

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

###### a. Definisi

Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute Of Medicine* (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017 ).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Menurut Vincent (2008) dalam Tutiany, dkk (2017) menyatakan bahwa keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan, dan

perbaikan dari hasil yang buruk atau *injury* yang berasal dari proses perawatan kesehatan. Definisi ini membawa beberapa cara untuk membedakan keselamatan pasien dari kekhawatiran yang lebih umum mengenai kualitas layanan kesehatan. Berdasarkan beberapa definisi para ahli di atas, dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk melakukan pencegahan serta perbaikan yang diakibatkan dari kesalahan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

b. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi rumah sakit. Standar keselamatan pasien rumah sakit disusun mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnyasakit di Indonesia (Kemenkes RI, 2015).

Menurut Kemenkes RI (2015), standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar, yaitu :

- 1) Hak pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.
- 2) Mendidik pasien dan keluarga rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

- 3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
- 4) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
  - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
  - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.
  - c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
  - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.

- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- 6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
  - a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  - b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- 7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
  - a) Rumah sakit merencanakan dan mendesaian proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  - b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- c. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu sebagai berikut.

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan, budaya yang terbuka dan adil.

Langkah penerapan:

a) Bagi Rumah Sakit:

- (1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien, dan keluarga.
- (2) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bila mana ada insiden.
- (3) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit.
- (4) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

b) Bagi Unit/Tim:

- (1) Pastikan rekan sekerja merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
  - (2) Demonstrasikan kepada tim ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.
- 2) Pimpinan dan dukung staf, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang penerapan program keselamatan pasien rumah sakit

anda.

Langkah penerapan:

a) Untuk Rumah Sakit

- (1) Pastikan ada anggota direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien.
- (2) Identifikasi di tiap bagian rumah sakit orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam menerapkan program keselamatan pasien.
- (3) Prioritaskan keselamatan pasien dalam agenda rapat direksi/ pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit.
- (4) Masukkan keselamatan pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

b) Untuk Unit/Tim

- (1) Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin gerakan keselamatan pasien.
  - (2) Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan keselamatan pasien.
  - (3) Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal

yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan:

a) Untuk Rumah Sakit

- (1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf.
- (2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit.
- (3) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

b) Untuk Unit/Tim

- (1) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait.
- (2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit.
- (3) Lakukan proses assesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.
- (4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan

ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

- 4) Kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).

Langkah penerapan:

- a) Untuk rumah sakit lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KKP-RS.
  - b) Untuk unit/tim berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.
- 5) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan:

- a) Untuk Rumah Sakit
  - (1) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
  - (2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapatkan informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
  - (3) Berikan dukungan, pelatihan, dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga.

b) Untuk Unit/Tim

- (1) Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.
  - (2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.
  - (3) Pastikan segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf anda melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Langkah penerapan:

a) Untuk Rumah Sakit

- (1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- (2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/ RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effect Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi.

b) Untuk Unit/Tim

- (1) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden.

- (2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.
- 7) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan:

a) Untuk Rumah Sakit

- (1) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- (2) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
- (3) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- (4) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kemenkes RI.
- (5) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

b) Untuk Unit/Tim

- (1) Libatkan tim dalam mengembangkan berbagai cara untuk

membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.

- (2) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya.
- (3) Pastikan tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

#### d. Insiden Keselamatan Pasien

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera.

Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut.

- 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (*look a like sound a like*) disimpan berdekatan.
- 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil

tindakan yang seluruhnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi karena:

- a) “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan
  - b) “peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
- 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan (*omission*) dan bukan karena penyakit dasarnya (*underlying disease*) atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis. Contoh KTD yaitu pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih karena kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.
- 5) Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi

misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dan lain-lain, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

## 2. Pengetahuan

### a. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu (Notoatmodjo, 2011). Pengetahuan adalah segala sesuatu yang kita peroleh berdasarkan pengalaman yang kita miliki. Selain pengalaman, pengetahuan juga didapatkan dari orang lain dan tradisi (Prasetyo, 2007).

