



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PELAKSANAAN METODE TIM
KEPERAWATAN DENGAN KESALAHAN PEMBERIAN
OBAT DI RSUD GUNUNG JATI CIREBON**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**ERIN RIKA HERWINA
1006749094**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Erin Rika Herwina

NPM : 1006749094

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juli 2012



Surat Pernyataan Bebas Plagiat

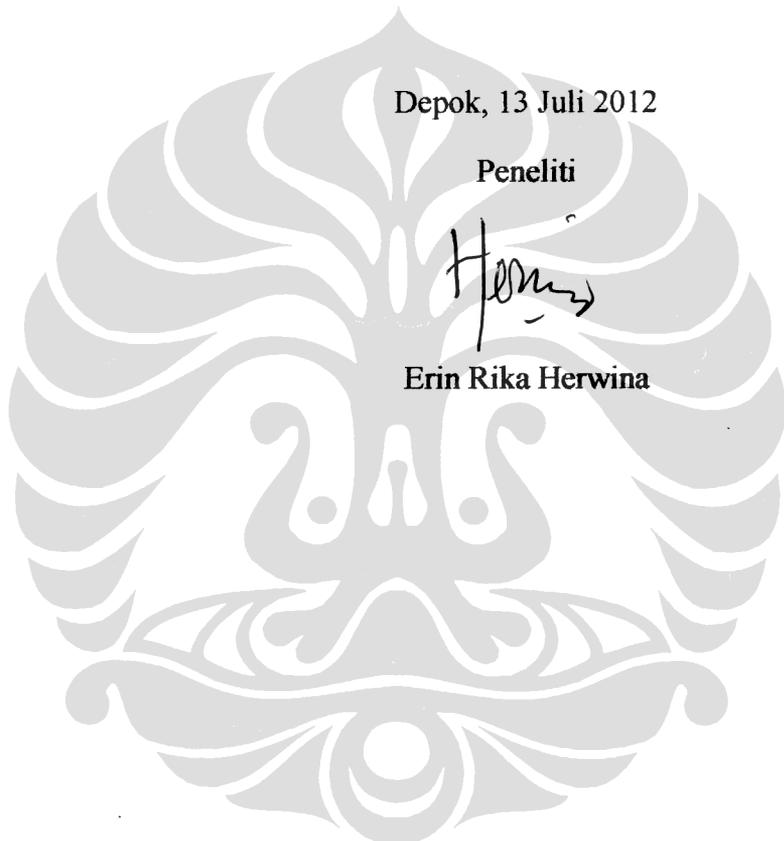
Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis yang saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai ketentuan yang telah berlaku di Universitas Indonesia. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat, maka saya siap untuk bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 13 Juli 2012

Peneliti



Erin Rika Herwina



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Erin Rika Herwina
NPM : 1006749094
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan
dengan Kesalahan Pemberian Obat di RSUD
Gunung Jati Cirebon

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Allenidekania, S.Kp, M.Sc

.....

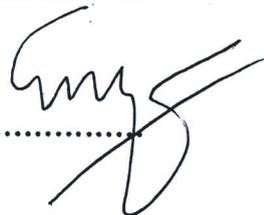

Pembimbing : Dewi Gayatri, S.Kp, MKes

.....


Penguji : Hanny Handayani, S.Kp, MKes

.....


Penguji : Mg. Enny Mulyatsih, SKp, MKep, Sp.M.B

.....


Ditetapkan di: Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

Hubungan pelaksanaan..., Erin Rika Herwina, FIK UI, 2012

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Subhanahuwata'ala, akhirnya penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Tesis ini dengan judul “Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon”. Laporan hasil penelitian ini diajukan peneliti sebagai salah satu syarat mata kuliah tesis pada Program Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih atas dukungan dan bantuan selama proses penyusunan tesis ini, hingga akhirnya tesis ini dapat diselesaikan. Terima kasih peneliti ucapkan kepada:

1. Ibu Allenidekania, S.Kp, M.Sc selaku pembimbing I yang telah menyediakan banyak waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp, MKes selaku pembimbing II yang telah dengan sabar memberikan bimbingan dan memberikan banyak masukan dalam penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp, MN selaku Ketua Program Studi Ilmu Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Bapak Drg. H. Heru Purwanto, MARS selaku Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon.
6. Suamiku Supriyatna, SKM, MM dan anak-anakku Ahmad Faisal NF dan Zahra Salsabila yang selalu memberikan do'a dan dukungan yang tidak pernah putus.
7. Orang tuaku H. E. Wawan Sungkawa, Dipl.H dan Hj. Herawati yang ada di Bandung, juga orang tuaku H.Sulaeman dan Hj. Roipah yang ada di Gebang Cirebon atas dukungan dan do'anya.

8. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Program Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu peneliti mengharapkan masukan dan kritikan untuk perbaikan tesis ini.

Depok, Juli 2012

Peneliti

Erin Rika Herwina



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Erin Rika Herwina
NPM : 1006749094
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas **Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

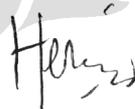
**Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan
Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal: 13 Juli 2012

Yang menyatakan



Erin Rika Herwina

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA -FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2012

Erin Rika Herwina

Hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon

Perawat memegang tanggung jawab dalam pelaksanaan pemberian obat pada semua tatanan pelayanan yang berhubungan dengan faktor sistem dan faktor proses. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, untuk melihat hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat, dengan jumlah sampel 76 perawat. Analisa dengan *chi square* dan *multiple logistic regression*. Perawat yang melakukan kesalahan minimum pemberian obat 53%, dan ada hubungan antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat ($p=0,004$; $\alpha=0,05$). Metode tim keperawatan sangat penting untuk pemberian obat yang aman. Rumah sakit perlu membuat kebijakan terhadap upaya keselamatan dengan merubah sistem dan pendidikan bagi perawat.

Kata kunci: metode tim keperawatan, kesalahan pemberian obat

Daftar pustaka : 52 (2001-2012)

Comparative Study About Relationship Between Team Nursing and Medication Error at RSUD Gunung Jati Cirebon

x + 87 pages + 13 tables + 3 schemes + 10 appendics

Abstract

Medication administration is a key responsibility of nurses in many settings are systems factor and process factor. The study used the quantitative with correlation descriptive design with purpose to examine the relationship between team nursing and medication errors. This research used the descriptive correlation, with 76 nurses. Analysis was using chi square and multiple logistic regression. An approximately 53% nurses identified medication errors and there was a significant relationship of team nursing and medication errors ($p=0,004$; $\alpha=0,05$). Team nursing was very important for medication safety. Strategies used included recommendation from voluntary organization to improve safety system change and education of nurses.

Key words: team nursing, medication errors

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumahan Masalah	9
1.3. Pertanyaan Penelitian	10
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.4.1. Tujuan Umum	10
1.4.2. Tujuan Khusus	10
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.5.1. Bagi Keilmuan	11
1.5.2. Bagi Rumah Sakit	11
1.5.3. Penelitian Selanjutnya	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Mutu Pelayanan Keperawatan	12
2.2. Manajemen Keperawatan	14
2.3. Metode Penugasan perawat	17
2.3.1. Metode Kasus	18
2.3.2. Metode Fungsional	19
2.3.3. Metode Keperawatan Primer	20
2.3.4. Metode Tim	22
2.4. Hubungan Fungsi Manager dengan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan	24
2.5. Keselamatan Pasien	28
2.6. Pelaksanaan Pemberian Obat	31
2.7. Peran Perawat Terhadap Pemberian Obat	36
2.8. Kesalahan Pemberian Obat	36
2.9. Hubungan Metode Penugasan dengan Kesalahan Pemberian Obat	38
2.10. Variabel Demografik	39
2.11. Kerangka Teori	41

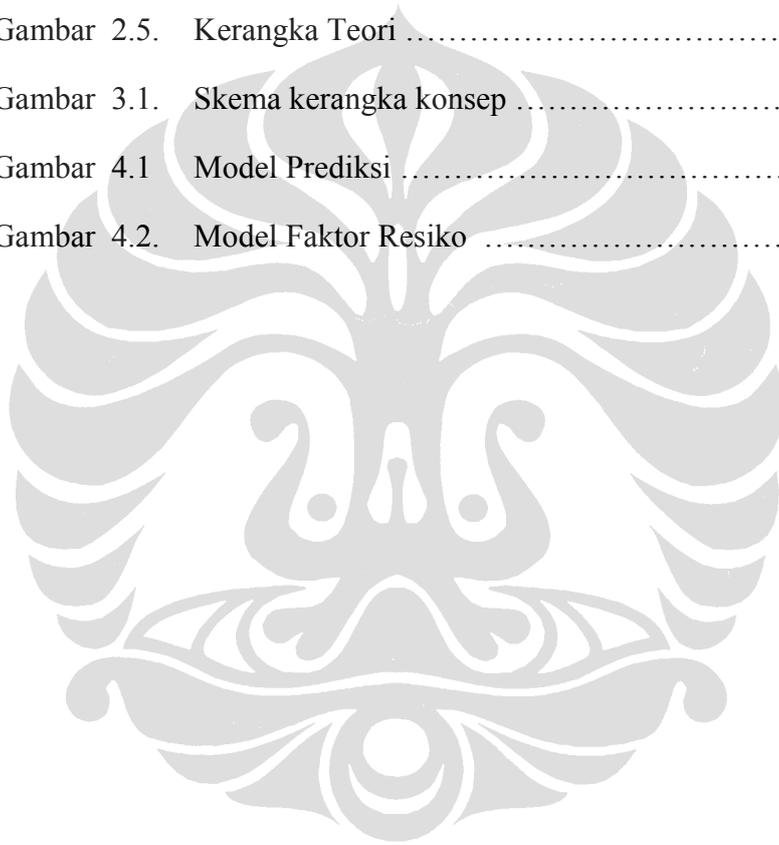
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	43
3.1. Kerangka Konsep	44
3.2. Hipotesis	45
3.3. Definisi Operasional	45
 BAB IV METODE PENELITIAN	46
4.1. Desain Penelitian	46
4.2. Populasi dan Sampel	46
4.3. Etika Penelitian	49
4.4. Instrumen Penelitian	50
4.5. Uji Validitas dan Reliabilitas	53
4.6. Prosedur Pengumpulan Data	54
4.7. Pengolahan Data	55
4.8. Analisis Data	56
 BAB V HASIL PENELITIAN	60
 BAB VI PEMBAHASAN	67
6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil	67
6.2. Keterbatasan Penelitian	80
6.3. Implikasi Hasil Penelitian	80
 BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	82
7.1. Kesimpulan	82
7.2. Saran	82
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1.1. Kapasitas Tempat Tidur dan Prosentase Menurut Kelas Perawatan Tahun 2010/2011	9
Tabel 2.1. Peran Kepala Ruangan dan Ketua Tim dalam Metode Penugasan Tim di Ruang Rawat Inap dalam Melaksanakan Fungsi Manajemem	26
Tabel 3.1. Tabel Definisi Operasional	45
Tabel 4.1. Distribusi Populasi dan Sampel Perawat di Ruang Rawat Inap	49
Tabel 4.2. Kisi-kisi Kuesioner Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan ...	52
Tabel 4.3. Kisi-kisi Kuesioner Kesalahan Pemberian Obat.....	53
Tabel 4.4. Tabel Uji Statistik	57
Tabel 5.1. Gambaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana	61
Tabel 5.2. Gambaran Responden Berdasarkan Umur dan Lama Bekerja Perawat Pelaksana	61
Tabel 5.3. Gambaran Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan	62
Tabel 5.4. Gambaran Kesalahan Pemberian Obat	63
Tabel 5.5. Hubungan Umur dan Lama Bekerja dengan Kesalahan Pemberian Obat	64
Tabel 5.6. Hubungan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat	53

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1. Garis Rentang Kewenangan pada Model Fungsional Keperawatan	20
Gambar 2.2. Rentang Kewenangan pada Model Perawat Primer	20
Gambar 2.3. Rentang Kewenangan pada Model Tim Keperawatan	23
Gambar 2.4. Model <i>Structural Contingency Theory</i>	39
Gambar 2.5. Kerangka Teori	41
Gambar 3.1. Skema kerangka konsep	43
Gambar 4.1 Model Prediksi	57
Gambar 4.2. Model Faktor Resiko	58



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Lembaran Persetujuan Responden
Lampiran 3	Instrumen A
Lampiran 4	Instrumen B
Lampiran 5	Keterangan Lolos Uji Etik
Lampiran 6	Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian FIK UI
Lampiran 7	Permohonan Ijin Penelitian FIK UI
Lampiran 8	Surat Ijin Penelitian Kesbangpol
Lampiran 9	Ijin Uji Instrumen Penelitian RSUD Waled Cirebon
Lampiran 10	Riwayat Hidup Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang menjadi harapan masyarakat, di mana perawat memiliki kontribusi yang besar terhadap pelayanan di rumah sakit (Fathoni, 2006). Aspek yang berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit, yaitu: 1) Aspek klinis medis: infeksi nosokomial 2) Efektivitas dan efisiensi pelayanan yang diberikan 3) Keselamatan pasien (*patient safety*) dan 3) Kepuasan pasien (Sudewi, 2006). Berdasarkan hal tersebut, maka rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang bermutu, diharapkan berorientasi kepada keselamatan pasien. Menurut Depkes (2001), penjaminan mutu atau *Quality Assurance* (QA) dalam bidang kesehatan menggunakan konsep mutu pelayanan kesehatan dalam 6 aspek, yaitu *safety, effectiveness, timeliness, efficiency, equity, dan patient awareness*.

Jaminan mutu pelayanan salah satunya berhubungan dengan meningkatkan keselamatan klien dari risiko cedera yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Puluhan juta pasien mengalami keadaan cedera yang menetap setiap tahun diakibatkan perawatan medis yang tidak aman. Hampir satu dari sepuluh pasien dirugikan saat menerima perawatan kesehatan di rumah sakit baik pemerintah atau rumah sakit swasta yang menggunakan teknologi maju (WHO, 2010). *The Institute of Medicine* (IOM) memprediksikan bahwa 100.000 kematian pertahun terjadi akibat kesalahan pemberian obat (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000) dalam Mark & Belyea (2008).

WHO (2011) menuliskan terdapat enam urutan teratas penelitian yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi tentang keselamatan pasien (*patient safety*), yaitu: obat palsu dan obat yang belum memenuhi standar, kompetensi dan keahlian yang *inadequate, maternal and newborn care, health care associated infections*, pemberian injeksi yang tidak aman, dan pemberian transfusi darah yang tidak aman. Dilaporkan 23 kota di Amerika bahwa telah terjadi *medical error*.

