



## STUDI KASUS KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC) PADA PASIEN RISIKO JATUH

Shella Adhelna<sup>1\*</sup>, Noraliyatun Jannah<sup>2</sup>, Muhammad Yusuf<sup>2</sup>, Ardia Putra<sup>2</sup>, Yullyzar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Jl. Teungku Tanoh Abee, Kopelma Darussalam, Syiah Kuala, Banda Aceh, Aceh 23111, Indonesia

<sup>2</sup>Bagian Keilmuan Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Jl. Teungku Tanoh Abee, Kopelma Darussalam, Syiah Kuala, Banda Aceh, Aceh 23111, Indonesia

\*[Shella.adhelna00@gmail.com](mailto:Shella.adhelna00@gmail.com)

### ABSTRAK

Keselamatan pasien merupakan salah satu aspek penting yang harus diterapkan serta menjadi prioritas utama dalam setiap asuhan yang diberikan pada pasien. Pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang paling meresahkan dan berdampak pada cedera pasien bahkan kematian dan menjadi adverse event kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan. Studi kasus bertujuan untuk mengobservasi sumber masalah penyebab insiden keselamatan pasien yaitu Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Studi kasus ini menggunakan teknik 5 Why Analysis untuk mencari sumber masalah penyebab insiden. Hasil dari 5 Why Analysis dan observasi didapatkan bahwa kurangnya informasi dan edukasi yang diperoleh keluarga mengenai risiko jatuh pada pasien, belum optimalnya pelaksanaan pengkajian risiko jatuh menggunakan *Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS) dan belum optimalnya pelaksanaan implementasi risiko tinggi jatuh.

Kata kunci: knc; risiko jatuh; rca

### A CASE STUDY ON NEAR MISSES IN PATIENTS AT RISK OF FALLS

### ABSTRACT

*Patient safety is a crucial aspect that must be implemented and given top priority in all patient care. Patient falls represent one of the most concerning incidents in hospitals, with a profound impact on patient injuries, and in extreme cases, even death. They rank as the second most common adverse event in healthcare, following medication errors. Successfully preventing the risk of falls in patient rooms is contingent upon various factors, including the understanding of nurses, their educational background and motivation, and the available facilities. This case study aimed to investigate the root causes of patient safety incidents, specifically near-miss events. Employing the 5 Why Analysis technique, the study sought to identify the underlying issues contributing to the incidents. The analysis and observation results indicated that more information and education were needed to be provided to families regarding the risk of patient falls. Furthermore, implementing fall risk assessments using the Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) appeared suboptimal, as did the execution of high-risk fall interventions.*

*Keywords:* fall risk; near miss; rca

### PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang mengadakan pelayanan individu secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020). Rumah sakit harus memperhatikan aspek keselamatan pasien di setiap pelayanan yang diberikan (Mellianny, 2019). Tujuan diterapkannya sistem keselamatan pasien dirumah sakit adalah untuk mengurangi terjadinya insiden keselamatan pasien. Hal tersebut meliputi penilaian risiko, mengenali dan mengelola risiko, melakukan pelaporan dan menganalisis insiden yang terjadi, mampu belajar dari insiden sebelumnya dan tindak

lanjutnya, serta memberi solusi untuk meminimalkan insiden terulang kembali (Permenkes, 2017).

Menurut WHO perlu adanya perhatian khusus dalam menangani keselamatan pasien di rumah sakit. Hal ini juga dikemukakan oleh *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2020 melaporkan bahwa Amerika Serikat mengalami 98.000 kasus kematian akibat kesalahan medis yang dapat dicegah. Beberapa hasil penelitian di rumah sakit terakreditasi *Joint Commission International* (JCI) menjelaskan bahwa ditemukan 52 insiden pada 11 rumah sakit di 5 negara. Kasus tertinggi 31% terdapat di Hongkong, 25% kasus terdapat di Australia, 23% kasus terdapat di India, 12% kasus terdapat Amerika, dan 10% kasus terdapat di Kanada. Insiden Keselamatan pasien di Indonesia diketahui terdapat 7.465 kasus pada tahun 2019, yang terdiri dari kematian sebanyak 171 orang, cedera berat sebanyak 80, cedera sedang sebanyak 372, cedera ringan sebanyak 1183, dan tidak ada cedera sebanyak 5659. Tahun 2015-2019 menurut Komite Nasional Keselamatan Pasien yang terdapat di dalam Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2PKN), melaporkan bahwa Indonesia terjadi peningkatan sekitar 11% terkait dengan pelaporan insiden.