Pengetahuan adalah suatu proses dengan menggunakan pancaindra yang dilakukan seseorang terhadap objek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan ketrampilan (Hidayat, 2007).

### b. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011), cara mendapatkan pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

#### 1) Cara tradisional

##### a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila tidak berhasil, maka akan dicoba kemungkinan yang lain lagi sampai didapatkan hasil mencapai kebenaran.

b) Cara kekuasaan atau otoritas

Dimana pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan pengalaman pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

d) Melalui jalan pikiran

Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya.

2) Cara *Modern*

Cara baru atau *modern* dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah.

c. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) tingkat pengetahuan ada 6 tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya adalah mengingat kembali terhadap suatu yang khusus dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu “tahu” merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah gunanya untuk mengukur bahwa orang tahu yang dipelajari seperti: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan yang benar tentang objek yang diketahui, dapat menjelaskan materi tersebut dengan benar.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sistesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau

menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluating*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Lukman yang dikutip oleh Hendra (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

1) Umur

Umur merupakan usia individu yang dihitung dari mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya dari pada orang belum cukup tinggi kedewasaannya.

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan diklasifikasikan menjadi: pendidikan tinggi (akademi/PT), pendidikan menengah (SLTP/SLTA) dan pendidikan dasar (SD).

Dengan pendidikan tinggi maka orang akan cenderung mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa. Sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

### 3) Pengalaman

Pengalaman adalah guru yang terbaik (*experient is the best teacher*). Pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Pengalaman akan menghasilkan pemahaman yang berbeda bagi tiap individu, maka pengalaman mempunyai kaitan dengan pengetahuan. Seseorang yang mempunyai pengalaman banyak akan menambah pengetahuan.

### e. Pengukuran pengetahuan

Menurut Arikunto, (2010) Klasifikasi pengetahuan terbagi dalam 3 bagian yaitu:

- 1) Baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pernyataan.
- 2) Cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan.
- 3) Kurang, bila subjek mampu menjawab dengan benar < 56% dari seluruh pertanyaan (Arikunto, 2010).

Menurut Budiman dan Agus Riyanto (2013), dalam penilaian tingkat pengetahuan dapat pula dikategorikan menjadi dua kelompok jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut:

- 1) Kategori baik, bila nilainya  $> 50\%$
- 2) Kurang baik, bila nilainya  $\leq 50\%$

Namun bila responden yang diteliti adalah petugas kesehatan, maka persentasinya akan berbeda, yaitu :

- 1) Kategori baik, bila nilainya  $> 75\%$
- 2) Kurang baik, bila nilainya  $\leq 75\%$

Pengukuran pengetahuan dapat juga dilakukan dengan menggunakan teknik *Cut of Point* (titik potong). *Cut of Point* terdiri dari *mean*, dan *median*. Jika distribusi data normal maka digunakan *mean* dan jika distribusi data tidak normal maka digunakan *median*. Berdasarkan data distribusi normal, pengetahuan dikatakan baik apabila nilainya  $\geq median$  dan pengetahuan dikatakan kurang baik apabila nilainya  $< median$  (Khomsan, 2000).

### 3. Konsep Kepatuhan

#### a. Definisi

Menurut *World Health Organization* atau *WHO* (2003) kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan

melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan.

Menurut McLeod (2007) kepatuhan adalah *form* dari pengaruh sosial dimana kegiatan atau tindakan individu merupakan respon dari perintah langsung individu lain sebagai figur otoritas. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang kepatuhannya merupakan besar kecilnya penyimpanan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan (Notoatmodjo, 2007).

b. Perilaku patuh

Rahman (2010) mengemukakan perilaku patuh dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu:

1) Faktor Predisposisi (*predisposition factor*)

Faktor yang mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, keyakinan, nilai, kepercayaan dan sebagainya.

2) Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi lingkungan fisik, tersedianya fasilitas atau sasaran kesehatan.

