

PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN PADA PASIEN RISIKO JATUH MELALUI ASUHAN KEPERAWATAN DI PELAYANAN RUMAH SAKIT

Muliyadi¹, Azwaldi² Putri Purbasar³

^{1,2,3} Politeknik Kesehatan Palembang, Sumatera Selatan, Indonesia
Azwaldi@poltekkespalembang.ac.id

ABSTRACT

Background: Patient safety is a priority aspect of quality in health services in hospitals. Injuries caused by falling patients in hospital services still occur, and cause mild to serious impacts. This study aims to provide an overview of the fulfillment of a sense of safety in preventing falls in patients with a high risk of falling. **Methods:** This type of research is descriptive analytic with a case study approach. to explore the problem of high risk of falls and the fulfillment of safety needs. The subjects of this case study were two patients at high risk of falling. Nursing care was carried out in the internal medicine room at a private hospital in Palembang. The nursing care process for each subject was carried out for three days. The data analysis used in this case study is descriptive analysis which is used to analyze the data by describing the collected data to make a conclusion that is presented in a narrative manner. **Results:** The study found Mrs. N Morse Fall Risk score of 60 with the condition of walking by holding on to surrounding objects, intravenous therapy installed, weak condition, while Mrs. S. Morse Fall Risk score of 75 with the condition of having a secondary diagnosis, walking aids holding on to surrounding objects, installed intravenous therapy, weak condition. The main diagnosis in nursing care is the risk of falling. The main interventions carried out included providing a high risk marker for falling in the patient's bed and medical records, using a bed safety fence, placing the bed in a low position, helping mobilize the patient to sit up, doing activities around the bed, going to the toilet, asking the patient to use a mat. non-slip feet, monitor the risk of falling every work shift, health education to patients and families on the risk of falling and call bell information for communication when the patient needs it, the results of the implementation for three days of patient care to avoid falling, low risk patients falling with Morse scores Fall Risk Ny N 30, which is infusion and weak condition, and Ny S value 45 with infusion, weak condition and has a secondary diagnosis. **Conclusion** Safety fulfillment interventions can prevent patients from injury due to falls.

Keywords: Nursing Care, High Risk of Fall, Need safety

ABSTRAK

Latar belakang: Keselamatan pasien merupakan prioritas aspek kualitas dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Cidera yang diakibatkan oleh terjatuhnya pasien dalam pelayanan rumah sakit masih terjadi, dan menimbulkan dampak ringan hingga serius. Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran pemenuhan rasa aman pencegahan jatuh pada pasien dengan risiko tinggi jatuh. **Metode:** Jenis penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus. untuk mengeksplorasi masalah risiko tinggi jatuh serta pemenuhan kebutuhan rasa aman. Subjek studi kasus ini dua pasien risiko tinggi jatuh. Asuhan keperawatan dilakukan diruang penyakit dalam disalah satu rumah sakit Swasta kota Palembang. Proses asuhan keperawatan setiap subjek dilaksanakan selama tiga hari. Analisa data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah analisis deskriptif yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan yang disajikan secara narasi. **Hasil:** Pengkajian didapatkan Ny N Skor *Morse Fall Risk* nilai 60 dengan kondisi berjalan dengan berpegangan pada benda sekitar, terpasang terapi intravena, kondisi lemah, sedangkan Ny S *Morse Fall Risk* nilai 75 dengan kondisi memiliki diagnosis sekunder, alat bantu berjalan berpegangan pada benda sekitar, terpasang terapi intravena, kondisi lemah. Diagnosis utama pada asuhan keperawatan adalah risiko jatuh. Intervensi utama yang dilakukan meliputi memberi penanda risiko tinggi jatuh di tempat tidur pasien dan rekam medik, penggunaan pagar pengaman tempat tidur, menempatkan tempat tidur di posisi rendah, membantu mobilisasi pasien untuk dukuk, beraktivitas di sekitar tempat tidur, ke toilet, meminta pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin, monitor risiko jatuh setiap shift dinas, pendidkan kesehatan pada pasien dan keluarga atas risiko jatuh dan informasi *call bell*

