

STUDI KASUS: OPTIMALISASI IMPLEMENTASI PENCEGAHAN RISIKO JATUH PADA PASIEN DI RS WILAYAH KOTA DEPOK DENGAN MENGGUNAKAN TIGA TAHAPAN PERUBAHAN LEWINS

Pinandhika¹, Krisna Yetti², Tuti Afriani², Ade Suhendri³, Muhammad Hadi⁴

¹Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia

²Dosen Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

³RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok

⁴Universitas Muhammadiyah Jakarta

Email Korespondensi: pinandhika@ui.ac.id

Abstrak

Pendahuluan: Pencegahan risiko jatuh merupakan hal penting dalam proses penerapan keselamatan pasien di rumah sakit. Akibat jika terjadi cedera dari kejadian jatuh akan menambah angka kesakitan pasien, memperpanjang lama rawat serta akan merugikan pasien dan RS. Meskipun prevalensi cedera akibat jatuh tinggi, kejadian ini sangat bisa dicegah dengan menggunakan asesmen awal risiko jatuh pada pasien. Dimana penelitian menunjukkan bahwa hampir 33% pasien jatuh pada saat rawat inap dapat dicegah dengan pengelolaan faktor ancaman jatuh dari pasien serta mengelola lingkungan dan proses perawatan. **Tujuan:** Laporan kasus ini bertujuan untuk mendeskripsikan pelaksanaan perubahan terencana dalam optimalisasi implementasi pencegahan risiko jatuh. **Metode:** Metode yang digunakan adalah laporan kasus. Pengumpulan data menggunakan wawancara, kuesioner dan observasi lapangan. Hasil eksplorasi data kemudian dianalisis dengan menggunakan SWOT (*strength, weakness, opportunity, threats*) dan diagram *fishbone*, kemudian merumuskan *plan of action* (PoA), dilanjutkan dengan implementasi dan evaluasi. **Hasil:** Hasil implementasi belum optimal dilakukan karena perlu dilakukan evaluasi panduan risiko jatuh, program supervisi secara rutin serta dilakukan audit klinis atau diskusi refleksi kasus terkait dengan pencegahan risiko jatuh. **Rekomendasi:** Pendekatan teori perubahan Lewin dapat dilanjutkan oleh pihak manajemen RS sebagai bentuk pengembangan pelayanan yang berkualitas.

Kata kunci: Pencegahan Risiko Jatuh, Perubahan terencana Lewin, Rawat Inap

Abstract

Introduction: Preventing the risk of falls is important in the process of implementing patient safety in hospitals. The consequences if an injury occurs from a fall will increase the patient's morbidity rate, lengthen the length of stay and will be detrimental to the patient and the hospital. Although the prevalence of injuries due to falls is high, this incident can be prevented by using an initial assessment of the patient's risk of falling. Where research shows that almost 33% of patient falls during hospitalization can be prevented by managing the patient's fall threat factors as well as managing the environment and care process. **Objective:** This case report aims to describe the implementation of planned changes in optimizing the implementation of fall risk prevention. **Method:** The method used is a case report. Data collection uses interviews, questionnaires and field observations. The results of data exploration are then analyzed using SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) and fishbone diagrams, then formulating a plan of action (PoA), followed by implementation and evaluation. **Results:** Implementation results were not optimal because it was necessary to evaluate fall risk guidelines, routine supervision programs and carry out clinical audits or case reflection discussions related to fall risk prevention. **Recommendation:** Lewin's theory of change approach can be continued by hospital management as a form of developing quality services.

