

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**SKRIPSI**

**ANALISIS PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
RE-ASSESSMENT PASIEN RISIKO JATUH DENGAN PENDEKATAN  
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR DI RSUD DR. SOETOMO  
SURABAYA**

*CROSS SECTIONAL STUDY*



**OLEH:**

**ADE PUTRINA  
NIM. 131711123032**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2019**

**HALAMAN JUDUL**

**ANALISIS PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
RE-ASSESSMENT PASIEN RISIKO JATUH DENGAN PENDEKATAN  
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR DI RSUD DR. SOETOMO  
SURABAYA**

*CROSS SECTIONAL STUDY*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)  
Pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga**



**OLEH:**

**ADE PUTRINA  
NIM. 131711123032**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2019**

**LEMBAR PERNYATAAN**

**LEMBAR PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Februari 2019

Yang Menyatakan



Ade Putrina

NIM. 131711123032

**HALAMAN PERNYATAAN**

**HALAMAN PERNYATAAN**

**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ade Putrina  
NIM : 131711123032  
Program Studi : Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non – eksklusif (Non – exclusive Royalty Free Right)** atas karya saya yang berjudul:

“Analisis Perilaku Kepatuhan Perawat dalam *Re-Assessment* Pasien Risiko Jatuh dengan Pendekatan *Theory of Planned Behavior* Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non – eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia / format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap dicantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, 08 Februari 2019



yang menyatakan

Ade Putrina

NIM. 131711123032

## LEMBAR PERSETUJUAN

### LEMBAR PERSETUJUAN

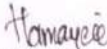
ANALISIS PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
*RE-ASSESSMENT* PASIEN RISIKO JATUH DENGAN PENDEKATAN  
*THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* DI RSUD DR. SOETOMO  
SURABAYA

Oleh:  
Ade Putrina  
NIM. 131711123032

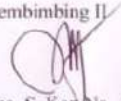
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
08 Februari 2019

Oleh

Pembimbing Ketua

  
Harmayetti, S.Kp., M.Kes  
NIP. 197004102000122001

Pembimbing II

  
Ilya Krisnana, S. Kep/Ns., M. Kep.  
NIP. 198109282012122002

Mengetahui

Dean Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Dekan 1

  
Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.  
NIP. 196808291989031002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

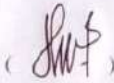
**ANALISIS PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
RE-ASSESSMENT PASIEN RISIKO JATUH DENGAN PENDEKATAN  
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR DI RSUD DR. SOETOMO  
SURABAYA**

Oleh:  
Ade Putrina  
NIM. 131711123032

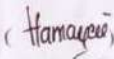
Telah diuji  
Pada tanggal, Februari 2019

**PANITIA PENGUJI**

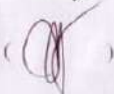
Ketua : Dr. Hj. Hanik Endang N, S. Kep.Ns., M. Kep  
NIP. 197606162014092006

(  )

Anggota : 1. Harmayetty, S.Kp., M. Kes  
NIP. 197004102000122001

(  )

2. Ilya Krisnana, S. Kep.Ns., M. Kep  
NIP. 198109282012122002

(  )

Mengetahui

~~a.n~~ Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Wakil Dekan 1



Dr. Kushanto, S. Kp., M. Kes  
NIP. 196808291989031002

v

## **MOTTO**

**“HADAPI, LAKUKAN, LAKSANAKAN  
DENGAN PENUH TANGGUNG JAWAB  
DAN JANGAN MENYERAH”**

*Untukmu Papa ku Terkasih*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat, hidayah dan limpahan karunia – Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Perilaku Kepatuhan Perawat dalam *Re-Assessment* Pasien Risiko Jatuh dengan Pendekatan *Theory of Planned Behavior* Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya dan penghargaan yang setinggi – tingginya penulis ucapkan kepada Ibu Harmayetty, S. Kp., M. Kes. selaku pembimbing I dan Ibu Ilya Krisnana, S. Kep., Ns., M. Kep., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan serta motivasi dalam penulisan skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs., (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Dr.Hj. Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Rizky Fitryah, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan skripsi ini.
5. Ibu Retnayu Pradanie, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan skripsi ini.
6. Ibu Ilya Krisnana, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen wali yang selalu memberikan semangat dan motivasi.



7. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf pengajar Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
8. Direktur RSUD Dr. Soetomo, Kepala Ruangan dan seluruh karyawan di Ruang Bedah Aster, Bedah Bougenvile, Bedah Cempaka, Bedah Dahlia, Bedah Flamboyan, Bedah Gladiol, Bedah Herbra, Bedah Nusa Indah RSUD Dr. Soetomo yang telah membantu dalam proses pengambilan data guna penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh responden yang telah berpartisipasi selama proses pengambilan data.
10. Alm. J. Tampubolon (Papa) yang membuat saya harus meneruskan pendidikan saya ke jenjang S1 dan Ny. M. Raja Guk-guk (Mama) yang selalu memotivasi, mendampingi dan selalu membawa saya di dalam doa nya.
11. Keluarga tercinta, suami, anak (Jasmine nadya a.a dan Ibrahim kalamadali Bramasta) dan adik-adikku yang telah memberikan doa sepanjang waktu, menguatkan, memberi dukungan dan memotivasi dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
12. Teman – teman seperjuangan B20, yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan semangat.
13. Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah membalas semua kebaikan yang telah membantu penulis. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan-perbaikan ke depan. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan. *Aamiin Allaahumma Aamiin*

Surabaya, 08 Februari 2019

Ade Putrina  
NIM. 131711123063

**ABSTRAK**

**ANALISIS PERILAKU KEPATUHAN PERAWAT DALAM  
RE-ASSESSMENT PASIEN RISIKO JATUH DENGAN PENDEKATAN  
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR DI RSUD DR. SOETOMO  
SURABAYA**

Ade Putrina

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
[ade.putrina-2017@fkp.unair.ac.id](mailto:ade.putrina-2017@fkp.unair.ac.id)

**Pendahuluan:** *Re-assessment* menjadi salah satu indikator dari IPSG (*International Patients Safety Goal*) yaitu assesmen ulang yang dilakukan setiap *shift* jaga keperawatan. Meningkatnya beban kerja perawat menyebabkan *re-assessment* pasien jatuh jarang dilakukan dan dapat berpengaruh pada nilai dan mutu dari Rumah Sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi sebanyak 215 perawat dan didapatkan 127 perawat pelaksana pada 9 ruang perawatan dengan *simple random sampling*. Variabel independen adalah sikap, norma subjektif, *perceived behavior control*, dan intensi. Variabel dependen adalah kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Data diperoleh dengan kuesioner sikap, norma subjektif, *perceived behavior control*, intensi, dan kepatuhan *re-assessment* dan dianalisis dengan *Spearman's Rho* dengan  $\alpha=0.05$ . **Hasil:** Ada hubungan antara sikap ( $p=0,010$ ), norma subjektif ( $p=0,001$ ), *perceived behavior control* ( $p=0,007$ ), dengan intensi dan intensi ( $p=0,000$ ) dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. **Diskusi:** Intensi memiliki hubungan yang paling kuat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh, sehingga niat yang baik akan diikuti dengan kepatuhan yang baik dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Sikap, norma subjektif, dan *perceived behavior control* juga dapat menjadi faktor dalam peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Kepala ruangan diharapkan dapat meningkatkan fungsi pengawasan dan kontrol terhadap kepatuhan perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh dan peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian ini dengan variabel yang berbeda dan dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan yang berbeda.

**Kata kunci:** *re-assessment*; risiko jatuh; kepatuhan

**ABSTRACT**

**ANALYSIS OF IN-CARE COMPLIANCE BEHAVIOR  
RE-ASSESSMENT OF RISK PATIENTS FALL WITH THEORY OF  
PLANNED BEHAVIOR APPROACH IN DR. SOETOMO  
SURABAYA**

Ade Putrina

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
[ade.putrina-2017@fkp.unair.ac.id](mailto:ade.putrina-2017@fkp.unair.ac.id)

**Introduction:** Re-assessment is one of the indicators of IPSG (International Patients Safety Goal), which is a re-assessment conducted every nursing in shift. Increasing the workload of nurses caused the re-assessment of patients fall risk to be rare and can affect the value and quality of the Hospital. This study aims to determine the factors associated with patient compliance with re-assessment of the risk of falls in IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Method:** This study uses a descriptive correlation design with a cross-sectional approach. The population were 215 nurses and obtained 127 nurses in 9 wards with simple random sampling. Independent variables were attitudes, subjective norms, perceived behavior control, and intention. The dependent variable was compliance with re-assessment of the patient's fall risk. Data were obtained by attitude, subjective norms, perceived behavior control, intention, and compliance with re-assessment questionnaires and analyzed with Spearman's Rho with  $\alpha = 95\%$ . **Results:** There was a relationship between attitudes ( $p=0.010$ ), subjective norms ( $p=0.001$ ), perceived behavior control ( $p=0.007$ ), with intention and intention ( $p=0,000$ ) with compliance with re-assessment of the patient's fall risk. **Discussion:** Intention has the strongest relationship in compliance with re-assessment of the patient's fall risk so good intentions will be followed by good compliance in re-assessing the patient's fall risk. Attitudes, subjective norms, and perceived control behavior can also be factors in increasing nurse compliance in re-assessing the patient's fall risk. The head of the room is expected to improve the supervisory and control functions of nurse compliance in re-assessing fall risk patients and subsequent researchers in developing this study with different variables and using different nursing theory approaches.

**Keywords:** re-assessment; risk of falling; compliance

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI</b> .....	<b>v</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>vi</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penulisan .....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus .....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Konsep Kepatuhan.....	8
2.1.1 Definisi Kepatuhan .....	8
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan .....	8
2.2 Konsep <i>International Patient Safety Goal</i> .....	15
2.2.1 Definisi Keselamatan Pasien .....	15
2.2.2 Tujuan keselamatan pasien .....	15
2.2.3 Sasaran keselamatan pasien.....	16
2.2.4 Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien ( <i>Patient Safety</i> ) .....	19
2.3 <i>Re-assessment Fall Risk</i> .....	20
2.3.1 Pengertian Pasien Jatuh .....	20
2.3.2 Penyebab Pasien Jatuh.....	21
2.3.3 Penilaian ( <i>assesment</i> ) pasien jatuh .....	21
2.3.4 Pencegahan Pasien Jatuh .....	23
2.3.5 Manajemen pasien setelah jatuh .....	24
2.3.6 Manajemen Pasien Risiko Jatuh.....	25
2.4 Konsep <i>Theory of Planned Behavior</i> .....	27
2.4.1 Definisi .....	27

2.4.2	Bagan <i>Theory of Planned Behavior</i> .....	27
2.4.3	Intensi ( <i>Intention</i> ) .....	29
2.4.4	Sikap .....	32
2.4.5	Norma Subjektif.....	34
2.4.6	<i>Perceived Behavioral Control</i> (PBC).....	36
2.4.7	Faktor Mempengaruhi Intensi.....	37
2.5	Keaslian Penelitian .....	40
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>45</b>
	Kerangka Konseptual.....	45
3.1	Hipotesis Penelitian .....	47
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
4.1	Desain Penelitian .....	48
4.2	Populasi, Sampel, <i>Sampling</i> , dan Besar Sampel .....	48
4.2.1	Populasi .....	48
4.2.2	Sampel .....	48
4.2.3	<i>Sampling</i> .....	49
4.2.4	Besar Sampel .....	49
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	51
4.3.1	Variabel independen atau bebas .....	51
4.3.2	Variabel dependen atau terikat .....	51
4.3.3	Definisi operasional .....	51
4.4	Instrumen Penelitian .....	54
4.4.1	Instrumen demografi.....	54
4.4.2	Instrumen sikap.....	54
4.4.3	Instrumen norma subjektif.....	54
4.4.4	Instrumen <i>perceived behavior control</i> .....	55
4.4.5	Instrumen intensi .....	55
4.4.6	Instrumen kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh .....	56
4.5	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	56
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	57
4.7	Prosedur Pengambilan Data .....	58
4.7.1	Prosedur administrasi.....	58
4.7.2	Prosedur teknis pengumpulan data .....	58
4.8	Analisis Data .....	60
4.9	Kerangka Kerja.....	62
4.10	Etika Penelitian.....	62
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>64</b>
5.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	64
5.2	Hasil Penelitian.....	65
5.2.1	Karakteristik responden .....	65
5.2.2	Hubungan sikap dengan intensi .....	66
5.2.3	Hubungan norma subjektif dengan intensi .....	67
5.2.4	Hubungan <i>perceived behavior control</i> dengan intensi .....	68

5.2.5 Hubungan intensi dengan kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien risiko jatuh .....	69
5.3 Pembahasan .....	70
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>80</b>
6.1 Simpulan.....	80
6.2 Saran .....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Keaslian penelitian.....	40
Tabel 4.1 Definisi operasional .....	51
Tabel 4.2 Blue print kuesioner sikap .....	54
Tabel 4.3 Blue print kuesioner norma subjektif.....	55
Tabel 4.4 Blue print kuesioner <i>perceived behavior control</i> .....	55
Tabel 4.5 Blue print kuesioner intensi .....	56
Tabel 4.6 Blue print kuesioner kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh.....	<b>Err</b>
<b>or! Bookmark not defined.</b>	
Tabel 4.7 Parameter Uji <i>Spearman rho</i> .....	61

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2. 1 Bagan <i>Theory of Planned Behavior</i> (Ajzen 2005;135).....	28
Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Kepatuhan <i>Re-Assessment</i> Pasien Risiko Jatuh Berdasarkan Pendekatan <i>Theory Of Planned Behavior</i> (Ajzen, 2005) .....	45
Gambar 4. 1 Besar Sampel dengan Teknik <i>Cluster Sampling</i> .....	50



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1	Penjelasan Penelitian Bagi Responden..... 87
Lampiran 2	<i>Informed Consent</i> ..... 89
Lampiran 3	Kuesioner Demografi ..... 90
Lampiran 4	Kuesioner Sikap..... 91
Lampiran 5	Kuesioner Norma Subjektif..... 92
Lampiran 6	Kuesioner <i>Perceived Behavior Control</i> ..... 94
Lampiran 7	Kuesioner Intensi..... 96
Lampiran 8	Kuesioner Kepatuhan <i>Re-Assessment</i> Pasien Resiko Jatuh..... 97

**DAFTAR SINGKATAN**

JCI	: <i>Joint Commission International</i>
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Indonesia
IPSG	: <i>International Patients Safety Goals</i>
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KARS	: Komite Akreditasi Rumah Sakit
NORUM	: Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip
LASA	: <i>Look Alike Sound Alike</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
TRA	: <i>Theory of Reasoned Action</i>
WHI	: <i>Worksite Health Intervention</i>

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang paling mengkhawatirkan dan berdampak pada cedera pasien bahkan kematian dan menjadi *adverse event* kedua terbanyak dalam perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan (JCI, 2015). Resiko jatuh (*fall risk*) merupakan salah satu komponen dari *patient safety*, yang menjadi salah satu indikator penilaian mutu rumah sakit berdasarkan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Pasien jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis, Dampak fisik berupa patah tulang dan kerusakan jaringan lunak lainnya, sedangkan dampak psikologis berupa syok, kecemasan, hilangnya rasa percaya diri dan pembatasan dalam aktivitas sehari-hari (Patrick *et al.*, 2017). Pasien jatuh di rumah sakit juga dapat berdampak pada lamanya hari perawatan pasien dan menambah biaya perawatan di rumah sakit (Nur, Dharmana and Santoso, 2016).

Indikator *Joint Commisiion International* dalam pelaksanaan *assessment* pasien jatuh dilakukan sebanyak dua kali (JCI, 2015). Menurut kebijakan RSUD Dr. Soetomo, pada tahun ini *re-assessment* dijadikan sebagai salah satu indikator dari IPSP (*International Patients Safety Goal*) yaitu assesmen ulang yang dilakukan setiap *shift* jaga keperawatan. Meningkatnya beban kerja perawat menyebabkan *re-assessment* pasien jatuh jarang dilakukan (Mata *et al.*, 2017) dan dapat berpengaruh pada nilai dan mutu dari Rumah Sakit. Penelitian ini dilakukan karena nilai capaian *re-assessment* pasien jatuh periode pertama dan kedua

mengalami peningkatan 10.22%, akan tetapi capaian target belum mencapai 100% (Data RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2017).

Insiden pasien jatuh di rumah sakit Amerika Serikat dilaporkan sebanyak 700.000 – 1.000.000 orang per tahun (Nur, Dharmana and Santoso, 2016). Data terkait insiden jatuh di Indonesia didapatkan dari laporan kongres XII PERSI pada tahun 2012 menunjukkan bahwa insiden pasien jatuh termasuk ke dalam tiga besar insiden medis rumah sakit dan menduduki peringkat ke 2 setelah *medical error*. Kondisi ini menunjukkan bahwa terdapat sekitar 34 kasus (14 %) insiden jatuh di rumah sakit Indonesia periode Januari sampai September 2012 (PERSI, 2012). Angka tersebut membuktikan bahwa insiden pasien jatuh masih tinggi dan masih jauh dari standar akreditasi yang menyatakan bahwa angka kejadian di rumah sakit diharapkan 0 % kejadian (tidak ada kejadian jatuh di rumah sakit) (JCI, 2015). Studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Soetmo Surabaya menyebutkan bahwa data *re-assessment* pada bulan Januari – Mei 2018 di Rawat Inap sebanyak 60,94% dan dari data survey awal menyebutkan pada bulan Januari – November sebanyak 71,16% dari capaian target 100%.

Akar masalah dari insiden jatuh berasal dari belum optimalnya perencanaan standar operasional prosedur pasien jatuh di suatu institusi (Budiono, Wahyu Sarwiyata dan Alamsyah, 2014). Faktor lainnya adalah kurangnya kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar operasional prosedur pengkajian resiko pasien jatuh (Nurishan dan Sari, 2018). Beberapa studi tindakan pelaksanaan standar operasional prosedur pasien jatuh menjelaskan bahwa tindakan prosedur tersebut tidak dilakukan secara lengkap. Hasil penelitian Suparna (2015), menyebutkan pelaksanaan standar operasional prosedur dari *Pasient Safety* tidak 100%

terlaksana. Tindakan dokumentasi dilakukan sebesar 100%, pengkajian risiko jatuh 50% dilakukan, dan 51% dilakukan pemasangan tanda risiko jatuh penelitian. Faisal *et al* (2014), menjelaskan bahwa sistem keselamatan pasien (*patient safety*) belum terlaksana 100% hanya 2 dari 6 sasaran keselamatan pasien yang dilakukan dengan sesuai, bila standar operasional yang telah ditetapkan tidak dilaksanakan dengan baik tentunya dapat meningkatkan risiko dari pasien jatuh.

Pengkajian resiko jatuh pada pasien dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk rumah sakit (*assessment awal*) dan ketika pasien mengalami perubahan status klinik akibat dari perawatan maupun pengobatan selama di rumah sakit (Nursalam, 2017). Pengkajian resiko jatuh merupakan elemen pertama pada program pengurangan resiko jatuh, suatu metode pengukuran resiko pasien untuk jatuh yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada semua pasien. 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 cedera di rumah sakit (Putri *et al.*, 2017). Pelaksanaan pengkajian resiko jatuh pada pasien berkaitan langsung dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan standar prosedur pemberian asuhan keperawatan. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Pada pelaksanaan *re-assessment* pasien jatuh, kepatuhan perawat diukur berdasarkan standar kriteria dari setiap tahap asuhan keperawatan. Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan *re-assessment* pasien resiko jatuh dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi (umur, pendidikan, status pegawai, dukungan sosial, budaya), faktor rumah sakit (pelatihan, beban kerja, insentif), dan

faktor petugas (pengetahuan, sikap, keyakinan, persepsi, pemahaman terhadap instruksi, kepribadian dan resiko) (Luthfiah, 2016).

Pelaksanaan *re-assessment* pasien resiko jatuh yang tidak terlaksana dengan baik disebabkan oleh beberapa hal meliputi: tidak adanya standar prosedur untuk pengkajian, tidak mampu mengidentifikasi pasien dengan resiko jatuh, tidak mampu mengelola pengkajian resiko jatuh, terlambat mengelola pengkajian resiko jatuh, tidak adanya waktu untuk konsisten dalam menilai kembali perubahan kondisi pasien yang berpengaruh pada resiko jatuh, gagal mengenali keterbatasan dari alat skrining resiko jatuh dan gagal mengkaji kembali kondisi pasien selama di rawat di rumah sakit (Callis, 2016).

JCI (*Joint Commission International*) merupakan komisi akreditasi rumah sakit yang sangat menekankan pada 6 aspek keselamatan pasien (*patient safety*) salah satunya adalah resiko jatuh (JCI, 2015). Pemberi layanan kesehatan berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan yang mengancam keselamatan pasien, khususnya perawat; pelayanan terlama dan tersering berinteraksi pada pasien dengan berbagai prosedur dan tindakan keperawatan (Callis, 2016). Perawat sangat berperan penting dalam menciptakan budaya keselamatan bagi pasien (Najihah, 2018). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menerapkan budaya keselamatan bagi pasien adalah dengan melakukan penilaian resiko jatuh pada pasien (Putri *et al.*, 2017). JCI menyatakan bahwa sebuah rumah sakit memerlukan elemen penilaian untuk mengurangi resiko jatuh. Elemen penilaian tersebut meliputi (1) rumah sakit menerapkan proses penilaian awal (*assessment*) dan ulang (*re-assessment*) pada pasien dengan resiko jatuh bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan pasien, (2) melakukan upaya pencegahan resiko jatuh pada

pasien yang diindikasikan memiliki resiko untuk jatuh, (3) evaluasi upaya yang dilakukan dalam pencegahan resiko jatuh, (4) pengembangan kebijakan atau prosedur yang bertujuan untuk pengurangan resiko jatuh (JCI, 2015).

Perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas berdampak positif terhadap penurunan resiko jatuh pada pasien. Mengadopsi dari Ajzen (2005) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan khususnya dalam pengkajian ulang resiko jatuh tergantung dari niat perawat tersebut. Niat merupakan hal-hal yang dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi dan berdampak kuat pada tingkah laku seseorang. Nursalam (2017) mendefinisikan bahwa niat sebagai keinginan untuk melakukan perilaku. Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 2005), perilaku seseorang untuk patuh dalam melakukan *re-assessment* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu *behavioral beliefs* (keyakinan akan hasil dan evaluasi akan hasil), *control beliefs* (dukungan perilaku, norma subjektif, dan kekuatan persepsi), serta *normative beliefs* (harapan dan motivasi).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apa sajakah faktor yang perilaku yang berhubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menganalisis faktor perilaku yang berhubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan sikap dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Menganalisis hubungan norma subjektif dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis hubungan *perceived behavior control* dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
4. Menganalisis hubungan intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat dikembangkan sebagai landasan pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam manajemen keperawatan yaitu mengenai pengembangan mutu rumah sakit.

### 1.4.2 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan khususnya pada aspek *case manager* sebagai wacana dalam peningkatan mutu pelayanan pasien di rumah sakit, khususnya dalam pelaksanaan program *patient safety*.



2. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi oleh rumah sakit sehingga diharapkan dapat menyusun strategi program pengurangan resiko jatuh secara efektif.
3. Perawat dapat mengoptimalkan faktor-faktor positif yang berhubungan dengan pelaksanaan pengkajian ulang (*re-assessment*) pasien jatuh di rumah sakit dalam terciptanya budaya keselamatan selama perawatan pasien di rumah sakit.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Kepatuhan

##### 2.1.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku individu sesuai dengan rekomendasi atau peraturan yang sudah disepakati oleh pembuat rekomendasi atau peraturan (Bell, et al., 2007). Pada konteks kepatuhan individu memiliki kebebasan untuk mematuhi atau tidak rekomendasi atau peraturan. Individu tidak hanya sebatas melaksanakan perintah atau rekomendasi, tetapi harus dilibatkan dalam keputusan setuju dan tidak setuju dengan perintah atau rekomendasi. Kepatuhan juga termasuk membuat dan menjaga perilaku kesehatan secara periodik (Brannon & Feist, 2007).

Kepatuhan ditinjau dari perspektif karyawan merupakan sejauh mana karyawan terlibat dalam program intervensi kesehatan di tempat kerja yang meliputi pengetahuan tentang risiko kesehatan berhubungan dengan pekerjaan, pemahaman tentang kebutuhan perubahan perilaku, persetujuan dengan tujuan dan tugas spesifik, asumsi terhadap tanggung jawab kesehatan, perubahan perilaku di tempat kerja yang berkelanjutan, dan perubahan perilaku di luar tempat kerja (Dunbar-Jacob, 2007).

##### 2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan dari sudut pandang karyawan rumah sakit dalam menerapkan intervensi kesehatan di tempat kerja (*Worksite Health Intervention* atau WHI), antara lain (Hammer, et al., 2015):

## 1. Tingkat personal

### a. Demografi (umur, jenis kelamin, status pernikahan, status karyawan)

Terdapat beberapa penelitian yang menyatakan bahwa petugas yang lebih muda menunjukkan niat yang tinggi untuk berpartisipasi dalam program WHI (Middlestadt, et al., 2011). Penelitian lain menyebutkan bahwa partisipasi program lebih tinggi pada petugas yang lebih tua (Joslin, et al., 2006). Pekerja wanita lebih tinggi tingkat partisipasinya dan menunjukkan tingkat pemeliharaan partisipasi lebih baik dibandingkan pekerja pria berdasarkan jenis kelamin. Berdasarkan status pernikahan, pekerja yang sudah menikah menunjukkan tingkat partisipasi yang lebih tinggi (Robroek, et al., 2009).

### b. Gaya hidup

Beberapa komponen gaya hidup berhubungan dengan niat dan kepatuhan. Pekerja yang mempunyai gaya hidup sehat akan lebih berpartisipasi pada program kesehatan di tempat kerja. Pekerja yang tidak merokok menunjukkan tingkat partisipasi yang lebih tinggi dibandingkan pekerja yang merokok (Robroek, et al., 2009), contoh lain adalah pekerja yang konsumsi buah dan sayur tinggi akan berniat mengikuti program kesehatan di tempat kerja (Middlestadt, et al., 2011).

### c. Sikap

Sikap merupakan penilaian individu terhadap baik buruknya suatu hal. Sikap individu diasosiasikan dengan partisipasi atau kepatuhan. Sikap yang positif terhadap program akan meningkatkan partisipasi pada program WHI (Middlestadt, et al., 2011).

d. Motivasi atau kesiapan berubah

Kesiapan untuk berubah dapat menjadi pintu gerbang perubahan perilaku. Individu yang lebih termotivasi dan memiliki kesiapan untuk berubah tinggi, maka tingkat partisipasi pada program juga lebih tinggi (Glasgow, et al., 1993).

e. Pengetahuan perilaku kesehatan

Pengetahuan dapat mempengaruhi partisipasi terhadap suatu program yang dibuat oleh organisasi, termasuk program kesehatan. Karyawan yang memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kesehatan dan manfaatnya akan cenderung untuk berpartisipasi pada program (Lovato & Green, 1990).

2. Tingkat tempat kerja

a. Shift kerja

Tingkat partisipasi yang rendah pada kepatuhan program kesehatan di tempat kerja ditemukan lebih rendah pada pekerjaan dengan sistem kerja shift (Robroek, et al., 2009).

b. Iklim organisasi

Iklim organisasi adalah prediktor kunci dari perubahan dan komitmen organisasi. Iklim organisasi merupakan persepsi dan pengalaman di tempat kerja yang telah mempengaruhi motivasi karyawan, kinerja, kepuasan kerja, dan kehadiran karyawan. Iklim organisasi dikatakan baik apabila melibatkan karyawan dalam kegiatan pengambilan keputusan (Glasgow, et al., 1993). Adanya dukungan sosial dari supervisor, rekan kerja, dan manajemen akan berkontribusi terhadap konsep iklim organisasi.

Supervisor atau manajemen atas dapat mencari masalah karyawan terkait hambatan partisipasi program dan dapat mengkomunikasikan dukungan mereka dengan jelas.

c. Dukungan manajemen

Kepatuhan karyawan berhubungan signifikan dengan dukungan manajemen. Program dengan dukungan manajemen yang tinggi, maka tingkat kepatuhan karyawan juga akan lebih tinggi dibanding program dengan dukungan manajemen yang rendah (Torp & Grøgaard, 2009).

3. Tingkat program

a. Kenyamanan waktu

Waktu pelaksanaan program dapat mempengaruhi partisipasi karyawan. Salah satu alasan karyawan *dropout* atau tidak patuh adalah ketidaknyamanan waktu. Program WHI harus mudah diakses oleh karyawan, misalnya program dapat dilakukan pada jam kerja (Glasgow, et al., 1993).

b. Kenyamanan lokasi

Kenyamanan lokasi juga menjadi salah satu alasan ketidakpatuhan karyawan terhadap program WHI. Lokasi program yang mudah diakses dapat meningkatkan kepatuhan program dibandingkan lokasi program yang sulit atau mungkin jauh.

c. Pendekatan program

Pendekatan program yang baik tidak hanya melihat dari satu sudut pandang. Pembuatan program harus melibatkan kombinasi pendekatan lingkungan, organisasi, dan individu untuk menghasilkan tingkat partisipasi atau kepatuhan yang lebih baik.

d. Partisipasi

Tujuan program yang terkait perilaku kesehatan adalah menyebabkan perubahan perilaku positif dan melestarikannya. Untuk meningkatkan kelestarian perubahan perilaku, pekerja harus dilibatkan dalam perencanaan dan penerapan WHI. Partisipasi aktif dari karyawan akan sangat penting bagi keberhasilan WHI. Adanya partisipasi yang dapat dipertahankan dapat menyebabkan keberlanjutan sebuah program.

e. Sifat program

Program harus diterapkan sensitif dan menjadi fokus, bermakna, menarik, dan menyenangkan untuk dilakukan. Program dengan insentif tidak selalu menyebabkan tingginya tingkat kepatuhan program. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa insentif dapat berpengaruh positif pada niat dan partisipasi, namun ada pula penelitian lain yang menyebutkan bahwa insentif memiliki dampak negatif secara keseluruhan terhadap kepatuhan karyawan. Adanya insentif akan menyebabkan orang tidak memikirkan manfaat dari perilaku yang dibawa oleh program (Seifert, et al., 2012).

Faktor lainnya yang mempengaruhi kepatuhan seseorang menurut Milgram (1963) adalah sebagai berikut:

1. Status lokasi

Lokasi seseorang bekerja menciptakan rasa bangga dan memiliki prestise. Karyawan yang memiliki rasa bangga dan prestise yang tinggi terhadap tempat kerja akan meningkatkan kepercayaan diri dan berpengaruh pada proses pengambilan keputusan. Prestise adalah reputasi atau pengaruh yang timbul dari keberhasilan, prestasi, pangkat, atau atribut lain yang menguntungkan,

sehingga akan menjadi citra dan diingat oleh masyarakat. Kepatuhan berhubungan dengan prestise seseorang dimata orang lain (Shaw, 1979). Prestise yang dimiliki suatu lembaga atau institusi akan mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang.

## 2. Tanggung jawab pribadi

Bertanggung jawab menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia adalah berkewajiban menanggung, memikul jawab, menanggung segala sesuatunya, atau memberikan jawab dan menanggung akibatnya. Manusia yang bertanggung jawab adalah manusia yang dapat menyatakan diri sendiri bahwa tindakannya itu baik dalam arti menurut norma umum, sebab baik menurut seseorang belum tentu baik menurut pendapat orang lain. Tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatannya yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Pada percobaan Milgram, didapatkan bahwa ketika tanggung jawab personal berkurang maka ketaatan meningkat. Hal ini berhubungan dengan teori *agency* Milgram yang menyatakan bahwa kepatuhan dapat diciptakan melalui seseorang yang memasuki status sebagai agen (*agentic state*) dimana terdapat pengalihan tanggung jawab dari seseorang yang dilepaskan dan diberikan kepada figur otoritas selaku pemberi perintah (Ulum dan Wulandari, 2013).

## 3. Legitimasi dari figur otoritas

Orang cenderung untuk mematuhi orang lain apabila diakui otoritasnya sebagai benar secara moral dan/atau secara hukum. Respon terhadap otoritas yang sah dipelajari dalam berbagai situasi, misalnya di sekolah, keluarga, dan tempat kerja. Eksperimen Milgram menunjukkan bahwa kepatuhan menurun menjadi

30% ketika partisipan tidak melihat adanya konsekuensi dari tindakannya karena pemberi perintah bukan seseorang yang memiliki otoritas yang sah.

4. Status gambar otoritas

Status adalah tingkatan dalam sebuah kelompok. Status sosial adalah kedudukan sosial seseorang dalam kelompok masyarakat (meliputi keseluruhan posisi sosial yang terdapat dalam kelompok masyarakat). Status dibagi menjadi 3 yaitu *ascribed status*, *achieved status*, *assigned status*. Seseorang yang memiliki status dan kekuasaan sosial lebih tinggi akan lebih dipatuhi daripada seseorang dengan status sosial yang sama. Percobaan yang dilakukan Milgram ditemukan bahwa orang lebih patuh jika seseorang yang memberikan perintah adalah orang yang terlihat profesional (Ulum dan Wulandari, 2013).

5. Dukungan rekan

Seseorang yang memiliki dukungan sosial dari rekan yang tidak patuh, maka kepatuhan mungkin akan berkurang. Kehadiran orang yang tidak mematuhi figur otoritas mengurangi tingkat kepatuhan. Adanya "model tidak taat" pada percobaan Milgram akan mengurangi tingkat kepatuhan sampai 10%.

6. Keberadaan figur otoritas

Pemberi perintah tidak berada pada satu ruang yang sama atau berjauhan membuat seseorang lebih mudah untuk menolak perintah dari pihak yang berwenang. Eksperimen Milgram menunjukkan bahwa apabila perintah diberikan melalui telepon dari ruangan lain kepatuhan menurun menjadi 20,5%. Tokoh otoritas yang berada pada jarak yang dekat, kepatuhan akan lebih mungkin terjadi.



## **2.2 Konsep *International Patient Safety Goal***

### **2.2.1 Definisi Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan 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 (Permenkes, 2011)

Keselamatan pasien adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien perlu dikembangkan menjadi suatu budaya kerja dalam rumah sakit bukan hanya suatu ketentuan atau aturan (Sunaryo, 2009). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS, 2008) mendefinisikan bahwa keselamatan (*safety*) adalah bebas dari bahaya atau risiko.

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain-lain) terkait dengan pelayanan kesehatan.

### **2.2.2 Tujuan keselamatan pasien**

Ada beberapa tujuan dari keselamatan pasien (KKP-RS, 2008) yaitu sebagai berikut:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat

3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

### 2.2.3 Sasaran keselamatan pasien

Beeberapa sasaran keselamatan pasien menurut para ahli, yaitu sebagai berikut:

1. Sasaran keselamatan pasien menurut KARS (KARS, 2012)

Tujuan dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini (Permenkes, 2011). Enam sasaran keselamatan pasien yang diterapkan disemua rumah sakit antara lain (KARS, 2012) :

- 1) Sasaran 1 adalah ketepatan identifikasi pasien, yang bertujuan pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.
- 2) Sasaran 2 adalah peningkatan komunikasi yang efektif, yang bertujuan rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membacakan kembali

(*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat, untuk obat-obat yang termasuk NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip)/LASA (*look alike sound alike*) dilakukan eja ulang. Kebijakan dan atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD (Instalasi Gawat Darurat) atau ICU (*Intensive Care Unit*).

- 3) Sasaran 3 adalah peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) yang bertujuan, rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD (Instalasi Gawat Darurat) atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja atau kurang hati-hati.
- 4) Sasaran 4 adalah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi yang bertujuan rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur

yang menginvestigasi dan atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik atau terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

- 5) Sasaran 5 adalah Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yang bertujuan, rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit
  - 6) Sasaran 6 adalah pengurangan risiko pasien jatuh yang bertujuan rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya atau cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.
2. Sasaran keselamatan pasien atau international patient safety goals menurut JCI (*Joint Commission International*) sebagai lembaga akreditasi rumah sakit tingkat internasional adalah (JCI, 2016):
- 1) *Identify patient correctly* (mengidentifikasi pasien secara tepat)  
Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien.
  - 2) *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)  
Rumah sakit menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

- 3) *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan risiko tinggi)

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

- 4) *Eliminate wrong-site, wrong patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

- 5) *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk mengurangi secara berkelanjutan infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

- 6) *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh

#### **2.2.4 Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/MenKes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat pada pasal 1 ayat 1 yang berbunyi Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, ini dapat didefinisikan bahwa perawat memiliki kewajiban dan berperan penting dalam

keselamatan pasien di rumah sakit. Menurut (Kuntoro, 2010), peran perawat dalam mewujudkan *patient safety* di rumah sakit yaitu:

1. Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standar pelayanan dan SOP yang telah ditetapkan.
2. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya
3. Peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD).
4. Serta mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.
5. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan.
6. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan.
7. Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan.

### **2.3 *Re-assessment Fall Risk***

#### **2.3.1 Pengertian Pasien Jatuh**

Pasien jatuh merupakan suatu kejadian yang dilaporkan oleh penderita atau saksi mata yang melihat kejadian dan mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau terduduk di lantai dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004). Pasien jatuh adalah perubahan posisi pasien yang tidak terencana atau posisi yang tidak dikehendaki yang mengakibatkan pasien tergeletak di atas lantai (Pohan, 2007).

### 2.3.2 Penyebab Pasien Jatuh

Jatuh dapat disebabkan karena faktor fisik atau lingkungan. Penyebab jatuh ada yang dapat diantisipasi sebelumnya dan ada yang tidak dapat diantisipasi.

Faktor-faktor risiko yang dapat diantisipasi harus dicari untuk mencegah jatuh, faktor tersebut antara lain (Pohan, 2007):

1. Faktor yang berhubungan dengan kondisi pasien: riwayat jatuh sebelumnya, inkontinensia, gangguan kognitif/psikologis, usia > 65 tahun, jenis kelamin, lama rawat inap, osteoporosis, status kesehatan yang buruk, gangguan muskuloskeletal.
2. Faktor lingkungan atau fasilitas: Lantai basah/silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, handrail tidak adekuat, kabel lepas, alas kaki licin/tidak pas,udukan toilet yang rendah, kursi dan tempat tidur beroda, rawat inap berkepanjangan, peralatan yang tidak aman, peralatan rusak, tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi

### 2.3.3 Penilaian (*assesment*) pasien jatuh

1. Assesmen awal dan harian risiko pasien jatuh
  - 1) Penilaian yang bisa di berikan antara lain: mengidentifikasi faktor risiko, penilaian keseimbangan dan gaya berjalan, untuk mengkaji apakah pasien dewasa berisiko jatuh atau tidak, dapat menggunakan pengkajian skala jatuh *Morse Fall Scale* (Macavoy & Skinner, 2009). Morse Fall scale /MFS merupakan salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh. Dengan menghitung skor MFS pada pasien dapat ditentukan risiko

jatuh dari pasien tersebut, sehingga dengan demikian dapat diupayakan pencegahan jatuh yang perlu dilakukan.

1. Pengkajian resiko jatuh dilakukan pada saat;
  1. pasien baru masuk ruangan,
  2. terdapat perubahan kondisi pasien/terapi,
  3. pasien pindah keruangan lain/departemen lain,
  4. pasien dengan resiko tinggi setiap shift atau sesaat setelah terjadi kasus (jatuh).
  
2. Penilaian resiko jatuh menggunakan MFS untuk pasien dewasa. Hasil penilaian MFS;
  1. 0-24 tidak ada resiko (TR)
  2. 25-44 resiko rendah (RR)
  3. >45 resiko tinggi (RT).
  
3. Intervensi pada pengkajian resiko jatuh dilakukan pada pasien yang dikategorikan pada resiko rendah dan tinggi
  - . Resiko rendah:
    1. Memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi rendah dan roda terkunci.
    2. menutup pagar tempat tidur/brankard pada kedua sisi (kanan, kiri)
    3. orientasikan pasien/penunggu tentang lingkungan dan ruangan sekitar
  
  - Resiko tinggi
    1. memastikan tempat tidur/brankard dalam posisi rendah dan roda terkunci
    2. menutup pagar tempat tidur/brankard pada kedua sisi (kanan, kiri)
    3. orientasikan pasien/penunggu tentang lingkungan dan ruangan sekitar
    4. beri tanda segitiga kuning pada tempat tidur pasien



5. pastikan pasien memiliki stiker warna kuning penanda resiko tinggi jatuh pada gelang pasien
6. lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga
  - 2) Pengkajian awal untuk pasien anak yang memiliki risiko jatuh di rumah sakit dapat menggunakan skala Humpty dumpty (Deborah, 2008)
  - 3) Pengkajian awal terhadap risiko pasien jatuh untuk pasien psikiatri di rumah sakit dapat menggunakan skala Edmonson (Macavoy & Skinner, 2009)
  - 4) Penilaian harian pasien risiko jatuh  
  
Penilaian harian pasien dengan risiko jatuh dilakukan apabila pasien memiliki risiko untuk jatuh pada penilaian awal pasien masuk rumah sakit (VANCPS, 2004)
2. Penilaian peralat dan lingkungan perawatan  
  
Manajemen risiko pasien jatuh di rumah sakit tidak hanya terdiri dari kondisi atau keadaan pasien, tetapi penilaian peralatan dan lingkungan perawatan pasien juga penting (VANCPS, 2004)

#### **2.3.4 Pencegahan Pasien Jatuh**

Tindakan pencegahan umum yang dapat diterapkan untuk semua kategori antara lain (Pohan, 2007).

1. Lakukan orientasi kamar inap pada pasien
2. Posisi tempat tidur serendah mungkin, roda terkunci, kedua sisi pegangan tempat tidur terpasang dengan baik
3. Ruangan rapi
4. Benda pribadi dalam jangkauan (telepon, air minum, kacamata)

5. Pencahayaan yang adekuat (sesuaikan dengan kebutuhan pasien)
6. Alat bantu terdapat dalam jangkauan (tongkat, alat topang)
7. Pantau efek obat-obatan dan beri edukasi mengenai pencegahan pasien jatuh kepada pasien dan keluarga

### **2.3.5 Manajemen pasien setelah jatuh**

Manajemen pasien setelah jatuh memiliki 2 hal yang perlu segera dilakukan oleh perawat atau dokter yang terkait (VANCPs, 2004):

1. Petugas segera melakukan penilaian pasien setelah jatuh untuk menemukan adanya cedera dan menemukan penyebab kemungkinan jatuh.
2. Dokumentasi dan *Follow up*. Mendokumentasi dan tindak lanjut segera setelah kejadian pasien jatuh bertujuan untuk segera melindungi pasien agar tidak menjadi lebih buruk dengan cara:
  - 1) Pengisian laporan insiden dengan segera.
  - 2) Perkembangan kondisi pasien dan penilai pasien setelah jatuh harus disertakan dalam rekam medis
  - 3) Dokter menilai ulang pasien setelah jatuh untuk mengetahui adakah cedera yang lebih serius pada pasien
  - 4) Mengevaluasi dengan bidang yang terkait dengan pencegahan pasien risiko jatuh untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien
  - 5) Memberikan informasi kepada setiap bagian dan perawat yang bertugas bahwa pasien telah jatuh dan memiliki risiko untuk jatuh lagi.

### 2.3.6 Manajemen Pasien Risiko Jatuh

Manajemen pasien dengan risiko jatuh merupakan salah satu tujuan dalam keselamatan pasien, dalam prosesnya yang terdiri dari pengembangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi yang saling terkait antara berbagai bidang. Tim yang terkiat dalam manajemen pencegahan risiko jatuh antara lain (VANCPS, 2004).

1. Manajer keperawatan

Manajer keperawatan merupakan bagian penting dalam tim patient safety, karena manajer keperawatan dapat memberikan intervensi, memastikan terlaksananya pencegahan pasien risiko jatuh dan menetapkannya sebagai standar dalam asuhan keperawatan pasien yang berisiko jatuh.