untuk komunikasi pada saat pasien membutuhkan, hasil implementasi selama tiga hari perawatan pasien terhindar dari jatuh, pasien risiko rendah jatuh dengan nilai *Morse Fall Risk* Ny N 30 yaitu terpasang infus dan kondisi lemah dan Ny S nilai 45 dengan terpasang infus, kondisi lemah dan memiliki diagnosis sekunder. **Kesimpulan** Intervensi pemenuhan rasa aman dapat mencegah pasien dari cedera akibat jatuh.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Risiko Tinggi Jatuh, Kebutuhan rasa aman.

PENDAHULUAN

Patient Safety (keselamatan pasien) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Patient safety merupakan aktivitas assement resiko, identifikasi yang berhubungan dengan resiko pasien, identifikasi yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisa insiden. Kemampuan belajar dari insiden dan tidak lanjut serta implementasi solusis untuk meminimalkan implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan (Permenkes RI No 1691, 2011). Keselamatan Pasien (patient safety) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu (WHO, 2010). Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumah sakitan (Depkes RI, 2008).

Pelaporan WHO di Amerika Serikat dalam *“To Err Is Human, Buliding a Safer Health System”* melaporkan adanya IKP (Insiden Keselamatan Pasien) dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit, kejadian yang terjadi di rumah sakit, kejadian yang terjadi yaitu adanya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) dengan rentang 3-16% yang terjadi di rumah sakit Amerika., Inggris, Australia, dan Denmark (Forster et al). Laporan IKP oleh KKP-RS sampai bulan february 2021 KTC (Kejadian Tidak Cedera) 1.021, KNC (Kejadian Nyaris Cidera) 1.196, KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) 1.134.

Resiko jatuh adalah suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau keluarga yang melihat kejadian, yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring, terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004 dalam Ashar. 2016). Sejumlah faktor yang mempengaruhi terjadinya resiko jatuh : yaitu faktor eksternal, faktor organisasi & manajemen, faktor tim, faktor petugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi (Kemenkes,2015). Menurut Joint Commission International (JCI) (2011), keselamatan pasien terdiri dari enam sasaran dan salah satunya adalah mencegah risiko pasien cedera akibat jatuh (JCI, 2011). Jatuh merupakan penyebab umum terjadinya cedera. Menurut data dari US Centres for Disease Control and Prevention tahun 2014, diperoleh data bahwa lebih dari 1/3 orang dewasa berusia diatas 65 tahun mengalami jatuh setiap tahun. Lebih dari 500.000 kejadian jatuh di seluruh rumah sakit di Amerika setiap tahun. 150.000 diantaranya mengalami luka. Pasien akan mengalami peningkatan dalam risiko jatuh bila mempunyai gangguan memori, mempunyai kelemahan otot, berusia lebih dari 60 tahun dan berjalan menggunakan tongkat atau walker (Setiowati, 2015). Terdapat berbagai pasien dengan bermacam-macam kasus penyakit yang ada di rumah sakit. Pasien adalah pribadi yang unik dengan karakteristik masing- masing, yang berpengaruh terhadap cara pemberian pelayanan dan perawatan karena kondisi pasien yang berisiko. Salah satu risiko yang mungkin timbul adalah pasien jatuh (fall) (Syatriani, 2013).

