

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Avascular Necrosis

1. Pengertian

Nyeri panggul adalah keadaan dimana terjadi rasa yang tidak nyaman atau rasa sakit disekitar sendi pinggul. Hal ini disebabkan oleh mobilitas tinggi dan fungsi panggul dalam menahan beban tubuh sehingga bagian-bagian anatomi di panggul dapat menjadi penyebab nyeri. Salah satu penyebab dari nyeri panggul adalah kelainan sendi pinggul yang menyebabkan rasa sakit pada sendi pinggul. Kelainan sendi pinggul dapat disebabkan oleh kelainan variasi anatomi bawaan, cedera yang berulang, faktor metabolik dan trauma. Nyeri panggul yang disebabkan oleh kelainan sendi pinggul biasanya dirasakan sampai ke pangkal paha dan lutut. Kelainan sendi pinggul yang menyebabkan nyeri panggul berupa osteoarthritis, developmental dysplasia of the hip (DDH), femoroacetabular impingement (FAI), hip labral tear, osteonekrosis dan femoral neck bone stress injuries (FNBSI). Osteonekrosis (ON) atau sering disebut juga sebagai avascular necrosis (AVN), aseptic necrosis, atau ischemic bone necrosis adalah penyakit yang berhubungan dengan banyak gangguan dan faktor risiko yang menyebabkan nekrosis / kematian osteosit (sel-sel tulang) matur hingga terjadinya kerusakan tulang atau arthritis stadium akhir. Pada penyakit ini, terdapat kematian lokal osteosit dan bagian dari sumsum tulang yang terjadi akibat gangguan aliran darah arteri

atau perlambatan aliran darah vena (*venous stasis*). Kondisi ini dapat terjadi pada seluruh tulang di tubuh misalnya tulang-tulang ekstremitas atas, lutut, bahu, pergelangan kaki atau lebih dari 1 tulang dalam waktu yang berbeda, tetapi ON sering terjadi pada sendi panggul (*hip joint*) atau disebut juga sebagai hip osteonecrosis. Berdasarkan etiologi, hip osteonecrosis diklasifikasikan menjadi traumatik dan non-traumatik. Faktor penyebab utama untuk osteonekrosis (Miake-Lye et al., 2013)

B. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Nekrosis Avaskular (AVN) adalah penyebab lain degenerasi sendi pinggul. Pada kondisi ini, kepala tulang paha (bagian bola femur, atau tulang paha) kehilangan porsi penting asupan darahnya dan mulai mati (Osteonekrosis). Kepala tulang paha yang mati tidak dapat menahan tekanan besar yang ditransmisikan melalui sendi pinggul saat aktivitas normal seperti jalan kaki, naik tangga dan secara meningkat cacat. AVN dihubungkan dengan alkohol, keretakan dan dislokasi pinggul, serta perawatan steroid jangka panjang untuk penyakit lainnya.

2. Etiologi

- a. Cedera langsung pada hip dapat merusak pembuluh darah.
- b. Beberapa etiologi (seperti fraktur) yang menyebabkan penurunan suplai darah ke tulang
- c. Fraktur. Vertikal oblique fraktur pada collum femoris (70° atau lebih) dapat merusak pembuluh darah sehingga aliran darah terputus.
- d. Hip dislocation
- e. Iskemia pada tulang, terjadi jika aliran darah ke tulang cukup rendah
- f. Infark pada tulang, terjadi jika aliran darah ke tulang masih rendah beberapa kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi perkembangan penyakit ini.

a. Kortikosteroid

Selain cedera, salah satu penyebab paling umum dari osteonekrosis adalah penggunaan obat kortikosteroid seperti prednison. Kortikosteroid umumnya digunakan untuk mengobati penyakit radang Seperti Systemic Lupus eritomatosus, rheumatoid arthritis, penyakit radang usus, asma berat, dan vaskulitis. Dari sebuah penelitian, dijelaskan bahwa penggunaan jangka panjang kortikosteroid melalui oral atau intravena dapat menyebabkan osteonekrosis nontraumatic.