Penelitian yang dilakukan oleh WHO (2011) menunjukkan adanya pemberian injeksi yang tidak aman, memberikan kontribusi 40% di seluruh dunia bahwa pemberian injeksi dilakukan tanpa alat yang steril, diprediksikan 1,3 juta kematian setiap tahun disebabkan oleh pemberian injeksi yang tidak aman.

Penelitian tentang pemberian obat yang merugikan diestimasi 10% terjadi pada pasien dengan perawatan akut. The Joint Commission (2006) mengidentifikasi pada masalah terhadap obat (Smetzer dan Cohen, 2006) dalam Campbell, Spehar, dan French (2012) menemukan 50% pada kesalahan pemberian obat dan 20% dilakukan kesalahan pemberian obat dikarenakan komunikasi dan dokumentasi yang kurang efektif dan satu dari tujuh pasien di mengalami kesalahan medis. Kesalahan medis yang berhubungan dengan pemberian obat dapat terjadi di mana saja dalam sistem perawatan kesehatan: di rumah sakit, klinik, pusat operasi, panti jompo, apotek, dan pasien dokter rumah. Kesalahan dapat melibatkan obat-obatan, operasi, diagnosis, peralatan, atau laporan laboratorium.

Terapi obat adalah pengobatan medis yang paling umum diterima oleh pasien, kejadian kesalahan dalam pemberian obat merupakan masalah penting bagi keselamatan pasien. Kesalahan pengobatan mempengaruhi biaya perawatan kesehatan dan kematian pasien. Di Amerika Serikat, kesalahan pengobatan account untuk sekitar 7.000 kematian diperkirakan per tahun (Dukes, 2004) dalam Gooder (2011). Selain itu, Stencil dan Dobbin (2006) dalam Gooder (2011) melaporkan bahwa rata-rata 400.000 dicegah terkait obat luka terjadi setiap tahun di rumah sakit, 800.000 terjadi dalam jangka panjang pengaturan perawatan dan 530.000 terjadi di klinik rawat jalan di Amerika Serikat. Insiden ini menjelaskan biaya medis tambahan sebesar \$ 350.000.0000 setiap tahun (Stencil & Dobbin, 2006) dalam Gooder (2011).

Kesalahan administrasi obat adalah salah satu jenis yang paling umum kesalahan pengobatan (Haw et al. 2005) dalam Gooder (2011). Kesalahan administrasi pengobatan mengacu pada kesalahan pengobatan yang terjadi selama proses pemberian obat. Hal ini biasanya melibatkan tindakan keperawatan di mana pasien menerima atau seharusnya menerima obat. Maes termasuk kesalahan dari

komisi dan kelalaian (Carlton & Blegen 2006) dalam Gooder (2011). Kesalahan pemberian obat terjadi ketika satu atau lebih dari enam hak (pemberian obat yang tepat dalam dosis yang tepat pada waktu yang tepat melalui rute yang tepat kepada pasien yang tepat dengan dokumentasi kanan) dari administrasi pengobatan dilanggar. Kesalahan dari kelalaian terjadi jika obat resep yang tidak diberikan (Potter & Perry 2003; Raja Lope et al 2009) dalam Gooder (2011).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari kualitas mutu pelayanan rumah sakit, di mana perawat adalah petugas pelayanan kesehatan yang pertama langsung melakukan kontak dengan pasien. Perawat melakukan pelayanan di rumah sakit melakukan pekerjaannya selama 24 jam, dengan jumlah sumber daya 55-65% yang dimiliki oleh rumah sakit adalah perawat. Kontribusi perawat sangat menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga rumah sakit harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Hamid, 2007). Menurut Aiken (1994, dalam Seago, 2001) menjelaskan bahwa pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan profesional dapat dilakukan dengan metode penugasan yang efektif sesuai dengan kebutuhan klien. Beberapa metode penugasan tersebut, yaitu: keperawatan primer, tim, fungsional dan kasus. Metode tersebut dilaksanakan dapat dimodifikasi sesuai dengan analisis terhadap pendidikan perawat, tingkat ketergantungan pasien, jumlah pasien dan jumlah perawat itu sendiri (Sitorus, 2011). Menurut Tiedeman dan Lookindlan (2004) dalam Saunders (2009), ada beberapa faktor untuk menentukan metode penugasan dalam suatu unit pelayanan, yaitu: rasio perawat dan pasien, penggunaan waktu efektif, bentuk organisasi dan pendidikan perawat.

Metode penugasan yang berkembang di Indonesia adalah metode tim dan fungsional, sedangkan metode perawat primer dikembangkan sejak 1991. (Sitorus, 2011). Penelitian yang berhubungan dengan metode penugasan keperawatan primer, salah satunya dilakukan oleh Tambunan (2002) di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM), dilakukan dengan pengamatan langsung 1696 pengamatan terhadap kegiatan perawat dan jumlah pasien rata-rata perhari 25 pasien dengan tingkat ketergantungan: parsial 58,8%, ringan 22%, dan total 19,2%. Hasilnya bahwa beban kerja perawat berdasarkan klasifikasi pasien adalah

88,4 jam. Proporsi kegiatan keperawatan langsung (51,1%) lebih besar dari kegiatan tak langsung (22,5%), kegiatan pribadi produktif 15,5% dan pribadi non produktif 10,95%. Kategori perawat *associate* lebih banyak melakukan kegiatan langsung, sedangkan perawat primer melakukan kegiatan langsung dan tidak langsung dengan proporsi yang hampir sama. Perawat *associate* mempunyai variasi beban kerja berat, normal dan ringan; sedangkan perawat primer mempunyai variasi beban kerja normal dan ringan pada pelaksanaan kegiatan keperawatan. Hasil uji statistik dengan *chi - square* didapatkan ada hubungan bermakna antara beban kerja perawat dengan pelaksanaan praktek keperawatan di ruang MPKP Instalasi Rawat Inap B Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.

Suardana (2001) meneliti tentang perbedaan tingkat produktifitas kerja perawat yang menggunakan metode penugasan tim-fungsional dengan metode penugasan fungsional di Rumah Sakit Umum Daerah Gianyar dan Tabanan Bali. Desain penelitian adalah deskriptif analitik model *cross sectional* yang membandingkan tingkat produktifitas kedua kelompok. Metode yang digunakan adalah *work study* melalui pengamatan di unit rawat inap anak, kebidanan, bedah dan penyakit dalam terhadap 102 responden pada penugasan tim-fungsional dan 108 responden pada penugasan fungsional. Jumlah total pengamatan pada setiap kelompok adalah sebanyak 1728 pengamatan. Tingkat produktifitas kelompok fungsional adalah sebesar 56,27% dan kelompok tim-fungsional sebesar 67,92%.

Huges (2009) dalam penelitiannya, bahwa model penugasan perawat mempengaruhi pelayanan dalam administrasi pengobatan. Penelitian yang dilakukan berhubungan pemberian obat, apabila perawat primer dan *associate* melaksanakan metode penugasan dilaksanakan secara professional, maka kejadian kesalahan pemberian obat menurun hingga 87%. Faktor lain yang menyebabkan terjadinya kesalahan administrasi obat yang dilakukan perawat berhubungan dengan beban kerja. Survei ini menemukan bahwa 64-76% perawat yang melakukan kesalahan administrasi obat-obatan sebesar 59-68%. Hal ini diakibatkan karena beban kerja yang tinggi yang terjadi di ruang operasi, postanesthesia dan di unit operasi hari yang sama (Beyea, Hicks & Becker, 2007).

MacPhee, Ellis, dan Sanchez (2006) meneliti tentang beban kerja bahwa beban kerja menjadi penyebab kesalahan yang dilakukan oleh perawat, dikarenakan jumlah tenaga yang kurang. Menurut Rogers (2008), melaporkan kesalahan pengobatan meningkat tiga kali bagi perawat bekerja lebih dari 12,5 jam dalam melakukan asuhan keperawatan pasien secara langsung. Di antara perawat yang bekerja lebih dari 12,5 jam, dari 58% jumlah perawat yang melakukan kesalahan pemberian obat, 56 % berhubungan dengan administrasi pengobatan.

Carol (2011, dalam Harrison, 2011), perawat rata-rata menjalankan pekerjaannya selama 12 jam penuh dan sudah termasuk jam lembur. Bower (2010) mengatakan bahwa 16 negara di Amerika 59% perawat diwajibkan untuk kerja lembur dengan rata-rata 7,2 jam perminggu. Harrison (2012) mengatakan bahwa beban kerja akan meningkat terutama bila ditambah lembur kerja, bahkan perawat yang memiliki jumlah jam kerja yang lebih lama adalah: perawat pria, perawat yang memiliki warna kulit berwarna, usia yang lebih muda, bahkan peraturan rumah sakit yang membutuhkan perawat untuk melaksanakan lembur kerja.

Peningkatan jumlah jam kerja yang terjadi pada perawat disebabkan meningkatnya kebutuhan pelayanan, meningkatnya jumlah klien dan perhatian yang dibutuhkan oleh klien (ANA, 2008) dalam Stokowski (2012). Beban kerja yang meningkat akan mengakibatkan stress dalam bekerja (Stokowski, 2012), sehingga berisiko terhadap kelalaian dalam bekerja, menurunnya angka *Length of Stay* (LOS) bahkan mengancam keselamatan pasien.

Perawat memegang peran utama dalam proses pemberian obat, sehingga kesalahan pengobatan harus dapat dievaluasi dan mempelajari pola-pola dalam kesalahan. Barker (2002) dalam Rebecca (2007), mengamati perawat memberi obat di 36 rumah sakit dan panti jompo di Georgia dan Colorado bahwa dari 3216 dosis diamati, 19% menghasilkan kesalahan pengobatan. Kesalahan berdasarkan kategori adalah waktu yang salah (43%), kelalaian (30%), dosis yang salah (17%), dan salah obat (4%).

Penelitian yang dilakukan di Indonesia yang dilakukan Sahelangi (2004) di RS X, yang dilakukan selama dua minggu. Penelitian terhadap 82 perawat, 28%

melakukan kesalahan obat, yaitu: kesalahan waktu pemberian 69,5%, kesalahan dosis 19,5%, obat yang sudah kadaluarsa 4,4% dan kesalahan pemberian obat yang tidak diinstruksikan 2,2 %.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesalahan pengobatan adalah faktor sistem, faktor proses, dan faktor manusia. Penelitian faktor sistem yang dapat mempengaruhi administrasi pengobatan termasuk: model penugasan perawat, lama bekerja, ketergantungan pasien, iklim organisasi, faktor organisasi termasuk staf perawat, beban kerja, iklim organisasi, kondisi kerja yang menguntungkan, kebijakan dan prosedur, dan teknologi. Faktor-faktor ini menjadi pertimbangan dalam melakukan peningkatan keselamatan pasien, khususnya dalam pemberian obat, karena pelaksanaan administrasi obat adalah tanggung jawab utama perawat di berbagai tatanan pelayanan (Hughes, 2008).

IOM (2012) menyatakan bahwa faktor sistem yang berpengaruh terhadap kesalahan pemberian obat adalah *distractions and interruptions*, proses pendokumentasian dan dokumentasinya, kesalahan komunikasi, pengkajian dan monitor pasien yang salah. Kesalahan yang disebabkan oleh manusia adalah diantaranya: karakteristik individu, kemampuan kognitif, kelelahan, keahlian atau keterampilan, pengalaman dan kemampuan menghitung.

Kejadian kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat *register nurse* (RN) dengan model penugasan tim, kejadiannya lebih tinggi terjadi di ruang ICU, dibandingkan ruang rawat bedah dan ruang *intermediate*. Jumlah jam kontak perawat dengan model penugasan tim tersebut adalah 4 jam pasien per hari di ruang bedah dan 8,4-8,9 jam pasien per hari di ruang *intermediate* (Lankshear, Sheldon & Maynard, 2005).

Pencegahan kesalahan dalam pemberian obat (*medication error*) sangatlah penting dilakukan oleh perawat. Hal tersebut bukan saja untuk keselamatan pasien (*patient safety*) tetapi sebagai bentuk tanggung jawab perawat dalam melakukan pekerjaan yang profesional sehingga kelalaian atau kesalahan yang dilakukan oleh perawat dapat dicegah. Setiap kelalaian atau kesalahan (*medication error*) yang terjadi tidak akan terlepas dari pengawasan pemerintah untuk melindungi

pasien terhadap kejadian risiko cedera, kecacatan atau kematian yang terjadi di pelayanan kesehatan.

Masalah yang mungkin muncul adalah tindakan kesalahan dan kelalaian yang dilakukan oleh perawat akan menimbulkan suatu keadaan malpraktik atau kejadian yang tidak diharapkan. Pasien akan mengalami risiko cedera atau mungkin menimbulkan kerugian yang diterima oleh pasien. Pasien dilindungi oleh undang-undang kesehatan RI tentang kesehatan pasal 58 No.36 tahun 2009, bahwa setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon merupakan rumah sakit badan layanan umum daerah sebagai pusat pelayanan rujukan dan pendidikan tipe B yang berada di wilayah III Cirebon sebagai rumah sakit rujukan dan pendidikan di wilayah III dengan akreditasi 16 pelayanan. Pada tahun 2011, kapasitas tempat tidur adalah 305 tempat tidur dengan BOR 68,07%. Layanan perawatan inap yang tersedia: Super VIP, VIP A, VIP B, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III. Restrukturisasi rumah sakit yang dilakukan bersamaan dengan proses akreditasi rumah sakit dengan target 16 (enam belas) bidang pelayanan yang dinilai. Dalam kegiatannya, bidang keperawatan telah melakukan revisi Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang dilaksanakan menjelang akreditasi tahun 2011 (RSUD Gunung Jati, 2011).

Studi pendahuluan yang dilakukan dengan cara observasi pada Bulan Oktober 2011 di RSUD Gunung Jati Cirebon, didapatkan data bahwa metode penugasan yang digunakan adalah metode tim dan fungsional. Pelaksanaan metode tim dilaksanakan belum efektif, karena pembagian tugas yang dilakukan oleh anggota tim belum merata. Hal ini terlihat perawat mendapatkan beban tugas yang tidak seimbang antara tindakan perawatan langsung dan tidak langsung (Erin, 2012). Fungsi-fungsi manajer sebagai kepala ruangan belum optimal dilaksanakan terutama di fungsi pengarahan dan monitoring. Pada fungsi pengarahan kepala ruangan belum tegas dalam upaya pembagian tugas terhadap perawat yang

melakukan kerja dalam tim nya, sehingga sebagian besar tugas dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan oleh kepala ruangan. Dampaknya adalah kepala ruangan waktunya terbatas untuk melakukan fungsi monitoring terhadap pelayanan asuhan keperawatan. Penulis melihat pelaporan terhadap upaya keselamatan pasien belum optimal dilaksanakan, disebabkan perawat yang mendapat tugas untuk membuat catatan laporan keselamatan pasien juga berdinam sore dan malam hari yang menyebabkan laporan tidak tertulis. Fungsi pengawasan terhadap pencatatan laporan asuhan keperawatan belum optimal, karena pendokumentasian sebagian besar dilakukan kepala ruangan maka tidak ada evaluasi yang dilakukan terhadap anggota tim keperawatan.