Pasien jatuh adalah salah satu insiden yang paling sering terjadi dalam lingkup rumah sakit. Sejak tahun 2009 pusat data The Commission Sentinel Event telah menerima 465 laporan pasien jatuh dengan luka yang sebagian besar terjadi di rumah sakit, sedangkan pada tahun 2014 jumlah pasien jatuh pada golongan umur dewasa-tua mencapai 29 juta dengan 7 juta diantaranya jatuh mengakibatkan luka. Sekitar 1,3 – 8,9 / 1000 pasien mengalami jatuh perhari dalam unit rehabilitasi dan neurologi (Oliver, 2010) sedangkan dari 100/ 1000 pasien yang jatuh di Rumah Sakit Amerika Serikat terdapat 30 – 50% jatuh dengan menghasilkan luka (*Joint Committe International*, 2011). Insiden pasien jatuh mempunyai dampak merugikan bagi pasien, salah satu dampak yang merugikan adalah dampak cedera fisik yang mencakup luka lecet, luka

robek, luka memar, bahkan dalam beberapa kasus berat jatuh dapat berakibat fraktur, perdarahan, dan cedera kepala (Miake-Lye et al, 2013).

Data kejadian pasien jatuh di Indonesia berdasarkan Kongres XII PERSI (2012) melaporkan bahwa kejadian pasien jatuh tercatat sebesar 14%, padahal untuk mewujudkan keselamatan pasien angka kejadian pasien jatuh seharusnya 0%. Pelaksanaan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang tidak terlaksana dengan baik disebabkan oleh beberapa faktor di rumah sakit. Kejadian tidak diharapkan yang paling sering terjadi antara lain pasien jatuh (12.670 kasus), (*Clinical Excellence Commission, 2013*). Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Studi awal di salah satu rumah sakit swasta di Kota Palembang didapatkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (4%), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (1%), serta Kejadian Tidak Cedera (KTC) (2%). Jatuh merupakan salah satu kasus yang menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan.

Mengingat risiko pasien jatuh sangat besar maka sebagai perawat perlu memikirkan berbagai cara untuk mengurangi terjadinya hal tersebut. Hal ini dilakukan dengan tujuan pasien tidak perlu di rawat di Rumah Sakit lebih lama akibat komplikasi jatuh. Pemasangan pengaman tempat tidur sangat penting disediakan terutama pada pasien dengan kesadaran menurun dan gangguan mobilitas. Perawat juga sudah meletakkan bel di dekat pasien dan menganjurkan pasien untuk menggunakan bel bila memerlukan bantuan, supaya tidak terjadi hal-hal tidak terduga yang mengakibatkan pasien jatuh atau membuat cedera baru. Selain itu, perawat memberikan tanda atau etiket atau label pada tangan pasien dan tanda segitiga berwarna kuning yang di letakkan di sisi tempat tidur untuk pasien risiko jatuh.

Menurut Potter & Perry (2009) beberapa intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh pada pasien antara lain: Mengorientasikan pasien pada saat masuk rumah sakit dan menjelaskan sistem komunikasi yang ada, bersikap hati-hati saat mengkaji pasien dengan keterbatasan gerak, melakukan supervisi ketat pada awal pasien dirawat terutama malam hari, menganjurkan menggunakan bel bila membutuhkan bantuan, memberikan alas kaki yang tidak licin, memberikan pencahayaan yang adekuat, memasang pengaman tempat tidur terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas, dan menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.

Dari uraian di atas Jatuh merupakan suatu kondisi yang berhubungan dengan pemenuhan rasa aman. Penerapan asuhan keperawatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan rasa aman melalui upaya pencegahan cedera pada pasien dengan risiko tinggi jatuh perlu diimplementasikan. Penelitian bertujuan ingin memperoleh gambaran pemenuhan rasa aman pada pasien dengan risiko tinggi jatuh melalui pendekatan asuhan keperawatan.