b. Alkohol

Penyebab umum lain yang dapat menyebabkan osteonecrosis adalah konsumsi alkohol yang berlebihan. Seseorang yang mengkonsumsi alkohol secara berlebihan dapat menyebabkan terbentuknya substansi lemak dan dapat menyumbat aliran pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ketulang menurun.

c. Trauma

Ketika terjadi fraktur tulang, dislokasi, atau cedera sendi lainnya dapat menyebabkan pembuluh darah rusak. Hal ini dapat membuat terganggunya sirkulasi darah ketulang, dan menyebabkan osteonecrosis karena trauma.

d. Faktor resiko lainnya

Faktor risiko lain untuk osteonekrosis yaitu terapi radiasi, kemoterapi dan transplantasi organ (terutama transplantasi ginjal). Osteonekrosis juga berkaitan dengan beberapa kondisi medis, termasuk kanker, systemic lupus erythematosus (SLE), penyakit hematologi seperti penyakit sel sabit, infeksi HIV, penyakit Gaucher, penyakit Caisson, gout, vaskulitis, osteoarthritis, dan osteoporosis.

3. Manifestasi Klinis

- a. Pada pemeriksaan, pasien berjalan pincang.
- b. Mungkin menunjukkan tanda trendelenburg positif.
- c. Paha mengecil dan anggota tubuh dapat memendek 1-2 cm
- d. Gerakan terbatas, terutama abduksi dan rotasi internal.
- e. Nyeri pada paha bagian depan
- f. Kekakuan dan keterbatasan

4. Patofisiologis

Pada awal prosesnya, gejala avascular necrosis tidak terlalu disadari oleh pengidapnya. Kendati demikian, seiring dengan perjalanan penyakit, ada beberapa gejala umum yang dapat dirasakan, antara lain rasa nyeri saat menaruh beban pada tulang yang bermasalah, rasa nyeri akan bertambah saat tulang dan sekitarnya menyatu, keterbatasan menggerakkan sendi hingga tidak dapat menggunakannya sama sekali. avascular necrosis dengan diawali suatu wawancara medis lengkap terkait dengan perjalanan penyakit yang dialami pengidap. (Prihatini, 2021)