2. Manajer keselamatan pasien

Manajer patient safety dapat memfasilitasi jika tidak terdapat tim khusus pencegahan pasien risiko jatuh, menghubungkan antara berbagai bidang, pengelolaan data yang terkait pencegahan pasien risiko jatuh untuk dapat menentukan dampak dan intervensi yang dapat diberikan

3. Manajer fasilitas

Manajer fasilitas menilai dan memastikan lingkungan perawatan dan furniture disekitar pasien yang berisiko jatuh aman, memberikan pengarahan kepada staf kebersihan dalam rangka pencegahan pasien risiko jatuh.

4. Perawat khusus pencegahan pasien jatuh

Fasilitas kesehatan tidak semuanya memiliki perawat khusus pencegahan pasien jatuh, umumnya perawat atau manajer keperawatan yang tertarik dengan bidang pencegahan pasien risiko jatuh, mereka akan:

- 1) Memfasilitasi pertemuan tim pencegahan pasien risiko jatuh
  - 2) Memastikan terlaksananya program pencegahan pasien risiko jatuh
  - 3) Menampung saran dari berbagai bidang yang terkait program pencegahan pasien risiko jatuh
5. Perawat pelaksana
- Perawat yang menerapkan secara langsung program pencegahan pasien risiko jatuh, memberikan edukasi antara sesama perawat dan mengumpulkan data yang terkait pencegahan pasien risiko jatuh.
6. Apoteker
- Apoteker meninjau kembali pengobatan kepada semua pasien yang teridentifikasi berisiko jatuh, membantu mengidentifikasi masalah-masalah yang terkait dengan pengobatan dan memberi tahu kepada dokter untuk menyesuaikannya
7. Fisioterapi
- Fisioterapis melakukan penilaian keseimbangan dan kekuatan terhadap pasien yang teridentifikasi berisiko jatuh dan memberikan masukan terkait pencegahan pasien risiko jatuh.
8. Dokter
- Dokter melihat riwayat pengobatan dan keseimbangan pasien yang berisiko jatuh dan mengikuti perkembangannya, mengidentifikasi aspek-aspek yang terkait dengan riwayat pengobatan atau risiko jatuh.

## 2.4 Konsep *Theory of Planned Behavior*

### 2.4.1 Definisi

*Theory of Planned Behavior* (TPB) atau teori perilaku berencana merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Theory of Reasoned Action* (TRA). TPB ditambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, yaitu *Perceived Behavioral Control* (PBC) (Ajzen, 2005). Penambahan satu faktor ini merupakan upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka menentukan perilaku tertentu. TRA dan TPB berfokus pada konstruksi yang berkaitan dengan faktor intensi individu sebagai penentu dari kemungkinan melakukan perilaku tertentu. TRA maupun TPB menganggap prediktor terbaik perilaku adalah niat terhadap perilaku, yang gilirannya ditentukan oleh sikap terhadap perilaku dan persepsi sosial normatif mengenai (*subjective norm*) (Nursalam, 2013)

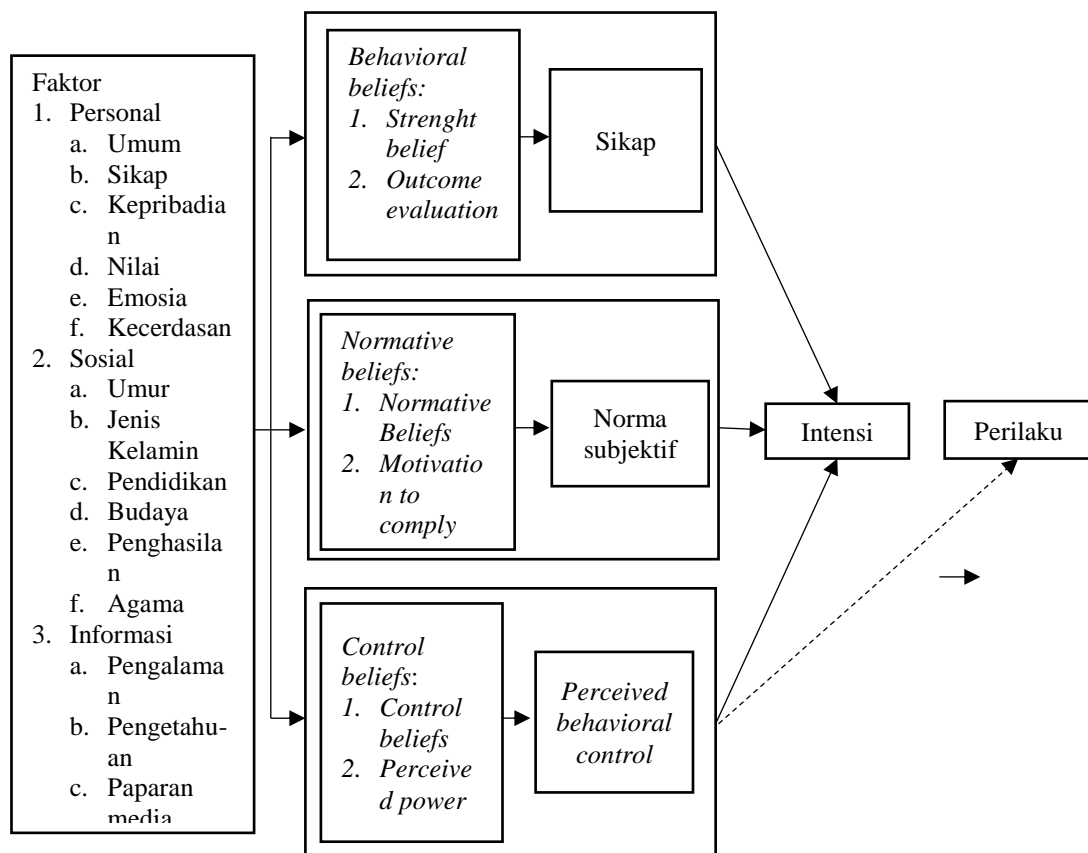
### 2.4.2 Bagan *Theory of Planned Behavior*

*Theory of Planned Behavior* menyampaikan perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena ada intensi atau niat untuk perilaku. Munculnya niat perilaku ditentukan oleh 3 faktor penentu (Nursalam, 2013), yaitu:

1. *Attitude toward behaviour*, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*beliefs strength/behavioral beliefs*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*)
2. *Subjective norm*, yaitu keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*motivation to comply*)
3. *Perceived Behavioral Control* (PBC), yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan

(*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun lingkungan.

Secara berurutan *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (*perceived social pressure*) atau norma subjektif (*subjective norm*) dan *control beliefs* menimbulkan *perceived behavioral* atau kontrol perilaku yang dipersepsikan (Ajzen, 2005). Keseluruhan faktor di atas nantinya akan berhubungan dengan terbentuknya perilaku kesehatan seseorang.



Gambar 2. 1 Bagan *Theory of Planned Behavior* (Ajzen 2005;135)

Bagan diatas menjelaskan empat hal yang berkaitan dengan perilaku manusia (Ajzen, 2005), yaitu:

1. Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang memprediksi munculnya tingkah laku yang kan ditampilkan individu.
2. Intensi yang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkahlaku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*) dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*perceived behavioral control*).
3. Masing-masing faktor yang mempengaruhi intensi diatas (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh variabel lain yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs*, dan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang kontrol yang dimiliki di sebut *control beliefs*.
4. PBC merupakan ciri khas teori ini, pada bagan terlihat terdapat dua cara yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingkah laku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Kedua adalah hubungan secara langsung antara PBC dengan perilaku yang menggambarkan dengan garis putus-putus tanpa melalui intensi (Ajzen, 2005).

### 2.4.3 Intensi (*Intention*)

Intensi merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa, seseorang berperilaku

karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (*behavior intention*) masih merupakan suatu keinginan atau rencana, sehingga niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (*behavior*) adalah tindakan nyata yang dilakukan (Ajzen, 2005).

Menurut Nursalam (2013) intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga dapat mengharapakan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya. Pada umumnya, intensi memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, oleh karena itu dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Intensi diukur dengan sebuah prosedur yang menempatkan suatu subjek didimensi probabilitas subjektif yang melibatkan suatu hubungan antara dirinya dengan tindakan. Berdasarkan *theory of planned behavior*, intensi memiliki tiga determinan yaitu: sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku dipersepsikan. Menurut Ajzen (2005) untuk melihat besar bobot pengaruh masing-masing determinan digunakan perhitungan analisis *multiple regensi* dengan persamaan sebagai berikut:

$$B \sim I = (A_b) W_1 + (SN) W_2 + (PBC) W_3$$

Keterangan:

B	= <i>Behavior</i>
I	= <i>Intension</i>
A <sub>b</sub>	= <i>Attitudes</i>
SN	= <i>Subjective norms</i>
PBC	= <i>Perceived Behavior Control</i>
W <sub>123</sub>	= <i>Weight</i>

Keakuratan intensi dalam memprediksi tingkah laku tentu bukan tanpa syarat karena ternyata ditemukan pada beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan tingkah laku yang dimaksud (Weiner *et al.*, 2015). Ada beberapa



faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku (Ajzen, 2005) yaitu:

1. Kesulitan Antara Intensi Dan Tingkah Laku

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya.

2. Stabilitas Intensi

Faktor kedua adalah kestabilan dalam intensi seseorang. Hal ini terjadi jika terdapat jarak/jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dengan pengamatan tingkah laku. Setelah dilakukan pengukuran intensi sangat mungkin ditemui hal-hal/kejadian yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang untuk berubah, sehingga pada tingkah laku awal yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah.

3. *Literal Inconsistency*

Pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intensi dengan tingkah laku singkat, namun kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intensi dengan tingkah laku yang ditampilkannya. *Literal inconsistency* adalah individu yang terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intensi yang telah dinyatakan sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, di antaranya individu tersebut mereka merasa lupa akan apa yang mereka ucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini dapat dilakukan dengan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta individu untuk merinci

bagaimana intensi tersebut akan mengimplementasikan dalam tingkah laku. Rinciannya mencakup dimana dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan.

#### 4. *Base rate*

*Base rate* adalah tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi, makan. Sedangkan tingkah laku dengan *base rate* rendah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri. Intensi dapat memprediksi perilaku aktualnya dengan baik jika perilaku tersebut memiliki tingkat *base rate* yang sedang, misalnya pendokumentasian asuhan keperawatan. Pengukuran intensi dapat digolongkan kedalam pengukuran *beliefs*. Sebagaimana pengukuran *beliefs*, pengukuran intensi terdiri atas dua hal, yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatan (*strenght*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responden pada pilihan skala yang tersedia (Ajzen, 2005). Contoh pilihan skalanya adalah mungkin, tidak mungkin, dan setuju, tidak setuju.

#### 2.4.4 Sikap

Menurut Ajzen (2005) sikap merupakan besarnya perasaan positif atau negatif, positif terhadap objek (*favorable*) atau negatif (*unfavorable*) terhadap suatu objek, orang, institusi, atau kejadian. Konsep sentral yang menentukan *beliefs*. *Beliefs* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek, dimana *beliefs* menghubungkan suatu objek dengan beberapa atribut. Kekuatan hubungan ini diukur dengan prosedur yang menempatkan seseorang dengan dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan obajek dengan atribut

terkait. Sikap seseorang terhadap suatu objek sikap dapat diestimasi dengan menjumlahkan hasil kali antara evaluasi terhadap atribut yang diasosiasikan pada objek sikap (*beliefs evaluation*) dengan probabilitas subjektifnya bahwa suatu objek memiliki atau tidak memiliki atribut tersebut (*behavioral beliefs*).

Menurut Nursalam (2013) berdasarkan TPB, sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *beliefs* seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan (*outcome evaluation*) dan kekuatan terhadap *beliefs* tersebut (*beliefs strenght*). *Beliefs* adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek-aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya (Ajzen, 2005).

*Beliefs* mempunyai tingkatan atau kekuatan yang berbeda, yang disebut dengan *beliefs strenght* (Conis, 2015). Kekuatan ini berbeda-beda pada setiap orang dan kuat lemahnya *beliefs* ditentukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap tingkat keseringan suatu objek memiliki atribut tertentu. Sebagai salah satu komponen dalam rumusan intensi, sikap terdiri atas *beliefs* dan evaluasi *beliefs*, seperti berikut:

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan:

AB = Sikap terhadap perilaku tertentu

b = *Beliefs* terhadap perilaku tersebut mengarah pada konsekuensi

e = Evaluasi seseorang terhadap *outcome* (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumus diatas, sikap terhadap perilaku tertentu (AB) di dapatkan dari penjumlahan hasil kali antara *beliefs* terhadap *outcome* yang dihasilkan (bi) dengan evaluasi terhadap *outcome* (ei). Dengan kata lain seseorang percaya sebuah

tingkah laku dapat menghasilkan sebuah *outcome* yang positif, maka ia akan memiliki sikap positif, maka ia akan memiliki sikap yang positif. Begitu juga sebaliknya, jika seseorang memiliki keyakinan bahwa dengan melakukan suatu tingkah laku akan menghasilkan *outcome* negatif, maka seseorang tersebut juga akan memiliki sikap negatif terhadap perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

Pengukuran sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respon. Pengukuran sikap ini didapatkan dari interaksi antara *beliefs content-outcome evaluation* dan *beliefs strenght* (Nursalam, 2013). *Beliefs* seseorang mengenai suatu objek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan cara meminta subjek untuk menuliskan karakteristik, kualitas dan atribut dari objek atau konsekuensi tingkah laku tertentu disebut dengan elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan *beliefs* utama (*salient beliefs*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur instrumen (Conis, 2015).

#### **2.4.5 Norma Subjektif**

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan atau persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut (Uddin *et al.*, 2012). Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauh mana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut (Nursalam, 2013).

Menurut Ajzen (2005) norma subjektif adalah produk dari persepsi individu tentang *beliefs* yang dimiliki orang lain. Orang lain di sebut *refrent*, dan dapat merupakan orang tua, sahabat, atau orang yang dianggap ahli atau penting. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi norma subjektif: *normative beliefs*, yaitu keyakinan

individu bahwa *referent* berpikir ia harus atau harus tidak melakukan suatu perilaku dan *motivation to comply* yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari *referent* tersebut.

Rumusan norma subjektif pada intensi perilaku tertentu (Ajzen, 2005), dirumuskan sebagai berikut:

$$SN = \sum b_i m_i$$

Keterangan:

SN = Norma Subjektif

$b_i$  = *Normatif Beliefs*

$m_i$  = Motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumusan tersebut, norma subjektif (SN) didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali *normative beliefs* tentang tingkah laku ( $b_i$ ) dan dengan *motivation to comply* untuk mengikutinya ( $m_i$ ). Dengan kata lain bahwa, seseorang yang memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya (*referent*) akan mendukung ia untuk melakukan hal tersebut, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial untuk seseorang tersebut melakukannya. Sebaliknya, jika seseorang percaya orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki norma subjektif untuk tidak melakukannya. Sehingga dapat dikatakan bahwa norma subjektif adalah persepsi seseorang terhadap orang-orang yang dianggap penting bagi dirinya untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu, dan sejauh mana seseorang ingin mematuhi anjuran orang tersebut. Norma subjektif secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan referensi atau anjuran dari orang-orang sekitarnya dan motivasi untuk mengikuti referensi atau anjuran tersebut (Ajzen, 2005).

#### 2.4.6 *Perceived Behavioral Control (PBC)*

Kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*) merupakan persepsi terhadap mudah atau sulitnya sebuah perilaku yang dapat dilaksanakan (Nursalam, 2013). Variabel ini diasumsikan merefleksikan masa lalu, dan mengantisipasi halangan yang mungkin terjadi atau persepsi seseorang tentang kemudahan atau kesulitan untuk berperilaku tertentu.

Menurut Nursalam (2013) terdapat dua asumsi mengenai kendali perilaku yang dipersepsikan. Pertama, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki pengaruh motivasional terhadap intensi. Individu yang meyakini bahwa ia tidak memiliki kesempatan untuk berperilaku, tidak akan memiliki intensi yang kuat, meskipun ia bersikap positif dan didukung oleh *refrents* (orang-orang disekitarnya). Kedua, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk mempengaruhi perilaku secara langsung, tanpa melalui intensi, karena ia merupakan substitusi parsial dari pengukuran terhadap kendali aktual (Ajzen, 2005).

*Perceived behavioral control* sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh *beliefs*. *Beliefs* yang dimaksud adalah hal tentang ada tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control beliefs*). Rumus yang menjelaskan hubungan antara *perceived behavioral control* dan *control beliefs* (Ajzen, 2005):

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Keterangan:

PBC = *Perceived Behavioral Control*

C<sub>i</sub> = *Control beliefs*

P<sub>i</sub> = *Power beliefs*

Kendali perilaku yang persepsikan (PBC) didapat dengan menjumlahkan hasil kali antara keyakinan mengenai mudah atau sulitnya suatu perilaku dilakukan (*control beliefs*) dan kekuatan faktor dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (*power beliefs*). Dengan kata lain, semakin besar persepsi seseorang mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (faktor mendukung), serta semakin kecil persepsi tentang hambatan yang dimiliki, maka semakin besar PBC yang dimiliki seseorang (Ajzen, 2005).

Pengukuran PBC yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap kontrol yang ia miliki terhadap beberapa faktor penghambat atau pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsi sebagai penghambat atau pendorong tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan *beliefs* yang utama (Conis, 2015).

#### **2.4.7 Faktor Mempengaruhi Intensi**

Terdapat faktor lain mempengaruhi intensi selain dari beberapa faktor utama tersebut (sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan PBC) yaitu variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *intention*. Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok (Ajzen, 2005), yaitu:

1. Faktor personal

Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personal traits*), nilai hidup (*values*), emosi dan kecerdasan yang dimilikinya.

2. Faktor sosial

Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, ras, pendidikan, penghasilan dan agama (Ajzen, 2005).

## 1) Usia

Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan pertambahan usia. Pertambahan usia diharapkan terjadi pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya. Akan tetapi pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada titik tertentu akan mengalami kemunduran akibat faktor degeneratif. Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai dengan 40 tahun, dewasa madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun. Usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggungjawab dan lebih teliti dibanding usia yang lebih muda. Hal ini terjadi karena sudah lebih berpengalaman menurut usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Bahwa usia 20-30 tahun memiliki motivasi kerja relatif rendah dibandingkan dengan pekerja lebih tua, karena pekerja yang lebih muda belum berlandaskan realitas sehingga pekerja muda lebih sering mengalami kekecewaan dalam bekerja. Hal ini dapat menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja, semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kematangan jiwanya. Usia semakin lanjut akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional dan toleransi terhadap pandangan orang lain sehingga berpengaruh juga terhadap peningkatan motivasinya (Nursalam, 2013).



## 2) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan persifatan atau pembagian dua jenis kelamin yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Jenis kelamin laki-laki adalah manusia yang memiliki penis, memiliki jakala (kala Menjing) dan memproduksi sperma. Sedangkan perempuan memiliki alat reproduksi seperti rahim, saluran untuk melahirkan, memproduksi sel telur, memiliki vagina dan memiliki alat untuk menyusui (Febriastuti, Arif and Kusumaningrum, 2014).

## 3) Pendidikan

Menurut Ajzen (2005) latar pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhan sesuai dengan tingkat pemenuhan kebutuhan yang berbeda-beda yang akhirnya motivasi kerja seseorang. Dengan kata lain seseorang yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dengan pekerja yang memiliki pendidikan yang lebih rendah. Pendidikan seseorang akan meningkatkan kematangan intelektual sehingga akan mempengaruhi membuat keputusan dalam bertindak. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah seseorang menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan.

## 3. Faktor informasi

Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspos pada media. Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan pada suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi

melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Ajzen, 2005).

## 2.5 Keaslian Penelitian

Pencarian keaslian penelitian dilakukan di Scopus, Science Direct, dan Springerlink dengan menggunakan kata kunci *assessment, fallrisk, patient safety*.