Pada tahun 2015 terdapat 289 laporan, tahun 2016 terdapat 668 laporan, terdapat 1647 laporan tahun 2017, 1489 laporan tahun 2018 dan 7465 laporan tahun 2019. Persentasi berdasarkan jenis insiden pada tahun 2019, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 38% dan berdasarkan laporan IKPRS Tahun 2017-2018 menunjukkan peningkatan jumlah insiden jenis KNC dari 88 insiden menjadi 168 insiden (Supriyanto, 2019). Kejadian Tidak Cedera (KTC) 31%, dan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) 31%. Diantaranya, meninggal 171 orang, cedera berat sebanyak 80 orang, cedera sedang 372 orang, cedera ringan 1183, dan tidak cedera 5659 orang (Daud, 2020). Salah satu tujuan keselamatan pasien yaitu meminimalisir terjadinya risiko pasien cedera karena jatuh/*reduce the risk of patient harm resulting from falls* (WHO, 2022). Kejadian jatuh merupakan kejadian keselamatan pasien paling membahayakan yang dapat memberi dampak cedera dan kematian (Gading, 2018). Pasien jatuh termasuk kedalam kejadian yang paling sering dilaporkan di rumah sakit (LeLaurin & Shorr, 2019).

Setiap tahun, diperkirakan 684.000 kematian yang terjadi akibat insiden jatuh. Lebih dari 80% penyebab kematian akibat jatuh terjadi di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah, dengan wilayah Pasifik Barat dan Asia Tenggara sebanyak 60% (*World Health Organization*, 2021). Sekitar 2% kejadian jatuh pada pasien selama menjalani rawat inap di rumah sakit dan sekitar satu dari empat insiden jatuh mengakibatkan cedera, dengan 10% diantaranya mengakibatkan cedera serius (LeLaurin & Shor, 2019). Anak-anak merupakan kelompok umur yang rentan dan berisiko terjatuh. Sekitar 24% insiden keselamatan anak disebabkan oleh jatuh. Tingginya kejadian jatuh pada anak disebabkan karena rasa ingin tahu dan impulsifnya, sedangkan fungsi fisik dan pertumbuhan kognitifnya masih dalam tahap perkembangan. Oleh karena itu, mereka memiliki penilaian yang buruk dan tidak mampu melindungi diri mereka sendiri dalam situasi berbahaya. Oleh karena itu, anak-anak berisiko tinggi mengalami kecelakaan tersebut, dan karena tahap perkembangan serta teknik penyelamatannya, risiko terjatuh sangat tinggi. (Kim et al., 2021).

Jatuh bisa berakibat fatal bagi anak. Oleh karena itu, pencegahan jatuh pada pasien rawat inap anak sangatlah penting. Jatuh dapat menyebabkan cedera, dengan perkiraan kejadian 36% hingga 58% terjadi pada anak-anak (Chang et al., 2021). Jatuh dapat menyebabkan luka

seperti lecet (12,5%), patah tulang (12,5%), hematoma (37,5%), dan pada beberapa kasus dapat menyebabkan kecacatan pada anak (Kim et al., 2021). Pengkajian risiko jatuh pada anak menggunakan *Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS) dikembangkan untuk mengidentifikasi pasien anak yang berisiko jatuh. HDFS dikembangkan berdasarkan kesamaan dari 200 kejadian jatuh pada anak yang terjadi di fasilitas aslinya dan dibuat berdasarkan praktik terbaik yang diidentifikasi dalam literatur. (Gonzalez et al., 2020) Studi meta analisis terkait Akurasi Tes Diagnostik Skala Penilaian Risiko Jatuh Rawat Inap Anak yang dilakukan bulan Maret 2018, dari 9 penelitian yang digunakan dalam meta-analisis hanya empat studi yang menggunakan HDFS. Topik yang paling umum mencakup diagnosis pasien, penggunaan sedasi, dan mobilitas. Sensitivitas dan spesifitas yang dikumpulkan dari sembilan penelitian masing-masing adalah 0,79 dan 0,36. (Kim et al., 2021).