METODE PENELITIAN

Rancangan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan dengan mengeksplorasi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan risiko tinggi Jatuh dalam rangka pemenuhan kebutuhan rasa aman, terhindar dari jatuh. Subjek dalam studi kasus ini dua pasien risiko tinggi jatuh dengan inisial Ny.N yang berusia 47 tahun dan pasien kedua dengan inisial Ny.S yang berusia 57 tahun, Asuhan keperawatan dilakukan diruang penyakit dalam disalah satu rumah sakit Swasta kota Palembang. Proses pengambilan asuhan keperawatan Ny N dari tanggal 23 s/d 25 Maret 2021 dan Ny S tanggal 13 s/d 15 April 2021

Prosedur penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan dari pihak rumah sakit lalu mengajukan persetujuan penelitian (*informed consent*) kepada kedua subjek dengan memperhatikan prinsip etika yang meliputi hak untuk *self determination*; hak terhadap *privacy* dan *dignity*; hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*. Lalu dilanjutkan dengan proses asuhan keperawatan pertama melakukan pengkajian pada kedua pasien terlebih dahulu, kemudian

dilanjutkan dengan penentuan diagnosa dan penyusunan rencana keperawatan yang akan dilakukan dan terakhir melakukan evaluasi keperawatan dari tindakan yang diterapkan dengan format SOAP hingga proses asuhan keperawatan berakhir. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi hasil pemeriksaan diagnostic.

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian dengan pendekatan pemeriksaan fisik *head to toe*, lembar observasi *Morse Fall Risk*, format penentuan diagnosis berdasarkan SDKI dan intervensi dan luaran berdasarkan SIKI dan SLKI. Analisa data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah analisis deskriptif yang disajikan secara tekstual/narasi. Analisis dilakukan dengan menganalisis data hasil kajian awal dan data hasil kajian selama proses asuhan keperawatan berjalan, rumusan diagnose keperawatan, intervensi pemenuhan rasa aman pencegahan jatuh yang dilaksanakan serta hasil evaluasi atas upaya pemenuhan rasa aman. Hasil analisis disajikan dalam deskriptif sebagai hasil penelitian, selanjutnya diinterpretasikan, dibandingkan dengan teori dan hasil-hasil penelitian yang relevan sebelumnya untuk memberikan rekomendasi penelitian.

HASIL PENELITIAN

Asuhan keperawatan pada pasien Ny N 47 tahun dengan diagnosis Hipertensi dan Ny S 58 tahun dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe II digambarkan melalui tahapan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan sebagai pendekatan digambarkan melalui pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian

Pengkajian dilakukan melalui pengkajian riwayat dengan wawancara dan pemeriksaan fisik *head to toe* didapatkan data keperawatan sebagai berikut:

Keluhan utama yang dirasakan oleh Ny N adalah kepala terasa berat, bicara lambat, mengeluh badan lemas, sedangkan keluhan Ny S adalah badan lemas dan tidak berdaya.

Pengkajian risiko jatuh Morse Fall Risk didapatkan:

Tabel 1. Kajian Risiko Jatuh Ny N DAN Ny S

Pengkajian Risiko	Skala	Ny N	Ny S
Riwayat Jatuh	Tidak	0	0
	Ya	25	0
Diagnosa Sekunder	Tidak	0	15
	Ya	15	0
Alat Bantu Jalan	Bed Rest/Dibantu Perawat	0	0
	Kruk/Tongkat/Walker	15	30
	Berpegangan pada benda/Benda Sekitar	30	30
Terapi Intravena	Tidak	0	20
	Ya	20	20
Gaya Berjalan	Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri)	0	0
	Lemah tidak bertenaga	10	10
	Gangguan/ tidak normal (pincang/diseret)	20	10
Status Mental	Pasien menyadari kondisi dirinya	0	0
	Pasien mengalami keterbatasan daya ingat	15	0
SKOR		60	75

Hasil kajian Morse Fall risk didapatkan skor 60 untuk Ny N dan 75 untuk Ny S, hal tersebut menggambarkan bahwa kedua klien memiliki risiko tinggi jatuh.

Hasil pengkajian kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang meliputi aktivitas mandi, berpakaian, mobilisasi, berpindah, ambulasi dan aktivitas makan minum kedua pasien membutuhkan bantuan orang lain dan peralatan. Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan Ny N Hemoglobin 8,2 g/dl, leucosit 20.000, sedangkan Ny S Hemoglobin 9,7 g/dl, BSS (gula darah sewaktu) 322 mg/dl.