Pelaksanaan pelaporan keselamatan pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, saat ini sudah memiliki format pelaporan meliputi: *phlebitis*, *ulcus decubitus*, kejadian pasien jatuh, dan kesalahan pemberian obat. Pelaksanaan pencatatan upaya keselamatan belum dilakukan dengan efektif, hal ini dapat dilihat dari format tersebut masih kosong dalam pelaporan tersebut. Beberapa faktor penyebab yang peneliti dapatkan, adalah: belum adanya kesadaran perawat dalam hal melaporkan kejadian kesalahan pemberian obat, tidak adanya supervisi yang jelas terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, dan kurangnya peran kepala ruangan dalam melakukan pencatatan kejadian keselamatan pasien. Akhirnya tidak terdapat laporan kejadian tersebut.

Pada saat dilakukan observasi, terjadi kesalahan pemberian obat yang tidak dilaporkan. Penulis saat itu berada di ruang rawat inap obstetrik dan ginekologi, saat tersebut pasien mengalami alergi terhadap obat *amoxilyn*, sehingga harus dilaksanakan penatalaksanaan *syok anafilaksis*. Kejadian lain adalah saat pasien mendapatkan jadwal pemberian obat yang disesuaikan dengan jadwal pemberian obat di ruangan dan pemberian obat diberikan bukan berdasarkan jam pemberian obat terakhir tetapi berdasarkan jadwal pemberian obat di ruangan yang sudah ditetapkan waktunya. Kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat saat ini diperhitungkan berdasarkan kuota yang disediakan oleh pemerintah daerah setempat, bukan berdasarkan ketergantungan pasien dan jumlah pasien rata-rata yang berada di ruang rawat inap.

Tabel 1.1. Kapasitas Tempat Tidur dan Prosentase Menurut Kelas Perawatan Tahun 2010/2011

No	Kelas Perawatan	2010		2011	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	VIP	36		36	
2	Kelas I	23		23	
3	Kelas II	61		61	
	Sub Total	120	39,35	120	39,35
6	Kelas III	167		167	
	Sub Total	167	54,75	167	54,75
7	ICU	7		7	
8	ICCU	4		4	
9	NICU	7		7	
		18	5,9	18	5,9
	Jumlah Total	305	100	305	100

Sumber: Laporan kinerja RSUD Gunung Jati Cirebon 2010

Daya tampung kelas III lebih banyak dari daya tampung kelas yang lainnya. Hal ini menggambarkan fungsi sosial rumah sakit lebih banyak dibandingkan fungsi bisnisnya, karena daya tampung kelas III adalah sebesar 54,75%.

1.2. Rumusan Masalah

Kepala ruangan adalah seorang manajer bangsal yang harus mampu mengidentifikasi kebutuhan model penugasan apa yang dibutuhkan dalam perawatan inap tertentu, hal ini sangat berpengaruh terhadap pembagian tugas yang jelas. Hal lain adalah pelaksanaan metode tim keperawatan belum pernah dievaluasi sehingga pembagian tugas perawat dilaksanakan atas dasar kesadaran perawat itu sendiri, bukan berdasarkan pembagian tugas oleh ketua tim.

Metode penugasan perawat akan sangat berpengaruh terhadap upaya keselamatan pasien, khususnya kesalahan pemberian obat (*medication error*), sebagai bagian supervisi keperawatan yang dilaksanakan oleh ketua tim dan kepala ruangan. Identifikasi terhadap kejadian keselamatan pasien (*pasient safety*) belum dapat dilaksanakan dengan optimal, sehingga hal tersebut sangat mengancam keselamatan pasien.

Penulis tertarik untuk melakukan penelitian terhadap hubungan pelaksanaan metode tim yang ada di ruang rawat inap terhadap pemberian obat (*medication error*) yang dilakukan oleh perawat. Penelitian ini sebagai upaya perlindungan hukum yang dilaksanakan oleh perawat terhadap klien dan bentuk perlindungan klien terhadap risiko yang mengancam keselamatan pasien di rumah sakit.

1.3. Pertanyaan penelitian

Berdasarkan hal tersebut peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian ini. Penelitian ini akan menjawab pertanyaan: Bagaimanakah hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon?

1.4. Maksud dan Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa adanya hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon.

1.4.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- 1.4.2.1. Gambaran karakteristik perawat meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja.
- 1.4.2.2. Gambaran pelaksanaan metode tim keperawatan di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 1.4.2.3. Gambaran persepsi perawat tentang kejadian kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 1.4.2.4. Hubungan antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.
- 1.4.2.5. Faktor yang paling berhubungan dengan kesalahan pemberian obat.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran terhadap mutu pelayanan keperawatan berhubungan dengan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat yang dilakukan perawat, sehingga kejadian risiko cedera dalam upaya keselamatan pasien dapat terhindar.

1.5.2. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan di ruang rawat inap, terutama pelaksanaan fungsi manajemen bagi kepala ruangan, ketua tim.

Hasil penelitian yang berhubungan dengan kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap dapat meningkatkan sikap lebih bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam melakukan upaya pencegahan kesalahan pemberian obat.

Bagi pembuat kebijakan yang ada di rumah sakit, data ini menjadi dasar untuk membangun sistem pelayanan yang lebih baik dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan di rumah sakit.

1.5.3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya dapat meneliti terhadap upaya keselamatan pasien yang berisiko dilakukan oleh perawat dalam upaya keselamatan pasien diantaranya: pasien jatuh, *ulcus decubitus*, *phlebitis*, dan lainnya. Data ini dapat ditindaklanjuti dengan penelitian tentang pengaruh pelaksanaan pemberian obat dan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu layanan kesehatan menurut Shi dan Singh (1998, dalam Marquis, 2011), mendefinisikan sebagai berikut:

- a. Mutu merupakan satu kesatuan untuk mencapai kesempurnaan.
- b. Berfokus pada sistem pelayanan
- c. Mutu dapat dievaluasi dari perspektif individual, populasi atau komunitas.
- d. Menekankan pada hasil akhir kesehatan yang diinginkan.
- e. Hasil penelitian akan meningkatkan hasil akhir layanan kesehatan.

Mutu pelayanan keperawatan, ditentukan oleh dua faktor, yaitu: peningkatan dan pengembangan sumber daya manusia atau tenaga kesehatan (*quality of care*) dan penyediaan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan tugas (*quality of services*) (Depkes, 2009).

Tujuan peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2009), yaitu:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan
- b. Menurunkan biaya operasional
- c. Menjaga mutu pelayanan sesuai standar dan peraturan yang berlaku
- d. Meningkatkan pencatatan dan dokumentasi pelayanan dan asuhan
- e. Membuat penilaian terhadap penampilan secara rasional
- f. Meningkatkan tanggung gugat para profesional praktisi
- g. Meningkatkan citra yang positif

Indikator mutu pelayanan :

- a. Indikator pelayanan non bedah (Depkes RI, 2001) di rumah sakit:
 - Angka kejadian pasien yang *ulcus dekubitus* karena rawat inap
 - Angka kejadian infeksi karena jarum infus
 - Angka kejadian infeksi karena tranfusi darah
 - Angka ketidaklengkapan catatan medis
 - Angka keterlambatan pertama gawat darurat

- b. Indikator untuk mutu standar asuhan keperawatan
- Standar Dokumentasi adalah instrumen yang digunakan untuk mengetahui catatan keperawatan yang dibuat oleh perawat dilakukan dalam rekam medis sesuai aturan dokumentasi atau tidak.
 - Observasi, dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan berlangsung yang dilakukan oleh observer.
 - Angket, indikator masukan untuk memahami persepsi pasien terhadap proses asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat selama proses asuhan keperawatan berlangsung.
- c. Indikator mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2009), yaitu: keselamatan pasien, terpenuhinya rasa nyaman, meningkatnya pengetahuan, kepuasan pasien, kemampuan merawat diri sendiri, dan penurunan kecemasan. Sistem pemberian pelayanan keperawatan profesional (SP2KP), meliputi:
- Aplikasi nilai-nilai profesional dalam praktik keperawatan
 - Manajemen dan pemberian asuhan keperawatan: kepemimpinan dan manajemen keperawatan, metoda pemberian asuhan keperawatan, ketenagaan keperawatan, dan keterampilan spesifik manajemen asuhan keperawatan
 - Pengembangan profesional diri

American Nursing Association (ANA, 2001 dalam Huber, 2006), menetapkan indikator kualitas keperawatan, yaitu:

- a. *Nosocomial Infection Rates*
- b. *Patient Fall Rates*
- c. *Patient Satisfaction with Nursing Care*
- d. *Patient Satisfaction with Patient Management*
- e. *Patient Satisfaction with educational information*
- f. *Patient satisfaction with care*
- g. *Nursing job satisfaction*
- h. *Maintenance of skin integrity*
- i. *Total nursing care hours provided per patient day.*

The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI, 2009), menuliskan bahwa indikator kualitas pelayanan perawat di unit tertentu, yaitu:

- a. Jumlah kontak perawat/*Nursing Hours Per Patient Day* (NHPPD), yang dilaksanakan oleh *Registered Nurses (RN), Licensed Practical/Vocational Nurse, (LPN/LVN) and Unlicensed Assistive Personnel (UAP)*
- b. Angka kejadian pasien jatuh
- c. Angka kejadian pasien jatuh dengan cedera
- d. Pengkajian tingkat nyeri pada anak, intervensi dan pengkajian ulang
- e. Rata-rata pemasangan infus
- f. *Pressure Ulcer Prevalence*, yang terjadi di ruang: *Community Acquired, Hospital Acquired and Unit Acquired*
- g. *Psychiatric Physical/Sexual Assault Rate*
- h. *Restraint Prevalence*
- i. *RN Education /Certification*
- j. *RN Satisfaction Survey Options : Job Satisfaction Scales, Job Satisfaction Scales – Short Form and Practice Environment Scale (PES).*
- k. *Skill Mix: Percent of total nursing hours*
- l. *Voluntary Nurse Turnover*
- m. *Nurse Vacancy Rate*
- n. *Nosocomial Infections: Urinary catheter-associated urinary tract infection (UTI), Central line catheter associated blood stream infection (CABSI) and Ventilator-associated pneumonia (VAP).*

Upaya pencapaian mutu pelayanan keperawatan, salah satu bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien, sehingga klien merasa aman dan nyaman dalam menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Mutu pelayanan keperawatan dapat terwujud dengan melaksanakan manajemen keperawatan yang berkualitas.

2.2. Manajemen keperawatan

Manajemen keperawatan memiliki empat fungsi manajemen (Kozier, Erb, Berjman, & Snyder, 2010), yaitu:

2.2.1. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses yang berkelanjutan, yang mencakup: pengkajian situasi, menetapkan tujuan dan objektif berdasarkan pengkajian situasi atau trend mendatang, dan membuat rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah, menentukan penanggung jawab, menetapkan batas waktu yang ingin dicapai, menjelaskan cara pelaksanaan, dan mengevaluasi tujuan yang telah ditetapkan.

Perencanaan meliputi: keuangan, kebutuhan sumber daya manusia, perlengkapan dan ruang fisik yang dibutuhkan suatu instansi.

Perencanaan sumber daya manusia yang dibutuhkan dapat diperhitungkan dalam beberapa metode, sesuai tingkat kebutuhan suatu unit.

2.2.2. Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan sebuah proses untuk mengidentifikasi, mengevaluasi sumber daya manusia dan material. Proses pengorganisasian mencakup menentukan siapa yang bertanggung jawab, menyusun rentang komando dan tanggung jawab.

2.2.3. Pengarahan

Pengarahan merupakan proses yang ditujukan untuk menyelesaikan kerja organisasi. Lingkup pengarahan: merancang dan menyampaikan tujuan yang akan dicapai yang harus diselesaikan dengan member instruksi dan panduan dengan melakukan pengambilan keputusan yang berkelanjutan.

2.2.4. Koordinasi

Koordinasi merupakan proses yang ditujukan untuk memastikan rencana tengah berjalan dan untuk mengevaluasi hasil akhir yang dicapai, misalnya dalam melakukan evaluasi staf.

Kozier (2004) mengatakan bahwa efektivitas pelaksanaan fungsi manajemen keperawatan harus dilaksanakan dengan melakukan prinsip manajemen, yaitu dilaksanakan dengan tanggung jawab dan tanggung gugat. Tanggung gugat merupakan kemampuan dan kemauan untuk bertanggung jawab atas tindakan seseorang dan menerima konsekuensi dari perilaku orang tersebut. Tanggung jawab merupakan kewajiban untuk menyelesaikan tugas.

Upaya pencapaian mutu pelayanan keperawatan, maka perlu pelaksanaan pengaturan rumah sakit yang efektif terhadap tenaga perawat dalam manajemen keperawatan di rumah sakit. Tenaga keperawatan perlu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengkoordinasian dengan baik, sehingga mutu pelayanan dalam bentuk asuhan keperawatan dapat terwujud. Mutu pelayanan keperawatan dibutuhkan sumber daya manusia yang sesuai dengan kualifikasi yang dibutuhkan, terutama dalam suatu unit atau bangsal (Kozier, Erb, Berjman, & Snyder, 2010).

Fayol (1949) dalam Huber (2006), mengatakan terdapat empat langkah proses manajemen, yaitu:

a. Perencanaan

Perencanaan adalah fungsi manajemen untuk memilih secara prioritas, alasan, dan metode yang sesuai berdasarkan kebutuhan organisasi (McNamara, 1999) dalam Huber (2006). Perencanaan harus menetapkan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, yang dijelaskan dengan terinci, spesifik, kaku, bersifat umum, dan fleksibel.

Dua tipe perencanaan menurut Lavenstein (1985) dalam Huber (2006), yaitu:

- Perencanaan strategis

Pendekatan ini diartikan untuk menentukan semua tujuan dan arahan organisasi. Fokus nya adalah misi, visi, dan tujuan organisasi.