Key words: Fall Risk Prevention, Lewin's planned changes, Hospitalization

PENDAHULUAN

Sebanyak 30% pada orang dewasa memiliki pengalaman jatuh setiap tahunnya dan jatuh pada orang dewasa merupakan isu global yang menjadi penyebab utama kedua cedera yang tidak disengaja di seluruh dunia hingga menyebabkan kematian setelah kecelakaan bermotor (Emerson, Pittawat 2023,



Rosler, Aleatha 2023). Insiden jatuh dapat meningkat 50% pada usia diatas 80 tahun, sehingga meningkatkan kepedulian terhadap populasi lansia di seluruh dunia (Park, Sunghoon 2018). Data dari *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) ada sekitar 36 juta orang berusia di atas 65 tahun mengalami kejadian jatuh dan mengakibatkan kematian sekitar 32.000 kematian setiap tahunnya (CDC, 2020). Lebih dari 800.000 pasien per awal tahun dirawat di rumah sakit karena cedera akibat jatuh seperti cedera kepala dan 300.000 nya adalah mengalami fraktur tulang pinggul (CDC, 2020). Dan untuk biaya pengobatan yang ditimbulkan akibat cedera dari kejadian jatuh pada saat rawat inap sangatlah substantial. Dari data penjaminan kesehatan di Amerika telah mengeluarkan 50 juta USD setiap tahunnya terkait dengan cedera akibat jatuh dan selain itu dampak yang diakibatkan dari kejadian jatuh adalah penurunan kualitas hidup, peningkatan keterbatasan fisik hingga peningkatan biaya pengobatan selanjutnya (Emmerson, Pittawat 2023)

Meskipun prevalensi cedera akibat jatuh tinggi, kejadian ini sangat bisa dicegah dengan menggunakan asesmen awal risiko jatuh pada pasien. Dimana penelitian menunjukkan bahwa hampir 33% pasien jatuh pada saat rawat inap dapat dicegah dengan pengelolaan faktor ancaman jatuh dari pasien serta mengelola longkungan dan proses perawatan (AHRQ, 2021). Ada beberapa cara untuk melakukan asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa selain MFS yang efektif untuk pencegahan jatuh, seperti the *Stopping Elderly Accidents, Death and Injuries* (the STEADI) dan *The Saint Thomas Risk Assessment Tool for Falling Elderly Inpatients* (STRATIFY), *The John Hopkins Fall Risk Assessment Tool* (JHFRAT), namun penggunaan MFS lebih cepat dan mudah digunakan oleh 82,9% perawat dengan waktu kurang dari 3 menit pada setiap pasien (Jewel et al 2020).

Dalam sistem pelayanan kesehatan saat ini, mengurangi risiko jatuh dan meningkatkan keselamatan pasien sangatlah penting, dimana di Amerika lembaga *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) telah menerbitkan perangkat untuk memandu pelaksanaan program pencegahan jatuh di seluruh RS (*Patient Safety Network*, 2019). Pedoman pencegahan jatuh sebagai dasar yang akan sangat penting bagi RS sehingga akan meningkatkan kualitas asuhan serta efektivitas biaya. (Spiff, 2022). Di Indonesia program pencegahan jatuh ini masuk ke dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang wajib dilakukan oleh semua pemberi pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit dimana sesuai standar WHO *Patient safety* (2007) Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di RS untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (Permenkes, Kemenkes, 2022)

Salah satu upaya meningkatkan kualitas pelayanan adalah dengan mengedepankan hubungan perawat dan klien, interaksi positif antara perawat dan klien serta pengelolaan emosional perawat dalam memberikan pelayanan yang berpusat pada kebutuhan klien (*client center care*) serta sikap kepedulian (*caring*) perawat terhadap klien akan berdampak pada peningkatan kepuasan klien (Mayor, Eric: 2017). Perawat memegang penting peranan untuk melakukan pengkajian dan pencegahan jatuh pada pasien dengan memberikan edukasi kepada pasien dan melakukan tindakan pencegahan jatuh berdasarkan panduan dan SPO yang berlaku (Nurhasanah, et al., 2020).

Angka kejadian terjadinya insiden jatuh pada pasien di Indonesia pada tahun 2012 menurut data Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit (KKPRS) yaitu memasuki urutan 3 besar dari 34 kasus (14%) insiden jatuh yang terjadi di RS di Indonesia. Berdasarkan data dari Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat periode triwulan 1 2023 didapatkan bahwa kepatuhan pelaporan insiden keselamatan pasien mengalami peningkatan dari bulan Januari ke bulan Maret 2023 yaitu dari 29% menjadi 56%. Sedangkan untuk jumlah kasus KTD bulan Januari terdapat 111 kasus, Februari 65 kasus dan Maret 83 kasus (Dinas Kesehatan, Prov Jabar, 2023).