Hasil observasi disalah satu ruangan rawat inap anak di RSUD pemerintah Aceh didapatkan ruangan tersebut sudah menggunakan format asesmen dan Standar Prosedur Operasional (SPO) serta pencegahan risiko jatuh dengan menggunakan HDFS untuk pasien anak. Akan tetapi faktanya kejadian jatuh diruangan masih terjadi. Hal ini terjadi akibat implementasi terkait pencegahan risiko tinggi jatuh pada anak masih belum optimal seeperti tidak semua pasien diberika penanda risiko jatuh berwarna kuning pada gelang pasien dan segitiga kuning pada bagian kaki tempat tidur pasien, serta jarangnya dilakukan edukasi mengenai pencegahan jatuh pada pasien atau pendamping. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi penyebab kejadian nyaris cedera (KNC) pada pasien risiko jatuh dan melakukan *root cause analysis* (RCA) pada pasien risiko jatuh diruang rawat inap anak RSUD Pemerintah Aceh.

## METODE

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 24 Juni 2023. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan metode studi kasus. Analisis yang dilakukan dalam metode ini adalah menggunakan metode *Root Cause Analysis* (RCA) berupa “5 why analysis” untuk menemukan akar masalah. Akar permasalahan dapat diidentifikasi dengan mengulangi “mengapa” sebanyak lima kali, atau hingga Anda mencapai titik di mana jawaban atas pertanyaan tersebut menunjukkan akar permasalahannya (Ohno, 1988). Lima adalah aturan praktis yang baik, dengan menanyakan “mengapa” sebanyak lima kali, sifat masalah serta solusi dari masalah tersebut dapat lebih cepat diperoleh dan jelas. Namun seseorang juga perlu bertanya “mengapa” lebih sedikit atau sebaliknya. Hal tersebut terjadi jika jawaban sudah tidak relevan dengan masalah atau sudah diluar tanggung jawab (Serrat, 2017). Responden dalam studi ini adalah perawat pelaksana dan pasien rawat inap.

## HASIL

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 24 Juni 2023 didapatkan di ruang rawat inap anak di salah satu RSUD pemerintah Aceh terjadi insiden keselamatan pasien yaitu pasien jatuh pada anak usia 10 bulan dan insiden tersebut tergolong kedalam Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Hal tersebut terjadi karena perawat tidak melakukan tindakan asuhan keperawatan (*Ommission*) sesuai dengan SPO secara optimal yang ditandai dengan dengan tidak adanya penanda risiko jatuh berwarna kuning digelang pasien, tidak adanya segitiga kuning tanda peringatan risiko jatuh yang dipasang pada tempat tidur dekat kaki pasien, tidak dilakukan pengkajian ulang jatuh di setiap pergantian *shift*, serta tidak dilakukan obeservasi keadaan pasien per/jam.

Berdasarkan masalah diatas untuk mengetahui akar penyebab dari kejadian tersebut, penulis menggunakan metode 5 *why* dalam menganalisis faktor penyebab yang telah dibuat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1.

Metode 5 *why* dalam Menganalisis Faktor Penyebab terjadinya Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

Pertanyaan	Jawaban
Mengapa pasien jatuh?	Pagar tempat tidur terbuka
Mengapa pagar tempat tidur terbuka?	Ibu pasien tidak mengetahui batasan aturan membuka pagar tempat tidur
Mengapa ibu pasien membuka pagar sembarangan?	Ibu pasien tidak mengetahui batasan aturan membuka pagar tempat tidur
Mengapa ibu pasien tidak mengetahui terkait batasan aturan tersebut?	Ibu pasien tidak mendapatkan informasi dan edukasi
Mengapa ibu tidak mendapatkan informasi dan edukasi?	Perawat tidak memberikan edukasi kepada ibu
Mengapa perawat tidak memberikan edukasi?	a. Pengkajian risiko jatuh menggunakan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i> tidak dilakukan secara optimal b. Pelaksanaan pencegahan risiko jatuh berdasarkan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i> tidak dilakukan secara optimal

## PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas dan menjelaskan terkait hasil studi kasus yang telah dijabarkan sebelumnya terkait dengan penyebab terjadinya insiden pasien jatuh di ruang rawat inap anak RSUD Pemerintah Aceh.