- Perencanaan teknis

Tipe ini diartikan sebagai pengimplementasian tujuan secara spesifik, contoh: perencanaan proyek, perencanaan staff dan perencanaan marketing.

b. Organisasi

Fungsi manajemen yang berhubungan dengan pengalokasian dan memanfaatkan sumber daya untuk mencapai tujuan, secara efektif dan efisien terhadap implementasi perencanaan. Sumber daya tersebut adalah manusia dan material untuk mencapai tujuan organisasi.

McNamara (1999) dalam Huber (2006) mengidentifikasi kategori dalam pengorganisasian, yaitu:

- Mengorganisasi diri, perkantoran, dan berkas.
- Mengorganisasi tugas, menjelaskan uraian tugas, dan manajemen waktu.
- Mengorganisasikan kelompok, seperti: metode penugasan, komite, pertemuan dan tim.
- Mengorganisasikan fasilitas dan teknologi.

Bagi manajer keperawatan lingkup kegiatan, yaitu: manajemen keuangan, metode penugasan, dan jadwal dinas dan saling berhubungan antar organisasi. Pengorganisasian keperawatan juga melihat sumber manusia, dan personal dalam melakukan orientasi dan pengembangan staff.

c. Pengarahan

Pengarahan adalah fungsi manajemen untuk mempengaruhi orang untuk mengikuti pemimpin (McNamara, 1999) dalam Huber (2006). Koordinasi dan pengarahan adalah upaya memberikan motivasi dalam memimpin dalam melakukan pekerjaan. Fayol (1949) dalam Huber (2006) mengidentifikasi kegiatan koordinasi atau pengarahan, yaitu: menyusun barisan, mempersatukan, membuat suasana menjadi harmonis dan kegiatan yang berbeda.

d. Controlling

Pengontrolan adalah fungsi manajemen dalam melakukan memonitor terhadap kegiatan perencanaan, proses, dan pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien terhadap pencapaian tujuan. Fungsi koordinasi dan control penting terhadap kesuksesan terhadap organisasi (Huber, 2006).

2.3. Metode penugasan keperawatan

Kebutuhan tenaga keperawatan ditetapkan salah satunya berdasarkan metode penugasan keperawatan yang digunakan pada institusi rumah sakit. Setiap metode

penugasan keperawatan akan memerlukan jumlah dan kualifikasi tenaga keperawatan yang berbeda. Adapun metode penugasan dalam pemberian asuhan keperawatan meliputi: metode fungsional, metode tim dan metode primer (Direktorat Keperawatan dan Tenaga Ketenagakerawatan Depkes RI, Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit, 2005).

Gillies (1989) dalam Sitorus dan Panjaitan (2011) menyatakan bahwa terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer, dan akhir-akhir ini metode pemberian asuhan oleh praktisi yang berbeda dan manajemen kasus (Loveridge & Cummings 1996; Marquis & Huston, 2000 dalam Sitorus dan Panjaitan (2011), metode penugasan terdiri dari:

2.3.1. Metode Kasus

Metode pemberian asuhan keperawatan yang pertama kali digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shif, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode ini secara umum dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti isolasi, intensif care.

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber – sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal.

Metode manajemen kasus meliputi beberapa elemen utama berikut:

- a. Pendekatan berfokus pada klien. Fokus layanan adalah kebutuhan klien, bukan kebutuhan institusi atau kebutuhan profesi
- b. Koordinasi asuhan dan layanan antar instirusi. Kebutuhan klien dipenuhi oleh berbagai institusi atau bagian. Peran manajer kasus

adalah untuk mengoordinasi, mengomunikasi dan mengelola hubungan antar bagian atau antar institusi

- c. Berorientasi pada hasil
- d. Efisiensi sumber dan kolaborasi

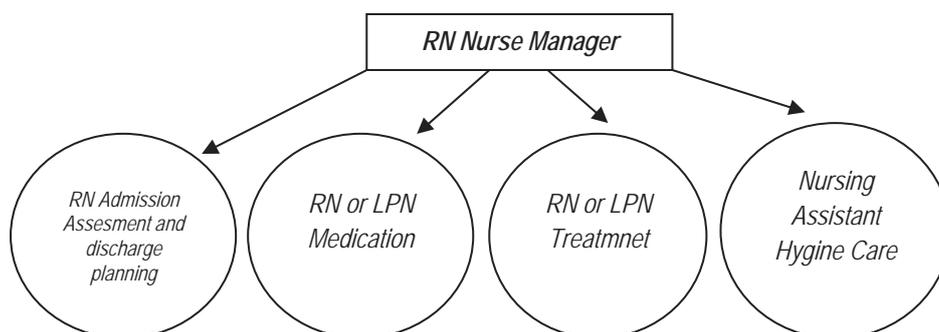
2.3.2. Metode fungsional

Pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan. Seorang perawat dapat bertanggung jawab dalam pemberian obat, mengganti balutan, memantau infus dll. Prioritas utama yang dikerjakan adalah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik.

Mutu asuhan sering terabaikan karena pemberian asuhan terfragmentasi. Komunikasi antar perawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu klien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan. Keterbatasan itu sering menyebabkan klien merasa kurang puas.

Pada metode ini, kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan tersebut bertanggung jawab dalam membuat laporan klien, ini menyebabkan kepala ruangan kurang mempunyai waktu untuk membantu stafnya mempelajari cara terbaik dalam memenuhi kebutuhan klien. Metode fungsional cukup efisien dalam menyelesaikan tugas – tugas apabila jumlah perawat sedikit. Rentang kewenangan model fungsional keperawatan dijelaskan pada gambar 2.1.

Gambar 2.1. Garis rentang kewenangan pada model fungsional kerawatan



Sumber: Zerkweh dan Claborn (2009)

Menurut Tidenam dan Lookinland (2004) dalam Zerkweh dan Claborn (2009), metode fungsional adalah metode pertama yang dikembangkan. Kelemahan pada model fungsional ini kurangnya waktu untuk pemenuhan kebutuhan psikososial dan kebutuhan spiritual, terjadi fragmentasi dan ketidakjelasan tanggung jawab terhadap klien.

2.3.3. Metode keperawatan primer.

Menurut Gillies (1989) dalam Dochterman & Grace (2001), mengatakan bahwa keperawatan primer merupakan suatu metoda pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien dirawat.

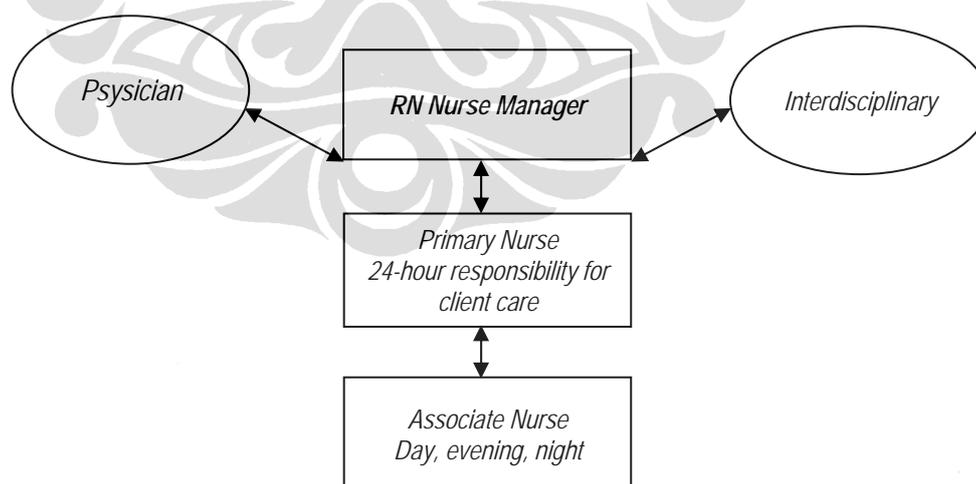
Pada metode keperawatan primer, perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*). Metode keperawatan primer dikenal dengan ciri yaitu, akuntabilitas, otonomi, otoritas, advokasi, ketegasan, dan 5 K yaitu kontinuitas, komunikasi, kolaborasi, koordinasi, dan komitmen. Setiap perawat primer biasanya merawat 4-6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien tersebut dirawat di rumah sakit atau di suatu unit. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif dan merencanakan asuhan keperawatan. Perawatlah yang paling mengetahui

keadaan klien dengan sebaik – baiknya. Demikian juga klien, keluarga, staf medis, dan staf keperawatan akan mengetahui bahwa klien tertentu merupakan tanggung jawab perawat primer tertentu.

Perawat primer bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien yang dibutuhkan. Jika perawat primer tidak sedang bertugas akan didelegasikan ke perawat lain (*associate nurse*). Seorang perawat primer mempunyai kewenangan memberikan asuhan keperawatan, melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah.

Kualifikasi kemampuan perawat primer minimal adalah sarjana keperawatan/ Ners. *National League for Nursing* (NLN) dalam Kozier et al (1995), *differentiated practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber keperawatan yang tepat.

Gambar 2.3. Rentang kewenangan pada model perawat primer



Sumber: Zerkweh dan Claborn (2009)

Menurut Tidenam dan Lookinland (2004) dalam Zerkweh dan Claborn (2009), perawat primer merencanakan dan melakukan asuhan keperawatan

secara langsung terhadap kliennya, sehingga tidak terganggu terhadap perubahan shift, karena terjadi asuhan keperawatan yang berkelanjutan yang dilaksanakan oleh *perawat associate*.

2.3.4. Metode tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1992 dalam Sitorus 2011). Setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi. Pelaksanaan metode tim berlandaskan konsep sebagai berikut:

- a. Ketua tim, perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi, dan evaluasi asuhan keperawatan.

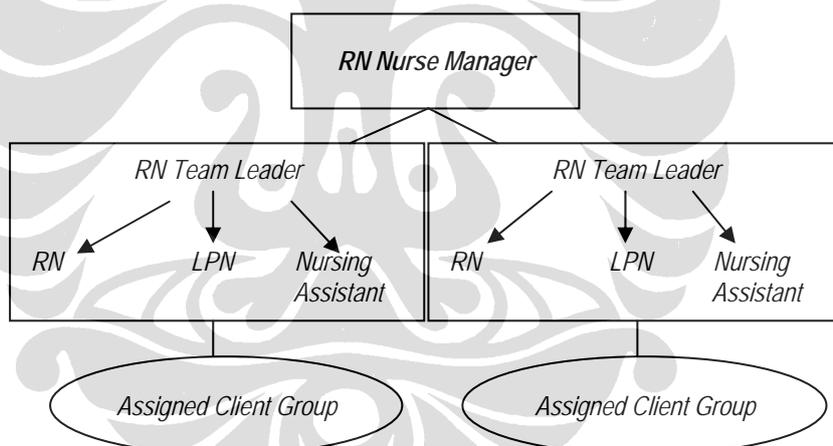
Tanggung jawab ketua tim adalah:

- Mengkaji setiap klien dan menetapkan rencana keperawatan
 - Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medis
 - Membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi
 - Mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta mendokumentasikannya.
- b. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas rencana asuhan keperawatan terjamin. Komunikasi yang terbuka dapat dilakukan melalui berbagai cara, terutama melalui rencana asuhan keperawatan tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi, dan evaluasi.
 - c. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
 - d. Peran kepala ruangan.

Tim akan berhasil baik, apabila didukung oleh kepala ruangan. Tugas kepala ruangan:

- Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf
- Membantu staf menetapkan sasaran dari unit / ruangan
- Memberi kesempatan pada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan
- Mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan
- Menjadi narasumber bagi ketua tim
- Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan
- Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.
-

Gambar 2.2. Rentang kewenangan pada model tim keperawatan



Sumber: Zerkweh dan Claborn (2009)

Tidenam dan Lookinland (2004) dalam Zerkweh dan Claborn (2009), mengatakan bahwa rentang kewenangan model tim terdiri atas *Register Nurse (RN)*, dua orang *Licensed Vocational Nurse/Practical Nurses (LPN)* dan dua orang *Unlicensed Assistive Personal (UAP)*. Kesuksesan dalam metode ini adalah apabila terjadi komunikasi yang baik, ketua tim secara terus menerus melakukan evaluasi dan komunikasi terhadap perubahan kondisi yang terjadi pada klien juga terhadap anggota tim nya.

Pelaksanaan model tim tidak dibatasi oleh suatu pedoman yang kaku. Model tim dapat diimplementasikan pada tugas pagi, sore, dan malam. Jumlah tim terdiri dari 2 atau 3 tim tergantung pada jumlah dan kebutuhan serta jumlah dan kualitas tenaga keperawatan. Umumnya satu tim terdiri dari 3-5 orang tenaga keperawatan untuk 10-20 pasien.

Hasil penelitian Lambertson seperti dikutip oleh Douglas (1984) dalam Huber (2006), bahwa model tim bila dilakukan dengan benar merupakan model asuhan keperawatan yang tepat dalam meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini berarti bahwa model tim dilaksanakan dengan tepat pada kondisi dimana kemampuan tenaga keperawatan bervariasi.

2.4. Hubungan Fungsi Manager dengan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan

Pelaksanaan metode penugasan tim tidak lepas dari fungsi manajemen. Berdasarkan uraian diatas, maka dapat dijabarkan bahwa peran kepala ruangan bersama ketua tim dalam melaksanakan fungsi manajemen adalah melakukan kegiatan: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan *controlling* menurut Tidenam dan Lookinland (2004) dalam Zerkweh dan Claborn (2009), Gillies (1989) dalam Sitorus dan Panjaitan (2011) dan Fayol (1949) dalam Huber (2006).

Tabel 2.1. Peran Kepala Ruangan dan Ketua Tim dalam Metode Penugasan Tim di Ruang Rawat Inap dalam Melaksanakan Fungsi Manajemem

No	Fungsi Manajemen	Kepala Ruangan	Ketua Tim
1	Perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menetapkan misi dan tujuan ruangan. b. Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan. c. Mengidentifikasi kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan klien. d. Mengidentifikasi kebutuhan sarana dan prasarana. e. Merencanakan pengembangan staf. f. Merencanakan dan merumuskan metode penugasan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Merencanakan kegiatan yang harus dilakukan pasien berdasarkan hasil pengkajian terhadap klien. b. Merencanakan asuhan keperawata terhadap klien. c. Melakukan kolaborasi dan mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologis, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.