RS X merupakan rumah sakit umum daerah yang berada di Depok yang telah memiliki banyak pelayanan unggulan dan telah terakreditasi paripurna pada tahun 2022. RS X memiliki jumlah tempat tidur sebanyak 144 TT dan memiliki fasilitas pelayanan rawat jalan serta gawat darurat, *high care* dan *intensive care unit*, dan yang terbaru adalah telah dibukanya pelayanan dialisis sejak awal tahun 2023. Ruang A merupakan ruang rawat inap yang mengelola pasien dewasa non bedah yang diaktifkan lagi sejak tahun 2021 setelah sebelumnya menjadi ruang rawat inap pasien covid. Untuk data keselamatan pasien di RS X Kota Depok terdapat 1 kejadian jatuh pasien di rawat inap pada tahun 2023 sedangkan data laporan IKP lainnya tidak ada karena budaya pelaporannya masih rendah. Hasil identifikasi didapatkan belum optimalnya peran dan fungsi kepala ruang dalam pencegahan risiko jatuh untuk mengurangi risiko cidera akibat jatuh. Tulisan ini menguraikan tentang proses implementasi pencegahan risiko jatuh melalui kegiatan asesmen dengan menggunakan wawancara dan observasi, penetapan masalah, penyusunan *Plan of Action* (POA), pelaksanaan *implementation* dan evaluasi proses implementasi.

METODE

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah laporan kasus. Kegiatan dilakukan di suatu rumah sakit umum daerah di Depok pada tanggal 15 Mei – 15 Juni 2023. Kegiatan yang dilakukan mencakup pengkajian, analisis datam perumusan masalah dengan *Plan Of Action* (POA), implementasi dan evaluasi. Pengumpulan data dilakukan menggunakan metode wawancara, kuesioner dan observasi. Kegiatan diawali dengan melakukan wawancara dari tanggal 16 – 18 Mei 2023 dengan Kepala Seksi Rawat Inap dan Rawat Jalan, dilanjutkan dengan Ketua Komite Keperawatan, *Clinical Care Manager* (CCM) dan Kepala Ruang Rawat Inap A. Wawancara dilakukan adalah semi terstruktur dengan pedoman wawancara yang telah disiapkan sebelumnya. Pertanyaan difokuskan kepada peran dan fungsi dari masing-masing struktur dalam organisasi. Setelah itu dilakukan penyebaran kuesioner kepada semua perawat di Ruang kelolaan, yaitu Ruang rawat inap A pada 22- 24 Mei 2023. Kuesioner diisi oleh semua perawat yaitu 30 orang perawat ruang Ranap A. Pengumpulan data dengan metode observasi dilakukan dari 16-22 Mei 2023 dengan menggunakan lembar *check list*. Kegiatan observasi yang dilakukan adalah mengobservasi panduan dan SPO, kegiatan asuhan pasien dan kegiatan pendokumentasian.

Hasil pengkajian kemudian dianalisis menggunakan analisis SWOT dan diagram *fishbone* sehingga dapat ditentukan masalah prioritasnya. Masalah yang ditetapkan sebagai prioritas akan dibuat perencanaan penyelesaian dengan membuat *Plan of Action* (POA) yang dilakukan dengan berdiskusi dengan Kepala Sie Rawat Inap dan Kepala Ruang Rawat Inap A. Rencana penyelesaian masalah dilakukan dengan pendekatan perubahan terencana. Selanjutnya juga dilakukan anitisipasi jika masalah yang direncanakan belum dapat dilakukan secara optimal, maka perlu adanya pendekatan lain dengan adanya kesepakatan bersama dan rencana tindak lanjut yang akan dijalankan oleh pihak Rumah sakit.