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
1	Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study (Regina and Moraes, 2017)	<b>Design:</b> cross sectional study <b>Sample:</b> 257 responden <b>Variabel independen:</b> Factors associated with the risk of fall <b>Variabel dependen:</b> - <b>Instrumen:</b> sosiodemografi dan kuesioner klinis, Skala Kematian Morse, dan Skor Kualitas Pemulihan. <b>Analisis:</b> descriptive statistical analysis and multinomial logistic regression	usia ( $p < 0,001$ ), SAH ( $p < 0,001$ ) dan diabetes ( $p = 0,017$ ) adalah berhubungan positif dengan risiko jatuh, sedangkan kanker ( $p = 0,004$ ) berhubungan dengan risiko terjatuh moderat. Pemulihan bedah ( $p = 0,008$ ) berbanding terbalik dengan risiko jatuh.
2	Falls risk assessment outcomes and factors associated with falls for older Indigenous Australians (Hill et al., 2016)	<b>Design:</b> Studi cross-sectional <b>Sample:</b> 289 responden. <b>Variabel independen:</b> Falls risk assessment outcomes and factors associated <b>Variabel dependen:</b> falls for older Indigenous Australians <b>Instrumen:</b> interviews, the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KICA-Cog), depression (Kimberley Indigenous Cognitive Assessment of Depression (KICA-dep) scale) were assessed) <b>Analisis:</b> chi squared analysis dan Receiver Operating Characteristic (ROC)	32% peserta memiliki $\geq 1$ jatuh pada tahun sebelumnya, dan 37,3% tergolong berisiko jatuh menggunakan EFST (cut-off $\geq 2$ ). Sebaliknya, untuk 74 peserta yang dinilai dengan FROP Com, hanya 14,9% yang dinilai berisiko tinggi, 35,8% risiko sedang, dan 49,3% risiko rendah. Layar dan alat penilaian FROP-Com memiliki akurasi klasifikasi tertinggi untuk mengidentifikasi kejadian jatuh pada tahun sebelumnya (area di bawah kurva $> 0,85$ ), dengan sensitivitas / spesifitas tertinggi untuk penilaian FROP-Com (cut-off $\geq 12$ ), sensitivitas = 0,84 dan spesifitas = 0,73

No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
3	Factors analysis influenced to falls accident on pediatric patients in Bona 2 General Hospital Dr. Soetomo Surabaya. (Heruningtyas, 2017)	<p><b>Design:</b> descriptive analytic and cross sectional</p> <p><b>Sample:</b> 107 sample size responden</p> <p><b>Variabel independen:</b> Factors analysis influenced to falls accident</p> <p><b>Variabel dependen:</b> -</p> <p><b>Instrumen:</b> kuesioner dan medical record</p> <p><b>Analisis:</b> chi square</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara kejadian jatuh dengan karakteristik (usia) pasien (<math>p = 0,049</math>) dan diagnosis (<math>p = 0,044</math>). Tidak ada pengaruh obat (<math>p = 0,288</math>) dan lingkungan (<math>p = 0,431</math>) terhadap kejadian jatuh.</p>
4.	Pro-active fall-risk management is mandatory to sustain in hospital-fall prevention in older patients - validation of the lucas fall-risk screening in 2,337 patients (Hoffmann et al., 2015)	<p><b>Design:</b> Observational study</p> <p><b>Sample:</b> pasien rawat inap (<math>\geq 65</math> tahun) diskriming saat masuk; LUCAS <math>n = 2,337</math>, STRATIFY <math>n = 4,735</math></p> <p><b>Variabel independen:</b> Pro-active fall-risk management is mandatory to sustain in hospital-fall prevention in older patients – validation of the lucas fall-risk screening</p> <p><b>Variable dependen:</b> -</p> <p><b>Instrumen:</b> functional health status and the LUCAS fall- risk screening from the paper patient records.</p> <p><b>Analisis:</b> The Mann-Whitney test and <math>\chi^2</math></p>	<p>Tingkat kompetensi fungsional pasien rawat inap yang lebih tua sangat erat terkait dengan klasifikasi risiko jatuh, dengan fungsi mental menjadi relevansi khusus. Proporsi pasien jatuh tidak cocok untuk mengevaluasi pencegahan IHF. Penyesuaian untuk prevalensi variabel faktor risiko jatuh dari waktu ke waktu diperlukan. Juga, temuan ini menekankan pentingnya informasi berkelanjutan, komunikasi dan pelatihan staf keperawatan dan tim interdisipliner untuk mempertahankan proses pencegahan IHF.</p>
5.	The predictive value of fall assessment tools for patients admitted to hospice care (Patrick et al., 2017)	<p><b>Design:</b> kualitatif study</p> <p><b>Sample:</b> semua pasien yang dirawat dan meninggal dalam perawatan rumah sakit pada tahun 2013.</p> <p><b>Variabel independen:</b> The predictive value of fall assessment tools</p> <p><b>Variabel dependen:</b> patients admitted to hospice care</p> <p><b>Instrumen:</b> Hospice of the Western Reserve (HWR Tool), MACH-10 (MACH) and Morse Fall Scale (MFS)</p> <p><b>Analisis:</b> t tests atau <math>\chi^2</math> tests, Fisher's exact test</p>	<p>Pasien wanita lebih kecil kemungkinannya jatuh daripada pria; Fallers hidup lebih lama daripada Nonfallers; dan pasien dengan diagnosis demensia primer turun 10 hari lebih cepat dibandingkan dengan diagnosis non-demensia primer. Perbandingan tiga alat penilaian jatuh mengungkapkan bahwa tidak ada alat yang memiliki nilai prediksi positif yang baik, tetapi masing-masing menunjukkan nilai prediktif negatif yang baik.</p>

No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
6.	Effect of a Multidisciplinary Fall Risk Assessment on Falls Among Neurology Inpatients (Hunderfund et al., 2011)	<p><b>Design:</b> the pre-post quality improvement study</p> <p><b>Sample:</b> semua pasien dengan penyakit neurologis dan serebrovaskular dirawat di rumah sakit pada unit rawat inap neurologi sebagai kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdiri pasien dewasa dirawat di rumah sakit di 6 unit rawat inap medis lainnya</p> <p><b>Variabel Independen:</b> Multidisciplinary Fall Risk Assessment on Falls Among Neurology Inpatients</p> <p><b>Variabel dependen:</b> -</p> <p><b>Instrumen:</b> Hendrich II Model fall Risk score, document nurse, consensus fall risk assessment</p> <p><b>Analisis:</b> t tests atau <math>\chi^2</math> tests</p>	Tingkat jatuh selama 7 kuartal setelah implementasi penuh secara signifikan lebih rendah daripada selama 9 kuartal sebelumnya, sedangkan tingkat jatuh pada unit medis lainnya tidak berubah secara signifikan (2,99 vs 3,33 jatuh per 1000 pasien-hari; P = 24, Tes Poisson). Penilaian risiko konsensus saat pendaftaran benar mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh tetapi model skor risiko Hendrich II Fall, perawat, dan penilaian dokter, tidak secara individual.
7.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko jatuh pada lansia di bpplu kota bengkulu (ravika ramlis, 2017)	<p><b>Design:</b> deskriptif analitik</p> <p><b>Sampel:</b> 60 responden</p> <p><b>Variabel Independen:</b> Faktor-faktor yang berhubungan dengan resiko jatuh pada lansia</p> <p><b>Variabel dependen:</b> -</p> <p><b>Instrumen:</b> kuesioner</p> <p><b>Analisis:</b> analisis univariat dan bivariat</p>	ada hubungan antara faktor intrinsik dengan risiko jatuh pada lansia di BPPLU Kota Bengkulu Tahun 2017. Ada hubungan antara faktor ekstrinsik dengan risiko jatuh pada lansia di BPPLU Kota Bengkulu Tahun 2017
8.	Improving the evaluation of risk of all through clinical supervision: an evidence (Cruz, Carvalho and Lopes, 2016)	<p><b>Desain:</b> Descriptive dan correlational study</p> <p><b>Sampel:</b> 132 responden</p> <p><b>Variabel independen:</b> Improving the evaluation of risk</p> <p><b>Variabel dependen:</b> risk of all through clinical supervision: an evidence</p> <p><b>Instrumen:</b> kuesioner dan nursing record system</p> <p><b>Analisis:</b> descriptive and inductive statistical analyses</p>	Usia rata-rata pasien adalah 74,4 tahun dengan standar deviasi (SD) 14,3 tahun. Pasien termuda berusia 32 tahun dan yang tertua berusia 101 tahun. 47,7% (N = 63) adalah laki-laki dan 52,2% (N = 69) adalah perempuan. 37,1% (N = 49) dari pasien dirawat dengan diagnosa penyakit pernafasan dan gangguan, sementara 21,2% (N = 28) telah didiagnosis dengan penyakit atau gangguan sistem saraf dan 20,5% (N = 27) dirawat dengan penyakit peredaran darah atau gangguan. Untuk menilai risiko jatuh, perawat menerapkan Morse Fall Scale (MFS) dan itu benar diterapkan di 69,2% dan risiko jatuh dipantau setiap 48 jam di

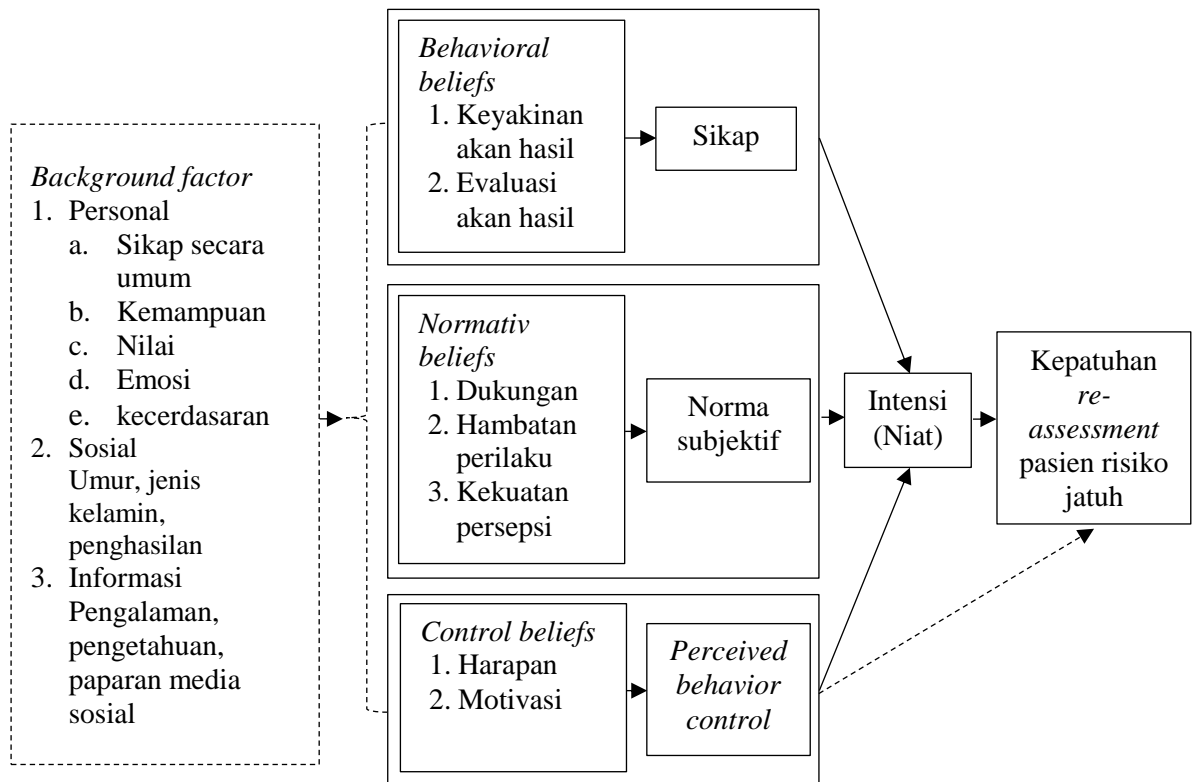
No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			98,5% dari kasus dengan MFS sementara di sebelumnya penelitian hanya 33,3% dan 84,1% ini terjadi masing-masing. Kualitas (C-S2AFECARE-Q), sedang dilakukan oleh kelompok riset akademis dan Pusat Rumah Sakit Portugis di wilayah geografis yang sama.
9.	Predictive performance of a fall risk assessment tool for community-dwelling older people (FRAT-up) in 4 european cohorts (Palumbo et al., 2016)	<p><b>Design:</b> Observational cohort study</p> <p><b>Sampel:</b> 1506 responden</p> <p><b>Variabel independen:</b> Predictive performance of a fall risk assessment tool</p> <p><b>Variabel dependen:</b> community-dwelling older people (FRAT-up) in 4 european cohorts</p> <p><b>Instrumen:</b> FRAT-up risk score</p> <p><b>Analisis:</b> meta anlysis</p>	<p>AUC yang dicapai oleh FRAT-up adalah 0,562 [95% confidence interval (CI) 0.530e0.594] untuk ActiFE, 0.699 (95% CI 0.680e0.718) untuk ELSA, 0.636 (95% CI 0.594e0.681) untuk InCHIANTI, dan 0,685 (95% CI 0.660e0,709) untuk TILDA. Berarti FRAT-up AUC seperti yang diperkirakan dari meta-analisis adalah 0,646 (95% CI 0,584e0,708), dengan heterogenitas substansial antara studi. Di masing-masing kelompok, kemampuan diskriminan FRAT diungguli, paling banyak, oleh model khusus kohor yang dipasang pada kelompok yang sama.</p>
10.	Falls prevention: identification of predictive fall risk factors (Callis, 2016)(Palumbo et al., 2016)	<p><b>Design:</b> systematic review</p> <p><b>Sampel:</b> -</p> <p><b>Variabel Indeoenden:</b> Falls prevention: identification of predictive fall risk factors</p> <p><b>Variabel dependen:</b> -</p> <p><b>Instrumen:</b> Articles</p> <p><b>Analisis:</b> -</p>	<p>Kejadian jatuh adalah ancaman besar bagi keselamatan pasien. Sebelas faktor risiko telah diidentifikasi, dan yang lebih penting, faktor-faktor risiko ini tidak termasuk dalam alat penilaian risiko saat ini. Faktanya tidak dapat disangkal, jatuh terjadi. Pasien rawat inap beresiko untuk jatuh dan cedera berikutnya dari jatuh. Jatuh ini memiliki dampak yang luar biasa pada pasien serta secara langsung meningkatkan lama tinggal di rumah sakit dan biaya perawatan. Setiap organisasi harus memiliki proses sistematis untuk mengevaluasi</p>

No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			<p>setiap pasien rawat inap untuk risiko jatuh. Proses itu dimulai dengan penilaian yang memprediksi dan mendiskriminasi mereka yang mungkin jatuh sehingga intervensi dapat diterapkan untuk membalikkan atau mengurangi risiko yang terkait. Tidak ada jawaban tunggal yang mudah untuk mengatasi tantangan yang ditimbulkan oleh pasien yang jatuh di rumah sakit karena praktik perawatan pasien selalu berubah. Namun, memiliki alat penilaian risiko jatuh komprehensif yang membahas faktor prediktif terkini dengan tingkat sensitivitas dan spesifisitas yang dapat diterima adalah langkah awal</p>

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL**

**Kerangka Konseptual**



**Keterangan**

Diteliti :

Tidak diteliti :

Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Kepatuhan *Re-Assessment* Pasien Risiko Jatuh Berdasarkan Pendekatan *Theory Of Planned Behavior* (Ajzen, 2005)

*Theory of planned behavior* (TPB) menjelaskan bahwa perilaku yang dilakukan individu timbul karena adanya beberapa faktor dari *background factor* yang berupa personal (sikap, kemampuan, nilai, emosi dan kecerdasan), sosial (umur, jenis kelamin dan penghasilan) dan informasi (pengetahuan dan paparan media sosial). Faktor lainnya yang mempengaruhi munculnya perilaku individu adalah intensi/niat untuk berperilaku (Ajzen, 2005).

Intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan oleh individu. Intensi itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor penentu yaitu: (1) *behavior belief*, berupa keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku dan evaluasi atas hasil tersebut, (2) *normatif belief*, keyakinan tentang harapan normatif orang lain dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut, (3) *control belief*, keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan dimunculkan dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilaku tersebut. *Behavior belief* nantinya akan menghasilkan sikap (*attitude*) terhadap perilaku positif atau negatif, *normatif belief* akan menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (norma subjektif), sementara *control belief* menimbulkan *perceived behavior control* atau kontrol perilaku yang dipersepsikan (Nursalam, 2017).

Intensi untuk memunculkan perilaku perawat dalam pengkajian ulang (*re-assessment*) pada pasien jatuh berdasarkan teori TPB dipengaruhi sikap perawat terhadap perilaku tersebut, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dipersepsikan. Sikap merupakan kecenderungan psikologis yang dipersepsikan untuk mengevaluasi suatu perilaku dalam derajat suka dan tidak suka. Semakin positif sikap yang ditampilkan, intensi terhadap suatu perilaku akan semakin baik,



sehingga cenderung mendorong keberhasilan terjadinya perilaku yang diharapkan. Kontrol perilaku yang dipersepsikan merupakan faktor utama dalam pembangun intensi. Bersama dengan intensi akan menjadi tolak ukur terhadap tingkat keberhasilan perilaku, dalam hal ini berupa perilaku kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh. Hal-hal yang mendukung dan menghambat perilaku mungkin dapat timbul pada saat perilaku ditampilkan yang dapat berasal dari diri sendiri maupun dari lingkungan sekitar

### **3.1 Hipotesis Penelitian**

H1 : Ada hubungan antara sikap dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

H1 : Ada hubungan antara norma subjektif dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

H1 : Ada hubungan antara *perceived behavior control* dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

H1 : Ada hubungan antara intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di Rawat Inap di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian analitik merupakan penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya (Sastroasmoro, 2011). Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian dimana peneliti mengukur/mengobservasi data variabel independen dan dependen hanya sekali pada satu waktu (Nursalam, 2013). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis faktor perilaku kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### 4.2 Populasi, Sampel, *Sampling*, dan Besar Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah semua objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebanyak 215 perawat yang dilakukan pada bulan desember 2018.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2010). Sampel dari penelitian ini adalah perawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Menurut Nursalam (2017) kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target

terjangkau dan akan diteliti. Pada penelitian ini dilakukan pada 127 responden (perawat).

1. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:
  - 1) Seluruh perawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
  - 2) Pendidikan minimal D3
  - 3) Masa kerja > 5 tahun
  - 4) Usia 25 – 45 tahun
2. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:
  - 1) Perawat yang cuti
  - 2) Perawat yang sedang melaksanakan tugas belajar

#### **4.2.3 Sampling**

Teknik *sampling* adalah proses menyeleksi sampel dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dengan tipe *cluster sampling* yang merupakan teknik yang digunakan bilamana populasi tidak terdiri dari individu-individu, melainkan terdiri dari kelompok-kelompok individu atau *cluster*. Teknik *sampling* daerah digunakan untuk menentukan sampel bila objek yang akan diteliti atau sumber data sangat luas (Nursalam, 2013). Teknik ini digunakan karena pada penelitian ini sampel didapatkan dari beberapa ruang bedah yang ada di RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang berjumlah 9 ruangan.

#### **4.2.4 Besar Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai

berikut:

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 * p (1 - p) N}{d^2 (N - 1) + Z^2 \alpha / 2 * p (1 - p)}$$

Keterangan:

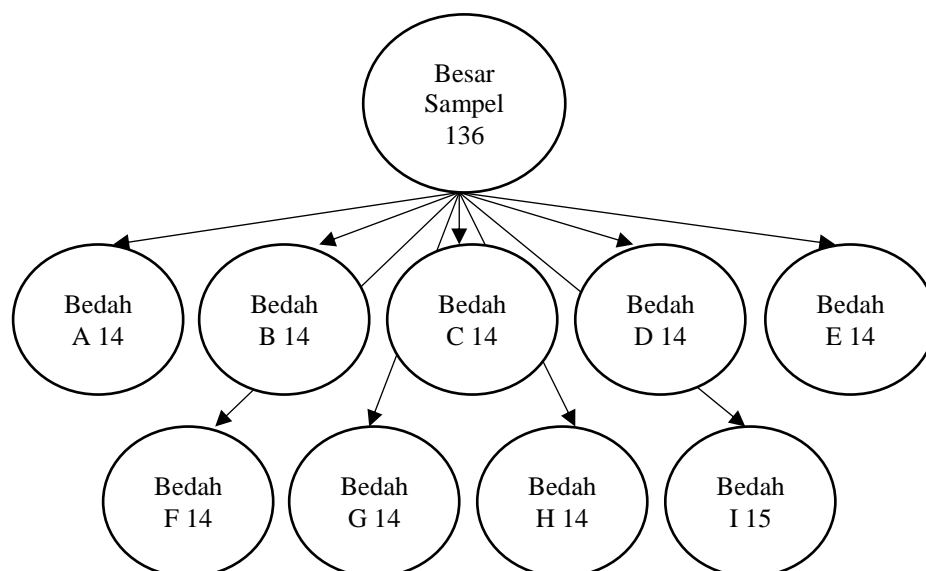
- n : besar sampel  
 N : besar populasi  
 Z : nilai standar normal  $\alpha = 0,05$  (1,96)  
 p : perkiraan proporsi  $1-p = (1-0,6)$   
 d : tingkat kesalahan yang dipilih ( $d = 0,05$ )

Berdasarkan penelian (Nursalam, 2013) penentuan besar sampel yaitu:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,6(1 - 0,6)190}{0,05^2(215 - 1) + 1,96^2 * 0,6(1 - 0,6)}$$

n = 127 reponden

Dikarenakan jumlah ruang bedah di rumah sakit RSUD Dr. Soetomo sebanyak 9 ruangan, maka jumlah responden dibagi rata per ruangan yang ada.



Gambar 4. 1 Besar Sampel dengan Teknik *Cluster Sampling*

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 127 responden yang tersebar di 9 ruangan IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### 4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Berdasarkan hubungan antar variabel satu dengan yang lain, variabel dibedakan menjadi:

#### 4.3.1 Variabel independen atau bebas

Variabel independen adalah variabel yang dapat mempengaruhi variable lain (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini variabel independen yaitu sikap, norma subjektif, *perceived behavior control*, dan intensi.

#### 4.3.2 Variabel dependen atau terikat

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh

#### 4.3.3 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
<b>Independen</b>					
Sikap	Perilaku perawat terhadap pentingnya kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien risiko jatuh	1. Sikap positif: kecenderungan tindakan yang sesuai dengan prosedur sehingga kepatuhan <i>re-assessment</i> dapat dilakukan 2. Sikap negatif: kecenderungan tindakan yang tidak sesuai dengan prosedur	Kuesioner	Ordinal	<i>Favourabel</i> (+): SS: 4 S: 3 TS: 2 STS: 1  <i>Unfavourable</i> (-): SS: 1 S: 2 TS: 3 STS: 4  Kategori sikap:

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
		sehingga dimungkinkan kepatuhan <i>re-assessment</i> tidak dapat dilakukan			1. Negative: $x < 28,68$ 2. Positive: $x > 28,68$
Norma subjektif	Keyakinan individu mengenai harapan orang sekitar yang berpengaruh dan motivasi untuk menampilkan perilaku tertentu	1. Keyakinan individu mengenai pandangan orang terdekat mengenai kepatuhan <i>re-assessment (normative beliefs)</i> 2. Motivasi untuk mendukung pandangan orang terdekat ( <i>motivation to comply</i> )	Kuesioner	Ordinal	<i>Favourabel</i> (+): SS: 4 S: 3 TS: 2 STS: 1  <i>Unfavourable</i> (-): SS: 1 S: 2 TS: 3 STS: 4  Pengukuran menggunakan skala <i>linkert</i> dengan skor 1 – 4, hasilnya dikategorikan menjadi 2 kelompok 1. Kurang: $x < 25,47$ 2. Baik: $x > 25,47$
<i>Perceived Behavior control</i> (kendali perilaku yang dipersepsikan)	Penilaian individu mengenai kondisi atau situasi yang mendorong atau menghambat perilaku kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh	<i>Perceived Behavior control re-assessment</i> yang diukur dengan 2 skala yaitu: 1. <i>Control belief</i> 2. <i>Perceived power</i>	Kuesioner	Ordinal	<i>Favourabel</i> (+): SS: 4 S: 3 TS: 2 STS: 1  <i>Unfavourable</i> (-): SS: 1 S: 2 TS: 3 STS: 4  Pengukuran menggunakan skala <i>linkert</i> dengan skor 1 – 4, hasilnya dikategorikan menjadi 2 kelompok

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
					1. Negative: $x < 32,45$ 2. Positive: $x > 32,45$
Intensi	Keinginan dalam hati seseorang untuk melakukan dan tidak melakukan suatu perilaku	Kesediaan individu untuk mencoba melakukan suatu perilaku tertentu	Kuesioner	Ordinal	<i>Favourabel</i> (+): SS: 4 S: 3 TS: 2 STS: 1  <i>Unfavourable</i> (-): SS: 1 S: 2 TS: 3 STS: 4  Pengukuran menggunakan skala linkert dengan skor 1 – 4, hasilnya dikategorikan menjadi 2 kelompok 1. Kurang: $x < 16,03$ 2. Baik: $x > 16,03$
<b>Dependen</b>					
Kepatuhan <i>re-assessment</i> pasien risiko jatuh	Kecenderungan perawat dalam melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko tinggao jatuh	Pelaksanaan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh	Kuesioner	Nominal	Pengukuran menggunakan skala linkert dengan skor 1 – 4, hasilnya dikategorikan menjadi 2 kelompok 1. Patuh: $x > 8,21$ 2. Tidak patuh: $x < 8,21$

#### 4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan mudah (Arikunto 2013). Instrumen dalam penelitian ini didapatkan dari instrumen TPB-Ajzen (2006) yang kemudian dikembangkan oleh Wahyuni (2012) dengan sedikit perubahan dari peneliti.