3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi sikap dan praktik petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat.

c. Faktor yang mendukung kepatuhan

Faktor-faktor kepatuhan perawat dalam melaksanakan suatu tindakan, yaitu :

## 1) Faktor internal

### a) Usia

Faktor usia merupakan variabel individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Sehingga semakin matang usia perawat diharapkan dapat meningkatkan kinerja, dan dapat menyalurkan pengetahuan dan pengalamannya untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien rumah sakit (Notoatmodjo, 2007)

### b) Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan secara umum tidak menunjukkan perbedaan yang berarti dalam melaksanakan pekerjaan. Pada teori psikologi ditemukan bahwa perempuan lebih bersedia untuk mematuhi wewenang sedangkan laki-laki lebih kemungkinan untuk tidak melakukannya sesuai wewenang. Perbedaan nilai dan sifat berdasarkan jenis kelamin ini akan mempengaruhi pria dan wanita dalam membuat keputusan dan praktik. Para pria akan bersaing untuk mencapai kesuksesan dan lebih cenderung melanggar peraturan yang ada karena mereka memandang pencapaian prestasi sebagai suatu persaingan. Berkebalikan dengan pria yang mementingkan kesuksesan akhir atau *relative performance*, para wanita lebih

mementingkan *self performance*. Wanita akan lebih menitikberatkan pada pelaksanaan tugas dengan baik dan hubungan kerja yang harmonis, sehingga wanita akan lebih patuh terhadap peraturan yang ada (Maria, 2016)

c) Masa kerja

Masa kerja berhubungan dengan lama nya seseorang dalam bekerja. Seseorang yang telah lama dalam bekerja cenderung lebih berpengalaman dalam melakukan pekerjaan sesuai ketetapan dan semakin rendah untuk melakukan pekerjaan yang tidak sesuai dengan ketetapan. Semakin lama seseorang bekerja dalam satu bidang maka semakinterampil seseorang dalam pekerjaannya (Maria, 2016)

d) Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu proses dengan menggunakan panca indera yang dilakukan seseorang terhadap objek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Semakin banyak pengetahuan seseorang maka perilakunya lebih baik dari pada seseorang yang pengetahuannya sedikit. (Notoatmodjo, 2007)

e) Sikap

Sikap adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain (Notoatmodjo, 2007).

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan kerja

Lingkungan adalah seluruh bagian kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Lingkungan kerja yang baik bagi seorang perawat sangatlah penting dan berpengaruh membangun dukungan sosial dari pimpinan rumah sakit, kepala perawat, perawat itu sendiri dan teman-teman sejawat. Lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif pula pada kinerja perawat (Maria, 2016).

b) Karakteristik kelompok

Persepsi perawat terhadap pekerjaannya meliputi lingkungan kerja yang baik, anggota kelompok atau tim yang kompak dalam melaksanakan pekerjaan, yang mendorong perawat merasa tertantang dengan lingkungan pekerjaan saat ini. Persepsi perawat pelaksana dalam melihat pekerjaan dan lingkungannya dapat memberikan dampak bagi kinerja yang ditunjukkan perawat dalam memberikan pelayanan

keperawatan. Kinerja perawat dipengaruhi secara bersama-sama oleh kepuasan kerja dan persepsi perawat tentang kepemimpinan (Maria, 2016)

c) Beban kerja

Beban kerja adalah keseluruhan waktu yang digunakan oleh karyawan dalam melakukan aktivitas atau kegiatan selama jam kerja. Beban kerja sangat mempengaruhi stres kerja karyawan selain itu juga dapat mempengaruhi pelayanan kepada pasien serta keselamatan pasien sehingga kinerja perawat menjadi rendah. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi beban kerja yang diterima dapat menyebabkan stres kerja sehingga bisa mempengaruhi kinerja dalam bekerja (Muninjaya, 2008).

d. Variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan

Menurut *World Health Organization* atau *WHO* (2003) kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku. Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Rahman (2010) adalah

- 1) Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan
- 2) Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi

- 3) Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan
- 4) Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial.

e. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Menurut Niven (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan terhadap sesuatu dapat digolongkan menjadi 4 bagian diantaranya:

1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat memenuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

2) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dengan yang lainnya merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3) Isolasi sosial

Petugas kesehatan dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Keyakinan seseorang tentang kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya kepatuhan. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki ego yang lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian diri sendiri.

f. Pengukuran kepatuhan

Menurut Niven (2002) pengukuran kepatuhan adalah :

1) Patuh

Bila perilaku seseorang sesuai ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan.