### Penyebab terjadinya Kejadian Nyaris Cidera (KNC) pada Pasien Risiko Jatuh

Hasil observasi mengenai penyebab terjadinya KNC pada pasien risiko jatuh didapatkan perawat tidak melakukan tindakan asuhan keperawatan (*Omission*) secara optimal yang ditandai dengan tidak adanya penanda risiko jatuh berwarna kuning digelang pasien, tidak adanya segitiga kuning tanda peringatan risiko jatuh yang dipasang pada tempat tidur dekat kaki pasien, tidak dilakukan pengkajian ulang jatuh di setiap pergantian *shift*, serta tidak dilakukan obeservasi keadaan pasien per/jam. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Mustikawati, 2011) didapatkan perawat yang bekerja tidak sesuai alur pekerjaan atau tidak patuh terhadap SOP menimbulkan KNC sebesar 73.5%. Data menunjukkan semakin banyak perawat yang tidak mengikuti SOP atau bekerja sesuai alur kerja yang ada, maka semakin besar pula risiko terjadinya komplikasi dini. Temuan ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Perrov dalam IOM (2000) bahwa upaya keamanan harus didukung oleh sistem yang baik dengan standar dan prosedur yang harus diikuti. Peran perawat dalam keselamatan pasien adalah menerapkan standar pelayanan yang berlaku.

Dengan menerapkan dan mematuhi standar yang ditetapkan, frekuensi kesalahan akan berkurang. Selama intervensi medis dan keperawatan (proses kerja), terdapat risiko cedera pada pasien. Desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan untuk menentukan tugas, pekerjaan, dan hak istimewa (Lo & Gelinas, 2004). Pengembangan dan ketersediaan standar dan pedoman protokol mendukung program keselamatan pasien. Tujuan standardisasi adalah untuk menetapkan tingkat kinerja minimum yang harus dipenuhi seseorang. Setiap proses, setiap gerakan, setiap keterampilan klinis, setiap penampilan, setiap lingkungan kerja, setiap kondisi peralatan harus terstandarisasi (Cahyono, 2008). Hal ini didukung oleh Wood yang mengembangkan teori “blunt end and sharp end” untuk menjelaskan bagaimana interaksi manusia dengan sistem menyebabkan terjadinya KNC dan KTD (Ketring, 2006 dalam Cahyono, 2008). Ujung tumpul (*blunt side*) melambangkan penampilan organisasi, dalam hal ini prosedur dan standar atau proses kerja yang berperan sebagai penjaga atau pencegah kesalahan. Ujung yang tajam melambangkan petugas kesehatan, dalam hal ini perawat yang

bertugas. Interaksi ujung tumpul dan tajam harus seimbang agar KNC dan KTD dapat dihindari.

### **Root Cause Analysis (RCA) pada pasien risiko jatuh**

Hasil pengkajian menggunakan *Root Case Analysis* (RCA) dengan metode 5 *Why* didapatkan akar masalah yang menyebabkan pasien jatuh adalah keluarga kurang mendapatkan informasi dan edukasi mengenai risiko jatuh pada anak, pelaksanaan pengkajian risiko jatuh menggunakan *Humpty Dumpty Fall Scale* pada anak kurang optimal, dan pelaksanaan pencegahan risiko tinggi jatuh berdasarkan *Humpty Dumpty Fall Scale* kurang optimal.

### **Belum optimalnya pelaksanaan pengkajian risiko jatuh**

Hasil observasi mengenai pengkajian risiko jatuh menggunakan *The Humpty Dumpty Fall Scale* di dapatkan bahwasanya tidak semua perawat mengkaji *humpty dumpty fall scale* segera pada anak ketika awal masuk ruang rawat, hanya sebagian kecil perawat melakukan pengkajian *humpty dumpty fall scale* saat melakukan pengkajian awal. Selanjutnya, juga tidak dilakukan pengkajian ulang terhadap pasien yang berisiko tinggi jatuh di setiap pergantian *shift*.