##### 4.4.1 Instrumen demografi

Instrumen demografi menggunakan kuesioner dengan 5 daftar pertanyaan yang terdiri dari usia, masa kerja, jenis kelamin responden, status kepegawaian serta pendidikan terakhir responden.

##### 4.4.2 Instrumen sikap

Instrumen sikap terdiri atas 10 pernyataan yang diukur dengan menggunakan skala *likert* 1 sampai dengan 4. Skala 1 untuk jawaban sangat buruk, skala 2 untuk buruk, skala 3 untuk baik dan skala 4 untuk sangat baik. Skor total didapatkan dari penjumlahan skala masing-masing item pernyataan, kemudian dikelompokkan menjadi 2 kategori. Kategori positif  $x > means$ , negatif  $x < means$ . Instrumen yang digunakan mengadopsi dari konstruksi Ajzen.

Tabel 4.2 *Blue print* kuesioner sikap

No	Indikator	Item	Total
1	<i>Unfavourable</i>	1, 2, 4, 6, 8, 10	6
2	<i>Favourabel</i>	3, 5, 7, 9	4
Jumlah			10

##### 4.4.3 Instrumen norma subjektif

Norma subjektif, diukur menggunakan kuesioner 12 pertanyaan, terdiri dari *motivation to comply* 6 soal yang dikalikan dengan *normative belief* 6 soal. Pernyataan diukur dengan menggunakan skala *likert* 1 sampai dengan 4. Skala 1



untuk jawaban sangat tidak setuju, skala 2 untuk tidak setuju, skala 3 untuk setuju dan skala 4 untuk sangat setuju. Norma subjektif menghasilkan skor maksimal 96, minimal 6. Hasil perhitungan selanjutnya dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu baik ( $x > \text{mean}$ ), dan kurang ( $x < \text{mean}$ ).

Tabel 4.3 *Blue print* kuesioner norma subjektif

No	Indikator	Item	Total
1	<i>Unfavourable</i>	1, 4, 7, 10	4
2	<i>Favourabel</i>	2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12	8
Jumlah			12

#### 4.4.4 Instrumen *perceived behavior control*

Instrumen ini terdiri atas 14 daftar pernyataan dengan 2 kategori, yaitu pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Skoring menggunakan skala *likert* 1 sampai dengan 4, 1 sangat tidak setuju dan 4 sangat setuju untuk pernyataan positif, begitu pula sebaliknya. Hasil perhitungan selanjutnya dikelompokkan menjadi 2 kategori. Kategori positif  $x > \text{means}$ , negatif  $x < \text{means}$ .

Tabel 4.4 *Blue print* kuesioner *perceived behavior control*

No	Indikator	Item	Total
1	<i>Unfavourable</i>	4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14	9
2	<i>Favourabel</i>	1, 2, 3, 8, 10	5
Jumlah			14

#### 4.4.5 Instrumen intensi

Kuesioner intensi terdiri atas 8 daftar pernyataan menggunakan skala *likert* dengan pilihan jawaban sebanyak 4, yaitu: sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Hasil perhitungan selanjutnya dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu baik ( $x > \text{mean}$ ), dan kurang ( $x < \text{mean}$ ).

Tabel 4.5 *Blue print* kuesioner intensi

No	Indikator	Item	Total
1	<i>Unfavourable</i>	4, 6, 8	3
2	<i>Favourabel</i>	1, 2, 3, 5, 7	5
Jumlah			8

#### 4.4.6 Instrumen kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh

Kuesioner terdiri dari 5 pertanyaan, skoring menggunakan skala *likert* 1 sampai dengan 4, 1 sangat tidak setuju dan 4 sangat setuju. Hasil perhitungan selanjutnya dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu patuh ( $x > \text{mean}$ ), dan tidak patuh ( $x < \text{mean}$ ).

#### 4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

##### 1. Uji validitas

Pada penelitian ini, semua kuesioner telah dilakukan uji validitas oleh peneliti. Tujuan dari dilakukan uji validitas agar semua pertanyaan dari masing-masing kuesioner adalah valid. Pada penelitian di uji validitas dengan 10 responden yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi yang sama di tempat penelitian yang dilakukan selama 2 hari yaitu pada tanggal 26 dseember 2018 -28 desember 2018.

- 1) Kuesioner sikap terdiri dari 10 item pertanyaan telah diuji validitas dan semua  $r$  dihitung  $> r$  tabel dan dinyatakan valid.
- 2) Kuesioner norma subjektif terdiri dari 12 item pernyataan telah diuji dengan semua  $r$  dihitung  $> r$  tabel dan dinyatakan valid.
- 3) Kuesioner PBC terdiri dari 14 item pertanyaan telah diuji dengan semua  $r$  dihitung  $> r$  tabel dan dinyatakan valid.
- 4) Kuesioner intensi terdiri dari 8 item pertanyaan telah diuji dengan semua  $r$  hitung  $> r$  tabel dan dinyatakan valid.

- 5) Kuesioner kepatuhan reassessment terdiri dari 5 item pertanyaan telah diuji dengan semua  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dan dinyatakan valid.

## 2. Uji reliabilitas

Setelah dilakukan uji validitas, semua kuesioner kemudian dilakukan uji reliabilitas untuk mengetahui apakah kuesioner tersebut reliabel untuk digunakan atau tidak. Hasil uji reliabilitas adalah sebagai berikut:

- 1) Kuesioner sikap dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,869 yang berarti sangat reliabel.
- 2) Kuesioner norma subjektif dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,772 yang berarti reliabel.
- 3) Kuesioner PBC dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,751 yang berarti reliabel.
- 4) Kuesioner intensi dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,703 yang berarti reliabel.
- 5) Kuesioner kepatuhan *reassessment* dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,830 yang berarti sangat reliabel.

## 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang terdiri dari 9 ruangan yaitu: Bedah Aster, Bedah Bougenvile, Bedah Cempaka, Bedah, Dahlia, Bedah Edelwis, Bedah Flamboyan, Bedah Gladiol, Bedah Herbra, Bedah Nusa Indah. Penelitian ini telah dilakukan pada bulan 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019.

## **4.7 Prosedur Pengambilan Data**

### **4.7.1 Prosedur administrasi**

Langkah awal dari penelitian ini adalah permohonan dan pengajuan uji etik di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Setelah proposal dinyatakan laik etik, kemudian mengajukan perizinan dari akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan ke RSUD Dr. Soetomo melalui LITBANG dan mengisi formulir peneliti dengan kelaikan etik di RSUD Dr. Soetomo Surabaya melalui web KEPK online dan mengikuti pelatihan GCP yang wajib diikuti oleh peneliti. Setelah disetujui selanjutnya peneliti memberikan surat ijin penelitian kepada sekretariat bedah untuk pemilihan pembimbing klinik/peneliti pertama di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pembimbing klinik peneliti adalah dr. Iskandar ali sp. B, Onk. Setelah bertemu pembimbing klinik maka peneliti memberikan surat balasan dari sekretariat bedah dan pembimbing klinik untuk layak dilakukan penelitian dan pengambilan data yang akan dibimbing dan didampingi oleh pembimbing klinik. Setelah mendapatkan surat persetujuan penelitian dari LITBANG maka akan terbit surat penghadapan yang ditujukan kepada 9 KaRu IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo yang terdiri atas ruang Bedah Aster, Bedah Bougenvile, Bedah Cempaka, Bedah, Dahlia, Bedah Edelwis, Bedah Flamboyan, Bedah Gladiol, Bedah Herbra, Bedah Nusa Indah.

### **4.7.2 Prosedur teknis pengumpulan data**

Pengambilan data dilakukan oleh peneliti setelah proses administrasi selesai dan dinyatakan laik untuk melakukan penelitian. Berikut langkah – langkah selama proses pengambilan data:

Peneliti menyiapkan kuesioner sebanyak 127 lembar untuk dibagikan kepada 127 perawat. Pada tanggal 28-29 desember 2018 peneliti menghadap KAIRNA bedah dan KARU dari 9 ruangan yang akan diteliti dan menentukan responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Pada tanggal 30 desember 2018 – 05 januari peneliti membagi kuesioner yang telah direncanakan sebanyak 70 lembar pada ruangan bedah aster membutuhkan waktu 4 hari, bedah bougenvile membutuhkan waktu 4 hari, bedah cempaka membutuhkan waktu 3 hari, bedah dahlia membutuhkan waktu 4 hari, dan bedah edelweis membutuhkan waktu 3 hari dalam pengumpulan kuesioner. Penelitian dan pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan pengarahan terhadap penelitian sesuai tujuan dan manfaat dari penelitian. Pengumpulan data dilakukan pada saat selesai timbang terima pasien supaya tidak mengganggu proses pelayanan yaitu pada shift pagi, siang dan malam. Peneliti dalam hal ini dibantu oleh 2 orang perawat yang sudah memiliki pemahaman yang sama terhadap penelitian yang bertugas sebagai koordinator pengumpulan kuesioner dan saksi terhadap inform consent. Pada saat pengambilan dan pengumpulan data peneliti mendampingi responden sehingga responden mudah menjawab pertanyaan dari kuesioner.

Pada tanggal 07-12 januari 2019 peneliti melanjutkan pengambilan dan pengumpulan data dengan 57 lembar kuesioner yang dibagikan pada ruangan bedah flamboyan membutuhkan waktu 5 hari, bedah gladiol membutuhkan waktu 4 hari, bedah herbra membutuhkan waktu 5 hari dan bedah nusa indah membutuhkan waktu 5 hari. Pengumpulan data dilakukan dengan tehnik yang sama yaitu pada saat selesai timbang terima pasien dan dibantu 2 orang perawat dalam tiap ruangan. Peneliti dalam hal ini selalu mendampingi responden didalam pengisian kuesioner,

sehingga jika ada responden yang tidak mengerti terkait kuesioner penelitian, responden dapat langsung menanyakan pada peneliti, setiap perawat atau responden hanya mengisi lembar kuesioner sebanyak 1x. Pada saat selesai mengisi lembar kuesioner responden diberikan souvenir sebagai ucapan terimakasih karena telah sukarela bergabung dalam penelitian. Data selesai didapatkan maka kemudian peneliti melakukan pengolahan data yang dibantu oleh ahli statistik

#### **4.8 Analisis Data**

Analisis data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah menggunakan uji statistik korelasi *Spearman's Rho* untuk mengetahui hubungan antara variabel, dengan derajat kemaknaan/tingkat signifikansi  $p < 0,05$ . Proses analisis data terdapat empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui yaitu:

1. *Editting*, yaitu merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, dan konsisten.
2. *Coding*, yaitu merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka / bilangan.
3. *Processing*, yaitu memproses data agar data yang sudah di – *entry* dapat dianalisis.
4. *Cleaning*, merupakan bagian pengecekan kembali data yang sudah di – *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.
5. Analisis univariat

Analisis univariat adalah analisis secara deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti yang meliputi data

demografi dan termasuk dalam data kategorik yang dijelaskan dengan uji analisis univariat berupa proporsi. Uji analisis univariat menggunakan distribusi frekuensi masing-masing variabel.

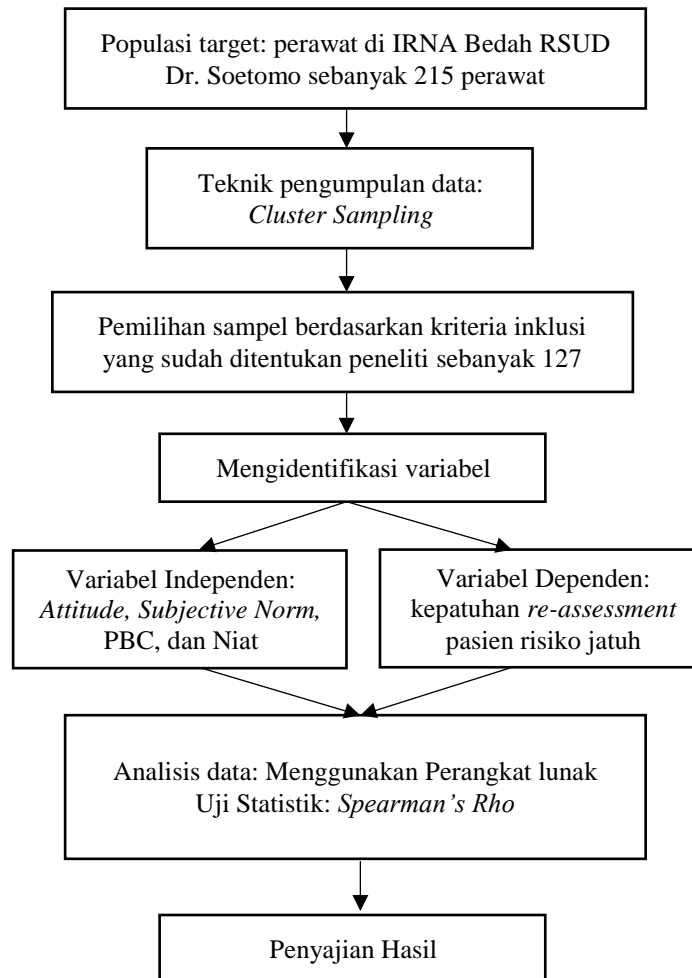
#### 6. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara kedua variabel (variabel independen dan variabel dependen). Data yang terkumpul kemudian ditabulasi dengan cara penelitian menggunakan uji statistik *spearman rho*.

Tabel 4.6 Parameter Uji *Spearman Rho*

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1	Kekuatan korelasi (r)	0	Tidak ada korelasi
		0 – 0,199	Sangat lemah
		0,200 – 0,399	Lemah
		0,400 – 0,599	Cukup kuat
		0,600 – 0,799	Kuat
		0,800 – 1,000	Sangat kuat
2	Nilai signifikansi (p)	$p < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
		$p > 0,05$	Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
3	Arah korelasi	Positif (+)	Searah, semakin nilai satu variabel semakin besar pula nilai variabel lainnya
		Negatif (-)	Berlawanan arah. Semakin besar nilai satu variabel, semakin kecil nilai variabel lainnya

#### 4.9 Kerangka Kerja



Gambar 4. 1 Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor Kepatuhan *Re-Assessment* Pasien Risiko Jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya

#### 4.10 Etika Penelitian

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga mengeluarkan ETHICAL APPROVAL No :1259-KEPK pada tanggal 21



januari 2019 dan menunggu etik penelitian dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada penelitian ini peneliti harus memahami prinsip – prinsip etika penelitian, yaitu:

1. *Informed Consent*

Peneliti sebelum mengambil seorang responden dalam penelitian ini, sebelum dijadikan responden peneliti mengajukan lembar persetujuan responden untuk dijadikan sebagai responden peneliti dimana selama menjadi responden, hak dan kewajiban responden peneliti dihargai.

2. *Autonomy*

Peneliti memberikan kebebasan bagi responden menentukan keputusan sendiri apakah bersedia atau tidak ikut dalam penelitian, tanpa adanya paksaan dan pengaruh dari peneliti.

3. *Anonymity*

Setelah responden bersedia menjadi responden peneliti, nama responden tersebut peneliti tidak akan mencantumkan karena peneliti menghargai hak sebagai responden.

4. *Confidentially*

Subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 26 Desember 2018 –12 Januari 2019. Penyajian data meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, distribusi antar variabel serta hubungan faktor-faktor dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh dengan menggunakan uji *spearman's rho*. Selanjutnya dilakukan pembahasan tentang 1) hubungan sikap dengan intensi, 2) hubungan norma subjektif dengan intensi, 3) hubungan PBC dengan intensi, dan 4) hubungan intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh.

#### 5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD Dr. Soetomo merupakan Rumah Sakit Tipe A yang sudah terakreditasi JCI pada tahun 2018 yang terletak di jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya. Rumah sakit berdiri di atas tanah dengan luas 163.875 m<sup>2</sup>. RSUD Dr. Soetomo tidak hanya melayani pengobatan, melainkan juga sebagai rumah sakit pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk di Jawa Timur dan wilayah Indonesia bagian Timur. Jumlah SDM (Sumber Daya Manusia) sebanyak 5.851 orang dan jumlah tempat tidur 1417 buah.

Penelitian ini dilakukan di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang terdiri dari 9 ruangan yaitu: Bedah Aster, Bedah Bougenvile, Bedah Cempaka,

Bedah, Dahlia, Bedah Edelwis, Bedah Flamboyan, Bedah Gladiol, Bedah Herbra, Bedah Nusa Indah.

## 5.2 Hasil Penelitian

### 5.2.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 1 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Demografi di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019

Karakteristik	f(x)	%
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	57	44,9
2. Perempuan	70	55,1
Total	127	100
Usia Responden		
1. 20-25 tahun	6	4,7
2. 26-35 tahun	65	51,2
3. 35-46 tahun	22	17,3
4. 46-55 tahun	26	20,5
5. 56-65 tahun	8	6,3
Total	127	100
Pendidikan Terakhir		
1. D3 Keperawatan	78	61,4
2. S1 Keperawatan	49	38,6
Total	127	100
Jenjang Karir		
1. PK 1	13	10,3
2. PK 2	37	29,1
3. PK 3	66	51,9
4. PK 4	11	8,7
Total	127	100
Status Kepegawaian		
1. BLUD	57	44,9
2. PNS	70	55,1
Total	127	100

Tabel 5. 1 menjelaskan tentang distribusi karakteristik responden pada 127 perawat di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan sebanyak 70 orang (55,1%) dengan usia mayoritas adalah 26-35 tahun sebanyak 65 orang (51,2%) dan

berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 78 orang (61,4%). Mayoritas jenjang kerja responden adalah PK 3 dengan kriteria masa kerja D3 selama 6-12 tahun dan S1 selama 6-9 tahun sebanyak 66 orang (51,9%) dan berstatus PNS sebanyak 70 orang (55,1%).

### 5.2.2 Hubungan sikap dengan intensi

Hubungan antara sikap dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 2 Hubungan Antara Sikap dengan Intensi Perawat pada *Re-assessment* Pasien Risiko Jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019

Sikap	Intensi				$\Sigma$	
	Baik		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Positif	35	27,6	40	31,5	75	59,1
Negatif	26	20,5	26	20,5	52	40,9
$\Sigma$	61	48	66	52	127	100

*Spearman's Rho* (p): 0,010  
*Correlation Coefficient* (r): -0,229

Tabel 5. 3 menjelaskan hubungan antara sikap dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Dari data di atas dapat dilihat mayoritas sikap responden adalah positif namun diikuti dengan intensi yang kurang. Sebagian besar sikap responden yang positif juga diikuti dengan intensi yang baik pada perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan (p=0,010) antara sikap dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi lemah (r=-0,229) serta koefisien

korelasi negatif yang menunjukkan hubungan antara variable sikap dengan variabel intensi yang tidak searah atau berlawanan yaitu semakin tinggi sikap positif semakin rendah intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh

### 5.2.3 Hubungan norma subjektif dengan intensi

Hubungan antara norma subjektif dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 3 Hubungan Antara Norma Subjektif dengan Intensi Perawat pada *Re-assessment* Pasien Risiko Jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019

Norma Subjektif	Intensi				$\Sigma$	
	Baik		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Baik	34	26,8	25	19,7	59	46,5
Kurang	27	21,3	41	32,1	68	53,5
$\Sigma$	61	48	66	52	127	100

*Spearman's Rho* (p): 0,001  
*Correlation Coefficient* (r): 0,281

Tabel 5. 3 menjelaskan hubungan antara norma subjektif dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Data distribusi menunjukkan bahwa norma subjektif yang kurang diikuti dengan intensi yang kurang. Data distribusi juga menunjukkan bahwa norma subjektif yang baik juga diikuti dengan intensi yang baik pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan (p=0,001) antara norma subjektif dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi lemah (r=0,281) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara variabel norma

subyektif dengan variabel intensi yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin kurang norma subjektif maka semakin kurang intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh.