2) Tidak patuh

Bila seseorang menunjukkan ketidaktaatan terhadap instruksi yang diberikan

4. Konsep Perawat

a. Definisi

Menurut (Suwignyo, 2007) perawat adalah profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien,

reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien.

Menurut (Nursalam, 2008) keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitas dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu.

Menurut (Nursalam, 2008) tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi yang berhubungan dengan empat model respons adaptasi. Perubahan internal, eksternal, dan stimulus input bergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping menggambarkan tingkat adaptasi seseorang.

Menurut Roy dalam Sudarta (2015) manusia bersifat holistic, yang mempunyai system adaptif. Sebagai system yang adaptif, manusia dijelaskan sebagai keseluruhan dengan bagian-bagian fungsi sebagai kesatuan dari beberapa tujuan. System manusia meliputi orang-orang sebagai 15 individu atau dalam kelompok, termasuk keluarga, organisasi, komunitas dan social sebagai sebuah keseluruhan (Alligot & Tomey, 2010). Roy mengatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok komunitas atau social.

Masing-masing dilakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistic dan terbuka. System terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, energy antara system dan lingkungan dicirikan oleh perubahan internal dan eksternal.

Menurut (Nursalam, 2008) stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain yang merangsang seseorang baik internal maupun eksternal serta mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik atau riwayat seseorang dan timbul secara relevan sesuai dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

Menurut (Nursalam, 2008) tindakan keperawatan yang diberikan adalah meningkatkan respons adaptasi pada situasi sehat dan sakit. Tindakan tersebut dilaksanakan oleh perawat dalam memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, atau residual pada individu. Memanipulasi seluruh stimulus tersebut, diharapkan individu akan berada pada zona adaptasi. Stimulus fokal yang dapat mewakili semua stimulus harus dirangsang dengan baik.

b. Keperawatan profesional

Menurut (Bimo, 2008) keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan yang profesional merupakan praktek keperawatan yang dilandasi oleh nilai-nilai profesional, yaitu mempunyai otonomi dalam pekerjaannya, bertanggung jawab dan

bertanggung gugat, pengambilan keputusan yang mandiri, kolaborasi dengan disiplin lain, pemberian pembelaan dan memfasilitasi kepentingan klien. Tuntutan terhadap kualitas pelayanan keperawatan mendorong perubahan dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan bermutu. Memberikan asuhan keperawatan yang profesional diperlukan sebuah pendekatan manajemen yang memungkinkan diterapkannya metode penugasan yang dapat mendukung penerapan perawat yang profesional di rumah sakit.

Menurut (Bimo, 2008) model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah salah satu metode pelayanan keperawatan yang merupakan suatu sistem, struktur, proses dan nilai-nilai yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan tersebut. MPKP telah dilaksanakan di beberapa Negara, termasuk rumah sakit di Indonesia sebagai suatu upaya manajemen rumah sakit untuk meningkatkan asuhan keperawatan melalui beberapa kegiatan yang menunjang kegiatan keperawatan profesional yang sistematis. Penerapan MPKP menjadi salah satu daya ungkit pelayanan yang berkualitas. Metode ini sangat menekankan kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada profesionalisme keperawatan antara lain melalui penerapan standar asuhan keperawatan.

Menurut (Bimo, 2008) Standar Asuhan Keperawatan merupakan pernyataan kualitas yang diinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap klien. Untuk menjamin

efektifitas asuhan keperawatan pada klien, harus tersedia kriteria dalam area praktek yang mengarahkan keperawatan mengambil keputusan dan melakukan intervensi keperawatan secara aman. Adanya standar asuhan keperawatan dimungkinkan dapat memberikan kejelasan dan pedoman untuk mengidentifikasi ukuran dan penilaian akhir. Standar asuhan keperawatan dapat meningkatkan dan memfasilitasi perbaikan dan pencapaian kualitas asuhan keperawatan.