HASIL

Hasil survey yang dilakukan di Ruang rawat inap A didapatkan data distribusi perawat sebagai berikut:

Tabel 1 Distribusi Karakteristik Perawat di Ruang Rawat Inap A

Variabel	Kategori	n	%
Jenis kelamin	Laki- laki	9	31%
	Perempuan	21	69%
Usia	24 - 29 Tahun	17	55%
	30- 39 Tahun	12	41%
	Diatas 40 Tahun	1	4%
	D3 Keperawatan	22	72%



Pendidikan	Profesi Ners	8	28%
Level Kompetensi	PK 1	13	43%
	PK 2	14	47%
	PK 3	3	10%

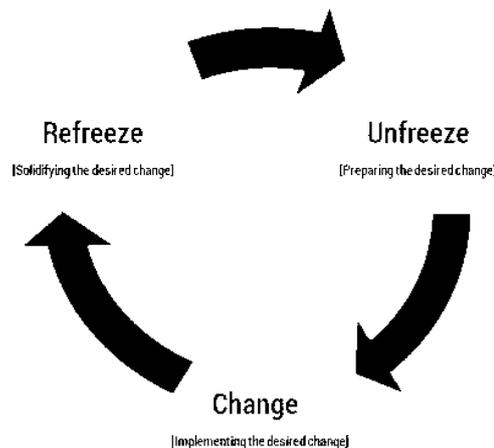
Hasil pengkajian selanjutnya dianalisis menggunakan analisa SWOT dan dapat dilihat pada Tabel 2 dan diagram *fishbone* pada gambar 1. Masalah utama yang ditemukan adalah belum optimalnya peran dan fungsi kepala ruang dalam penerapan keselamatan pasien dalam hal ini pencegahan risiko jatuh, hal ini dikuatkan dengan belum dilakukannya pengkajian risiko jatuh 43% serta belum dilakukan implementasi yang tepat berdasarkan hasil pengkajian 93%, terdapat kejadian pasien jatuh dan tidak dilaporkan kepada tim keselamatan pasien RS.

Tabel 2 SWOT analysis

Strength	Weakness	Opportunities	Threat
Terdapat Visi Misi Ruang Perawatan yang mengacu pada visi RS	Pada pertemuan rutin tidak dilakukan sosialisasi kebijakan atau panduan	RS memberikan dukungan bagi yang ingin melanjutkan pendidikan formal	Masih tingginya angka <i>turnover</i> , termasuk karena adanya program pemerintah untuk karaway status P3K
Terdapat panduan pencegahan risiko jatuh yang terbit tahun 2019	Perawat 75% dengan pendidikan D3 Keperawatan	Perawat terdiri dari usia produktif (24-40 tahun) sebanyak 96%	Belum adanya program supervisi yang terjadwal dari Manajemen
Terdapat penjadwalan pertemuan rapat koordinasi setiap bulan	Perawat tidak melakukan pengkajian risiko jatuh pada pasien dan tidak melaporkan insiden keselamatan pasien jatuh	Kepala Ruang membantu proses koordinasi dengan unit lain untuk memperlancar alur pelayanan di unit	Belum adanya program pengembangan staf secara formal maupun non formal
Terdapat indikator mutu unit	Perawat baru tidak dilakukan program orientasi khusus dan indoktrinasi mengenai keselamatan pasien		Belum terlaksananya <i>Electronic Medical Record</i> (E-MR) untuk mengintegrasikan pelayanan dan asuhan
Kepala Ruang telah memberikan kewenangan penuh untuk pelaksanaan tugas sesuai dengan level kompetensi	Perawat mengelola pasien dengan pembagian 1: 10-13 pasien		
Semua perawat telah dilakukan kredensial dan memiliki SPK-RKK	Belum dilakukan supervisi terhadap tindakan yang dilakukan perawat oleh Kepala Ruang khususnya penerapan pencegahan risiko jatuh		
RS telah menyediakan fasilitas untuk pencegahan risiko jatuh (kancing kuning, segitiga kuning dan bed dengan <i>hand rail</i>)	Tidak dilakukan pengarahannya secara rutin oleh kepala ruang pada saat proses <i>hand over</i> terkait dengan program keselamatan pasien		
Kepala ruang melakukan pembinaan kead perawat yang bermasalah	Belum ada audit dokumentasi asuhan keperawatan		
Terdapat penilaian kinerja karyawan			