Pengkajian *humpty dumpty* merupakan salah satu pengkajian penting pada pasien anak. *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS) merupakan pengukuran/alat untuk menilai risiko jatuh pada pasien anak dengan tujuh item: usia, jenis kelamin, diagnosis, gangguan kognitif, faktor lingkungan, respon terhadap pembedahan/sedasi, dan penggunaan obat. Skala Jatuh *Humpty Dumpty* (HDFS) dikembangkan berdasarkan kesamaan 200 kasus jatuh anak di rumah dan berdasarkan praktik terbaik yang diidentifikasi dalam literatur (Gonzalez et al., 2020). Penilaian risiko jatuh adalah langkah pertama dalam program pengurangan risiko jatuh pasien. Penilaian risiko jatuh pasien adalah suatu metode untuk mengukur risiko jatuh pasien dan dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional pada semua pasien yang dirawat di rumah sakit. Hal ini dilakukan untuk meminimalkan atau mencegah angka jatuh dan cedera pasien dengan memberikan perhatian khusus pada pasien yang berisiko jatuh dibandingkan dengan pasien yang tidak berisiko jatuh. Penilaian risiko jatuh pasien dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk rumah sakit dan pada saat terjadi perubahan status klinis pasien (Putri, 2018).

Mencegah jatuh pada pasien, dengan atau tanpa cedera, melibatkan melakukan penilaian awal dan kemudian menilai kebutuhan pasien, termasuk potensi risiko terkait dengan jadwal pengobatan dan mengidentifikasi tindakan untuk mengurangi risiko yang ada. Risiko jatuh harus dinilai ulang secara berkala. Penilaian risiko jatuh ini telah dilakukan dengan menggunakan skala jatuh sejak awal pendaftaran pasien (Budi & Wijaya, 2020). Upaya pencegahan pasien jatuh dilakukan sejak awal pasien masuk rumah sakit, dan tidak dilakukan penyampaian informasi kepada keluarga pasien (Dewi & Noprianty, 2018). Penilaian ulang risiko jatuh didefinisikan sebagai proses penilaian yang dilakukan staf perawat selama setiap pengangkutan atau perawatan pasien. Hal ini untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien, baik berupa perburukan maupun perbaikan. Perbedaan praktik penilaian ulang risiko jatuh adalah indikasi atau kriteria penilaian ulang pasien (Nur et al., 2017). Akar permasalahan jatuh adalah belum optimalnya perencanaan standar operasional prosedur penanganan pasien jatuh di suatu fasilitas. Selain itu, kepatuhan staf perawat dalam menerapkan prosedur operasi standar dapat menjadi salah satu faktor risiko terjadinya kecelakaan jatuh (Sari & Bambang, 2017).

Berdasarkan temuan Suparna dan beberapa penelitian mengenai tindakan untuk melakukan prosedur bedah standar pada pasien jatuh, jelas bahwa tindakan pencegahan jatuh belum dilaksanakan sepenuhnya, penelitian Suparna (2015) menemukan bahwa penerapan prosedur operasi standar keselamatan pasien belum diterapkan 100%. Langkah-langkah dokumentasi telah selesai 100%, 50% menyelesaikan penilaian risiko jatuh, dan 51% menyelesaikan penilaian gejala risiko jatuh. Hasil penelitian Faisal (2014) mengungkapkan bahwa sistem keselamatan pasien (*patient safety*) belum 100% terlaksana dan hanya dua dari enam tujuan keselamatan pasien yang terlaksana dengan baik. Jika standar operasional terpenuhi Jika langkah-langkah keselamatan tidak diterapkan dengan benar, pasien mungkin berisiko lebih tinggi untuk terjatuh.