#### 5.2.4 Hubungan *perceived behavior control* dengan intensi

Hubungan antara *perceived behavior control* dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 4 Hubungan Antara *Perceived Behavior Control* dengan Intensitas Perawat pada *Re-assessment* Pasien Risiko Jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019

<i>Perceived Behavior Control</i>	Intensi				$\Sigma$	
	Baik		Kurang			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Positif	39	30,7	27	21,3	66	52
Negatif	22	17,3	39	30,7	61	48
$\Sigma$	61	48	66	52	127	100

*Spearman's Rho* (p): 0,007  
*Correlation Coefficient* (r): 0,237

Tabel 5. 4 menjelaskan hubungan antara *perceived behavior control* dengan intensitas perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Data distribusi menunjukkan bahwa *perceived behavior control* yang negatif diikuti dengan intensitas yang kurang. Data distribusi juga menunjukkan bahwa *perceived behavior control* yang baik juga diikuti dengan intensitas yang baik pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan (p=0,007) antara *perceived behavior control* dengan intensitas perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi lemah (r=0,237) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara

variabel *perceived behavior control* dengan variabel intensi yang searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin baik *perceived behavior control* maka semakin baik intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh.

### 5.2.5 Hubungan intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh

Hubungan antara intensi dengan kepatuhan perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah sebagai berikut:

Tabel 5. 5 Hubungan Antara Intensi dengan Kepatuhan Perawat pada *Re-assessment* Pasien Risiko Jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada 26 Desember 2018 – 12 Januari 2019

Intensi	Kepatuhan				$\Sigma$	
	Patuh		Tidak Patuh			
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Baik	44	34,6	17	13,4	61	48
Kurang	17	13,4	49	38,6	66	52
$\Sigma$	61	48	66	52	127	100

*Spearman's Rho* (p): 0,000  
*Correlation Coefficient* (r): 0,541

Tabel 5. 5 menjelaskan hubungan antara intensi dengan kepatuhan perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Data distribusi menunjukkan bahwa intensi yang negatif diikuti dengan *re-assessment* pasien risiko jatuh yang kurang. Data distribusi juga menunjukkan bahwa intensi yang baik juga diikuti dengan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil uji statistik menggunakan *spearman's rho* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan (p=0,000) antara intensi dengan kepatuhan perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil uji statistik juga menunjukkan tingkat korelasi cukup kuat (r=0,541) serta koefisien korelasi positif yang menunjukkan hubungan antara variabel intensi dengan variabel kepatuhan perawat pada re-assesmen pasien risiko jatuh yang

searah dengan nilai yang sama tinggi yaitu semakin kurang intensi maka semakin rendah *re-assessment* pasien risiko jatuh.

### 5.3 Pembahasan

#### 1. Hubungan sikap dengan intensi

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang lemah dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan atau saling keterikatan antara sikap responden dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas responden terhadap re-asesmen pasien risiko jatuh adalah sebanyak 75 orang (59,1 %) memiliki sikap yang positif, namun diikuti dengan intensi yang kurang sebanyak 40 orang (31,5%). Namun juga terdapat sebagian responden dengan sikap yang positif juga diikuti dengan intensi yang baik. Sikap dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu afektif, kognitif, dan konatif. Komponen kognitif berkaitan dengan pikiran atau rasio individu yang dihubungkan dengan konsekuensi yang dihasilkan tingkah laku tertentu (McKinn *et al.*, 2016).

Peneliti berpendapat dalam hal ini berhubungan dengan *belief*/kepercayaan seseorang mengenai segala sesuatu, baik negatif maupun positif tentang obyek sikap. Contohnya adalah sikap terhadap pelaksanaan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Kepercayaan bahwa pelaksanaan *re-assessment* pasien risiko jatuh dapat



meningkatkan kualitas asuhan pelayanan asuhan keperawatan serta meningkatkan kolaborasi antar kesehatan. Hal tersebut merupakan contoh sikap yang positif yang dilandasi dengan niat yang baik (Lunsford, 2015).

Hasil penelitan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Haigh *et al.*, 2016) yang menyebutkan bahwa sikap dalam *assessment patient safety* sangat dipengaruhi oleh niat atau intensi dari perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Intensi yang dimiliki oleh perawat akan membawa kepada kemauan dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Peneliti berpendapat bahwa *re-assessment* pasien risiko jatuh masih jarang dilakukan karena dalam proses pendokumentasiannya membutuhkan waktu yang cukup banyak serta beban kerja perawat yang cukup banyak dengan harus memberikan perawatan kepada banyak pasien di ruangan perawatan. Selain itu, terkadang perawat lupa dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh.

Komponen afektif menjelaskan evaluasi dan perasaan seseorang terhadap obyek sikap. Apabila diaplikasikan pada contoh sikap terhadap pelaksanaan ronde keperawatan di atas, perawat yang memiliki perasaan tidak suka terhadap pelaksanaan ronde keperawatan yang hanya akan menambah pekerjaan tambahan, maka apa yang dikerjakannya akan melahirkan sikap yang negatif pada orang tersebut, demikian sebaliknya jika ia memiliki perasaan positif, maka ia juga akan memiliki sikap positif (Xue *et al.*, 2012)

Komponen konatif, merupakan kecenderungan tingkah laku, intensi, komitmen dan tindakan yang berkaitan obyek sikap. Jika diaplikasikan pada contoh sebelumnya, seseorang memiliki sikap yang positif pada pelaksanaan *re-assessment* pasien risiko jatuh jika orang tersebut menyatakan kesediaannya untuk

melaksanakan ronde keperawatan. Niat sering dilihat sebagai komponen konatif dari sikap dan diasumsikan bahwa komponen konatif ini berhubungan dengan komponen afektif dari sikap (Ravika Ramlis, 2017).

Nursalam (2013) menyebutkan bahwa sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *beliefs* seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan (*outcome evaluation*) dan kekuatan terhadap *beliefs* tersebut (*beliefs strenght*). *Beliefs* adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek-aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya.

Sikap responden pada *re-assessment* pasien risiko jatuh juga dipengaruhi oleh faktor usia. Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas usia responden adalah 26-35 tahun. Pada usia produktif responden akan memiliki niat yang baik dalam melakukan suatu hal. Namun pada suatu kondisi responden dengan beban kerja yang tinggi seperti seorang perawat yang memberikan pelayanan di rumah sakit kemampuannya akan terbagi sehingga dapat berpengaruh pada niat responden dan sikap dalam *re-assessment* pasien risiko jatuh (Grubaugh and Flynn, 2018).

Sikap responden dalam pelaksanaan *assessment* pada resiko jatuh yang dipengaruhi oleh niat dari perawat. Niat perawat sangat dipengaruhi oleh beberapa aspek seperti lingkungan, beban kerja, usia, kemampuan atau skill, serta banyaknya yang catatan perkembangan yang harus dikokumentasikan oleh perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Smith, 2018).

Smith, (2018) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa hubungan komunikasi antar tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lainnya yang dapat tertulis pada catatan terintegrasi yang jelas juga dapat

mempengaruhi sikap dalam pencatatan yang lebih baik dan terintegrasi. Hal tersebut jika dihubungkan dengan sikap perawat dalam melakukan *reassessment* juga dapat dipengaruhi oleh kualitas komunikasi antar tenaga kesehatan.

## 2. Hubungan norma subjektif dengan intensi

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara norma subjektif dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang lemah dan dapat disimpulkan terdapat ketergantungan antara norma subjektif responden dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas norma subjektif kurang sebanyak 68 orang (53,5 %) yang dimiliki oleh responden diikuti dengan intensi yang kurang sebanyak 41 orang (32,1%) dan sebagian responden dengan norma subjektif yang baik diikuti dengan intensi yang baik. Hal tersebut dikarenakan individu yang percaya bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya akan mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tersebut dalam hal ini adalah *re-assessment* pasien risiko jatuh, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial bagi individu tersebut untuk melakukannya. Sebaliknya jika ia percaya orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki *subjective norm* untuk tidak melakukannya (Grubaugh and Flynn, 2018).

*Normative belief* berhubungan dengan persepsi responden terhadap sikap referent tentang tingkah laku yang dimaksud. Sedangkan *motivation to comply*

berhubungan dengan kekuatan/kekuasaan yang dimiliki referent terhadap responden yang bersangkutan. Sesuai dengan informasi mengenai antesedennya, norma subjektif didasarkan pada 2 hal, yaitu *normative belief* dan *motivation to comply*. Maka pengukuran norma subjektif juga diperoleh dari hasil perkalian keduanya. Sama halnya dengan sikap, *Belief* tentang pihak-pihak yang mendukung atau tidak didapatkan dari hasil elisitasi untuk menentukan *belief* utamanya (Liu and Zhang, 2010).

Peneliti berpendapat bahwa norma subjektif memiliki peran yang penting terhadap intensi responden dalam *re-assessment* pasien risiko jatuh. Dukungan dari teman sejawat dengan saling mengingatkan tentang *re-assessment* pasien risiko jatuh secara reguler atau teratur dan terulang dapat memberikan dampak positif, sehingga perawat dapat melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh dengan baik. Jika dilihat dari data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas norma subjektif responden adalah kurang sehingga niat responden dalam *re-assessment* pasien risiko jatuh akan kurang.

Norma subjektif sangat berhubungan dengan hubungan dan persepsi antar tenaga kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan. Norma subjektif yang baik dari lingkungan dan sejawat dapat memberikan dorongan yang positif kepada perawat dalam melakukan suatu tindakan (Grubaugh and Flynn, 2018). Tindakan *reassessment* yang baik dapat terlaksana apabila antar tenaga kesahan saling memberikan dukungan yang positif dan saling mengingatkan apabila perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien belum melakukan tindakan *reassessment*. *Environment support system* dapat memberikan pengaruh yang positif dalam lingkungan kerja (Nur, Dharmana and Santoso, 2016).

### 3. Hubungan *perceived behavioral control* dengan intensi

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *perceived behavior control* dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang lemah dan dapat disimpulkan terdapat ketergantungan antara *perceived behavior control* responden dengan intensi perawat pada *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data distribusi menunjukkan bahwa *perceived behavior control* yang positif sebanyak 66 orang (52 %) diikuti dengan intensi yang baik sebanyak 39 orang (30,7%) pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Kendali perilaku yang dipersepsikan merupakan persepsi terhadap mudah atau sulitnya sebuah perilaku yang dapat dilaksanakan (Nursalam, 2013). Nursalam (2013) menyebutkan bahwa terdapat dua asumsi mengenai kendali perilaku yang dipersepsikan. Pertama, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki pengaruh motivasional terhadap intensi. Individu yang meyakini bahwa ia tidak memiliki kesempatan untuk berperilaku, tidak akan memiliki intensi yang kuat, meskipun ia bersikap positif dan didukung oleh *refrents* (orang-orang disekitarnya). Kedua, kendali perilaku yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk mempengaruhi perilaku secara langsung, tanpa melalui intensi, karena ia merupakan substitusi parsial dari pengukuran terhadap kendali aktual.

Peneliti berpendapat bahwa jika perawat dapat mengendalikan perilaku yang dipersepsikan sebagai tindakan yang baik, maka akan diikuti dengan intensi yang baik pada *re-assessment* pasien risiko jatuh. Perawat harus dapat mengendalikan

perilaku yang banyak dipengaruhi faktor lingkungan tempat kerja untuk dapat melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh secara optimal.

Data distribusi menunjukkan bahwa masa kerja responden mayoritas pada rentang 1 – 10 tahun. Dari masa kerja yang belum terlalu lama ini, responden masih mudah terbawa arus oleh lingkungan sehingga belum dapat mengontrol *perceived behavior control* secara baik. Hal ini juga dapat dilihat pada distribusi yang menunjukkan bahwa *perceived behavior control* yang negatif juga diikuti dengan intensi yang kurang dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh.

Keberhasilan dalam kepatuhan *re-assessment* pasien jatuh sangat dipengaruhi oleh persepsi perawat. Hal tersebut tidak akan dapat terlaksana dengan baik apabila perawat menganggap bahwa tindakan tersebut menjadi sesuatu yang berat dan akan memberikan beban lebih. Tindakan *re-assessment* seharusnya dilakukan oleh perawat atas dasar sesuatu yang harus dilakukan untuk memperoleh data perkembangan dari pasien (Cruz, Carvalho and Lopes, 2016).

#### 4. Hubungan intensi dengan kepatuhan *re-assessment*

Hasil analisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's R'ho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Koefisien korelasi menunjukkan adanya hubungan pada tingkat yang lemah dan dapat disimpulkan terdapat ketergantungan antara intensi responden dengan intensi perawat pada kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Data distribusi menunjukkan bahwa mayoritas intensi responden adalah kurang sebanyak 61 orang (48 %) dan diikuti dengan kepatuhan *re-assessment*

pasien risiko jatuh yang kurang sebanyak 49 orang (38,6%). Data distribusi juga menunjukkan bahwa intensi yang baik juga diikuti dengan *re-assessment* pasien risiko jatuh yang baik juga. Hal ini menunjukkan bahwa intensi perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh memiliki hubungan satu sama lain. Intensi merupakan dasar bagi perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh (Nurishan and Sari, 2018).

Intensi merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku. Seseorang berperilaku karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku masih merupakan suatu keinginan atau rencana, sehingga niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku adalah tindakan nyata yang dilakukan (Uddin *et al.*, 2012).

Menurut Nursalam (2013) intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga dapat mengharapakan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya. Pada umumnya, intensi memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, oleh karena itu dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Intensi diukur dengan sebuah prosedur yang menempatkan suatu subjek didimensi probabilitas subjektif yang melibatkan suatu hubungan antara dirinya dengan tindakan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Negarandeh, Hooshmand Bahabadi and Aliheydari Mamaghani, 2014) yang menyebutkan bahwa intensi merupakan suatu dasar yang harus dimiliki oleh perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Apabila *re-assessment* pasien risiko jatuh dapat dilakukan dengan baik dan dapat mencegah kejadian jatuh pada pasien dan sebagai monitoring status dan kondisi pasien oleh perawat, tentu

hal tersebut akan membuat pasien menjadi puas dengan pelayanan yang diberikan. Sebab kepuasan juga menjadi salah faktor dalam pelayanan asuhan keperawatan yang baik.

Intensi perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh juga dapat dipengaruhi faktor pendidikan perawat. Data distribusi demografi menunjukkan bahwa mayoritas perawat berpendidikan vokasi / D3 Keperawatan. Pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhan sesuai dengan tingkat pemenuhan kebutuhan yang berbeda-beda yang akhirnya motivasi kerja seseorang. Seseorang dengan latar belakang pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dengan pekerja yang memiliki pendidikan yang lebih rendah (Palumbo *et al.*, 2016).

Pendidikan seseorang akan meningkatkan kematangan intelektual sehingga akan mempengaruhi membuat keputusan dalam bertindak. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah seseorang menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya meningkatkan kesejahteraan sehingga perawat dengan pendidikan yang tinggi dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pelaksanaan *re-assessment* pasien jatuh (Callis, 2016).

Peneliti berpendapat bahwa pendidikan sangat mempengaruhi intensi perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Hal tersebut sesuai dengan data distribusi yang menyebutkan bahwa mayoritas pendidikan perawat adalah berpendidikan vokasi dengan mayoritas intensi kurang dan kepatuhan dalam *re-assessment* pasien risiko jatuh juga kurang. Sehingga diperlakukan kebijakan untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam *re-assessment* pasien risiko jatuh



sehingga intensi perawat juga dapat baik seiring dengan peningkatan pengetahuan dan informasi.

Data distribusi juga menunjukkan bahwa mayoritas usia responden adalah dalam rentang 26 – 35 tahun sebanyak 65 orang(51,2%). Usia perawat juga dapat berpengaruh terhadap intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien jatuh. Usia 20-30 tahun memiliki motivasi kerja relatif rendah dibandingkan dengan pekerja lebih tua, karena pekerja yang lebih muda belum berlandaskan realitas sehingga pekerja muda lebih sering mengalami kekecewaan dalam bekerja. Hal ini dapat menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja, semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kematangan jiwanya. Usia semakin lanjut akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional dan toleransi terhadap pandangan orang lain sehingga berpengaruh juga terhadap peningkatan motivasinya (Nursalam, 2013).

Kelengkapan dan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan yang termasuk didalamnya terdapat pengkajian *re-assessment* pada pasien jatuh. Hal tersebut dapat terlaksana dengan pengorganisasian dan *staffing* yang baik (Xue *et al.*, 2012). Kepala ruang dapat melakukan supervisi secara rutin sehingga dapat memeriksa dokumentasi keperawatan serta dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien resiko jatuh.

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sikap memiliki hubungan dengan intensi perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Sikap yang positif akan diikuti dengan intensi yang baik. Sehingga kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh dapat berjalan dengan baik dengan komunikasi yang baik, melakukan sesuai SOP dan melaksanakan tugas sesuai dengan asuhan keperawatan yang terarah.
2. Norma subjektif diikuti dengan intensi perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Kepercayaan dan dukungan dari perawat lain sebagai norma subjektif yang dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh.
3. *Perceived behaviour control* memiliki hubungan dengan intensi perawat dalam kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Perawat yang dapat mengendalikan perilaku yang dipersepsikan sebagai tindakan yang baik, maka akan diikuti dengan intensi yang baik pada *re-assessment* pasien risiko jatuh dalam hal ini diperlukan kerjasama yang baik antar tim pada saat memberikan asuhan keperawatan dan menciptakan kondisi yang kondusif di lingkungan kerja agar beban pekerjaan semakin berkurang.

4. Intensi memiliki hubungan dengan kepatuhan *re-assessment* pasien risiko jatuh. Perawat dengan intensi yang baik maka akan patuh dalam melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh dengan peningkatan informasi dan pengetahuan serta pelaksanaan pengoorganisasian staffing yang baik.

## 6.2 Saran

Sesuai dengan penelitian yang telah dilaksanakan, terdapat beberapa saran yang perlu dipertimbangkan, meliputi:

1. Bagi perawat

Perawat pelaksana di IRNA Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya diharapkan dapat melakukan *re-assessment* pasien risiko jatuh baik dan lengkap untuk meningkatkan kualitas mutu dokumentasi asuhan keperawatan, serta perawat dapat mengomunikasikan kepada supervisor atau kepala ruangan terkait masalah yang dihadapi tentang *re-assessment* pasien risiko jatuh, sehingga kedepannya *re-assessment* pasien risiko jatuh dapat lebih baik.

2. Bagi rumah sakit

- 1) Kepala ruangan diharapkan dapat meningkatkan fungsi pengawasan dan kontrol terhadap kepatuhan perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien resiko jatuh. Kepala ruangan juga dapat memberikan *reward* atau *punishment* terkait kelengkapan dan kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh.

- 2) Pihak rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelatihan, bimbingan, dan motivasi secara rutin dan berkala kepada perawat, sehingga kepatuhan

*re-assessment* pasien resiko jatuh yang dilakukan oleh perawat dapat lebih baik.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan variabel yang berbeda dan dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan yang berbeda.

### DAFTAR PUSTAKA

(KKP-RS), K. K. P. R. S. (2008) *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)*. Jakarta: PERSI, KKP-RS.

(VANCPS), V. A. N. C. for P. S. (2004) ‘Overview Guide from NHS Staff’.

Ajzen, I. (2005) *Attitudes, Personality and Behavior*. 2nd edn. Edited by T. Manstead. New York: Open University Press.

Arikunto, M. (2013) *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.

Arikunto, S. (2010) *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktik*. Yogyakarta: Rineka Cipta.

Budiono, S., Wahyu Sarwiyata, T. and Alamsyah, A. (2014) ‘Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit’, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), pp. 78–83. doi: 10.21776/ub.jkb.2014.028.01.28.

Callis, N. (2016) ‘Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors’, *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 29, pp. 53–58. doi: 10.1016/j.apnr.2015.05.007.

Conis, E. (2015) *Vaccine Nation, America’s Changing Relationship with Immunization*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Cruz, S., Carvalho, L. and Lopes, E. (2016) ‘Improving the Evaluation of Risk of Fall through Clinical Supervision: An Evidence’, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Elsevier B.V., 217, pp. 382–388. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.108.

Darmojo (2004) *Geriatric Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Deborah (2008) ‘The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case Control Study’, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14, pp. 22–28.

Febriastuti, N., Arif, Y. S. and Kusumaningrum, T. (2014) ‘Kepatuhan Orang Tua Dalam Pemberian Kelengkapan Imunisasi dasar pada bayi 4-11 Bulan’, *Jurnal Ners Unair*, 3(031), pp. 45–52.

Grubaugh, M. L. and Flynn, L. (2018) ‘Relationships among Nurse Manager Leadership Skills, Conflict Management, and Unit Teamwork’, *Journal of Nursing Administration*, 48(7–8), pp. 383–388. doi: 10.1097/NNA.0000000000000633.

Haigh, R. *et al.* (2016) ‘Development and implementation of nursing grand rounds in a cancer centre’, *Cancer Nursing Practice (2014+)*, 15(5), p. 24. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/cnp.15.5.24.s22>.

Heruningtyas, D. R. (2017) ‘No Title’, *analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian jatuh pada pasien anak di ruang bona 2 RSUD Dr. SoetomoN*.

Hill, K. D. *et al.* (2016) ‘Falls risk assessment outcomes and factors associated with falls for older Indigenous Australians’, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(6), pp. 553–558. doi: 10.1111/1753-6405.12569.

Hoffmann, V. S. *et al.* (2015) ‘Pro-Active Fall-Risk Management is {Mandatory} to {Sustain} in {Hospital}-{Fall} {Prevention} in {Older} {Patients}-- {Validation} of the {LUCAS} {Fall}-{Risk} {Screening} in 2,337 {Patients}’, *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(10), pp. 1012–1018. doi: 10.1007/s12603-015-0557-1.

Hunderfund, A. N. L. *et al.* (2011) ‘Effect of a multidisciplinary fall risk assessment on falls among neurology inpatients’, *Mayo Clinic Proceedings*, 86(1), pp. 19–24. doi: 10.4065/mcp.2010.0441.

JCI (2015) ‘Accreditation Participation Requirements’, (January).

JCI (2016) *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition*. 4th edn. Illinois USA: Oakbrook Terrace.

KARS (2012) *Penilaian Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta.

Liu, H. and Zhang, C. (2010) ‘Research on information engineering surveillance risk evaluation based on fault tree analysis’, *Proceedings - 2010 3rd IEEE International Conference on Computer Science and Information Technology, ICCSIT 2010*. Elsevier Inc., 4, pp. 601–605. doi: 10.1016/j.pedn.2018.04.003.

Lunsford, B. (2015) ‘Assessing your patients’ risk for falling.’, *American Nurse Today*, 10(7), pp. 29–31. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109826229&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>.