No	Fungsi Manajemen	Kepala Ruangan	Ketua Tim
2	Pengorganisasian	<ul style="list-style-type: none"> a. Kepala ruangan menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing- masing. b. Bersama ketua tim, mengatur penugasan/ penjadwalan. c. Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya. d. Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan. e. Membuat rincian tugas tim dan anggota tim secara jelas. f. Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi 2-3 ketua tim dan ketua tim membawahi 2 – 3 perawat. g. Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dan lain-lain. h. Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan. i. Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik. j. Mendelegasikan tugas kepala ruang tidak berada di tempat, kepada ketua tim. k. Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien. l. Identifikasi masalah dan cara penanganannya. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membagi tugas asuhan keperawatan terhadap anggota tim keperawatan. b. Membantu kepala ruangan, mengatur penugasan/ penjadwalan. c. Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya. d. Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan kelolaannya. e. Menjelaskan tugas anggota tim secara jelas. f. Identifikasi masalah dan cara penanganannya terhadap kasus kelolaannya.
	Pengarahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan. b. Membimbing penerapan proses keperawatan Mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah. c. Memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk rumah sakit. d. Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membimbing anggota tim keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. b. Melaksanakan <i>pre</i> dan <i>post conference</i>. c. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga selama dirawat di rumah sakit.

No	Fungsi Manajemen	Kepala Ruangan	Ketua Tim
		<ul style="list-style-type: none"> e. Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik. f. Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap. g. Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien. h. Melibatkan anggota tim sejak awal hingga akhir kegiatan. i. Membimbing anggota tim yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya. m. Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain. 	<ul style="list-style-type: none"> d. Memberikan pujian kepada anggota tim terhadap pelaksanaan tugas yang baik. e. Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap terhadap anggota timnya. f. Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien. g. Melibatkan anggota tim sejak awal hingga akhir kegiatan. h. Membimbing anggota tim yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya. i. Meningkatkan kolaborasi antar anggota dalam tim.
4	Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> a. Menilai asuhan keperawatan. b. Mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), c. Mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengembangkan kemampuan anggota. b. Menyelenggarakan pre dan post konferensi. c. Melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan.

Beberapa penelitian yang berhubungan metode penugasan perawat diantaranya bahwa metode penugasan keperawatan adalah hal yang penting yang mempengaruhi terhadap mutu pelayanan terhadap pasien, yaitu angka kematian pasien, kejadian infeksi nosokomial dan keluhan pasien di rumah sakit (MacPhee, Ellis & McCutcheon, 2012). Studi yang dilakukan di Amerika (Blegen, Vaughn, & Goode, 2001 dalam MacPhee, Ellis & McCutcheon, 20012), bahwa metode penugasan keperawatan

yang dilakukan secara professional sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien (*patient safety*).

2.5. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien (WHO, 2012) adalah tidak adanya bahaya yang dapat dicegah kepada pasien selama proses perawatan kesehatan. Disiplin keselamatan pasien merupakan upaya terkoordinasi untuk mencegah kerusakan, yang disebabkan oleh proses perawatan kesehatan itu sendiri, yang dapat terjadi kepada pasien.

Institute of Medicine (IOM) (2000) dalam (Zerwekh & Claborn, 2009), mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari keadaan cedera. Kecelakaan cedera disebabkan karena kesalahan yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Tujuan upaya keselamatan pasien adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit.

Langkah-langkah pelaksanaan keselamatan pasien, meliputi sembilan solusi keselamatan Pasien di rumah sakit menurut *WHO Collaborating Centre for Patient Safety*, (2007), yaitu:

- a. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
- b. Memastikan identifikasi pasien

- c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
- d. Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
- e. Mengendalikan cairan elektrolit pekat
- f. Memastikan akurasi/ketepatan dalam pemberian obat
- g. Menghindari salah kateter dan salah sambung slang
- h. Menggunakan alat injeksi sekali pakai
- i. Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Indikator keselamatan pasien menurut ANA (1995) dalam Rebecca (2007), bahwa keselamatan pasien terdiri atas struktur, proses dan luaran (*outcome*), yaitu:

- a. Berdasarkan struktur, yaitu: metode penugasan keperawatan, keterampilan atau keahlian perawat (*skill mix*), pengalaman, dan jumlah jam kontak perawat terhadap pasien per hari (*hours per patient day*).
- b. Berdasarkan proses, yaitu: manajemen nyeri, penggunaan restrain, *discharge planning*, intervensi keperawatan.
- c. Berdasarkan hasil, yaitu: angka kematian pasien, lama rawat, kejadian kesalahan pemberian obat dan pasien jatuh, komplikasi terhadap infeksi nosokomial, dan decubitus ulcers.

IOM (2000) dalam (Zerwekh & Claborn, 2009), mempropagandakan “*Crossing the Quality Chasm: A New Health Sistem for the 21st Century*”, dan terdapat enam kriteria untuk mewujudkan kualitas pelayanan kesehatan, yaitu: aman, efektif, berfokus kepada pasien, tepat waktu, efisien, dan *equitable*. Keenam tujuan adalah:

- a. Keselamatan, menghindari cedera pada pasien dari perawatan yang dimaksudkan untuk membantu mereka.
- b. Efektif, menyediakan jasa berdasarkan pengetahuan ilmiah untuk semua yang bisa mendapatkan manfaat dan menahan diri dari memberikan layanan kepada mereka yang tidak mungkin untuk mendapatkan keuntungan.
- c. Berpusat pada pasien, memberikan perawatan yang menghormati dan responsif terhadap preferensi pasien, kebutuhan, dan nilai-nilai, dan memastikan bahwa nilai-nilai pasien memandu semua keputusan klinis.

- d. Tepat waktu, mengurangi menunggu dan penundaan kadang-kadang berbahaya bagi mereka yang menerima dan mereka yang memberikan perawatan.
- e. Efisien, termasuk pengolahan limbah dari peralatan, perlengkapan dan energi.
- f. Adil, memberikan perawatan yang tidak bervariasi dalam kualitas karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi.

Indikator keselamatan pasien berdasarkan program akreditasi rumah sakit (*National Patient Safety Goals/NPSG*) yang ditetapkan oleh *The Joint Commission* (2012), yang berlaku efektif tanggal 1 Januari 2012., adalah:

- a. Tidak terdapat kesalahan pemberian obat terutama terhadap dua pasien yang memiliki nama yang sama.
- b. Tidak terjadi kesalahan identifikasi terhadap pelaksanaan transfusi darah
- c. Pemberian alasan yang tepat terhadap pemberian obat dalam durasi waktu kerja obat.
- d. Pemberian label pada obat, tempat obat dan pencampuran obat yang tepat ditempatkan dalam area yang steril terutama pada pasien perioperatif dan prosedurnya.
- e. Prosedur yang tepat untuk penanganan dengan terapi antikoagulan.
- f. Mempertahankan dan komunikasi yang akurat terhadap informasi pengobatan pasien.
- g. Adanya sistem pencegahan dan kontrol infeksi, panduan mencuci tangan.
- h. Adanya upaya penelitian dan penatalaksanaan pencegahan infeksi terhadap pemasangan transfuse darah, infus dan vena sentral.
- i. Penatalaksanaan *evidence base practices* terhadap upaya pencegahan infeksi.
- j. Penatalaksanaan *evidence base practices* terhadap pencegahan infeksi pemasangan kateter urine.
- k. Identifikasi pasien terhadap resiko cedera.

JCAHO (2003) menetapkan enam tujuan yang menjadi rekomendasi untuk mencapai keselamatan pasien, yaitu:

- a. Meningkatkan akurasi identifikasi pasien
- b. Meningkatkan efektivitas komunikasi antara pemberi pelayanan.
- c. Meningkatkan keamanan menggunakan obat dengan kewaspadaan yang tinggi.
- d. Menghilangkan resiko kesalahan tempat, salah-pasien, kesalahan operasional/prosedur .
- e. Meningkatkan keamanan menggunakan pompa infus.
- f. Meningkatkan efektivitas sistem alarm klinis.

Upaya keselamatan pasien merupakan isu utama dan menjadi target nasional dalam bidang pelayanan kesehatan. Menurut ANA (1999) dalam Ballard (2003), keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dari perawatan yang berkualitas, namun penyedia layanan kesehatan menghadapi banyak tantangan dalam lingkungan perawatan kesehatan saat ini dalam mencoba untuk menjaga pasien aman.

Keselamatan pasien dapat terwujud apabila pengelolaan suatu unit rumah sakit diatur oleh manajerial yang berkualitas. Perawat perlu melaksanakan pengelolaan asuhan keperawatan dengan melaksanakan fungsi dan peran dalam pengelolaan manajemen keperawatan.

2.6. Pelaksanaan Pemberian Obat

Pemberian obat yang dilakukan oleh perawat adalah suatu bentuk tindakan pendelegasian terhadap pemberian terapi obat kepada pasien dari dokter. Perawat yang dapat melakukan tindakan invasif dan pemberian obat adalah perawat yang telah mendapat ijin terdaftar atau *register nurse*. Penerima delegasi mendapat tanggung jawab untuk melakukan tugas atau prosedur tersebut, yang dilaksanakan dengan tanggung gugat dan tanggung jawab yang diterimanya (Kozier, 2004).

Upaya menghindari kesalahan pemberian obat dapat dilaksanakan dengan mengidentifikasi indikator terhadap prosedur-prosedur yang berhubungan dengan

perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pemberian obat. Pemberian obat harus diperhatikan enam prinsip benar pemberian obat (Kozier, 2004), (Potter & Perry, 2009) dan *Nursing Begin* (2011), yaitu:

- a. Benar obat adalah obat yang diberikan sesuai dengan yang diresepkan.

Kadang-kadang perawat harus menuliskan resep yang ada dalam catatan *medical record* pasien. Pada saat akan mempersiapkan obat, harus diperiksa sesuai dengan catatan oat yang ada dalam *medical record* pasien Hal yang dilakukan dalam upaya mencegah kesalahan terhadap pemberian obat harus diperiksa ulang tiga kali, yaitu: sebelum memasukkan dari *container* kedalam rak atau laci, pada saat memindahkan ke dalam *container*, dan pada saat sebelum disimpan di *container*. Persiapan pemberian obat tidak boleh didelegasikan kepada orang lain dan dikelola oleh sendiri kepada klien.

The Joint Commission (TJC, 2008) dalam Potter & Perry (2009), menyatakan hal harus diperhatikan terhadap benar obat, yaitu :

- 1). Meyakinkan informasi pengobatan kapanpun terhadap obat yang baru atau obat yang diresepkan pada saat pasien pindah ke ruang perawatan yang lain.
- 2). Jangan pernah menyiapkan obat yang berada dalam container yang tidak diberi nama atau label yang tidak jelas.
- 3). Jika memberikan obat harus memperhatikan unit dosis dalam kemasan kemudian periksa kembali label pada saat memberikan obat.
- 4). Memeriksa kembali seluruh obat yang diberikan pada klien sesuai dengan catatan *medical record* pasien.
- 5). Memeriksa dua identitas klien sebelum obat diberikan kepada klien.

- b. Benar dosis, dosis diberikan sesuai dengan karakteristik klien, sesuai hasil perhitungannya dan jenis obatnya (tablet, cairan) dalam jumlah tertentu.

Unit dosis sistem sangat baik dilakukan untuk mencegah kesalahan perhitungan obat. Perawat harus mampu melakukan perhitungan terhadap kalkulasi obat yang dibutuhkan klien.

Tindakan yang dilakukan supaya tepat dalam memperhitungkan dosis obat, yaitu:

- 1). Kemasan obat tablet dibuka hanya pada saat akan diberikan kepada klien. Bila dibutuhkan dosis obat hanya dosis tertentu, pemotongan tablet tersebut dilakukan dengan ujung pisau atau alat potong obat. Beberapa rumah sakit mengizinkan atau membiarkan perawat untuk menyimpan obat tablet yang sudah terbuka untuk diberikan pada pemberian selanjutnya. *Institute for Safe Medication Practise (ISMP, 2006)* dalam Potter & Perry (2009) menyatakan bahwa harus diperhatikan kebijakan yang berkaitan dengan keterampilan memotong tablet yang dilakukan perawat, sehingga menghindari kesalahan dosis obat.
 - 2). Sebelum melakukan perhitungan dosis, alat standar digunakan sesuai kebutuhan, seperti: gelas ukur obat, *syringe*, dan skala tetesan, untuk mendapatkan pengobatan dengan ukuran yang tepat.
- c. Benar waktu, obat yang diberikan sesuai dengan program pemberian, frekuensi dan jadwal pemberian.

Perawat harus mengetahui jadwal pemberian obat dalam setiap kali pemberian obat dalam setiap hari. Contohnya: pemberian obat yang diberikan setiap 8 jam atau obat yang diberikan tiga kali dalam satu hari. Hal tersebut dapat dijawab dengan baik, sehingga perawat dapat merubah waktu sesuai kebutuhan klien.

Kebutuhan klien terhadap obat terutama insulin, diberikan setengah jam sebelum klien makan. Berikan obat *antibiotic* sesuai jadwal yang benar, untuk mempertahankan efek *therapeutic* dalam darah, rentang waktu

pemberian obat dilakukan dalam enam puluh menit sesuai jadwal pemberian obat (30 menit sebelum atau 30 setelah jadwal pemberian).

- d. Benar rute, obat sesuai rute yang diprogramkan, dan dipastikan bahwa rute tersebut aman dan sesuai untuk klien.

Selalu konsultasikan kepada yang meresepkan apabila tidak ada petunjuk rute pemberian obat. Pada saat memberikan injeksi, yakinkan bahwa pemberian obat benar diberikan dengan cara injeksi. Sangat penting diperhatikan dalam melakukan persiapan yang benar, karena komplikasi yang mungkin terjadi adalah abscess atau kejadian efek secara sistemik.

- e. Benar klien, obat diberikan kepada klien yang tepat dengan memastikan gelang identifikasi seusi prosedur yang berlaku pada institusi tersebut.

Kejadian kesalahan pemberian obat terhadap klien yang berbeda kadang-kadang bisa terjadi. Sangat penting mengikuti langkah-langkah atau prosedur sehingga memberikan obat kepada klien yang tepat. Sebelum memberikan obat, gunakan paling sedikit dua identifikasi kapanpun pemberian obat akan diberikan (TJC, 2008) dalam Potter & Perry (2009).

Mengidentifikasi klien yang dilakukan yaitu: nama klien, nomor telepon pribadi atau *agency* klien. Jangan menggunakan identifikasi kamar atau ruangan klien. Melakukan identifikasi dilakukan pada saat berhadapan dengan klien. Mengidentifikasi klien dapat dilakukan dengan memberikan tanda di lengan klien, kemudian menanyakan nama lengkap klien dan *agency* nya sehingga yakin bahwa perawat sudah berhadapan dengan klien yang benar. Beberapa rumah sakit menggunakan *barcode* sehingga perawat akan terhindar dari kesalahan identifikasi klien.