Diagnosis

Diagnosis keperawatan pasien Ny N adalah Risiko Jatuh berhubungan dengan kelemahan Sekunder Hipertensi ditandai :Data Subjektif Keluarga mengatakan bahwa kondisi pasien lemas dan aktivitas dibantu keluarga atau perawat. Data Objektif: Kesadaran menurun (GCS, Aktivitas klien terbatas ditempat tidur (mandi perlu dibantu, ambulasi perlu bantu orang lain dan alat), terpasang infus, klien tampak lemah, kekuatan otot 2 (hanya mampu menahan tahanan ringan), Vital Sign (TD : 150/80 mmHg, skor Morse Fall Risk 60.

Diagnosis keperawatan Ny S adalah Risiko Jatuh yang berhubungan dengan Kelemahan sekunder Diabetes Melitus.ditandai: Data Subjektif: Pasien mengeluh badan lemas dan merasa tidak mampu berpindah seperti ke kamar mandi. Data Objektif: Aktivitas terbatas (mandi dibantu, ambulasi perlu dibantu orang lain dan alat) Terpasang infus, lemah, kekuatan otot 3 (mampu menahan tahanan sedang), Vital sign (TD : 150/100 mmHg; T : 37°C: N: 90x/menit; RR: 20), Skor *Morse Fall Risk* 75

Intervensi Keperawatan

Dari rumusan diagnosis risiko jatuh selanjutnya dirumuskan tujuan pelayanan keperawatan untuk masing masing pasien yaitu Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam pasien terhindar dari jatuh dan pasien dan keluarga dapat memahami dan bekerjasama dengan perawat dalam pencegahan jatuh. Tindakan keperawatan yang direncanakan dilaksanakan untuk mencegah pasien jatuh meliputi : observasi :Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi; Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (morse fall risk) *Teraupetik*; Memasang palang tempat tidur, penggunaan alat bantu, (kursi roda) dan *Edukasi*, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, komunikasikan penggunaan call bell.

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan dan dilaksanakan selama 3 hari perawatan. Kegiatan intervensi untuk pasien Ny N dan Ny S meliputi tindakan observasi berupa identifikasi risiko jatuh dengan melakukan penilaian Morse Fall Risk setiap pergantian shift dinas serta sewaktu-waktu saat terjadi perubahan kondisi pasien. Tindakan terapeutik yang dilakukan untuk mencegah jatuh adalah menginformasikan penggunaan *Call bell* sebagai sarana komunikasi untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan. Penggunaan palang tempat tidur digunakan pada saat pasien berada di tempat tidur, saat malam hari, atau kebutuhan pengamanan tempat tidur diperlukan. Menurunkan tempat tidur pada posisi rendah juga dilakukan sebagai upaya pencegahan pasien jatuh. Selama asuhan dilaksanakan pada pasien perawat membangun komunikasi dengan pasien dan keluarga atas risiko jatuh serta meminta peran serta aktif pasien dan keluarga dalam setiap upaya pencegahan jatuh. Tindakan edukatif dilakukan perawat dengan memberikan penjelasan risiko jatuh yang tinggi berdasarkan hasil identifikasi risiko serta upaya yang harus dilakukan perawat, pasien dan keluarga agar terhindar dari jatuh. Pendidikan kesehatan juga diberikan untuk memastikan pasien dan keluarga berada dalam lingkungan perawatan yang aman seperti pencahayaan yang cukup, kamar dan kamar mandi yang tidak licin atau basah, penggunaan alas kaki yang tidak licin, serta pentingnya pendampingan dan bantuan keluarga atau perawat pada saat pasien berpindah atau beraktivitas.