Luthfiyah, A. N. (2016) ‘Factor of Hand Hygiene Nurse and Midwife Based Compliance and Adherence Theory’, *Repository Unair*, p. 2016.

Macavoy, S, Skinner, T. (2009) ‘Fall risk assessment tool Applied nursing research : ANR, November 2009, vol./is. 9/4(213-8), 0897-1897’.

Mata, L. R. F. da *et al.* (2017) ‘Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). doi: 10.1590/1518-8345.1775.2904.

McKinn, S. *et al.* (2016) ‘Factors influencing general practitioners’ decisions about cardiovascular disease risk reassessment: Findings from experimental and interview studies’, *BMC Family Practice*. BMC Family Practice, 17(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12875-016-0499-7.

Muh Miftahul Ulum and Wulandari, R. D. (2013) ‘Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori Kepatuhan Milgram’, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(3), pp. 252–262.

Najihah (2018) 'Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review', *Journal of Islamic Nursing*, 3, pp. 1–8.

Nur, H. A., Dharmana, E. and Santoso, A. (2016) 'Pelaksanaan asesmen risiko jatuh di Rumah Sakit', *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 7642(2), pp. 123–133.

Nurishan, R. and Sari, N. K. (2018) 'Nurse Adherence in Implementing Interventions Procedures for High Risk Patients Fall in General Hospital Wates Kulon Progo', *Respository UMY*, pp. 3–16.

Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis edisi. 3rd edn.* Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam (2015) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Prakti.* Jakarta: Salemba Medika.

Palumbo, P. *et al.* (2016) 'Predictive Performance of a Fall Risk Assessment Tool for Community-Dwelling Older People (FRAT-up) in 4 European Cohorts', *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., 17(12), pp. 1106–1113. doi: 10.1016/j.jamda.2016.07.015.

Patrick, R. J. *et al.* (2017) 'The predictive value of fall assessment tools for patients admitted to hospice care', *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(3), pp. 341–346. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-001070.

Permenkes (2011) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/per/VIII/2011 tanggal 8 Agustus 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.* Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Pohan (2007) *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: dasar - dasar pengertian dan pelaksanaan.* Jakarta: EGC.

Putri, D. P. *et al.* (2017) 'Analisa pelaksanaan asesmen pencegahan risiko jatuh pasien oleh perawat di rumah sakit universitas tanjungpura pontianak'.

ravika ramlis (2017) 'FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RESIKO JATUH PADA LANSIA DI BPPLU KOTA BENGKULU TAHUN 2017'.

Regina, L. and Moraes, J. T. (2017) 'Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study'. doi: 10.1590/1518-8345.1775.2904.

Sastroasmoro, S. (2011) *Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta: Sagung Seto.

Smith, D. A. (2018) 'Documented, Systematic and Individualized Communication With the Attending Physician for Fall Risk Reduction/Injury Mitigation Care Planning', *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc.,

19(8), pp. 714–716. doi: 10.1016/j.jamda.2018.05.032.

Uddin, J. *et al.* (2012) ‘Improving low coverage of child immunization in rural hard-to-reach areas of Bangladesh: Findings from a project using multiple interventions’, *Vaccine*. Elsevier Ltd, 30(2), pp. 168–179. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.11.030.

Weiner, J. L. *et al.* (2015) ‘Childhood immunizations First-time expectant mothers’ knowledge, beliefs, intentions, and behaviors’, *Vaccine*. Elsevier Ltd, 33(9), pp. D92–D98. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.09.037.

Xue, Y. *et al.* (2012) ‘Quality outcomes of hospital supplemental nurse staffing’, *Journal of Nursing Administration*, 42(12), pp. 580–585. doi: 10.1097/NNA.0b013e318274b5bc.



## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Penjelasan Penelitian Bagi Responden

#### PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN

##### **Saya yang bertanda tangan di bawah ini**

- Nama : Ade Putrina  
 Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
 Nomor Hp :  
 e-mail :  
 Judul Penelitian : Analisis Faktor Kepatuhan *Re-Assessment* Pasien Resiko Jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
 Tujuan umum : Menganalisis faktor kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
 Tujuan khusus :
1. Menganalisis hubungan *attitude* (sikap) dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
  2. Menganalisis hubungan norma subjektif dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
  3. Menganalisis hubungan *perceived behavior control* dengan intensi dalam kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
  4. Menganalisis hubungan intensi dengan kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh di Irna Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya

##### **Perlakuan yang diterapkan pada subjek**

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, dimana responden akan diminta untuk mengisi kuesioner tentang data demografi, sikap, norma subjektif, *perceived behavior control*, dan kepatuhan *re-assessment* pasien resiko jatuh.

##### **Manfaat penelitian bagi subjek penelitian**

Rangkaian kegiatan dalam penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan manfaat kepada perawat dalam melakukan *re-assessment* pasien resiko jatuh.

**Hak untuk undur diri**

Keikutan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapan pun tanpa menimbulkan konsekuensi yang bersifat merugikan responden.

**Jaminan kerahasiaan data**

Semua data dan informasi responden akan dijaga kerahasiaannya, yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas.

**Adanya insentif untuk subjek penelitian**

Seluruh responden yang secara sukarela ikut dalam penelitian ini akan mendapatkan *souvenir* dari peneliti.

**Informasi tambahan**

Penelitian ini akan menyampaikan hasil penelitian kepada responden. Jika responden mengizinkan, hasil penelitian ini juga akan diberikan kepada institusi pendidikan dimana peneliti sedang belajar serta pada institusi pelayanan kesehatan setempat.

**Pernyataan kesediaan**

Apabila responden telah memahami penjelasan dan setuju sebagai responden dalam penelitian ini, mohon menandatangani surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian.

Surabaya, Desember 2018

Hormat Saya

Ade Putrina



## Lampiran 3 Kuesioner Demografi

**DATA DEMOGRAFI****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

1. Umur : ..... tahun
2. Masa kerja : ..... tahun
3. Jenis kelamin :  Laki-laki  
:  Perempuan
4. Status kepegawaian :  BLUD  
:  PNS
5. Pendidikan terakhir :  SPK  
:  Vokasi  
:  Sarjana  
:  Magister
6. Jenjang Karir :  PK 1  
:  PK 2  
:  PK 3  
:  PK 4

## Lampiran 4 Kuesioner Sikap

**KUESIONER SIKAP****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

No	Pernyataan	SS	S	T	STS
1	Bagi saya <i>Re-assessment</i> pasien resiko jatuh adalah tindakan yang membutuhkan waktu lama				
2	Bagi saya tindakan <i>Re-assessment</i> pasien resiko jatuh adalah suatu hal yang dapat saya lakukan di waktu sengang				
3	Melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh sangat penting untuk keselamatan pasien				
4	Saya akan melakukan <i>re-assessment</i> jika menurut saya itu hal yang sangat penting				
5	<i>Re-asesment</i> merupakan salah satu dari komponen IPSPG yang harus saya lakukan				
6	Saya melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien				
7	Saya melakukan <i>re-asesment</i> kepada semua pasien di ruangan saya				
8	Bagi saya <i>re-asesment</i> pasien resiko jatuh tidaklah penting				
9	Saya dapat melakukan <i>re-assessment</i> pasien jatuh sesuai dengan SOP yang ada				
10	Saya hanya akan melakukan <i>re-assessment</i> pasien jatuh jika ada supervisi				

## Lampiran 5 Kuesioner Norma Subjektif

**KUESIONER NORMA SUBJEKTIF****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya akan mengikuti apa yang disampaikan oleh Komite Keperawatan tentang prosedur penilaian <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh apabila dilakukan supervisi				
2	Rekan sejawat saya sering memberikan informasi mengenai cara <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh agar tidak terjadi insiden pasien jatuh				
3	Saya sering meminta pendapat teman sejawat mengenai bagaimana cara penilaian <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
4	Saya akan mengikuti apa yang disampaikan oleh Kepala Ruangan mengenai <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh apabila diperlukan				
5	Rekan sejawat saya selalu menyarankan/mengingatkan agar melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh pada saat pergantian shift jaga				
6	Kepala ruangan selalu memantau kepatuhan pengisian <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh yang ada pada status pasien				
7	Rekan sejawat saya tidak menyarankan untuk sama-sama saling mengingatkan apabila lupa <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
8	Kepala Bidang Keperawatan mendukung untuk melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
9	Kepala Instansi Rawat Inap mendukung untuk melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
10	Kepala Ruangan mendukung untuk melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh kalua sudah terjadi insiden pasien jatuh				
11	Rekan sejawat mendukung untuk melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
12	Tim kesehatan lain, mendukung untuk melakukan tindakan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				

## Keterangan

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

Lampiran 6 Kuesioner *Perceived Behavior Control***KUESIONER *PERCEIVED BEHAVIOR CONTROL*****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Peraturan RS merupakan faktor pendorong untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
2	Kesadaran akan pentingnya pelayanan kepada klien menjadi faktor pendorong untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
3	Motivasi untuk menjalankan kewajiban, tanggung jawab perawat menjadi faktor pendukung untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
4	Kondisi ruangan yang sibuk merupakan hambatan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
5	Adanya supervisi dari atasan merupakan faktor pendorong untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
6	Kebutuhan akreditasi RS atau evaluasi mutu merupakan faktor pendorong untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
7	Belum adanya pedoman baku dan format yang tidak sesuai dengan standar akreditasi menjadi hambatan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
8	Faktor pengetahuan perawat tentang pentingnya <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh merupakan faktor pendukung untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				



No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
9	Faktor malas dan ribet merupakan hambatan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
10	Tersedianya sarana dan prasarana menjadi faktor pendukung untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
11	Kondisi pasien yang gawat menjadi faktor penghambat untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
12	Faktor beban kerja menjadi faktor penghambat untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
13	Faktor waktu menjadi faktor penghambat untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				
14	Minimumnya reward merupakan penghambat untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				

Keterangan

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

## Lampiran 7 Kuesioner Intensi

**KUESIONER INTENSI****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya berkeinginan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh sesuai dengan format dan pedoman yang berlaku				
2	Saya berkeinginan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh sesuai dengan kondisi pasien				
3	Saya berkeinginan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh setiap terjadi perubahan kondisi pasien				
4	Saya berkeinginan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh jika ada <i>reward</i> yang didapat dari tindakan yang saya lakukan tersebut				
5	Saya berkeinginan untuk melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan				
6	Saya berniat melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh jika dilakukan supervisi				
7	Saya berniat melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh setiap saya <i>shift</i>				
8	Saya berniat melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh jika saya rasa perlu				

**Keterangan**

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

Lampiran 8 Kuesioner Kepatuhan *Re-Assessment* Pasien Resiko Jatuh**KUESIONER KEPATUHAN *RE-ASSESSMENT* PASIEN RESIKO JATUH****Petunjuk pengisian**

Berilah tanda centang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda!

No responden : .....

Tanggal pengisian : .....

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh pada saat pertama kali pasien masuk dan ketika terjadi perubahan kondisi fisik pasien				
2	Saya melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh sesuai dengan kondisi pasien				
3	Saya melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh pada saat pasien pindah ke ruangan lain atau department lain				
4	Saya melakukan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh pada pasien dengan resiko tinggi setiap <i>shift</i> atau sesaat setelah terjadi kasus jatuh				
5	Saya rutin melakukan pendokumentasikan <i>re-assessment</i> pasien resiko jatuh				

**Keterangan**

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

## Lampiran 9 Analisis Data

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.869	.820	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	25.98	5.658	.763	.771	.819
s2	26.35	4.961	.852	.789	.856
s3	25.25	4.126	.829	.892	.834
s4	26.83	4.954	.876	.780	.842
s5	25.42	5.182	.759	.705	.829
s6	27.33	4.128	.890	.876	.855
s7	25.86	5.250	.630	.770	.861
s8	25.65	4.038	.890	.891	.809
s9	25.75	4.857	.894	.835	.841
s10	25.73	4.547	.860	.849	.864

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.772	.746	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
n1	22.03	11.967	.716	.717	.675
n2	22.93	11.003	.823	.749	.799
n3	22.70	11.688	.806	.800	.738
n4	21.57	12.994	.649	.614	.759
n5	22.76	10.535	.835	.881	.785
n6	22.88	10.200	.829	.758	.778
n7	22.52	11.061	.718	.781	.758
n8	23.13	11.476	.644	.691	.772
n9	23.08	11.152	.630	.619	.762
n10	22.32	12.506	.771	.794	.680
n11	23.03	12.793	.665	.633	.789
n12	22.94	11.123	.884	.801	.718

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.751	.735	14

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	31.63	23.346	.740	.769	.776
p2	31.90	22.775	.887	.852	.760
p3	31.76	22.102	.838	.883	.790
p4	30.87	22.117	.732	.721	.693
p5	30.57	24.611	.695	.608	.724
p6	30.48	22.299	.714	.718	.732
p7	30.84	22.356	.761	.723	.714
p8	31.76	22.186	.719	.759	.766
p9	30.86	21.726	.824	.878	.718
p10	31.77	21.686	.840	.890	.768
p11	30.94	23.068	.643	.609	.705
p12	30.87	23.164	.654	.657	.705
p13	30.98	22.357	.763	.785	.692
p14	30.94	22.393	.721	.795	.730

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.703	.737	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i1	14.36	7.591	.614	.659	.661
i2	14.34	6.635	.720	.647	.672
i3	14.43	6.543	.721	.737	.671
i4	13.44	6.792	.840	.865	.696
i5	14.52	6.547	.789	.737	.676
i6	13.57	5.343	.820	.801	.642
i7	14.28	6.434	.796	.620	.674
i8	13.45	5.274	.891	.817	.702

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.830	.831	5

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
k1	6.72	3.633	.641	.499	.792
k2	6.80	3.815	.661	.466	.789
k3	6.64	3.534	.644	.503	.792
k4	6.84	3.594	.632	.480	.795
k5	6.74	3.829	.769	.570	.812

## Uji Normalitas

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		sikap	norma.subjektif	pbc	intensi
N		127	127	127	127
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	28.68	25.47	32.45	16.03
	Std. Deviation	3.561	4.512	6.118	3.018
Most Extreme Differences	Absolute	.127	.083	.121	.181
	Positive	.063	.083	.074	.115
	Negative	-.127	-.057	-.121	-.181
Test Statistic		.127	.083	.121	.181
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 <sup>c</sup>	.030 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>	.000 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.



## Kategori

		<b>kat.umur</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 tahun	6	4.7	4.7	4.7
	26-35 tahun	65	51.2	51.2	55.9
	36-45 tahun	22	17.3	17.3	73.2
	46-55 tahun	26	20.5	20.5	93.7
	56-65 tahun	8	6.3	6.3	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

		<b>kat.masa.kerja</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10 tahun	59	46.5	46.5	46.5
	11-20 tahun	31	24.4	24.4	70.9
	21-30 tahun	26	20.5	20.5	91.3
	31-40 tahun	11	8.7	8.7	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

		<b>jk</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	57	44.9	44.9	44.9
	Perempuan	70	55.1	55.1	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

		<b>status</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kontrak	57	44.9	44.9	44.9
	Tetap	70	55.1	55.1	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vokasi	78	61.4	61.4	61.4
	Sarjana	49	38.6	38.6	100.0
Total		127	100.0	100.0	

**kat.sikap**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	75	59.1	59.1	59.1
	Negatif	52	40.9	40.9	100.0
Total		127	100.0	100.0	

**kat.norma**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	59	46.5	46.5	46.5
	Kurang	68	53.5	53.5	100.0
Total		127	100.0	100.0	

**kat.pbc**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	66	52.0	52.0	52.0
	Negatif	61	48.0	48.0	100.0
Total		127	100.0	100.0	

**kat.intensi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	61	48.0	48.0	48.0
	Kurang	66	52.0	52.0	100.0
Total		127	100.0	100.0	

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**kat.kepatuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	61	48.0	48.0	48.0
	Tidak Patuh	66	52.0	52.0	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

**kat.sikap \* kat.intensi Crosstabulation**

		kat.intensi		Total	
		Baik	Kurang		
kat.sikap	Positif	Count	35	40	75
		% of Total	27.6%	31.5%	59.1%
	Negatif	Count	26	26	52
		% of Total	20.5%	20.5%	40.9%
Total	Count	61	66	127	
	% of Total	48.0%	52.0%	100.0%	

**kat.norma \* kat.intensi Crosstabulation**

		kat.intensi		Total	
		Baik	Kurang		
kat.norma	Baik	Count	34	25	59
		% of Total	26.8%	19.7%	46.5%
	Kurang	Count	27	41	68
		% of Total	21.3%	32.3%	53.5%
Total	Count	61	66	127	
	% of Total	48.0%	52.0%	100.0%	

**kat.pbc \* kat.intensi Crosstabulation**

		kat.intensi		Total	
		Baik	Kurang		
kat.pbc	Positif	Count	39	27	66
		% of Total	30.7%	21.3%	52.0%
	Negatif	Count	22	39	61
		% of Total	17.3%	30.7%	48.0%
Total	Count	61	66	127	
	% of Total	48.0%	52.0%	100.0%	

**kat.intensi \* kat.kepatuhan Crosstabulation**

		kat.kepatuhan		Total	
		Patuh	Tidak Patuh		
kat.intensi	Baik	Count	44	17	61
		% of Total	34.6%	13.4%	48.0%
	Kurang	Count	17	49	66
		% of Total	13.4%	38.6%	52.0%
Total	Count	61	66	127	
	% of Total	48.0%	52.0%	100.0%	

**Correlations**

		sikap		intensi
Spearman's rho	sikap	Correlation Coefficient	1.000	-.229**
		Sig. (2-tailed)	.	.010
		N	127	127
	intensi	Correlation Coefficient	-.229**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.010	.
		N	127	127

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

		norma.subjektif	intensi	
Spearman's rho	norma.subjektif	Correlation Coefficient	1.000	.281**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	127	127
	intensi	Correlation Coefficient	.281**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	127	127

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**Correlations**

			pbk	intensi
Spearman's rho	pbk	Correlation Coefficient	1.000	.237**
		Sig. (2-tailed)	.	.007
		N	127	127
	intensi	Correlation Coefficient	.237**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.007	.
		N	127	127

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

			intensi	kepatuhan
Spearman's rho	intensi	Correlation Coefficient	1.000	.541**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	127	127
	kepatuhan	Correlation Coefficient	.541**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	127	127

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Lampiran 10 Raw Data

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
1	56	35	56-65 tahun	PK3	31-40 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
2	29	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
3	32	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
4	28	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
5	35	11	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
6	35	6	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
7	35	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
8	50	27	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
9	37	9	36-45 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
10	50	28	46-55 tahun	PK 4	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
11	46	25	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
12	57	35	56-65 tahun	PK 3	31-40 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Patuh
13	27	14	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
14	48	25	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
15	55	34	46-55 tahun	PK 3	31-40 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
16	33	8	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
17	30	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
18	46	21	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
19	21	11	20-25 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
20	52	30	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Tidak Patuh
21	37	14	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
22	42	20	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
23	56	21	56-65 tahun	PK 4	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
24	32	8	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Patuh
25	42	20	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
26	57	37	56-65 tahun	PK 3	31-40 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
27	34	11	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Patuh
28	53	32	46-55 tahun	PK 4	31-40 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
29	32	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
30	27	13	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
31	43	16	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
32	33	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
33	49	27	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
34	39	19	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
35	28	6	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
36	31	14	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
37	31	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
38	53	30	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
39	35	12	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh
40	32	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
41	56	26	56-65 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
42	35	13	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
43	28	6	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
44	52	30	46-55 tahun	PK 4	21-30 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
45	31	9	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
46	30	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
47	39	20	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh



## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
48	50	24	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
49	35	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
50	26	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
51	56	23	56-65 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
52	30	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Tidak Patuh
53	49	26	46-55 tahun	PK 4	21-30 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
54	24	6	20-25 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Patuh
55	25	5	20-25 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
56	42	18	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
57	27	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
58	41	22	36-45 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
59	39	14	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Tidak Patuh
60	32	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
61	38	12	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
62	45	25	36-45 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
63	48	28	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
64	46	22	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Patuh
65	34	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
66	35	11	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
67	28	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Tidak Patuh
68	54	21	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
69	38	15	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
70	32	9	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
71	56	36	56-65 tahun	PK 4	31-40 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
72	28	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
73	33	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
74	30	6	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
75	41	22	36-45 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
76	42	19	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
77	27	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
78	40	8	36-45 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
79	34	9	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Baik	Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
80	45	20	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Patuh
81	33	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
82	55	35	46-55 tahun	PK 4	31-40 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
83	35	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
84	30	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
85	30	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
86	30	8	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
87	23	11	20-25 tahun	PK 2	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
88	28	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
89	29	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
90	23	5	20-25 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
91	48	21	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
92	29	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
93	48	26	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
94	43	21	36-45 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
95	42	20	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
96	52	32	46-55 tahun	PK 4	31-40 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
97	29	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
98	30	6	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
99	30	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
100	33	10	26-35 tahun	PK 4	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
101	30	14	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
102	24	12	20-25 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Tidak Patuh
103	56	35	56-65 tahun	PK 4	31-40 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
104	28	17	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
105	35	14	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
106	34	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
107	30	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Kurang	Tidak Patuh
108	40	19	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Patuh
109	30	9	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
110	33	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Positif	Baik	Patuh
111	32	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No. Res	Umur	Masa Kerja	Umur	Jenjang Karir	Masa Kerja	JK	Status	Pendidikan	Sikap	Norma	PBC	Intensi	Kepatuhan
112	28	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
113	53	30	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
114	54	30	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Negatif	Kurang	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
115	54	36	46-55 tahun	PK 4	31-40 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Kurang	Patuh
116	54	34	46-55 tahun	PK 4	31-40 tahun	Laki-laki	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Patuh
117	50	28	46-55 tahun	PK 3	21-30 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
118	28	5	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	S1 Keperawatan	Negatif	Kurang	Positif	Kurang	Patuh
119	47	20	46-55 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Positif	Baik	Patuh
120	32	10	26-35 tahun	PK 3	1-10 tahun	Laki-laki	BLUD	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Patuh
121	32	7	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
122	36	8	36-45 tahun	PK 2	1-10 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh
123	29	6	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Kurang	Negatif	Baik	Tidak Patuh
124	35	11	26-35 tahun	PK 3	11-20 tahun	Perempuan	PNS	S1 Keperawatan	Negatif	Baik	Negatif	Kurang	Tidak Patuh
125	41	15	36-45 tahun	PK 3	11-20 tahun	Laki-laki	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Negatif	Baik	Patuh
126	31	8	26-35 tahun	PK 2	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Baik	Tidak Patuh
127	28	5	26-35 tahun	PK 1	1-10 tahun	Perempuan	PNS	D3 Keperawatan	Positif	Baik	Positif	Kurang	Tidak Patuh



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: [dekan\\_ners@fkip.unair.ac.id](mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id)

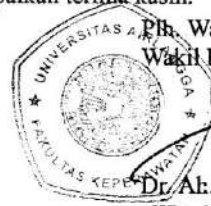
Nomor : 3988/UN3.1.13/PPd/2018 26 Desember 2018.  
Lampiran : 1 (satu) eksemplar  
Perihal : **Permohonan Fasilitas  
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Direktur RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Ade Putrina  
NIM : 131711123032  
Judul Skripsi : Analisis Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Re-asesmen Pasien Risiko Jatuh dengan Pendekatan Theory of Planned Behavior di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.