Penelitian yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad pada 30 responden didapatkan mayoritas perawat kurang optimal dalam pelaksanaan pengkajian risiko jatuh *humpty dumpty* yaitu sebanyak 25 perawat (83.3%), dan pada item tertentu didapatkan bahwa perawat tidak pernah melakukan observasi 2 jam sekali pada pasien yang berisiko jatuh yakni sebanyak 12 perawat (40%) (Simanjuntak et al., 2022). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nurhayati (2020) yang dilakukan di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama menemukan bahwa meskipun rumah sakit telah mempunyai penilaian risiko jatuh, namun belum seluruhnya lengkap, hanya 15 penilaian risiko jatuh pemeriksaan awal berkas 46,67% sudah lengkap dan 53,33% tidak lengkap. Penilaian risiko jatuh yang tidak lengkap disebabkan karena tidak menjawab pertanyaan penilaian sehingga informasi yang diperoleh tidak lengkap. Penelitian lain yang dilakukan di RSU Setia Budi medan di dapatkan dari 32 perawat yang diteliti terdapat 12 perawat (29.5%) yang tidak patuh dalam pelaksanaan standar operasional pencegahan risiko jatuh pada pasien (Sari & Bambang, 2017). Menurut Nur et al., (2017) faktor penghambat pelaksanaan asesmen risiko jatuh yaitu faktor kondisi pasien (pasien berontak; pasien tidak stabil; pasien ngamuk; perubahan GCS; kejang), faktor keluarga yaitu tidak adanya keluarga pasien, faktor perawat (kesibukan perawat; beban kerja yang tinggi; SDM yang kurang memadai; pasien penuh dan banyak pengawasan), faktor kepemimpinan dan manajemen (kurangnya supervisi, kurangnya reward dan punishment).

### **Belum optimalnya implementasi tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh**

Berdasarkan hasil observasi didapatkan bahwa implementasi tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh tergolong belum optimal. Tidak semua komponen tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh dilakukan kepada pasien seperti memberi tulisan ‘Pencegahan Jatuh’ di depan kamar pasien, memakaikan penanda risiko jatuh bewarna kuning pada gelang pasien, memasang tanda risiko jatuh segitiga warna kuning pada tempat yang mudah terlihat, memberi pemahaman pada pasien dan keluarga mengenai pemberian tanda risiko jatuh, menempatkan pasien dekat dengan *nurse station* bila memungkinkan, serta mengobservasi keadaan pasien per jam. Kepatuhan perawat dalam melakukan pemasangan gelang risiko jatuh sangat penting untuk dilakukan karena tindakan ini dapat mencegah terjadinya insiden jatuh pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Oleh itu perawat harus selalu mematuhi SPO untuk memasang tanda risiko jatuh yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Rumah sakit juga wajib secara terus menerus mensosialisasikan SPO pemasangan tanda risiko jatuh tersebut terutama kepada para perawat baru (Noorhasanah, Amaliah dan Iswantoro, 2020).

Penelitian Nugraheni et al. (2017) menyatakan bahwasanya pengawasan oleh kepala ruang berhubungan dengan pelaksanaan pencegahan jatuh di ruang rawat. Pengawasan yang dilakukan dengan baik akan dapat meningkatkan disiplin kerja dan tanggung jawab terhadap pekerjaan yang dilaksanakan. Bentuk pengawasan dan bimbingan terkait keselamatan pasien dapat berupa komunikasi dan pengawasan pada fungsi administratif dan audit keselamatan

pasien. Keberhasilan dalam peran ini bergantung pada komitmen staf perawat untuk memberikan layanan berkualitas kepada pasien agar dapat menerapkan tindakan pencegahan jatuh pasien dengan lebih baik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Sahpitra, Yulia dan Triwijayanti (2019) mengenai penurunan risiko jatuh pasien melalui supervisi kepala ruang perawatan yang menyatakan bahwasanya ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan pengurangan risiko jatuh. Pengawasan adalah sebuah proses atau kegiatan yang bertujuan untuk memberikan motivasi dalam rangka meningkatkan kesadaran diri, perkembangan profesionalisme dan perkembangan diri dalam melakukan pekerjaan (Marquis & Huston, 2012).