c. Konsep utama keperawatan

Terdapat lima konsep utama keperawatan yaitu (Suwignyo, 2007) :

1) Tanggung jawab perawat

Tanggung jawab perawat yaitu membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (misalnya kenyamanan fisik dan rasa aman ketika dalam mendapatkan pengobatan atau dalam pemantauan). Perawat harus mengetahui benar peran profesionalnya, aktivitas perawat profesional yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara bebas dan bertanggung jawab guna mencapai tujuan dalam membantu pasien. Ada beberapa aktivitas spontan dan rutin yang bukan aktivitas profesional perawat yang dapat dilakukan oleh perawat, sebaiknya hal ini dikurangi agar perawat lebih terfokus pada aktivitas-aktivitas yang benar-benar menjadi kewenangannya.

2) Mengenal perilaku pasien

Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku nonverbal yang ditunjukkan pasien.

3) Reaksi segera

Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.

4) Disiplin proses keperawatan

Menurut George (dalam Suwignyo, 2007) mengartikan kedisiplinan proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

5) Kemajuan / peningkatan

Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

5. Standar Prosedur Operasional Pencegahan Resiko Jatuh

a. Definisi

Standar Prosedur Operasional adalah suatu standar atau pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu

kelompok untuk mencapai tujuan organisasi (Perry dan Potter, 2012).

b. Manfaat Standar Prosedur Operasional (Perry dan Potter, 2012)

Manfaat standar prosedur operasional antara lain:

- 1) Agar petugas atau pegawai menjaga konsistensi dan tingkat kinerja petugas atau pegawai atau tim dalam organisasi
- 2) Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas atau pegawai terkait
- 3) Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi
- 4) Melindungi organisasi atau unit kerja dan petugas atau pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya
- 5) Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi

6. Jatuh

a. Definisi

Jatuh merupakan suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian mengakibatkan seseorang mendadak terbarik/terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004).

Jatuh merupakan suatu kejadian yang menyebabkan subjek yang sadar menjadi berada di permukaan tanah tanpa sengaja, bukan akibat dari pukulan keras, kehilangan kesadaran atau kejang. Kejadian jatuh merupakan penyebab yang spesifik yang jenis dan konsekuensinya

berbeda dari mereka yang dalam keadaan sadar mengalami jatuh (Stanley, 2006).

b. Faktor risiko

1) Faktor Instrinsik

Faktor instrinsik adalah variabel-variabel yang menentukan mengapa seseorang dapat jatuh pada waktu tertentu dan orang lain dalam kondisi yang sama mungkin tidak jatuh (Stanley, 2006). Faktor instrinsik tersebut antara lain adalah gangguan muskuloskeletal misalnya menyebabkan gangguan gaya berjalan, kelemahan ekstremitas bawah, kekakuan sendi, *sinkope* yaitu kehilangan kesadaran secara tiba-tiba yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak dengan gejala lemah, penglihatan gelap, keringat dingin, pucat dan pusing (Lumbantobing, 2004).

2) Faktor Ekstrinsik

Faktor ekstrinsik merupakan faktor dari luar (lingkungan dan sekitarnya) diantaranya cahaya ruangan yang kurang terang, lantai yang licin, tempat berpegangan yang tidak kuat, tidak stabil, obat-obatan yang diminum dan alat-alat bantu berjalan (Darmojo, 2004).

c. Akibat jatuh

Jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh adalah patah tulang panggul. Jenis fraktur lain yang sering terjadi akibat jatuh adalah fraktur pergelangan tangan, lengan atas dan pelvis serta kerusakan

jaringan lunak. Dampak psikologis adalah walaupun cedera fisik tidak terjadi, syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk ansietas, hilangnya rasa percaya diri, pembatasan dalam aktivitas sehari-hari dan fobia atau fobia jatuh (Stanley, 2006).

d. Komplikasi jatuh

Menurut Kane (1996), yang dikutip oleh Darmojo (2004), komplikasi-komplikasi jatuh antara lain:

1) Perlukaan

Perlukaan (Injury) mengakibatkan rusaknya jaringan lunak yang terasa sangat sakit berupa robek atau tertariknya jaringan otot, robeknya arteri/vena, patah tulang atau fraktur

2) *Disabilitas*

*Disabiliti* mengakibatkan penurunan mobilitas yang berhubungan dengan perlakuan fisik dan penurunan mobilitas akibat jatuh yaitu kehilangan kepercayaan diri dan pembatasan gerak.