Pth. Wakil Dekan I  
Wakil Dekan III

Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP : 196701012000031002

Tembusan:

1. Kepala Badan Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya
2. Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Kepala Instalasi Keperawatan Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
4. Kepala Ruangan Bedah Aster RSUD Dr. Soetomo Surabaya
5. Kepala Ruangan Bedah Bougenvile RSUD Dr. Soetomo Surabaya
6. Kepala Ruangan Bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya
7. Kepala Ruangan Bedah Dahlia RSUD Dr. Soetomo Surabaya
8. Kepala Ruangan Bedah Edelweis RSUD Dr. Soetomo Surabaya
9. Kepala Ruangan Bedah Flamboyan RSUD Dr. Soetomo Surabaya
10. Kepala Ruangan Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya
11. Kepala Ruangan Bedah Herbra RSUD Dr. Soetomo Surabaya
12. Kepala Ruangan Bedah Nusa Indah RSUD Dr. Soetomo Surabaya



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: [dekan\\_ners@fkip.unair.ac.id](mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id)

Nomor : 3987/UN3.1.13/PPd/2018  
Lampiran : 1 (satu) eksemplar  
Perihal : Uji Etik Penelitian

26 Desember 2018

Kepada Yth.: Direktur RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya

Sehubungan dengan pelaksanaan tugas akhir (skripsi) mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami memberikan rekomendasi untuk dapat dilakukan uji etik penelitian a.n.:

Nama : Ade Putrina  
NIM : 131711123032  
Judul Skripsi : Analisis Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Re-assesmen Pasien Risiko Jatuh dengan Pendekatan Theory of Planned Behavior di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Pembimbing Ketua : Harmayetty, S. Kp., M.Kes  
Pembimbing : Ilya Krisnana, S. Kep.,Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Wakil Dekan I  
Wakil Dekan III  
Dr. An. Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP : 196701012000031002

Tembusan:

1. Kepala Badan Litbang RSUD Dr Soetomo Surabaya
2. Kepala Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: [dekan\\_ners@fkip.unair.ac.id](mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id)

Nomor : 3326/UN3.1.13/PPd/2018  
Lampiran : -  
Perihal : **Permohonan Fasilitas**  
**Survey Pengambilan Data Awal**


8 Nopember 2018.

Kepada Yth.: Direktur RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Ade Putrina  
NIM : 131711123032.  
Judul Skripsi : analisis faktor kepatuhan perawat terhadap IPSG (International Patient Safety Goals)  
  
Pembimbing Ketua : Harmayetty, S.Kp., M.Kes  
Pembimbing : Ilya Krisnana, S. Kep.,Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Pih. Wakil Dekan I  
Wakil Dekan III  
  
Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP. 19670101200031002

Tembusan:

1. Kepala Badan Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya
2. Kepala Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
4. Kepala Ruang Bedah Aster RSUD Dr. Soetomo Surabaya
5. Kepala Ruang Bedah Bougenvile RSUD Dr. Soetomo Surabaya
6. Kepala Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya
7. Kepala Ruang Bedah Dahlia RSUD Dr. Soetomo Surabaya
8. Kepala Ruang Bedah Edelweis RSUD Dr. Soetomo Surabaya
9. Kepala Ruang Bedah Flamboyan RSUD Dr. Soetomo Surabaya
10. Kepala Ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya
11. Kepala Ruang Bedah Herbra RSUD Dr. Soetomo Surabaya
12. Kepala Ruang Bedah Nusa Indah RSUD Dr. Soetomo Surabaya




CAPAIAN INDIKATOR MUTU HOSPITALWIDE TAHUN 2018

NO	AREA	NAMA INDIKATOR	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	RATA-RATA CAPAIAN (AVERAGE)	TARGET / STANDAR	PERCENT VARIANCE
1		IPSG 1 - Kelengkapan identitas pasien pada form rekam medik	0,00%	0,00%	57,14%	59,38%	78,83%	39,07%	100%	
2		IPSG 2 - Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan menerapkan prosedur TBAK yang tercatat dalam rekam medik	77,10%	92,80%	95,79%	90,11%	90,13%	89,19%	100%	
3		ISG 2.1 - Pelaporan hasil tes kritis diagnostik petugas kepada DPJP dalam waktu 30 menit	98,67%	99,29%	100,00%	100,00%	89,03%	97,40%	100%	-2,60%
4		ISG 2.2 - Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan SBAR timbang terima pasien dalam keperawatan dari ruang emergency (IGD) ke ruang/unit lain	40,16%	38,43%	40,42%	33,33%	56,95%	41,86%	100%	
5	IPSG	IPSG 3 - Pelabelan dan penyimpanan obat-obatan kategori high alert di ruang perawatan	99,17%	97,26%	99,90%	100,00%	94,83%	98,23%	100%	-1,77%
6		IPSG 3.1 - Pelabelan dan penyimpanan elektrolit pekat	93,75%	100,00%	100,00%	100,00%	99,15%	98,58%	100%	-1,42%
7		IPSG 4 - Kelengkapan verifikasi ceklist pra operasi	33,97%	23,37%	36,22%	38,24%	40,00%	34,36%	100%	
8		IPSG 4.1 - Kelengkapan pengisian format ceklist keselamatan pasien operasi	94,57%	88,68%	91,40%	95,41%	94,12%	92,84%	100%	
9		IPSG 5 - Kepatuhan hand hygiene pada petugas kesehatan	53,22%	53,55%	32,22%	52,43%	60,92%	50,47%	85%	
10		IPSG 6 - Kepatuhan re-asesmen pasien risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap	33,33%	66,67%	66,67%	85,29%	52,75%	60,94%	100%	
11		IPSG 6.1 - Kepatuhan asesmen risiko jatuh pada pasien rawat jalan	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	
12		Kelengkapan asesmen awal medik dalam 24 jam pada pasien rawat inap	68,99%	76,18%	76,11%	76,07%	78,59%	75,19%	100%	
13	CLINICAL KPITS	Kelengkapan asesmen awal keperawatan dalam 24 jam pada pasien rawat inap	84,95%	89,51%	92,90%	92,85%	93,59%	90,76%	100%	
14		Kepatuhan edukasi petugas pada pasien rawat inap	46,93%	54,69%	39,47%	96,92%	98,73%	67,35%	100%	
15		Kejadian tidak terpacainya produk darah yang sudah diorder	4,61%	4,79%	4,24%	4,52%	4,65%	4,56%	6%	
16	EDUCATION & RESEARCH	Kepatuhan supervisi DPJP terhadap peserta diklat (PPDS) pada kelengkapan rekam medik	67,73%	67,92%	72,51%			69,39%	90%	
17		Kepatuhan pengisian informed consent dengan lengkap dan benar pada pasien yang menjadi subyek penelitian	68,00%	31,25%	40,74%	47,62%	50,00%	47,52%	100%	
18		Kepatuhan mengikuti monvex sesuai jadwal yang telah ditetapkan	100,00%	93,75%	88,00%	90,00%	88,24%	92,00%	100%	
19	MEDICATION ERROR	Persentase Kelengkapan Peresepan Obat di RSUD Dr. Soetomo						#DIV/0!	100%	#DIV/0!
20	PPI	Angka Ventilator Associated Pneumoniae (VAP)	3,407	5,222	6,231	5,115	5,391	5,073	5,8%	
21		Prevalensi bakteri penghasil ESBL dengan indikator E. Coli dan K. pneumoniae	33,43%	34,24%	36,55%	35,31%	36,11%	35,13%	60%	
22	FMS	Persentase alat-alat kedokteran yang dilakukan kalibrasi tepat waktu						85,43%	100%	
23	STRATEGIC INITIATIVE	Cost Recovery Rate (CRR)	3381,47%	167,35%	92,65%			1213,82%	≥ 60%	
24		Survei Kepuasan Masyarakat					91,40%	91,40%	80%	

71,16

## IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

✓ Strategic Priority/ Hospital-Wide		Individual Department/ Service			
AREA/ STANDAR	IPSG 6 - Rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan suatu proses untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh untuk pasien rawat inap				
JUDUL INDIKATOR	Kepatuhan reasesmen pasien risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap				
TIPE INDIKATOR	Struktur	✓ Proses	Outcome	Proses & Outcome	
TUJUAN	Mengetahui kepatuhan reasesmen risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap				
DEFINISI OPERASIONAL	Asesmen risiko jatuh adalah pengkajian risiko jatuh yang dilakukan pada pasien yang dirawat inap untuk menjamin pelayanan yang aman. Reasesmen risiko tinggi jatuh adalah asesmen ulang yang dilakukan setiap shift jaga keperawatan				
ALASAN/ IMPLIKASI/ RASIONALISASI	Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan risiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien berisiko untuk jatuh dan mengalami cedera. Salah satu upaya untuk mengurangi risiko pasien jatuh adalah dengan menempatkan perawat profesional pada bangsal-bangsal tempat perawatan pasien. Reasesmen dilakukan untuk meningkatkan kewaspadaan petugas dalam asuhan pelayanan.				
FORMULA	Jumlah pasien yang dilakukan reasesmen risiko jatuh selama satu bulan (orang) : Jumlah kumulatif pasien yang seharusnya dilakukan reasesmen risiko jatuh dalam bulan yang sama x 100 % = ___ %				
NUMERATOR	Jumlah pasien yang dilakukan reasesmen risiko tinggi jatuh selama satu bulan				
DENUMERATOR	Jumlah kumulatif pasien yang seharusnya dilakukan reasesmen risiko tinggi jatuh dalam bulan yang sama				
TARGET	100 %				
SAMPLING	Pengumpulan data dilakukan dengan total sampling, yaitu dengan melihat dokumentasi seluruh asesmen risiko tinggi jatuh yang dilakukan oleh keperawatan				
KRITERIA INKLUSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien risiko tinggi jatuh rawat inap</li> </ul>				
KRITERIA EKSKLUSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien risiko rendah jatuh</li> <li>• Pasien tidak ada risiko jatuh</li> </ul>				
SUMBER DATA	✓ Rekam medis	Catatan data administrasi	Lainnya:		
METODOLOGI	Retrospektif	✓ Concurrent			
PENCATATAN	Dilaksanakan oleh Champion mutu ruangan Rawat Inap dengan memeriksa berkas rekam medis asesmen risiko jatuh. Pencatatan dilakukan di lembar survey harian dan selanjutnya dilaporkan kepada Komite Mutu dan Keselamatan rumah sakit untuk dilakukan analisis lebih lanjut.				
ANALISA & PELAPORAN	Champion mutu RS melakukan pengumpulan data pertama dimana selanjutnya akan direkap dan dilaporkan kepada Kepala IRNA sebagai informasi awal untuk unit masing-masing. Selanjutnya rekap data tersebut akan dilaporkan kepada Kepala keperawatan IRNA setempat untuk dilakukan rekapitulasi tingkat IRNA. Selanjutnya Kepala Keperawatan Instalasi rawat inap akan meneruskan laporan rekapitulasi tingkat IRNA tersebut kepada Komite PMKP. Data skala instalasi tersebut akan direkapitulasi dan dianalisis oleh Komite PMKP. Secara umum data akan dievaluasi serta dideseminasikan kepada seluruh komponen rumah sekurang-kurangnya setiap tiga bulan. Komite mutu & keselamatan pasien secara kolaboratif melakukan validasi data sesuai prosedur yang berlaku.				
AREA	Ruang Rawat Inap				
PIC	Kepala Bidang Keperawatan				
FORMAT PENCATATAN	Tgl Pengkajian	Nama Pasien	No RM	Kepatuhan re-asesmen risiko tinggi jatuh pasien rawat inap (Ya/Tidak)	Alasan Tidak Patuh
Verifikator:					Pengumpul Data
		{ 18 }			

Laporan Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien		A. FORM INDIKATOR MUTU UNIT RAWAT INAP				
Bagian/unit kerja : .....						
Bulan : .....						
No.	Indikator Kinerja	Standar	Pencapaian (bulan)			Keterangan
			N	D	%	
<b>A Indikator IPGS</b>						
1	(IPSG-1) Angka persentase kelengkapan identitas pasien pada formulir rekam medik	100%			#DIV/0!	
2	(IPSG-2) Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan menerapkan prosedur TBAK yang tercatat dalam rekam medik	100%			#DIV/0!	
3	(IPSG-2.2) Angka kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan SBAR timbang terima pasien dalam keperawatan dari ruang emergency (IGD) ke ruang / unit lain	100%			#DIV/0!	
4	(IPSG-6) Angka kepatuhan re-asesmen risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap	100%			#DIV/0!	
<b>C Indikator Clinical KPIs</b>						
5	Kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%			#DIV/0!	
6	Kelengkapan assesmen awal keperawatan dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%			#DIV/0!	
7	Kepatuhan petugas dalam pengkajian kebutuhan, informasi, edukasi, privasi pasien dan keluarga	80%			#DIV/0!	
8	Pelaporan pengembalian RM pasien pulang ke RM pusat 2x24 jam	100%			#DIV/0!	
<b>D Indikator pelayanan Mutu Keperawatan</b>						
9	Kepuasan pasien terhadap perawat (Caring)					
10	Pemenuhan perawatan diri pasien (Perawatan Diri)					
11	Cidera restrain pada pasien rawat inap					
12	Kelengkapan assesmen nyeri					
<b>E Indikator Lokal Unit Kerja</b>						
13					#DIV/0!	
14					#DIV/0!	
<b>F Indikator Monev Focused JCI</b>						
15	Angka kelengkapan form observasi transfusi darah				#DIV/0!	
*N = Numerator						
*D = Denominator						
Mengetahui, Kepala Unit Kerja			Pengumpul Data			

No.		Indikator Kinerja	Standar	Pencapaian (bulan)			Keterangan
				N	D	%	
<b>A Indikator IPSP</b>							
1	(IPSG-1) Angka persentase kelengkapan identitas pasien pada formulir rekam medik	100%				#DIV/0!	
2	(IPSG-2) Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan menerapkan prosedur TBAK yang tercatat dalam rekam medik	100%				#DIV/0!	
3	(IPSG-2.2) Angka kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan SBAR timbang terima pasien dalam keperawatan dari ruang emergency (IGD) ke ruang / unit lain	100%				#DIV/0!	
4	(IPSG-6) Angka kepatuhan re-asesmen risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap	100%				#DIV/0!	
<b>C Indikator Clinical KPIs</b>							
5	Kelengkapan assesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%				#DIV/0!	
6	Kelengkapan assesmen awal keperawatan dalam 24 jam pada pasien rawat inap	100%				#DIV/0!	
7	Kepatuhan petugas dalam pengkajian kebutuhan, informasi, edukasi, privasi pasien dan keluarga	80%				#DIV/0!	
8	Pelaporan pengembalian RM pasien pulang ke RM pusat 2x24 jam	100%				#DIV/0!	
<b>D Indikator pelayanan Mutu Keperawatan</b>							
9	Kepuasan pasien terhadap perawat (Caring)						
10	Pemenuhan perawatan diri pasien (Perawatan Diri)						
11	Cidera restrain pada pasien rawat inap						
12	Kelengkapan assesmen nyeri						
<b>E Indikator Lokal Unit Kerja</b>							
13						#DIV/0!	
14						#DIV/0!	
<b>F Indikator Monev Focused JCI</b>							
15	Angka kelengkapan form observasi transfusi darah					#DIV/0!	

\*N = Numerator  
\*D = Denominator

Mengetahui,  
Kepala Unit Kerja

Pengumpul Data



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO  
**KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**  
 Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6 – 8 Telp. (031) 5501183, 5501169  
 SURABAYA – 60286

**NOTA DINAS**

Kepada Yth : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan  
 Dari : Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien  
 Nomor : 000/710/KMKP/XI/2018  
 Tanggal : 22 Nopember 2018  
 Perihal : Balasan Permohonan Ijin Pengambilan Data

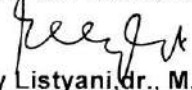
Menindaklanjuti Nota Dinas dari Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan nomor 070/1494/301.4.2/Litb/XI/2018 tanggal 19 Nopember 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data, maka dengan ini kami memberikan ijin kepada Saudara **Ade Putrina (NIM/NRP. 131711123032)** untuk memperoleh data IPSP tahun 2018 sebagai data survei awal penelitian.

Berikut data yang dimaksud :

NO	NAMA INDIKATOR	TARGET / STANDAR	CAPAIAN TAHUN 2018
1	IPSP 1 - Kelengkapan identitas pasien pada form rekam medik	100%	63,94%
2	IPSP 2 - Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan menerapkan prosedur TBAK yang tercatat dalam rekam medik	100%	89,00%
3	IPSP 2.2 - Kepatuhan petugas melakukan komunikasi efektif dengan SBAR timbang terima pasien dalam keperawatan dari ruang emergency (IGD) ke ruang/unit lain	100%	56,75%
4	IPSP 6 - Kepatuhan re-asesmen pasien risiko tinggi jatuh pada pasien rawat inap	100%	71,16%

Demikian kami sampaikan dengan harapan data tersebut dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua  
 Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

  
**Elly Listyani, Dr., M.Kes**  
 NIP. 19630107 198903 2 007





PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**  
**SMF ILMU BEDAH**

Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo 6 - 8, Surabaya  
 Telp. : 031-5501301 & 5028753; Fax. : 031-5028753;  
 e-mail : contact@bedahunair.com; bedah.unair@gmail.com



*N O T A D I N A S*

Kepada : Kepala Bidang Litbang. RSUD Dr. Soetomo  
 Dari : Ketua SMF Ilmu Bedah  
 Tanggal : 15 Januari 2019  
 Nomor : 014/Bedah/041/301.20/2019  
 Lampiran : lembar  
 Perihal : **Penunjukan Pembimbing Klinik**

Menanggapi surat Saudara tertanggal 8 Januari 2019, No.070/21/301.4.2/Litb/IX/2019 perihal Kelaikan Etik Penelitian Kesehatan dan Permohonan Penunjukan Pembimbing Klinik atas nama yang tersebut di bawah ini :

Nama : Ade Putrina  
 NRP/NIM : 131711123032  
 Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat memberikan ijin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di SMF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo, dengan judul :

***"Analisis perilaku kepatuhan perawat dalam Re-Assessment pasien resiko jatuh dengan pendekatan Theory of Planned Behavior di RSUD Dr. Soetomo Surabaya"***

dan dengan dosen pembimbing klinis : **dr. Iskandar Ali, Sp.B.(K)Onk.**

Demikian, atas perhatian yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Ketua SMF Ilmu Bedah  
 RSUD Dr. Soetomo,  
  
 Dr. dr. Sahudi, SpB(K)KL  
 NIP. 19660504 199503 1 002

**Tembusan :**

- dr. Iskandar Ali, Sp.B.(K)Onk.
- Sdri. Ade Putrina



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

**“ETHICAL APPROVAL”**

No : 1259-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**“ANALISIS PERILAKU PERAWAT DALAM RE-ASSESMENT PASIEN RISIKO  
JATUH DENGAN PENDEKATAN THEORY OF PLANNED BEHAVIOR”**

Peneliti utama : Adeputrina  
*Principal Investigator*  
Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*  
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
*Setting of research*

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.**  
*And approved the above-mentioned protocol with Expedited.*

Surabaya, 21 Januari 2019  
Ketua, (CHAIRMAN)  
  
**Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.**  
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

*\*Masa berlaku 1 tahun*  
*1 year validity period*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: [dekan\\_ners@fkip.unair.ac.id](mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id)

Nomor : 3986/UN3.1.13/PPd/2018  
Lampiran : 1 (satu) eksemplar  
Perihal : **Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner**

26 Desember 2018

Kepada Yth.: Direktur RSUD Dr. Soetomo  
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Saudara untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Nama : Ade Putrina  
NIM : 131711123032  
Judul Skripsi : Analisis Perilaku Kepatuhan Perawat dalam Re-assesmen Pasien Risiko Jatuh dengan Pendekatan Theory of Planned Behavior di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Pth. Wakil Dekan I  
Wakil Dekan III

Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP : 196701012000031002

## Tembusan:

1. Kepala Badan Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Kepala Instalasi Keperawatan Rawat Inap Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya
4. Kepala Ruang Bedah Aster RSUD Dr. Soetomo Surabaya
5. Kepala Ruang Bedah Bougenville RSUD Dr. Soetomo Surabaya
6. Kepala Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya
7. Kepala Ruang Bedah Dahlia RSUD Dr. Soetomo Surabaya
8. Kepala Ruang Bedah Edelweis RSUD Dr. Soetomo Surabaya
9. Kepala Ruang Bedah Flamboyan RSUD Dr. Soetomo Surabaya
10. Kepala Ruang Bedah Gladiol RSUD Dr. Soetomo Surabaya
11. Kepala Ruang Bedah Herbra RSUD Dr. Soetomo Surabaya
12. Kepala Ruang Bedah Nusa Indah RSUD Dr. Soetomo Surabaya