Penerapan prosedur pasien dengan risiko jatuh di rumah sakit yang diikuti supervisi dan *monitoring* lebih menjamin keterlaksanaan program. Perawat yang mendapatkan supervisi menunjukkan produktivitas kerja yang lebih tinggi dari pada yang tidak mendapat dukungan dari supervisor, serta pengurangan risiko jatuh secara optimal untuk meningkatkan kualitas perawatan, keselamatan pasien dan meningkatkan kepuasan perawat dalam bekerja (Budiono et al., 2014). Hasil observasi penulis juga didapatkan, bahwasanya tidak ada aturan tegas terkait dengan aturan membuka pagar tempat tidur pasien. Hal ini menjadi masalah penting, dikarena salah satu penyebab terjadinya insiden jatuh pada pasien disebabkan karena pagar terbuka. Namun, aturan mengenai pagar tempat tidur pasien tidak terdapat di dalam SPO, sehingga hal itu menyebabkan tidak adanya aturan tegas dan edukasi khusus mengenai aturan membuka pagar tempat tidur pasien. Namun hal ini bisa dicegah dengan kesadaran dan kemampuan perawat dalam memberikan edukasi secara detail kepada keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mutrika & Hutaheean, 2022) mengenai edukasi pencegahan resiko jatuh menyebutkan bahwa pemberian edukasi mengenai pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga mempunyai dampak yang berarti. Pemberian edukasi kepada pasien mengenai risiko jatuh dapat meningkatkan pengetahuan, kesadaran serta praktik pasien dan keluarga dalam mencegah jatuh. Oleh itu, edukasi mengenai pencegahan jatuh memiliki potensi dalam menurunkan angka kejadian jatuh di rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nurhasanah & Nurdahlia, 2020) bahwasanya pendidikan kesehatan lebih baik daripada pendekatan koersif dalam hal membina dan meningkatkan perilaku kesehatan seseorang, karena melalui edukasi akan terjadi penambahan pengetahuan.

Penelitian lain menyebutkan terdapat banyak faktor yang menyebabkan perawat tidak melakukan tindakan pencegahan risiko jatuh. Dalam menerapkan tindakan pencegahan risiko jatuh seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan keamanan dan perlindungan keperawatan. Selain itu fasilitas yang memadai yang diberikan oleh rumah sakit dapat membantu perawat dalam melakukan tindakan pencegahan risiko jatuh. Seperti tidak adanya bel pada setiap pasien menjadi hal yang menyulitkan bagi perawat untuk mengetahui apabila terdapat pasien yang terjatuh. Selain itu, masing-masing pasien memiliki kondisi yang harus diprioritaskan sehingga perawat tidak melakukan tindakan pencegahan jatuh. Oleh itu, manajemen rumah sakit perlu mengatur agar perawat dapat melakukan tindakan pencegahan serta dapat memonitor pasien yang menjadi tanggungjawabnya (Zarah & Djunawan, 2022). Penelitian yang dilakukan oleh (Mappanganro et al., 2020) mengenai faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan risiko jatuh oleh perawat dalam *patient safety* mengungkapkan bahwa pengetahuan, fasilitas dan motivasi berhubungan dengan upaya pencegahan risiko jatuh oleh perawat. Semakin baik pengetahuan seseorang maka akan berdampak baik pula pada upaya pencegahan pasien jatuh yang dilakukan di rumah sakit.

Begitu pula hal nya dengan fasilitas yang memadai akan memudahkan perawat dalam mengupayakan pencegahan risiko jatuh sehingga perawat diharapkan mampu membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan serta melindungi pasien dari kemungkinan yang tidak diinginkan. Sedangkan motivasi digambarkan sebagai perasaan atau pikiran yang mendorong individu menjalankan suatu pekerjaan dan melakukan perilaku tertentu (Renoningsih, 2016).