Evaluasi Asuhan

Selama tiga hari perawatan melalui pendekatan asuhan keperawatan atas risiko jatuh pasien dipelayanan didapatkan hasil pasien tidak mengalami kondisi jatuh dipelayanan, peran serta aktif pasien dan keluarga dalam pencegahan jatuh. Hasil identifikasi atau penilaian Morse Fall Risk didapatkan Skor untuk Ny N adalah 30 dan Ny S adalah 45, hasil demikian menjelaskan bahwa risiko jatuh pada pasien Ny N dan Ny S adalah risiko jatuh sedang.

PEMBAHASAN

Setelah memberikan implementasi keperawatan pada pasien dengan risiko jatuh pada Ny.N dan Ny.S di lakukan pada tanggal 29 maret 2021 – 17 april 2021 di ruang ahmad dahlan (penyakit dalam) rumah sakit Muhammadiyah Palembang, penulis akan membahas kesenjangan antara implementasi keperawatan risiko jatuh secara teori dengan kasus yang ada di lapangan. Hasil pengkajian studi kasus didapatkan data-data yang menunjukkan risiko jatuh pada pasien 1 dan pasien 2 meliputi, kondisi pasien lemah dan merasa tidak mampu beraktivitas, ambulansi perlu dibantu orang lain dan alat, aktivitas pasien terbatas di tempat tidur, kekutan otot lemah, terpasang infus, penurunan kesadaran

Risiko jatuh adalah kejadian yang kurang menyenangkan atau merugikan atau membahayakan yang mengakibatkan pasien menjadi turun atau meluncur ketempat yang lebih rendah yang disebabkan oleh faktor lingkungan/faktor ekstrinsik (seperti lantai yang licin pencahayaan yang redup, penghalang tempat tidur yang tidak terpasang dan pengaturan ruangan) dan faktor fisiologi/faktor intrinsik (seperti riwayat jatuh, fungsi kognitif, usia, jenis kelamin, mobilitas atau pergerakan, eliminasi dan obat-obatan) sehingga dapat menyebabkan bahaya fisik atau cedera dan gangguan kesadaran. Pencegahan pasien risiko jatuh adalah serangkaian tindakan keperawatan yang merupakan acuan dalam penerapan langkah- langkah untuk mempertahankan keselamatan pasien yang berisiko jatuh (Nancy dan Wilkinson, 2011). Berdasarkan tanda dan gejala yang berhubungan dengan risiko jatuh, didapatkan bahwa pasien dalam risiko jatuh tinggi dengan hasil kajian morse fall risk untuk pasien 1 nilai total (60) dan pasien 2 nilai total (65) , berdasarkan hal tersebut studi kasus ini merumuskan diagnosis keperawatan risiko jatuh yang berhubungan kelemahan sekunder kondisi sakit yang dialami pasien. SDKI (2018) diagnosis risiko jatuh dengan faktor risiko; usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun(pada anak), riwayat jatuh, penurunan kesadaran, lingkungan tidak aman (mis,licin, gelap, lingkungan asing). Pengkajian resiko jatuh bertujuan memberikan perhatian khusus pada pasien yang beresiko untuk jatuh dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki resiko jatuh serta meminimalkan kejadian jatuh dan cidera di rumah sakit (Putri et al., 2017).

Rumusan diagnosis untuk risiko jatuh. Berdasarkan hasil studi kasus ini yaitu; Resiko jatuh berhubungan dengan kelemahan akibat kondisi sakit yang dialami oleh pasien yang dirawat melalui pendekatan studi kasus. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2018). Setelah menemukan diagnosa keperawatan maka selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan untuk menganggulangi masalah- masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Perencanaan tindakan disusun berdasarkan teori yang telah disusun dapat dilaksanakan dengan baik serta dapat mmeperoleh hasil sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dan kriteria hasil yang ditentukan.