3) Kematian

Komplikasi yang terburuk akibat jatuh yaitu mengakibatkan kematian.

e. Instrumen Identifikasi Risiko Jatuh

1) *Morse Fall Scale* (MFS)

*Morse Fall Scale* (MFS) merupakan salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh.

Dengan menghitung *Morse Fall Scale* pada pasien dapat ditentukan risiko jatuh pada pasien tersebut, sehingga dapat diupayakan pencegahan jatuh yang perlu dilakukan. Pengkajian risiko jatuh dilakukan pada saat pasien baru masuk ruangan, setiap shift, pernah terjadi jatuh, dilakukan bila ada perubahan status mental sesuai dengan prosedur. Penilaian risiko jatuh menggunakan MFS untuk pasien dewasa. Hasil penilaian MFS bila  $\geq 45$  risiko tinggi dan  $\leq 45$  risiko rendah (SPO RSUD Karanganyar 2011).

Tabel 2.1. Skala Jatuh Morse

Parameter	Status/Keadaan	Skor
Riwayat jatuh (baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir)	Tidak pernah	0
	Pernah	25
<b>Penyakit penyerta (Diagnosis Sekuner)</b>	<b>Ada</b>	<b>15</b>
	Tidak Ada	<b>0</b>
<b>Alat bantu jalan</b>	Tanpa alat bantu, tidak dapat jalan, kursi roda	<b>0</b>
	Tongkat penyangga ( <i>crutch</i> ), <i>Walker</i> .	<b>15</b>
	Kursi	<b>30</b>
<b>Pemakaian infus intravena/heparin</b>	Ya	<b>20</b>
	Tidak	<b>0</b>
<b>Cara berjalan</b>	Normal, tidak dapat berjalan	<b>0</b>
	Lemah	<b>10</b>
	Terganggu	<b>20</b>
<b>Status mental</b>	Menyadari kelemahannya	<b>0</b>
	Tidak menyadari kelemahannya	<b>15</b>
<b>Total Nilai</b>		
<b>Kesimpulan</b>		

Keterangan :