5. Penatalaksanaan

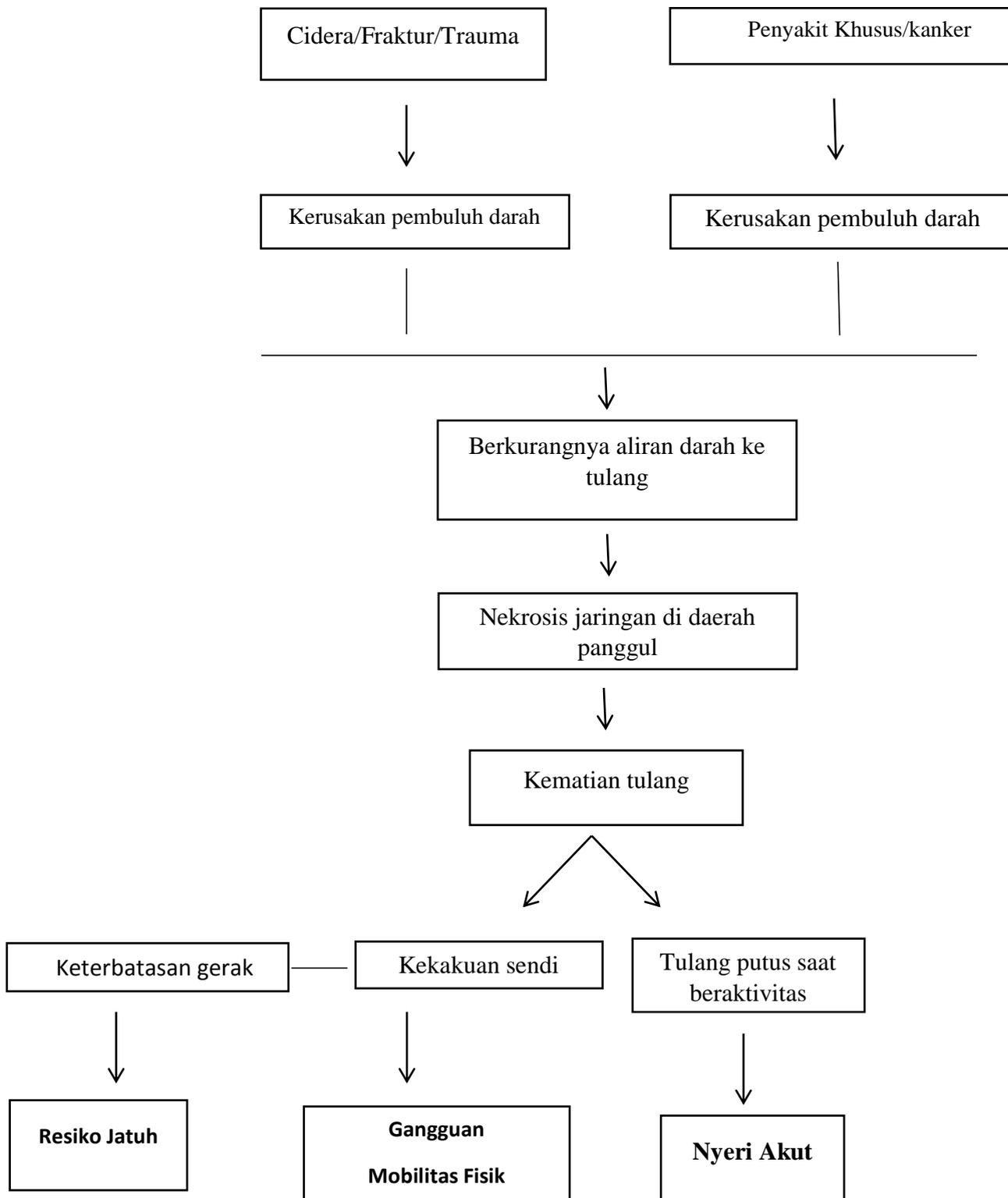
Menurut Shales 2019 penatalaksanaan avascular necrosis

- a. Foto Rontgen, untuk melihat perubahan struktur tulang.
- b. MRI atau CT scan, untuk melihat kondisi tulang dengan lebih detail.
- c. Bone scan, yang diawali dengan menyuntikkan zat radioaktif ke dalam pembuluh darah zat radioaktif tersebut akan menuju ke daerah tulang yang mengalami gangguan dan akan tertangkap oleh kamera gamma saat dilakukan foto.

d. Functional bone test, jika semua hasil tes pencitraan tidak menunjukkan adanya avascular necrosis. Pemeriksaan ini dilakukan dengan tindakan pembedahan untuk mengukur tekanan pada tulang yang sakit

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathways



2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status

kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien, sangat penting dalam penegakan diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nettina, 2017).

a. Biodata atau identitas diri.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien selulitis dan harus segera ditangani. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien selulitis ini biasanya adalah nyeri.

c. Riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga)

Melihat dan menanyakan tentang riwayat penyakit dari pasien yang pernah dialami seperti asam urat, kolesterol tinggi, kadar kalsium tinggi dalam darah dan lain-lain.

d. Pengkajian Pola Gordon

1) Pola persepsi

Apakah pasien pernah mengalami riwayat penyakit tersebut sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita, dan pentingnya kesehatan bagi pasien dan keluarga.

2) Pola nutrisi dan cairan

Pola makan dan minum sehari-hari, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, berapa kali sehari, nafsu makan menurun/tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi

Mengkaji pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) sebelum dan selama sakit, konsistensi, warna dan bau, berapa kali sehari, adanya konstipasi atau tidak, adanya gangguan berkemih atau tidak.

4) Pola aktivitas dan latihan

Reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan/keletihan), perubahan pola nafas setelah aktifitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri.

5) Pola tidur dan istirahat

Berapa jam sehari, terbiasa tidur siang atau tidak, gangguan selama tidur (sering terbangun), nyenyak atau tidak, nyaman atau tidak.