Strategi penyelesaian masalah ini telah disusun dalam bentuk POA yang mana pelaksanaannya telah disepakati bersama dengan kepala seksi rawat inap dan kepala ruang. Perumusan POA ini didapatkan dari hasil *Focus Group Discussion* (FGD). Pendekatan perubahan terencana dalam implementasi ini menggunakan tahapan perubahan Lewin yang terdiri dari 3 tahapan. Dimana perawat dapat melakukan perubahan secara terstruktur mulai dari mengidentifikasi kebutuhan akan perubahan, menavigasi melalui proses perubahan dan mencapai tujuan atau hasil yang diinginkan sesuai dengan pendekatan yang dikembangkan oleh Lewin dimana adanya penerapan perubahan terencana dan perbaikan manajemen yang berkelanjutan mempromosikan kelangsungan hidup jangka panjang (Andriani, Lisa 2022).

Gambar 2. Impelentasi 3 (tiga) Tahapan Perubahan Lewwin



PEMBAHASAN

Teori perubahan Lewin terdiri dari 3 (tiga) tahap: *unfreezing, moving and refreezing* (Judge, Timothy, Robbins, 2017). *Unfreezing* adalah tahap awal proses manajemen perubahan. Pada tahap ini, individu mengenali kebutuhan akan perubahan dan bersiap menghadapi perubahan yang terjadi. Langkah ini sering menimbulkan perubahan perilaku diantara individu seperti perasaan tidak nyaman, ketakutan dan kesudahan yang mungkin akan di hadapi selama tahapan ini (Wojciechowski et al., 2016). Komponen inti dari suatu perubahan adalah staf harus memahami pentingnya perubahan itu (Nielsen et al., 2020). Pada tahap ini diawali dengan mengumpulkan data hasil pengkajian dan memaparkan data yang didapat dengan pihak manajemen keperawatan di RS X. penyajian data berupa hasil wawancara, observasi dan kuesioner kepada Kepala Bidang, Kepala Seksi Rawat Inap, Komite Keperawatan, *Clinical Care Manager* (CCM) dan Kepala Ruang. Pelaksanan pada tahap ini bertujuan untuk membangun kesadaran organisasi bahwa bahwa suatu perubahan penting untuk dilakukan, serta meyakinkan akan pentingnya suatu perubahan (Damanik, Diki et al., 2023)

Kepala Seksi dan Kepala Ruang menyampaikan bahwa implementasi pencegahan risiko jatuh sudah di sosialisasikan kepada perawat pada saat proses orientasi dan difasilitasi dengan kancing kuning, penanda segitiga kuning sampai dengan adanya bel di bed pasien dan adanya hand rail di setiap bed pasien. Belum optimal dilakukan karena tidak adanya pemantauan secara rutin dari atasan kepada perawat pelaksana dan belum adanya program orientasi khusus dan indoktrinasi mengenai penerapan budaya keselamatan pasien. Selain itu kebijakan atau regulasi yang menaungi program ini belum dilakukan evaluasi karena diterbitkan pada tahun 2019. Diskusi merupakan proses pertukaran pikiran (*sharing of opinion*) antara dua orang atau lebih yang bertujuan memperoleh kesamaan pandang tentang suatu masalah yang dirasakan bersama. (Putrianti, Fessi, 2017).