- f. Benar dokumentasi, dokumentasi dilaksanakan setelah pemberian obat dan dokumentasi alasan obat tidak diberikan.

Perawat dan petugas kesehatan yang lain penting melakukan dokumentasi untuk melakukan komunikasi. Beberapa kesalahan

pemberian obat disebabkan komunikasi yang tidak tepat. Komunikasi dilakukan sebelum dan sesudah pengobatan dilakukan.

Dokumentasi sebelum melakukan pemberian obat sesuai standar MAR, yang harus dilakukan: nama lengkap klien tidak ditulis dengan nama singkatan, waktu pemberian, dosis obat yang dibutuhkan, cara pemberian obat dan frekuensi pemberian obat.

Masalah yang biasa muncul terhadap penulisan resep obat diantaranya informasi yang tidak lengkap, tulisan yang sulit dibaca, tidak jelas, tidak dimengerti, penempatan angka decimal untuk dosis obat sehingga terjadi kesalahan dosis dan tidak sesuai standar (Hughes & Ortiz, 2005) dalam (Potter & Perry, 2009), maka segera lakukan kontak terhadap yang menulis resep tersebut. Pembuat resep harus menulis resep secara akurat, lengkap, dan dapat dimengerti.

Dokumentasi setelah melakukan pemberian obat sesuai standar MAR, yaitu: mencatat segera pemberian obat yang telah diberikan kepada klien, ketidaktepatan pendokumentasian terhadap kesalahan pemberian dosis obat sehingga menyebabkan penanganan yang kurang tepat terhadap koreksinya, mencatat respon klien setelah pemberian obat apabila ada efek obat maka mendokumentasikan waktu, tanggal dan nama petugas yang memberikan dan yang menulis resep dalam catatan *medical record* klien.

g. Benar *expired*/kadaluwarsa

Perhatikan tanggal kadaluwarsa, terhadap: perubahan warna, perubahan bentuk karena obat yang sudah kadaluwarsa akan berubah pula efek terhadap tubuh manusia.

h. Benar informasi

Klien mendapatkan informasi yang benar tentang obat untuk menghindari kesalahan dalam menerima obat.

i. Waspada efek samping

Perawat harus mengetahui efek samping obat, sehingga perawat memahami rencana asuhan selanjutnya yang harus diberikan apabila efek samping itu muncul atau dapat meminimalkan efek samping tersebut.

2.6.1. Peran Perawat Terhadap Pemberian Obat

Pemberian obat terhadap klien yang dilakukan oleh perawat dibutuhkan pengetahuan dan kemampuan sebagai fungsi unik yang harus dimiliki oleh perawat. Perawat yang pertama kali melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pengobatan klien. Perawat melakukan pengkajian terhadap kemampuan klien terhadap pengobatan terhadap dirinya, membantu memutuskan kapan klien menerima pengobatan sesuai dengan waktunya, menerima obat yang tepat dan memonitor efek samping terhadap pengobatan (Potter & Perry, 2009).

Klien dan keluarga diberi pengetahuan tentang administrasi pengobatan dan dilibatkan dalam memonitor klien sebagai bagian integral terhadap peran perawat. Jangan mendelegasikan proses pemberian obat kepada asisten perawat dan gunakan proses keperawatan sebagai bagian dari asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2009).

2.6.2. Kesalahan Pemberian Obat (*Administration Medication Error*)

Institute of Medicine (IOM, 2011), kesalahan pemberian obat adalah definisi umum yang digunakan untuk kesalahan pengobatan, yaitu suatu peristiwa yang dapat dicegah dan dapat menyebabkan penggunaan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien sedangkan pengobatan yang ada di kontrol dari ahli kesehatan, pasien, atau konsumen. Kejadian-kejadian tersebut mungkin berhubungan dengan praktek profesional, produk perawatan kesehatan, prosedur, dan sistem, termasuk resep, komunikasi ketertiban (label produk, kemasan, dan tata nama), peracikan, pengeluaran, distribusi, administrasi, pendidikan, pemantauan, dan penggunaan.

David K, et al (2002) dan Budiarti (2003) dalam Sahelangi (2004) menyatakan bahwa kesalahan pemberian obat dapat terjadi karena kesalahan komunikasi antara pasien dan dokter. Kesalahan lain pemberian obat disebabkan penulisan resep, farmasi, perawat, manajer keperawatan, kebijakan rumah sakit, administrasi, dan industri farmasi.

Indikator kesalahan pemberian obat (MEDMARX, 2002) dalam Nosek (2009) adalah: obat yang rusak, kadaluarsa, dosis berlebih, dosis yang salah/tidak tepat, kesalahan dosis karena kelalaian, salah membuat resep, kesalahan yang tidak ditentukan, obat yang tidak sah, kesalahan dalam mendokumentasikan obat, kesalahan dosis obat, kesalahan dalam mempersiapkan obat, kesalahan pasien, kesalahan pemberian rute obat dan kesalahan waktu pemberian.

Hassan (1989) dalam Sahelangi (2004) menyatakan bahwa kesalahan pemberian obat dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu:

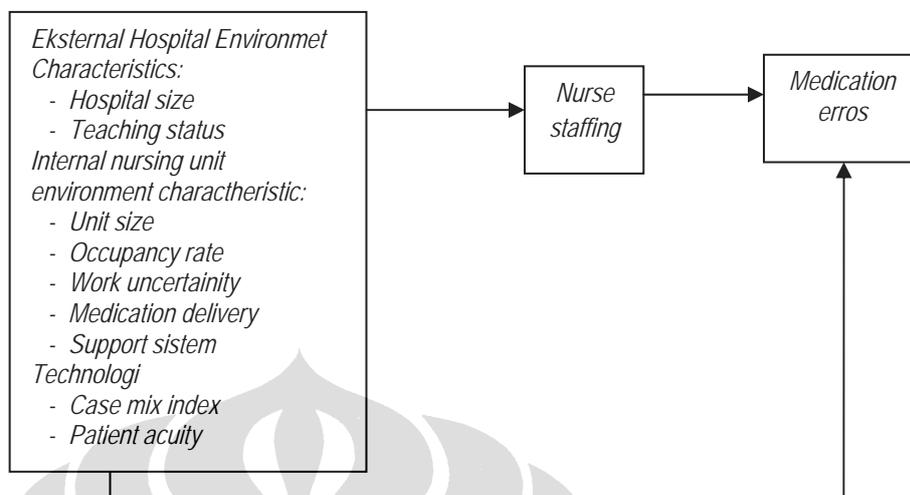
- a. *Omission error*, yaitu kegagalan dalam memberikan dosis yang diinginkan, tetapi *error* tidak akan terjadi jika pasien tidak mengkonsumsi obat tersebut.
- b. *Unauthorized drug error*, yaitu kesalahan pemberian obat yang berhubungan salah pasien dalam memberikan obat, duplikasi pemberian obat, dosis yang tidak sesuai dan pemberiaan obat yang tidak sesuai dengan pesanan dokter.
- c. *Wrong dose error*, yaitu kesalahan dalam perhitungan kadarnya.
- d. *Wrong route error*, kesalahan dalam memberikan cara masuk obat ke dalam tubuh pasien atau salah tempat obat masuk ke tubuh pasien.
- e. *Wrong rate error*, yaitu kesalahan dalam menentukan kadar yang dibutuhkan, berhubungan dengan peresepan atau kebijakan rumah sakit.
- f. *Wrong dosage from error*, yaitu kesalahan dari formula nya tetapi pemberian rute nya sudah benar.

- g. *Wrong time error*, yaitu kesalahan dalam waktu memberikan, melebihi atau kurang dari waktu yang ditetapkan.
- h. *Wrong preparation of a dose*, yaitu kesalahan dalam mempersiapkan dosis obat, kadaluarsa, salah dalam penyimpanan obat, atau pencampuran obat yang tidak sesuai.
- i. *Incorrect administration technique*, yaitu kesalahan dalam melakukan cara dan alat dalam pemberian obat.

Penelitian yang dilakukan oleh IOM (2006), mencatat bahwa kejadian kesalahan pemberian obat adalah sekitar 1,5 juta orang setiap tahun. Kesalahan tersebut terjadi disebabkan kesalahan penulisan, kesalahan persepsi, cara pemberian obat dan monitoring terhadap respon obat. Perawat salah satu tenaga kesehatan yang juga memiliki peran terhadap kesalahan pemberian obat tersebut, karena salah mendokumentasikan, kurang mengenali efek samping dan kontraindikasi, serta ketidaktahuan terhadap alergi yang diderita pasien.

2.7. Hubungan metode penugasan keperawatan dengan kesalahan pemberian obat (*medication error*)

Efektifitas metode penugasan keperawatan dengan pemberian obat (*medication error*) yang dilakukan oleh perawat dikembangkan dengan menggunakan model yang spesifik dengan menggunakan teori struktur kontingensi yang dikembangkan oleh Mark & Belyea (2009).

Gambar 2.4. Model *Structural Contingency Theory*

Sumber: Mark & Belyea, 2009

Penelitian dengan menggunakan Model *Structural Contingency Theory* (Mark & Belyea, 2009), yang dilakukan dengan autoregressive bivariat bahwa terdapat hubungan kejadian *medications error* terjadi karena *medication administration error* yang dilakukan oleh perawat, diantaranya: salah pasien, salah obat, salah dosis, salah waktu pemberian obat atau salah rute pemberian obat karena metode penugasan dalam suatu unit rumah sakit. Kesalahan pemberian obat tersebut terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: karakteristik lingkungan rumah sakit, karakteristik lingkungan unit keperawatan, dan teknologi.

2.8. Variabel Demografik

Menurut Gibson (1977, dalam Notoatmojo 2007) bahwa variabel individu mempengaruhi perilaku seseorang yang berhubungan dengan faktor demografis, adalah: umur, jenis kelamin, lama bekerja, etnis dan lain sebagainya.

2.8.1. Umur

Umur adalah lama waktu hidup, pada usia remaja mengalami kematangan fisik dan emosional berkembang pada usia dewasa muda semakin seimbang dan sehat, adaptasi terhadap stress, dan

masa pertengahan terjadi penurunan daya tahan fisik disertai penurunan aktivitas yang mempengaruhi produktivitas kerja (Nursalam, 2011)

2.8.2. Pendidikan

Aiken, Clarke, Cheung, Sloane dan Silber (2003) dalam McPhee, Ellis dan McCutcheon (2006), dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang kuat antara tingkat pendidikan perawat dengan angka kematian pasien dengan hasil 20% dengan pendidikan *bacchulaureate*, dan 60% pendidikan yang lebih tinggi.

Pendidikan keperawatan yang berkembang di Indonesia adalah SPK, D3 Keperawatan, S1 Keperawatan-Ners, Magister Keperawatan, dan Doktor Keperawatan.

2.8.3. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah sifat jasmani dan rohani sehingga terdapat perbedaan antara pria dan wanita. Pria lebih mengembangkan komunikasi untuk kemandirian dan negosiasi status, sedangkan pada wanita komunikasi lebih digunakan untuk melakukan konfirmasi, persamaan status, membangun dan menguatkan hubungan (Kozier et al, 2002).

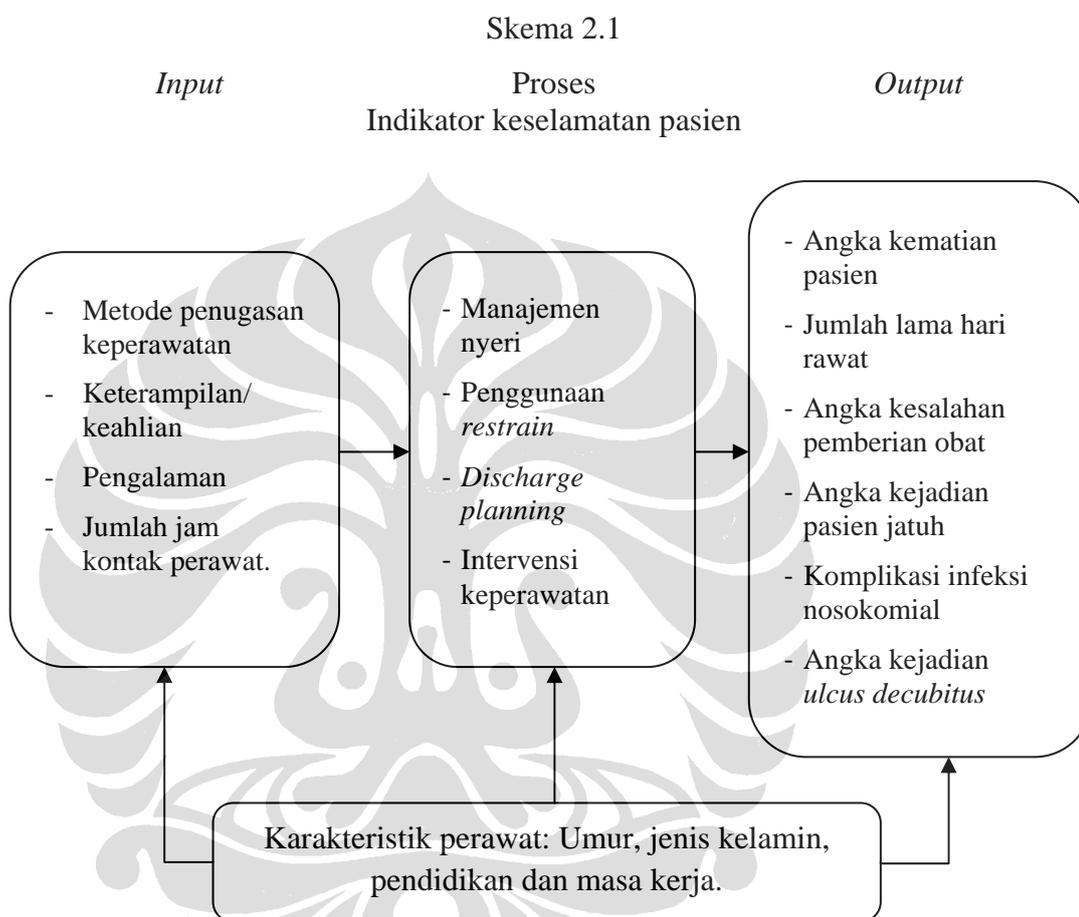
HRSA (2000) dalam Joanne dan Helen (2001), mengatakan bahwa pada awalnya didominasi oleh wanita, tetapi peningkatan jumlah perawat pria meningkat dengan cepat.