6) Pola persepsi kognitif

7) Konsentrasi, daya ingat dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya

Pola persepsi dan konsep diri Adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri karena penyakit yang diderita

8) Pola reproduksi dan seksual

Adakah gangguan reproduksi dan seksual, atau adakah perubahan pola reproduksi dan seksual selama sakit.

9) Pola mekanisme dan coping

Emosi, ketakutan terhadap penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan yang jelas.

10) Pola hubungan

Hubungan antar keluarga harmonis, interaksi, komunikasi dan cara berkomunikasi.

11) .Pola keyakinan dan spiritual

Agama pasien, gangguan beribadah selama sakit, ketaatan dalam berdoa dan beribadah.

e. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan tanda vital

2) Pemeriksaan kulit

- 3) Pemeriksaan ekstermitas atas
- 4) Pemeriksaan ekstermitas bawah
- 5) Pemeriksaan jantung (cardiovaskuler)
- 6) Pemeriksaan abdomen
- 7) Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus.
- 8) Pemeriksaan musculoskeletal
- 9) Pemeriksaan ekstremitas

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Novieastari, 2014).

Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) antara lain :

a. Risiko Jatuh (D.0143)

1) Pengertian

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan akibat terjatuh.

2) Etiologi

- a) Penurunan fungsi organ tubuh
- b) Perubahan komposisi tubuh
- c) Penurunan mekanik tubuh dan penurunan energi

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

(1) Subyektif (tidak tersedia)

(2) Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

(1) Subyektif (tidak tersedia)

(2) Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Mobilitas berkurang
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Membutuhkan bantuan orang lain
- Berfokus pada diri sendiri

c) Kondisi Klinis Terkait

(1) Osteoporosis

(2) Kejang

(3) Infeksi

(4) Katarak

(5) Glaukoma

(6) Demensia

(7) Hipotensi

(8) Amputasi

(9) Intoksikasi

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

3) Manifestasi Klinis

- a) Gejala Dan Tanda Mayor

(1) Subjektif

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(2) Objektif

- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan Tanda Minor

(1) Subjektif

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

(2) Objektif

- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

c) Kondisi Klinis Terkait

- Stroke
- Cedera medula spinalis
- Trauma
- Fraktur
- Osteoarthritis
- Osteomalasia
- Keganasan

c. Nyeri Akut (D.0077)

4) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

5) Etiologi

- d) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- e) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- f) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

6) Manifestasi Klinis

d) Gejala dan tanda mayor

(3) Subyektif (tidak tersedia)

(4) Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

e) Gejala dan tanda minor

(3) Subyektif (tidak tersedia)

(4) Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

f) Kondisi Klinis Terkait

(1) Kondisi pembedahan

(2) Cedera traumatis

(3) Infeksi

(4) Sindrom koroner akut

(5) Glaukoma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), yang diuraikan sebagai berikut :

a. Risiko Jatuh (D.0143)

SLKI : Tingkat Jatuh

1) Pengertian

Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria hasil :

Tabel 2.1 Indikator Tingkat Jatuh

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5
Jatuh saat beraktivitas	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Jatuh (I.14540)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan Menurunkan risiko terjatuh akibat kondisi fisik atau psikologis.

a) Observasi

- Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi
- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- Hitung risiko jatuh dengan menggunakan (mis. *Fall Morse Scale*, *Humpty Dumpty*) jika perlu
- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya

b) Terapeutik

- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci
- Pasang *handrail* tempat tidur
- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- Dekatkan bel pemanggil dalam jangkuan pasien

c) Edukasi

- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
- Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

b. Gangguan Mobilitas Fisik

SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)

1) Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Ekspektasi : Meningkatkan

3) Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningka t	Meningkat
Pergerakan Ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan Otot	1	2	3	4	5
Rentang Gerak	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku Sendi	1	2	3	4	5
Gerakan Tidak Terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan Terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