Langkah selanjutnya adalah kesepakatan bersama dengan kepala ruang untuk melakukan evaluasi panduan risiko jatuh, mensosialisasikan pencegahan risiko jatuh mulai dari pengkajian awal, pengkajian lanjutan sampai dengan pengkajian ulang serta melakukan implementasi yang tepat berdasarkan hasil pengkajian, melakukan sosialisasi kepada katim cara melakukan pemantauan dengan menggunakan standar prosedur yang sudah ada. Tahap *Movement* atau tahap pergerakan adalah dimana seluruh staf keperawatan ruang rawat inap A dan para katim sebagai agen perubahan yang akan melakukan implementasi pencegahan risiko jatuh serta melakukan supervisi terhadap proses implementasi, menetapkan strategi yang tepat dalam proses implementasi melibatkan pihak lain yang akan terkena dampak perubahan dan menetapkan target waktu implementasi (Heidenreich et al., 2022)

Pada tahapan ini proses implementasi dilakukan dengan mengevaluasi Panduan Risiko jatuh berdasarkan evidence bases practice (EBP) dengan menelaah berbagai artikel seperti panduan risiko jatuh yang diterbitkan oleh *Center for Prevention Disease and Death (CDC)* dimana implementasi pencegahan risiko jatuh perlu dilakukan berkesinambungan mulai dari pasien di rumah, masuk di pelayanan rawat jalan fasilitas kesehatan, diterima di rawat inap hingga pasien pulang kembali ke rumah (CDC, 2021). Ada beberapa cara untuk melakukan asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa selain MFS yang efektif untuk pencegahan jatuh, seperti the *Stopping Elderly Accidents, Death and Injuries (the STEADI)* dan *The Saint Thomas Risk Assesment Tool for Falling Elderly Inpatients (STRATIFY)*, *The John Hopkins Fall Risk Assesment Tool (JHFRAT)*, namun penggunaan MFS lebih cepat dan mudah digunakan oleh 82,9% perawat dengan waktu kurang dari 3 menit pada setiap pasien (Jewwel et al 2020).

Evaluasi dilakukan dengan menilai dari hasil supervisi serta berdiskusi dengan ketua tim kendala dalam pelaksanaan implementasi ini. Hasil evaluasi setelah pelaksanaan implemtnsati ini adalah perawat melakukan pengkajian awal risiko jatuh menggunakan *Morse Fall Scale (MFS)* pada pasien dewasa, hanya saja belum semua staf perawat melakukan implementasi yang tepat berdasarkan hasil pengkajian, serta masih terdapat perawat yang belum memahami bagaimana melakukan pengkajian awal risiko jatuh yang tepat. Instrumen supervisi saat ini hanya berdasarkan apakah perawat melakukan atau tidak, namun belum jelas bagaimana menilainya dan bagaimana rentang skornya. Selain itu ketua tim juga merasa belum mampu dan kompeten untuk melakukan supervisi yang tepat. Dan pelaksanaan implementasi ini belum dilaksanakan dari awal mulai pasien masuk yaitu rawat jalan atau gawat darurat. Semua masukan dari pihak pembimbing akademik maupun lapangan dijadikan bahan pertimbangan dalam proses movement ini.

Tahap selanjutnya dalah tahap *refreezing* yang merupakan tahap dimana perubahan yang ada disahkan dan mendukung satu sama lain agar perubahan dapat bertahan dan berlangsung terus menerus (Marquis, Huston, 2017), perlu dilakukan monitoring/pendampingan setidaknya 6-12 bulan selama proses perubahan hingga dapat diterima menjadi sebuah sistem. Strategi yang dapat dilakukan adlaah dengan membuat inventaris atas perubahan yang ada dan memberikan edukasi/pengarahan kepada staf perawat baru dalam bentuk media bantu yang lebih mudah dipahami (Toor et al., 2022). Perubahan transformasional dalam organisasi secara konstan dapat dicapai dengan pembelajaran dan perubahan organisasi yang berulang dan efektif. Penerimaan akan masukan dari kesalahan sebagai bagian dari budaya belajar sehingga akan menghasilkan perubahan transformasional dan dapat mendorong perubahan yang berkelanjutan dalam jangka panjang (Rass et al., 2023)

KESIMPULAN

Optimalisasi implementasi pencegahan risiko jatuh merupakan upaya agar pelayanan dapat berjalan optimal, bermutu dan mengedepankan pada keselamatan pasien. Optimal nya implementasi ini dapat dilihat melalui tidak ada nya insiden kejadian jatuh dan peningkatan kepuasan pasien. Kepala ruang perlu melakukan semua fungsi dan peran dalam implementasi pencegahan risiko jatuh, mulai dari perencanaan sampai dengan pengendalian. Untuk fungsi perencanaan dilakukan dengan memastikan panduan maupun SPO pencegahan risiko jatuh bisa dilaksanakan sesuai dengan kondisi pasien.