## SIMPULAN

Hasil dari 5 Why Analysis dan observasi didapatkan bahwa kurangnya informasi dan edukasi yang diperoleh keluarga mengenai risiko jatuh pada pasien, belum optimalnya pelaksanaan pengkajian risiko jatuh menggunakan *Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS) dan belum optimalnya pelaksanaan implementasi risiko tinggi jatuh.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budi, H. S., & Wijaya, L. (2020). Literatur Review: Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Program Manajemen Pasien Dengan Resiko Jatuh. Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan, 12(2), 11–23. <https://doi.org/10.36729/bi.v12i2.934>
- Cahyono, J. B. . (2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Kanisius.
- Chang, C. M., Wen, C. F., & Lin, H. F. (2021). Reliability and Validity of a Pediatric Fall Risk Assessment Scale for Hospitalized Patients in Taiwan. Quality Management in Health Care, 30(2), 121–126. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000305>
- Daud, A. (2020). Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien nasional (sp2kpn). 38.
- Dewi, T., & Noprianty, R. (2018). Phenomenology Study: Risk Factors Related to Fall Incidence in Hospitalized Pediatric Patients with Theory Faye G. Abdellah. NurseLine Journal, 3(2), 81. <https://doi.org/10.19184/nlj.v3i2.8249>
- Gading, P. W. (2018). Barriers to fall risk assessment and prevention implementation in a hospital setting. Jambi Medical Journal, 6(2), 204–216.
- Gonzalez, J., Hill-Rodriguez, D., Hernandez, L. M., Cordo, J. A., Esteves, J., Wang, W., Salyakina, D., & Sarik, D. A. (2020). Evaluating the Humpty Dumpty Fall Scale: An International, Multisite Study. Journal of Nursing Care Quality, 35(4), 301–308. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000458>
- Institute Of Medicine. (2016). To err IS human. Nursing Critical Care, 11(5), 4. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000490961.44977.8d>
- Kemenkes RI. (2020). Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, 3, 1–80. <http://bpsdmk.kemkes.go.id/web/filesa/peraturan/119.pdf>
- LeLaurin, J. H., & Shorr, R. I. (2019). Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. Clinics in Geriatric Medicine, 35(2), 273–283. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>
- Mappanganro, A., Hidayat, R., & Reski, E. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Oleh Perawat Dalam Patient Safetydi Ruang Perawatan Anak Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Jurnal Medika Hutama, 1, No. 2(02), 63–70.

- Melliany, O. (2019). Penerapan Keselamatan Pasien Dalam Peningkatan Akreditasi Rumah Sakit. 181101080. <https://osf.io/preprints/5fgyc/%0Ahttps://osf.io/5fgyc/download>
- Mustikawati, Y. H. (2011). Analisis Determinan..., Yully Harta Mustikawati, FIK UI, 2011.
- Mutrika, R., & Hutahaean, S. (2022). Penerapan Edukasi Pencegahan Risiko Jatuh Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Persepsi Pasien Dalam Mencegah Jatuh Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(4), 107–111. <https://doi.org/10.30651/jkm.v7i4.14536>
- Nur, H. A., Dharmana, E., & Santoso, A. (2017). Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rumah Sakit. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 5(2), 123. [https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5\(2\).123-133](https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5(2).123-133)
- Nurhasanah, A., & Nurdahlia, N. (2020). Edukasi Kesehatan Meningkatkan Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Dalam Pencegahan Jatuh Pada Lansia. *Jkep*, 5(1), 84–100. <https://doi.org/10.32668/jkep.v5i1.359>
- Nurhayati, S., Rahmadiyanti, M., & Hapsari, S. (2020). Kepatuhan Perawat Melakukan Assessment Resiko Jatuh Dengan Pelaksanaan Intervensi Pada Pasien Resiko Jatuh. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surbaya*, 15(2), 278–284. <https://doi.org/10.30643/jiksht.v15i2.97>
- Ohno, T. (1988). Toyota Production System (1st ed.).
- Permenkes. (2017). Permenkes No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. BMC Public Health, 5(1), 1–8. <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>
- Putri, D. P. (2018). Analisa Pelaksanaan Asesmen Pencegahan Risiko Jatuh Pasien Oleh Perawat Di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak. *Jurnal ProNers*, 3(1), 12–13.
- Sari, Y., & Bambang. (2017). Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Resiko Jatuh pada Pasien di RSU Setia Budi. *Journal of Vocational Health Science*, 2(1), 13–22. <http://eprints.uhb.ac.id/id/eprint/1422/>
- Serrat, O. (2017b). The Five Whys Technique. *Knowledge Solutions*, February, 307–310. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9\\_32](https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_32)
- Simanjuntak, I., Erwin, & Novayelinda, R. (2022). Gambaran Penerapan Patient Safety Oleh Perawat Pada Toddler Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Medika Hutama*, 03(02), 402–406.
- World Health Organization. (2021). Towards eliminating avoidable harm health care. In Global patient safety action plan 2021–2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Zarah, M., & Djunawan, A. (2022). Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Di Rawat Inap Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip), 10(1), 43–49. <https://doi.org/10.14710/jkm.v10i1.31625>