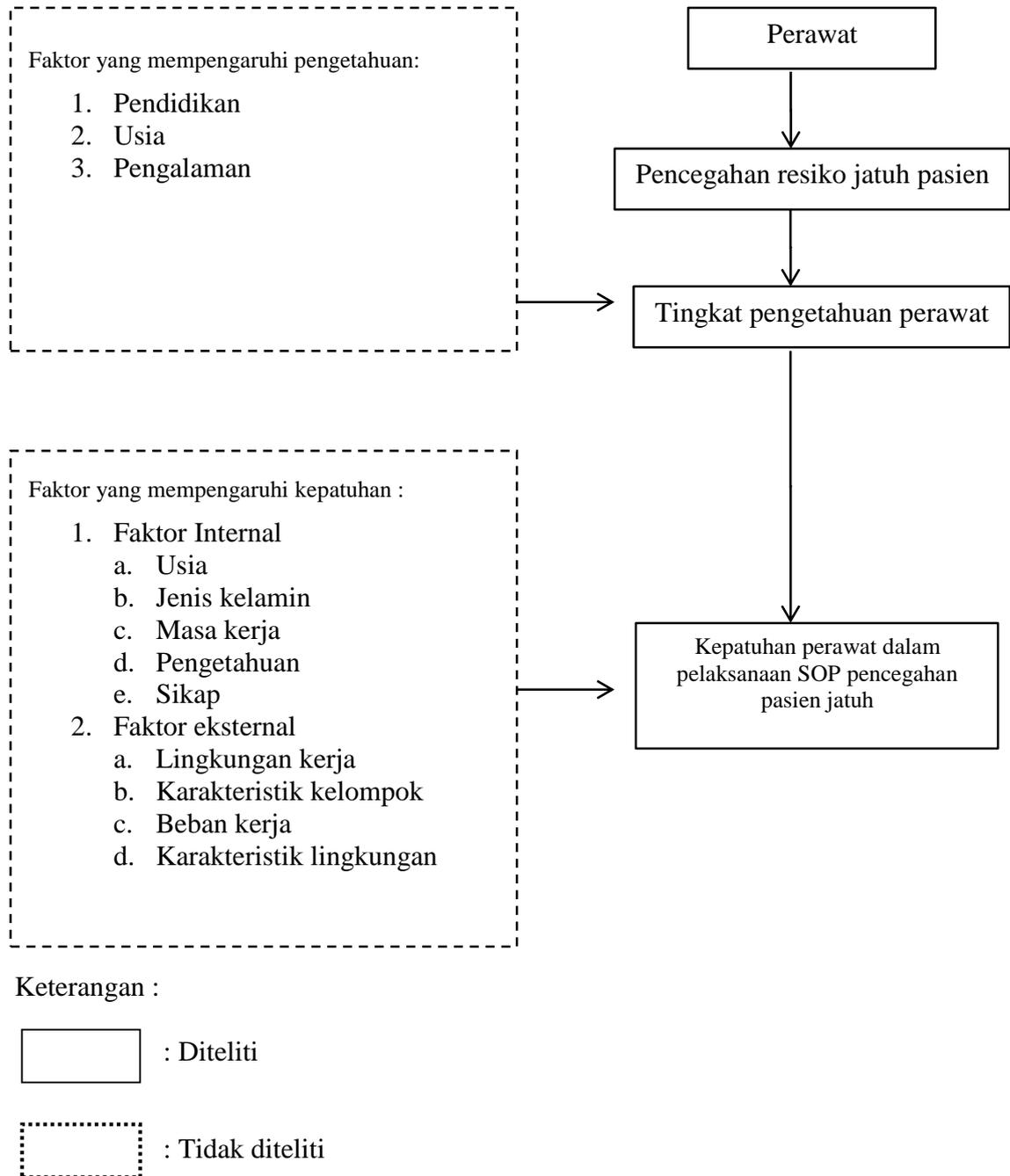
Bila total score 0-24 tidak ada risiko, bila total score 25-44 risiko rendah dan bila total score  $\geq 45$  risiko tinggi

- 2) Pemasangan label segitiga kuning untuk risiko tinggi

- 3) Pemasangan gelang risiko jatuh dilakukan setelah penilaian *Morse Fall Scale* (MFS) hasilnya  $\geq 45$ .
- 4) Tempat tidur pasien. Tempat tidur pasien merupakan salah satu alat yang digunakan oleh pasien. untuk mencegah risiko pasien jatuh dari tempat tidur, maka tempat tidur dalam posisi rendah dan terdapat pagar pengaman/ sisi tempat tidur.
- 5) Penggunaan restrain sesuai prosedur

Restrain merupakan alat pelindung untuk membatasi gerakan atau aktifitas pasien secara bebas. Untuk menghindari jatuh dapat dimodifikasi dengan memodifikasi lingkungan yang dapat mengurangi cedera seperti memberi keamanan pada tempat tidur (Nursalam, 2016).

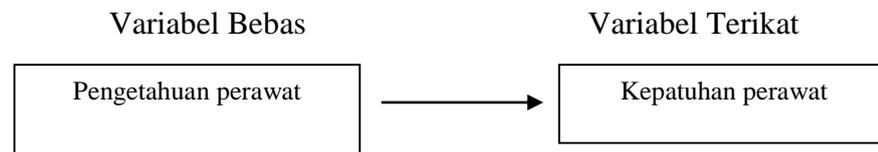
## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Maria (2016), Notoadmojo (2007), Muninjaya (2008), Potter dan Perry (2009)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Hipotesis nol ( $H_0$ )

Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar prosedur operasional pencegahan risiko jatuh di RSUD Karanganyar.

2. Hipotesis alternatif ( $H_a$ )

Ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar prosedur operasional pencegahan risiko jatuh di RSUD Karanganyar.