdasarkan kebutuhan pasien.
- 5) Saat pasien di tempat tidur, aktifkan alarm tempat tidur. Pastikan tempat tidur terhubung ke sistem lampu panggilan, dan alarm di kursi sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 6) Awasi pasien saat dia pergi ke kamar mandi atau kamar kecil.
- 7) Bantu atau awasi pasien dengan semua transfer dan aktivitas rawat jalan, termasuk penggunaan sabuk pengaman dan alat bantu berjalan lainnya.
- 8) Jika pasien impulsif, memiliki risiko jatuh sedang atau tinggi, atau memiliki riwayat jatuh, tempat tidur khusus dengan matras atau kasur tambahan di samping tempat tidur mungkin diperlukan untuk meminimalkan bahaya jatuh sekunder.
- 9) Memberikan pendidikan pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarganya dan mengevaluasinya (sesuai kebutuhan).

Untuk menjamin keselamatan dan keamanan pasien, intervensi yang dilakukan pada pasien dengan risiko jatuh sedang atau tinggi dengan cedera memerlukan tindakan pencegahan yang lebih interaktif. Strategi intervensi ini meliputi (*American Hospital Association, 2016*):

- a. Mengintensifkan dan meningkatkan kualitas observasi. Pasien dengan risiko kerusakan yang lebih besar memerlukan pemantauan yang lebih teratur daripada mereka yang memiliki risiko lebih rendah. Gagasan yang harus diubah untuk meningkatkan pemantauan pasien adalah dengan meningkatkan pengamatan langsung ke pasien, seperti:
 - 1) Bila memungkinkan, promosikan dan anjurkan anggota keluarga untuk menemani pasien.
 - 2) Pertahankan pasien yang berisiko tinggi jatuh di dekat kantor perawat dan dalam posisi di mana mereka lebih terlihat oleh pekerja rumah sakit, idealnya dalam satu garis pandang.

- 3) Kunjungi kamar pasien setiap 1-2 jam dalam satu hari.
 - 4) Buat atau anjurkan kepada pasien penggunaan jadwal toileting.
- b. Untuk mengurangi bahaya jatuh dan cedera, lakukan perubahan lingkungan dan berikan perlengkapan pribadi. Penyesuaian lingkungan dapat dilakukan untuk mencegah pasien jatuh dan mengurangi risiko cedera, tetapi penyesuaian tersebut harus sesuai dengan tingkat risiko pasien jatuh. Intervensi khusus atau intensif mungkin diperlukan untuk beberapa pasien. Beberapa hal yang dapat membantu mencegah pasien jatuh antara lain:
- 1) Saat pasien beristirahat, sediakan alas anti selip atau sandal anti selip, dan atur matras lembut di dekat tempat tidur pasien.
 - 2) Tempatkan peralatan bantuan di sisi pintu keluar tempat tidur, seperti walker atau bar transfer.
 - 3) Gunakan lampu malam untuk memastikan ruangan selalu terlihat.
 - 4) Gunakan alarm tempat tidur atau kursi untuk memberi tahu pekerja segera setelah pasien pindah.
 - 5) Atur kasur ke kekencangan terendah.
 - 6) Membuat ruangan khusus risiko jatuh dengan perubahan seperti furnitur bersudut bulat dan kamar mandi dengan dudukan toilet yang ditinggikan, serta memasang pagar di sekitar kamar mandi.
- c. Ciptakan pendekatan untuk mengurangi efek samping obat. Banyak obat-obatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh dan kerusakan akibat jatuh, terutama pada pasien lanjut usia, sering berkembang sebagai akibat dari polifarmasi dan menghasilkan berbagai efek samping, termasuk jatuh dan jatuh dengan cedera. Intervensi yang harus dilakukan adalah dengan melakukan manajemen obat yang lebih aman sebagai berikut:
- 1) Tinjau kembali obat-obatan yang dikonsumsi pasien dengan risiko tinggi jatuh dan hapus atau ganti obat-obatan yang dapat membuat mereka lebih mungkin jatuh.
 - 2) Gunakan kriteria Beers untuk melihat orang tua yang diperlakukan tidak semestinya.
 - 3) Tanyakan kepada apoteker tentang saran pengobatan alternatif.

Rencana intervensi harus disesuaikan perawatan untuk pasien yang berisiko tinggi mengalami kerusakan serius atau cedera serius akibat jatuh. Penilaian risiko harus dilakukan secara teratur dan konsisten untuk menyesuaikan metode pencegahan jatuh risiko tinggi. Hal ini dapat meningkatkan kemungkinan pasien jatuh dan, dalam kasus tertentu, pasien jatuh dengan cedera. Pada saat pasien masuk pertama kali, jika kondisi pasien berubah, dan setidaknya sekali sehari, penilaian harus dilakukan (jika tidak setiap shift). Seluruh temuan penilaian harus mengarah pada perawatan khusus dengan panduan yang relevan.

II.3 Kepatuhan Perawat

II.3.1 Definisi Kepatuhan Perawat

Pengertian patuh menurut KBBI 2019, adalah mematuhi, menaati peraturan, dan disiplin. Ketaatan adalah jenis perilaku yang terjadi sebagai hasil interaksi, memungkinkan pasien untuk memahami semua rencana dan akibatnya, serta menyetujui rencana dan pelaksanaannya (DepkesRI, 2016). Kepatuhan perawat mengacu pada bagaimana dia bertindak sesuai dengan arahan dari supervisor atau organisasi lain (Niven, 2012). Kepatuhan perawat mengacu pada sikap perawat terhadap suatu aktivitas, proses, atau aturan yang diperlukan (Arifianto, 2015).

Kepatuhan perawat berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan sebagai perilaku tindakan di mana perawat mematuhi arahan yang dikeluarkan oleh institusi atau pimpinan rumah sakit (atasan) dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien di suatu fasilitas atau institusi. memiliki dampak yang cukup besar pada efektivitas regulasi di lingkungan perawatan kesehatan.

II.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor predisposisi yang mendorong perawat untuk mematuhi sumber internal dan eksternal, dipisahkan menjadi tiga kategori (agama yang dianut, faktor lingkungan atau geografis, faktor individu). Faktor penguat (*reinforcing*) adalah sumber dukungan yang membantu meningkatkan kepatuhan (rekan kerja dan lintas profesi dalam mengimplementasikan suatu prosedur). Sarana prasarana yang mempengaruhi kepatuhan perawat merupakan faktor pendukung (Notoatmodjo, 2013). Pendidikan, akomodasi, perubahan lingkungan sosial, peningkatan

keterlibatan antara profesional kesehatan dan klien, dan keahlian adalah semua elemen yang memengaruhi kepatuhan (Niven, 2012).

II.3.3 Variabel Tingkat Kepatuhan

Variabel tingkat kepatuhan dibagi lagi menjadi variabel karakteristik pribadi (termasuk usia, jenis kelamin, etnis, status sosial ekonomi, dan pendidikan). Variabel dalam terapi (program pengobatan dan efek samping). Kecerdasan, agama dan pandangan budaya adalah contoh faktor psikososial (Brunner & Suddarth, 2012).

II.3.4 Kriteria Kepatuhan

Tiga persyaratan kepatuhan yang berbeda tercantum, termasuk kepatuhan (tindakan patuh dalam menjalankan perintah dan dilakukan dengan benar). Kurangnya kepatuhan (kegiatan melaksanakan perintah hanya sebagian dari yang ditetapkan) (tindakan melaksanakan perintah hanya sebagian dari yang ditetapkan). Non-compliance (tindakan yang tidak melaksanakan perintah atau aturan) (DepkesRI, 2016).