Meningkatkan dan melakukan *maintenance* terhadap kompetensi perawat dalam pelaksanaan pencegahan risiko jatuh serta mengidentifikasi masalah/kendala terkait dengan penelolan pencegahan jatuh

SARAN

Diharapkan RS selalu melakukan evaluasi dan monitoring terhadap semua program keselamatan pasien, jika perlu evaluasi panduan yang ada disesuaikan dengan EBP atau penelitian yang terkini. Serta diperlukan penjadwalan supervisi sehingga akan terbentuk komitmen bersama dalam implementasi pencegahan risiko jatuh dan lakukan audit klinis terkait dengan pencegahan risiko jatuh. Untuk studi kasus selanjutnya dapat dilakukan perbandingan implementasi instrumen pencegahan risiko jatuh yang ada, serta program *maintenance* kompetensi perawat dalam pelaksanaan pencegahan risiko jatuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Centers for Disease Control and Prevention. Cost of older adults falls; 2020, July 2. Accessed June 10, 2022. <https://www.cdc.gov/falls/data/fall-cost.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Facts about falls; August 6. 2021. Accessed June 10, 2022. <https://www.cdc.gov/falls/facts.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Keep on your feet-preventing older adult falls; September 29. 2020. Accessed June 10, 2022. <https://www.cdc.gov/injury/features/older-adult-falls/index.html>
- Damanik, Diki A, et al. 2023. Resosialisasi Panduan Pelayanan Unit Paliatif Kardiovaskuler. Journal of Telenursing (JOTING) Volume 5, Nomor 1, Januari-Juni 2023.
- Emerson, Pittawat. Fall-risk assessment and intervention to reduce fall-related injuries and hospitalization among older adults. (2023). *The Journal for Nurse Practitioners*, 19(1) doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.07.005>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M.M., & Evers, L. R. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 79(17), 1757-1780. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000106>
- Jewell, V. D., Capistran, K., Flecky, K., Qi, Y., & Fellman, S. (2020). Prediction of falls in acute care using the Morse fall risk scale. *Occupational Therapy in Health Care*, 34(4), 307– 319. <https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1815928>
- Putriyanti, C.C & Fensi, F . 2017. Penerapan Model Diskusi Kelompok untuk meningkatkan hasil belajar siswa pada mata pelajaran IPS di Kelas IX SMP santa Maria Monica, Bekasi Timur, *Jurnal Psibernetika*, 10 (2)
- Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
- Marquis, B., & Huston, C. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application* (9th ed.). Wolters Kluwer
- Morse Fall Scale. (2018). Morse fall scale-network of care. <https://networkofcare.org/library/Morse%20Fall%20Scale.pdf>
- Rass, L., Treur, J., Kucharska, W., & Wiewiora, A. (2023). Adaptive dynamical systems modelling of transformational organizational change with focus on organizational culture and organizational learning. *Cognitive Systems Research*, 79, 85–108. <https://doi.org/10.1016/j.cogsys.2023.01.004>



- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: An interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational Behavior* 18th Edition Global Edition.
- Toor, J., Du, J. T., Koyle, M., Abbas, A., Shah, A., Bassi, G., Morra, D., & Wolfstadt, J. (2022). Inventory Optimization in the Perioperative Care Department Using Kotter's Change Model. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.09.011>
- Wojciechowski, E., Pearsall, T., Murphy, P., & French, E. (2016). A case review: Integrating Lewin's theory with Lean's system approach for change. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(2). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol21no02man0>
- World Health Organization. (WHO). (2021, April 26). Falls. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>