2.8.4. Lama bekerja

Masa kerja adalah lamanya bekerja perawat pelaksana di suatu instansi, dihitung sejak perawat tersebut pertama kali bekerja (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2010).

Penelitian yang dilakukan Saholangi (2004), bahwa tidak ada hubungan antara usia, pendidikan dan pengalaman kerja dengan kejadian kesalahan pemberian obat.

2.9. Kerangka Teori

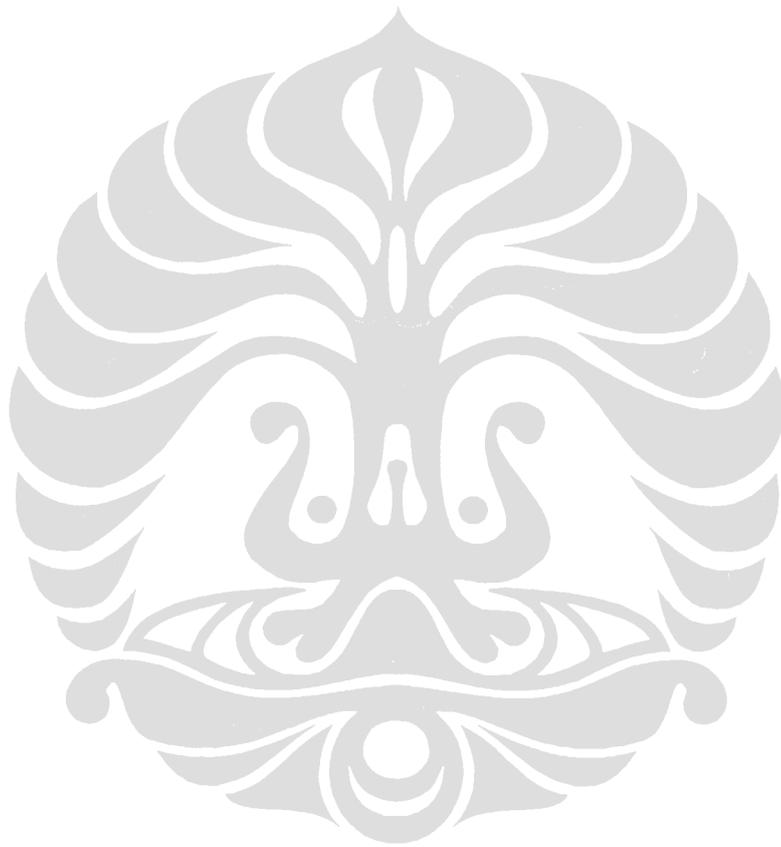


Sumber: ANA (1995, dalam Rebecca, 2007)

Skema 2.1 memperlihatkan bahwa untuk tercapainya keselamatan pasien harus sesuai dengan standar mutu pelayanan. Pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat inap, dibutuhkan masukan: metode penugasan yang sesuai karakter pasien dan ruangan, keterampilan dan keahlian, pengalaman, dan jumlah jam kontak perawat.

Indikator proses pelaksanaannya adalah: manajemen nyeri, penggunaan restrain, discharge planning, dan intervensi keperawatan. Indikator hasil yang diharapkan

dalam upaya keselamatan pasien, yaitu: angka kematian pasien, lama hari rawat, angka kesalahan pemberian obat, angka kejadian pasien jatuh, komplikasi infeksi nosokomial, dan angka kejadian *ulcus decubitus*



BAB III

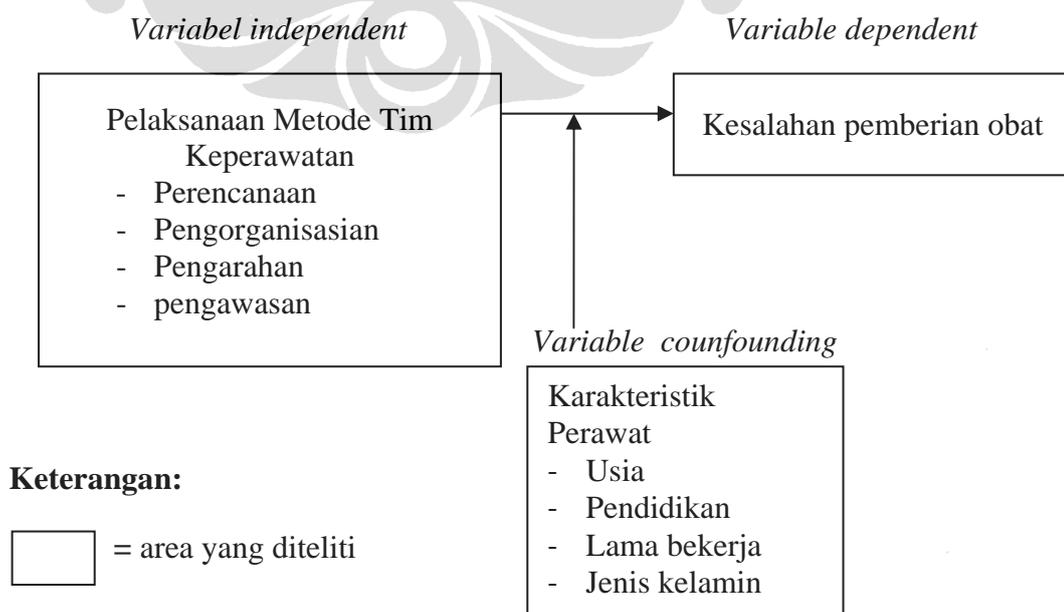
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Pada bab ini diuraikan tentang kerangka konsep dan definisi operasional tentang hubungan antara faktor resiko (*independen*) dengan faktor efek (*dependen*), yaitu menjelaskan tentang kerangka konsep hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon.

Model penugasan perawat merupakan variable bebas atau *variable independent*, dimana metode ini dilaksanakan di rumah sakit yaitu pelaksanaan metode tim. Variable terikat atau *varibel dependent* nya adalah pelaksanaan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan lima prinsip benar terhadap kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat, yaitu: kesalahan klien, kesalahan rute pemberian obat, kesalahan jenis obat, kesalahan informasi, kadaluarsa, kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan dosis obat, tidak tahu efek samping, dan tidak mendokumentasikan. Karakteristik individu yang dianggap sebagai variable perancu, adalah: usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja (Notoatmojo, 2010).

Gambar 3.1. Skema kerangka konsep



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah:

a. Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.

b. Hipotesis Minor

- Ada hubungan antara karakteristik perawat dengan kesalahan pemberian obat.
- Ada hubungan antara metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Tabel definisi operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pelaksanaan Metode tim keperawatan	Persepsi perawat terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan 5 fungsi manajemen, yaitu: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan	Diukur dengan kuesioner A, terdiri dari 54 pertanyaan. Menggunakan skala Linkert: 1= tidak pernah 2= kadang-kadang 3= sering 4= selalu Untuk pertanyaan negatif berlaku terbalik	Total skor dinyatakan dalam skala 54-216 Dikategorikan berdasarkan 75% skor total, yaitu: ≥ 162 baik < 162 kurang	Interval

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2	Kesalahan pemberian obat	Persepsi perawat terhadap proses, cara atau perbuatan kesalahan melaksanakan pemberian obat baik secara oral, intravena, subkutan, kutan dan intramuskular ke tubuh pasien yang dirawat di rumah sakit	Diukur dengan kuesioner B, terdiri dari 30 pertanyaan. Menggunakan skala Linkert: 1= tidak pernah 2= kadang-kadang 3= sering 4= selalu Untuk pertanyaan negatif berlaku terbalik	Total skor 30-120 Dikategorikan berdasarkan 70% skor total, yaitu: ≥84 kesalahan minimal < 84 kesalahan maksimal	Interval
3	Usia	Lama hidup dihitung dari tanggal kelahiran sampai ulang tahun terakhir pada saat dilakukan penelitian	Diukur dengan kuesioner A dengan member tanda centang pada kolom yang sesuai	Umur responden dalam tahun.	Interval
4	Jenis kelamin	Ciri-ciri biologis yang menunjukkan laki-laki atau perempuan	Diukur dengan kuesioner A dengan member tanda centang pada kolom yang sesuai	1=Laki-laki 2=Perempuan	Nominal
5	Pendidikan	Jenjang akademik formal dalam keperawatan berdasarkan ijazah terakhir responden	Diukur dengan kuesioner A dengan member tanda centang pada kolom yang sesuai	1= SPK 2= D3 Keperawatan 3= S1 Keperawatan	Ordinal
6	Lama bekerja	Waktu yang ditempuh responden sejak mulai bekerja sampai dengan penelitian dilaksanakan	Diukur dengan kuesioner A dengan member tanda centang pada kolom yang sesuai	Jumlah tahun dalam bekerja	Interval

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan pelaksanaan metode tim keperawatandengan kesalahan pemberian obat, dengan desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Alasan pengambilan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian yang pengukuran atau pengamatannya dilakukan secara simultan pada satu saat atau sekali waktu (Dahlan, 2010). Pada penelitian ini dilakukan pengambilan situasi yang nyata dalam area praktik keperawatan di rumah sakit. Situasi yang dimaksud adalah karakteristik perawat (*data counfounding*), pelaksanaan metode tim keperawatan (data bebas) terhadap kejadian kesalahan pemberian obat (data terikat) yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit, yang dilakukan dalam waktu yang sama.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi yang diteliti dalam pelaksanaan metode tim keperawatan dan kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap penyakit dalam, bedah, nifas dan ruang anak. Peneliti memiliki alasan pengambilan populasi di ruang rawat inap adalah ruangan tersebut memiliki karakter yang hampir sama. Karakter tersebut adalah berdasarkan ketergantungan pasien dan kemampuan perawat yang dibutuhkan kemampuan perawatan di ruang rawat inap hampir sama. Populasi perawat di ruang rawat inap adalah berjumlah 127 perawat.

4.2.2. Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan proporsi dalam setiap ruangan. Pemilihan rumus dengan alasan karena tujuan penelitian deskriptif dengan variabel luaran berupa variabel kategorik. Rumus yang digunakan adalah estimasi besar sampel yang bertujuan mengetahui proporsi suatu kejadian (Dharma, 2011), maka untuk menentukan jumlah

pelaksanaan metode tim keperawatan dan pemberian obat (Dahlan, 2010b), adalah:

Rumus:

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}{0,28^2}$$
$$n = 75$$

Pada perhitungan di atas, penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Sahelangi (2004), yang dilakukan terhadap 82 perawat bahwa angka kesalahan pemberian obat 28%, maka diketahui Z adalah dengan kesalahan tipe I ditetapkan 5%, dengan hipotesis satu arah dengan nilai 1.96, dengan P = 0.28% , Q = 0.72, dan d = 0.05, maka nilai n=75. Berdasarkan hasil perhitungan diatas, maka jumlah sampel penelitian adalah 75 responden dan untuk mengantisipasi terhadap dropout responden, maka ditambahkan 10%, sehingga berjumlah 83 responden.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Perawat pelaksana yang berdinas di ruang rawat inap.
- b. Sudah bekerja di rumah sakit tersebut minimal satu tahun.
- c. Tidak sedang tugas belajar atau cuti.
- d. Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Perawat yang berdinas di ruang unit perinatologi dan risiko tinggi (ICU, ICCU).
- b. Perawat yang sedang magang atau orientasi.

Teknik pengambilan sampel yaitu dengan *proporsi random sampling*, yaitu pengambilan sampel dari anggota populasi secara acak dan proporsional (Dharma, 2011).

Pada penelitian ini, sampel dipilih berdasarkan jumlah responden yang dibutuhkan dalam penelitian sehingga dapat mewakili jumlah sampel.

Setelah jumlah responden ditentukan, maka penelitian mulai dilakukan. Pada saat penelitian dilakukan, ada 7 responden yang tidak mengisi kuesioner karena sakit dan libur panjang sehingga tidak diikutsertakan di dalam penelitian. Distribusi sebaran sampel terdapat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi Populasi dan Sampel Perawat di Ruang Rawat Inap

Ruangan	Populasi perawat	Rencana sampel perawat	Sampel penelitian
Cakrabuana 1	13	8	8
Cakrabuana 2	17	11	11
Kembang Sepatu (R1)	16	10	10
Anyelir (R.6)	13	8	8
Dahlia (R.7)	14	9	9
Mawar (R.8)	13	8	7
Soka (R.10)	16	10	7
Kemuning (R.11)	13	8	8
Melati (R.4)	12	8	8
Jumlah	127	83	76

4.3.1. Lokasi Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon, meliputi ruangan: Cakrabuana 1, Cakrabuana 2, Kembang Sepatu (R1), Anyelir (R.6), Dahlia (R.7), Mawar (R.8), Soka (R.10), Kemuning (R.11) dan Melati (R.4).

Alasan peneliti memilih lokasi RSUD. Gunung Jati Cirebon adalah:

- a. RSUD Gunung Jati Cirebon adalah rumah sakit pelayanan rujukan yang memiliki karakteristik yang sama sebagai rumah sakit daerah.
- b. Kelanjutan dari kegiatan residensi yang peneliti lakukan di RSUD. Gunung Jati Cirebon.

4.3.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 2 minggu atau sampai memenuhi jumlah sampel yang dibutuhkan, sekitar bulan Mei-Juni 2012, selama 5 hari kerja yang dilaksanakan pada dinas pagi (07.00-14) dan dinas siang (14.00-21.00).

Pelaksanaan penelitian dilakukan lima hari, tanggal 11-16 Juni 2012, dilaksanakan pada mulai jam 10.00 sampai dengan jam 16.00 WIB.

4.3. Etika Penelitian dan Kegiatan Penelitian

Pada awal kegiatan, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sebelumnya peneliti berkunjung ke rumah sakit dan memohon ijin secara lisan kepada bidang perawatan dan bagian pendidikan dan pelatihan di rumah sakit tersebut.

Pada tahap pengumpulan data tentang pelaksanaan metode tim keperawatan dan kesalahan pemberian obat, peneliti memohon ijin kepada direktur, bidang keperawatan, bagian catatan *medical record*, bidang pendidikan dan penelitian dan kepala ruangan untuk mendapatkan data tentang: kebijakan bidang keperawatan, perencanaan kepala ruangan tentang metode penugasan, jadwal dinas, jumlah rata-rata pasien dan karakteristik perawat.