1) Pengertian

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

2) Tindakan

- a) Observasi
 - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- b) Terapeutik
 - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)
 - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
 - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- c) Edukasi
 - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI : Tingkat Nyeri

4) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

5) Ekspektasi : Menurun

6) Kriteria hasil :

Tabel 2.1 Indikator Tingkat Nyeri

	Cukup	Cukup
Menurun	menurun	Sedang meningkat
		Meningkat

Kemampuan Menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

2) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

3) Tindakan

d) Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - Identifikasi skala nyeri
 - Identifikasi respons nyeri non verbal
 - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - Monitor efek samping penggunaan analgetic
- e) Terapeutik
- Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain
 - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - Fasilitasi istirahat dan tidur
 - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- f) Edukasi
- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat
 - Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mneguragi rasa nyeri
- g) Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat

untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan dengan menggunakan skala morse dibagi adalah instrumen yang digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko jatuh pada pasien lanjut usia terdiri dari 5 item faktor resiko jatuh, agitasi, gangguan penglihatan, frekuensi buang air atau toileting, kemampuan berpindah dan bergerak. Total nilai dari item –item tersebut 1 sampai 5, skor 0 resiko rendah, skor 1 resiko sedang dan skor 2 atau lebih resiko tinggi (Olivier et al 2010).

Instrumen-instrumen pengkajian resiko jatuh pada pasien telah diseleksi dan di ujikan, namun ada kontroversi atau pertentangan sehubungan sehubungan instrumen paling efektif (harvey, 2010). Skala Morse memperlihatkan nilai prediksi yang tinggi pada populasi negara korea dengan nilai sensitivitas 72% dan spesifitas 91% (Baek et al 2013).

5. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- a) S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- b) O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat

- c) A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).
- d) P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

6. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)

- a. Ahsan, 2018 Dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien Pada Pencegahan Resiko Jatuh Dengan Pelaksanaan SOP Pencegahan Resiko Jatuh di Ruang Rawat Inap Dewasa RS Panti Waluya Malang”. Penelitian ini merupakan penelitian quasy eksperimental dengan rancangan one group pre-posttest design dengan jumlah populasi sebanyak 68 orang dan jumlah sampel 20 orang. Analisa data yang digunakan menggunakan Paired Sample T-test. Hasil analisis uji statistic Paired Sample T-test diperoleh p value = 0.000 lebih kecil dari 0,05. Penelitian ini diharapkan dapat diterapkan di bidang keperawatan dan menjadi referensi dalam pendidikan serta penelitian selanjutnya yang terkait dengan tehnik skala morse.
- b. Amois Santri, 2021 Dengan judul “Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kepatuhan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Resiko Jatuh di Ruang Rawat Inap RSUD KANJURUHAN MALANG”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh skala morse terhadap risiko dengan jumlah sampel 58 pasien, penelitian dilakukan pada bulan Maret-Mei 2020. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi, seluruh pasien mengalami risiko jatuh sedang (100%) . Setelah diberi skala morse, didapatkan hasil efektif pada seluruh pasien dengan menurunnya risiko jatuh (100%). Berdasarkan penghitungan sebelum hingga setelah terapi menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Rank dengan nilai taraf signifikan <0,05, diperoleh hasil p = 0,000.

Berdasar hasil tersebut, maka H1 diterima sehingga terdapat skala morse dengan risiko jatuh.

- c. Erwin, 2022 Dengan judul “Gambaran Penerapan Patient Safety Resiko Jatuh Oleh Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Arifin Achmad”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas teknik skala morse terhadap penurunan resiko jatuh pada pasien pasca operasi. Penelitian ini menggunakan desain time series eksperimen dan consecutive sampling. Jumlah sampel 60 orang Analisis data menggunakan uji Fiedman dan uji Post Hoc Wilcoxon. Hasil uji Fiedman (p value = 0,0001) menunjukkan penurunan risiko jatuh. Teknik skala morse yang dipadukan dengan kolaborasi teknik farmakologi dapat diterapkan sebagai upaya penatalaksanaan keperawatan dalam penurunan risiko jatuh pada pasien pasca operasi.