Pada perencanaan tindakan keperawatan langsung berfokus pada masalah risiko jatuh. Pada implementasi ini tidak ada kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta dilapangan karena pasien bekerjasama dengan baik implemntasi dilakukan dari tanggal 29 maret 2021 – 17 april 2021. Katagori pertama dari intervensi mencakup intervensi yang spesifik untuk mengurangi resiko pada setiap kelompok perkembangan usia (Potter dan Perry, 2009)

Melakukan tindakan observasi : Identifikasi Risiko Jatuh

Pengkajian risiko pasien jatuh merupakan metode pengukuran risiko pasien untuk jatuh yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada semua pasien yang menjalani rawat inap, bertujuan memberikan perhatian khusus pada pasien yang berisiko untuk jatuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki risiko untuk jatuh dan meminimalkan atau mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cedera (Nursalam, 2014). Pengkajian terhadap pasien risiko jatuh diharapkan dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap pasien berisiko jatuh (Budiono, 2013). Pengkajian risiko jatuh Morse atau Morse Fall Scale (MFS) merupakan salah satu metode yang paling sering digunakan oleh perawat, 82,9% perawat menilai skala ini cepat dan mudah digunakan, dan 54% memperkirakan bahwa dibutuhkan kurang dari tiga menit untuk menilai seorang pasien (Nursalam, 2014). Item yang dikaji dalam pengkajian ini adalah riwayat jatuh, diagnosa, penggunaan alat bantu jalan, terapi intravena dan tingkat kesadaran. Dari hasil pengkajian maka didapatkan kategori risiko jatuh ringan (0-24), risiko jatuh sedang (25-44) dan risiko jatuh tinggi > 45. Implementasi mengidentifikasi risiko jatuh melalui pengukuran Skala Morse Fall Risk merupakan langkah preventif dan monitoring untuk dapat mengenali resiko sehingga upaya untuk mencegah terjadinya cedera secara dini yang dapat diantisipasi.

Tindakan terapeutik

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Elizabeth dan Lusiana (2010) dengan judul penelitian Kepatuhan Perawat Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Pasien Resiko Jatuh di Gedung Yosef 3 Dago dan Surya Kencana Rumah Sakit Borromeus berdasarkan hasil penelitian tersebut diperoleh data 96% perawat melaksanakan intervensi memasang pengaman tempat tidur. Menurut analisa peneliti hal ini disebabkan sudah menjadi budaya perawat untuk memasang pengaman tempat tidur pasien yang berisiko jatuh sebelum meninggalkan pasien. Memastikan roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci juga merupakan intervensi yang hampir semua perawat melaksanakan. Roda tempat tidur merupakan hal yang dapat mengakibatkan pasien jatuh dari tempat tidur jika tidak terkunci. Menurut analisa peneliti adapun faktor yang menyebabkan hampir semua perawat melaksanakan intervensi memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci disebabkan sejak pasien mulai masuk ke ruang rawat inap dan dipindahkan ke tempat tidur di ruang rawat inap perawat selalu memastikan roda tempat tidur terkunci saat memindahkan pasien. Implementasi mengidentifikasi risiko jatuh melalui tindakan pasang handrail tempat tidur merupakan langkah preventif dan monitoring untuk dapat mengenali resiko sehingga upaya untuk mencegah terjadinya cedera secara dini yang dapat diantisipasi, keluarga ikut aserta dalam melakukan pencegahan risiko jatuh terhadap pasien.

Tindakan edukasi

Menurut hasil penelitian diperoleh bahwa menurut pasien tindakan edukasi yang hampir semua perawat melakukan adalah menjelaskan tujuan menggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin. Alas kaki merupakan hal yang penting untuk di perhatikan dalam pencegahan resiko jatuh pasien. Menurut analisis peneliti hal yang menyebabkan perawat melaksanakan edukasi menjelaskan tujuan menggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin adalah dikarenakan perawat mengetahui pentingnya menggunakan alas kaki yang nyaman dan tidak licin. Implementasi menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin merupakan langkah preventif dan monitoring untuk dapat mengenali resiko sehingga upaya untuk mencegah terjadinya cedera secara dini yang dapat diantisipasi. Keikutsertaan keluarga dalam melakukan pencegahan risiko jatuh secara mandiri juga dapat dilakukan oleh pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Hasil pengkajian awal menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki risiko jatuh tinggi yaitu Ny N Morse Fall Risk nilai 60 dan Ny S Morse Fall Risk dengan nilai 75.
2. Diagnosis keperawatan pada kedua pasien adalah risiko Jatuh akibat kelemahan sekunder sakit hipertensi maupun diabetes melitus yang dialami pasien

3. Intervensi yang direncanakan meliputi tindakan observasi, terapeutik dan edukasi yang meliputi identifikasi risiko jatuh, penggunaan palang tempat tidur, merendahkan tempat tidur, membantu pasien dalam berpindah atau beraktifitas, memberikan edukasi pasien dan keluarga tentang risiko jatuh dan upaya pencegahannya.
4. Hasil asuhan selama tiga hari pasien tidak mengalami jatuh, pasien dan keluarga memahami risiko jatuh dan upaya pencegahannya, nilai Morse Fall Risk Ny N 30 dan Ny S 45 artinya berisiko jatuh sedang.

Saran

1. Bagi Pelayanan rumah sakit, agar dapat merumuskan standar pencegahan jatuh yang memuat standar identifikasi, terapeutik dan standar edukatif pasien dengan risiko jatuh.
2. Bagi penelitian selanjutnya, penelitian ini dapat dijadikan evidence untuk menggali faktor atau variabel berkontribusi pada kejadian jatuh, atau mengkaji dan mengembangkan implementasi pencegahan jatuh berbasis evidence, pemanfaatan teknologi dalam implementasi pencegahan jatuh.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan pendekatan keilmuan keperawatan dalam pencegahan jatuh di pelayanan rumah sakit. Peneliti, menyatakan penelitian ini tidak memiliki konflik kepentingan.

DAFTAR PUSTAKA

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2016). Important Facts about Falls.
- Clinical Excellence Commission (2013) Quality In Systems Excellence In Care,
https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/258250/CEC-Year-in-Review-2012-13.pdf
- Depkes RI, (2008). National Patient Safety Agency (NPSA). Jakarta
- PPNI (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik Keperawatan, edisi I*. Jakarta DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, edisi I*. Jakarta DPP PPNI
- PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, edisi I*. Jakarta DPP PPNI
- Hughes, R. G. (2008). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services, (8), 1–1403
- Jaiswal, N. (2016). A Study of Quality Systems and Its Effectiveness in JCI Accredited Hospitals at UAE, (10), 9–10
- Joint Commission International (JCI), (2011) Standar Akreditasi Rumah Sakit : Enam Sasaran Keselamatan Pasien. Edisi ke-4. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO 1691/Menkes/VIII/2011. Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta 201
- Miake-lye IM Hempel S Ganz DA, and Shekelle PG. Inpatient Fall Prevention Program as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*
- Nursalam (2014) Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- Putri et al., (2017), Asuhan keperawatan pasien dengan risiko tinggi jatuh, respiratory
- RSMP.P.(2017). *Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang*. Palembang
- Setiowati. (2015). Hubungan Supervisi Kepala Ruang dengan Pelaksanaan Pedoman Pencegahan Pasien Risiko Jatuh. *Jurnal Ilmu Kedokteran Indonesia*. 5(2), 58-62
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety (2nd Edition)*. Wiley-Blackwell: London, UK

WHO (2010), Health service delivery, diakses <https://www.who.int/healthinfo/systems/> WHO_MBHSS_2010_

Ahern, R, Nancy dan Wilkinson, M. (2011). Buku Saku Diagnosis Keperawatan Nanda Edisi 9. Jakarta: EGC. Hal 9-10