Tahap pelaksanaan pengumpulan data tentang pelaksanaan metode tim keperawatan dan kesalahan pemberian obat, responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, peran dalam penelitian, tahapan pengambilan data, kerahasiaan data, serta kemungkinan dampak dari penelitian ini. Selanjutnya responden dimohon persetujuannya untuk mengisi kuesioner.

Aspek etik penelitian yang dilakukan adalah dengan memperhatikan beberapa aspek penelitian, di antaranya:

4.3.1 . *Informed Consent*

Informed consent adalah persetujuan seseorang untuk memperbolehkan sesuatu terjadi setelah mendapatkan pemberitahuan tentang risiko penting yang potensial, keuntungan dan alternatif yang ada pada klien (Potter&Perry, 2006). Peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada calon responden yaitu perawat yang mengisi kuesioner dalam penelitian ini, kemudian apabila responden setuju maka mengisi lembar persetujuan yang telah disediakan peneliti.

Pada saat penelitian, tidak ada responden yang menolak terlibat dalam penelitian ini karena dianggap dapat memberikan evaluasi terhadap perawat berhubungan tentang pelaksanaan metode tim keperawatan dan kesalahan pemberian obat.

4.3.2 . *Respect for privacy and confidentiality*

Respect for privacy and confidentiality adalah menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian. Pada penelitian ini, peneliti tidak mempublikasikan baik nama maupun alamat subyek dalam pengisian kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan subyek. Peneliti menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden, dan menghancurkan data responden setelah penelitian selesai dilakukan.

4.3.3 . Keadilan

Prinsip keadilan ini memperlakukan orang dengan moral yang benar sesuai dengan haknya. Bersifat adil dan seimbang antara beban dan keikutsertaan (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Prinsip ini berarti responden diperlakukan sama bersikap adil tanpa memandang usia, bahasa, atau kesukuan responden.

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini memiliki dua instrumen, yaitu: pelaksanaan metode tim keperawatan dan pelaksanaan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat.

4.4.1. Instrumen penelitian yang digunakan pada pelaksanaan metode tim keperawatan menggunakan penjabaran bahwa peran kepala ruangan bersama ketua tim dalam melaksanakan fungsi manajemen adalah melakukan kegiatan: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan menurut Tidenam dan Lookinland (2004) dalam Zerkweh dan Claborn (2009), Gillies (1989) dalam Sitorus dan Panjaitan (2011) dan Fayol (1949) dalam Huber (2006).

Jumlah item pernyataan 54 tentang pelaksanaan metode tim keperawatan yang dimodifikasi sendiri oleh peneliti dengan skala likert. Setiap item mempunyai 4 pilihan jawaban untuk pertanyaan positif meliputi: 1= tidak pernah, 2= jarang dilakukan, 3= selalu, dan 4=selalu dilakukan. mempunyai 4 pilihan jawaban untuk pertanyaan positif . Item dengan pernyataan negatif meliputi: 1=selalu dilakukan, 2=selalu, 3=jarang dilakukan, 4=tidak pernah.

Tabel 4.2. Kisi-Kisi Kuesioner Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan

No	Sub Variabel Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan	Nomor pernyataan positif	Nomor pernyataan negatif
1	Perencanaan	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	-
2	Pengorganisasian	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14	9
3	Pengarahan	24, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41	25, 26, 28, 31, 32
4	Pengawasan	42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54	-

4.4.2. Instrumen penelitian tentang pelaksanaan pemberian obat yang dilaksanakan oleh perawat berdasarkan kriteria standar pelaksanaan pemberian obat yang telah dikembangkan oleh MEDMARX (2002) dalam Nosek (2009) dan prinsip pemberian obat menurut Koziar (2010), *The Joint Commission* (2012), dan (Potter & Perry, 2009) tentang indikator

kesalahan pemberian obat, yang kemudian dikembangkan sendiri oleh peneliti dalam menyusun alat instrumen tersebut.

Jumlah item pernyataan 30 tentang kesalahan pemberian obat yang dimodifikasi sendiri oleh peneliti dengan skala likert. Setiap item mempunyai 4 pilihan jawaban meliputi: 1= tidak pernah, 2= jarang dilakukan, 3= selalu, dan 4= selalu dilakukan. Item dengan pernyataan negatif meliputi: 1=selalu dilakukan, 2=selalu, 3=jarang dilakukan, 4=tidak pernah.

Tabel 4.3. Kisi-kisi Kuesioner Kesalahan Pemberian Obat

No	Sub Variabel Kesalahan pemberian obat	Nomor pernyataan positif	Nomor pernyataan negatif
1	Kesalahan pasien	4	1, 2, 3
2	Kesalahan rute pemberian obat	20	5, 8, 24, 25
3	Kesalahan jenis obat	7, 11, 12	13
4	Kesalahan informasi	9, 10, 26	-
5	Kadaluarsa	22	23
6	Kesalahan waktu pemberian obat	15, 16	17
7	Kesalahan dosis obat	19	18
8	Tidak tahu efek samping	21, 26	6, 14
9	Tidak mendokumentasikan	27, 28, 29, 30	-

4.4.3. Instrumen karakteristik perawat, meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja perawat. Data ini diisi dengan memilih beberapa pilihan dengan member tanda centang pada kolom yang tersedia dan sesuai dengan karakter responden.

4.5. Uji Validitas dan Reliabilitas

4.5.1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkatan-tingkatan kevalidan atau kesahihan sesuatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sahih mempunyai validitas tinggi. Sebaliknya, instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah, untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan korelasi antara skor nilai tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut. Jika dihitung $> t$ berarti valid demikian sebaliknya, jika nilai t hitungannya $< t$ tabel tidak valid. Uji validitas ini dilakukan dengan menggunakan komputer (Sutanto, 2007).

Pelaksanaan uji validitas terhadap kuesioner diujicobakan pada 30 perawat pelaksana di RSUD Waled Cirebon, dilaksanakan tanggal 17 Mei sampai dengan 19 Mei 2012 di tiga ruang rawat inap kelas III.

Hasil pada tingkat kemaknaan 5% dengan jumlah responden 30, maka nilai r product moment adalah 0,361 artinya pada tingkat kemaknaan 5% didapatkan nilai r hitung $> t$ tabel, maka pernyataan tersebut dikatakan valid (Hastono, 2007). Hasil uji validitas yang dilakukan di RSUD Waled Cirebon, didapatkan hasil koefisien korelasi pada instrumen pelaksanaan metode tim keperawatan dengan nilai terendah 0,366 dan nilai tertinggi 0,668, terdiri dari 60 pernyataan terdapat 54 pernyataan yang valid, sehingga 6 pernyataan yang tidak valid tidak dimasukkan ke dalam pernyataan penelitian karena pernyataan yang valid dapat mewakili untuk dijadikan kuesioner penelitian.

Hasil uji instrumen yang dilakukan di RSUD Waled Cirebon untuk pelaksanaan kesalahan pemberian obat, terdiri dari 30 pernyataan dan 25 pernyataan yang valid, tetapi 5 pernyataan yang tidak valid tetap digunakan untuk penelitian dan diperbaiki pernyataannya. Setelah dicermati ternyata konteks kalimat dalam kuesioner membingungkan peserta, kemudian diujicobakan kembali sehingga 30 pernyataan tersebut tetap digunakan sebagai pernyataan dalam instrumen penelitian. Hasil

akhir koefisien korelasi pada instrumen pelaksanaan kesalahan pemberian obat dengan nilai terendah 0,369 dan nilai tertinggi 0,536.

4.5.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan pada satu pengertian bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen itu tersebut sudah baik. Instrumen yang sudah dapat dipercaya, yang reliabel akan menghasilkan data yang dapat dipercaya juga. Reliabilitas menunjukkan pada tingkat keterandalan sesuatu dan dapat dipercaya (Sutanto, 2007).

Nilai reliabilitas pada instrumen pelaksanaan metode tim keperawatan sebesar 0,905, sedangkan pada instrumen kesalahan pemberian obat sebesar 0,814. Sekaran (1992, dalam Priyatno, 2011) mengatakan bahwa realibilitas $> 0,8$ dinyatakan baik, sehingga kuesioner yang telah diujicobakan layak dan dapat digunakan sebagai dapat alat penelitian.

4.6. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data, adalah sebagai berikut:

- 4.7.1 Proposal yang telah disusun oleh peneliti kemudian diuji dan setelah dinyatakan lulus kemudian peneliti memohon ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk melakukan penelitian di RSUD Gunung Jati Cirebon ditujukan ke komisi etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 2).
- 4.7.2 Permohonan lulus uji etik yang telah diterima dilampirkan pada proposal lengkap untuk mengajukan permohonan ijin uji validitas ke RSUD Waled Cirebon (lampiran 3) dan permohonan ijin penelitian kepada Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon (lampiran 4).
- 4.7.3 Setelah seluruh ijin penelitian selesai, dilanjutkan melakukan uji validitas dan penelitian kepada responden perawat sebanyak 76 perawat setelah diberikan penjelasan, maksud dan tujuan serta risiko yang mungkin akan timbul dilanjutkan dengan mengisi *informed consent*, kemudian

dilanjutkan dengan mengisi kuesioner penelitian. Pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak dalam penelitian ini.

- 4.7.4 Pada penelitian ini tidak ada responden menolak berpartisipasi dalam penelitian, karena responden merasa bahwa dengan terlibat sebagai responden memberikan manfaat bagi pelayanan rumah sakit.
- 4.7.5 Setelah lembar observasi terisi, peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan instrumen penelitian dan memvalidasi terhadap hasil kuesione tersebut yang kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data.
- 4.7.6 Setelah seluruh kegiatan penelitian selesai, maka lembar kuesioner yang sudah diisi dimusnahkan untuk menjaga kerahasiaan responden.

4.7. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan perangkat komputer. Tahapan pengolahan data, yaitu:

- 4.8.1 Edit data (*Editing*), Tahap mengedit ini peneliti melakukan pengecekan terhadap data-data yang ada, terutama dalam kelengkapan data yang dikumpulkan melalui kuesioner dan data lain yang belum terisi dan dilengkapi.
Pada saat penelitian ada beberapa data yang belum terisi, sehingga peneliti meminta kepada responden untuk melengkapi kolom yang belum terisi, sehingga kuesioner dapat terisi dengan lengkap.
- 4.8.2 Kode data (*Coding*). *Coding* yaitu memberikan kode jawaban secara angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana. Dilakukan pengkodean sebelum dimasukkan ke dalam pengolahan data komputer. Pengkodean dilakukan berdasarkan ruangan dan nomor abjad, sehingga memudahkan peneliti dalam memasukkan data ke dalam data computer.
- 4.8.3 Penyusunan data (*tabulating*). *Tabulating* yaitu pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis. Proses tabulasi yang dilakukan adalah dengan menggunakan perangkat komputer.

Pada penyusunan data, peneliti melakukan program SPSS versi 17 sehingga peneliti dapat mengelompokkan data berdasarkan tujuan penelitian.

- 4.8.4 Pembersihan data (*Cleaning*). Pembersihan data ini bertujuan untuk memastikan data yang masuk adalah data yang asli, sehingga data dinyatakan sesuai dengan data apa adanya.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan dengan data yang ada, sehingga tidak ada kesalahan dalam memasukkan data sesuai dengan data apa adanya.

- 4.8.5 Penyajian data. Data disajikan dalam bentuk tabel.

Pada penyajian data penelitian ini, data disajikan dalam bentuk tabel untuk memudahkan dalam membaca hasil penelitian.

4.8. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menggunakan program komputer, analisis data meliputi:

- 4.8.1. Analisis Univariat

Data numerik pada penelitian adalah umur, sehingga dapat ditentukan *mean* (rata-rata hitung), median, nilai letak, dan nilai variasinya (Sutanto & Sabri, 2010). Data numerik yang terdapat pada penelitian ini adalah umur. Data kategorik dalam penelitian ini adalah: jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja, pelaksanaan metode tim keperawatan, dan kesalahan pemberian obat.

- 4.8.2. Analisis Bivariat

Analisis untuk mengetahui adakah hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat maka dilakukan uji statistik dengan metode tertentu, sehingga dapat diketahui hubungan yang signifikan antara dua variable (Sutanto, 2007). Pada penelitian ini dilakukan uji untuk melihat adanya hubungan antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan pelaksanaan pemberian obat.

Tabel 4.4. Tabel Uji Statistik Variabel *Independent* terhadap Variabel *Dependent*

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1.	Usia	Kesalahan pemberian obat	<i>Independent T-test</i>
2.	Jenis kelamin	Kesalahan pemberian obat	<i>Chi square</i>
3.	Pendidikan	Kesalahan pemberian obat	<i>Chi square</i>
4.	Lama bekerja	Kesalahan pemberian obat	<i>Independent T-test</i>
5.	Metode tim keperawatan	Kesalahan pemberian obat	<i>Chi square</i>

4.8.3. Analisis Multivariat

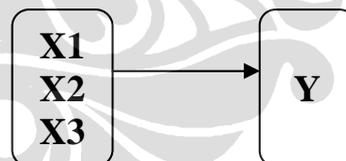
Penelitian ini selanjutnya dilakukan analisis multivariat menggunakan analisis regresi logistik ganda (Hastono, 2007).

Langkah-langkah analisis regresi logistik ganda mencakup dua hal, yaitu:

a. Model Prediksi

Pemodelan ini bertujuan memperoleh model yang terdiri dari beberapa *variable independent* yang dianggap terbaik dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.

Gambar 4.1. Model Prediksi



Langkah-langkah pemodelan dilakukan untuk menjelaskan hubungan *variable independen* dan *dependent* dalam populasi:

- Melakukan analisis bivariat antara masing-masing *variable independent* dengan *variable dependent* nya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat.
- Memasukkan/mengeluarkan variabel yang masuk dalam model.
- Mengidentifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel kategorik atau variabel numerik.

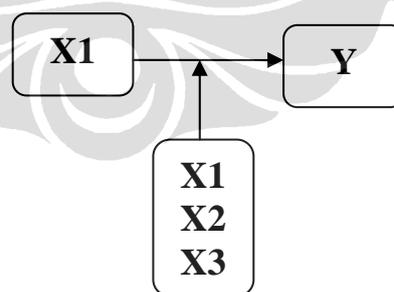
Caranya dengan melakukan pengelompokkan variabel numerik ke dalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Kemudian lakukan analisis logistik dan dihitung OR nya. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Bila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan dirubah dalam bentuk kategorik.

- Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel interaksi mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

b. Model Faktor Risiko

Pemodelan dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel *dependent* dengan mengontrol beberapa *confounding*. Bentuk kerangka konsepnya:

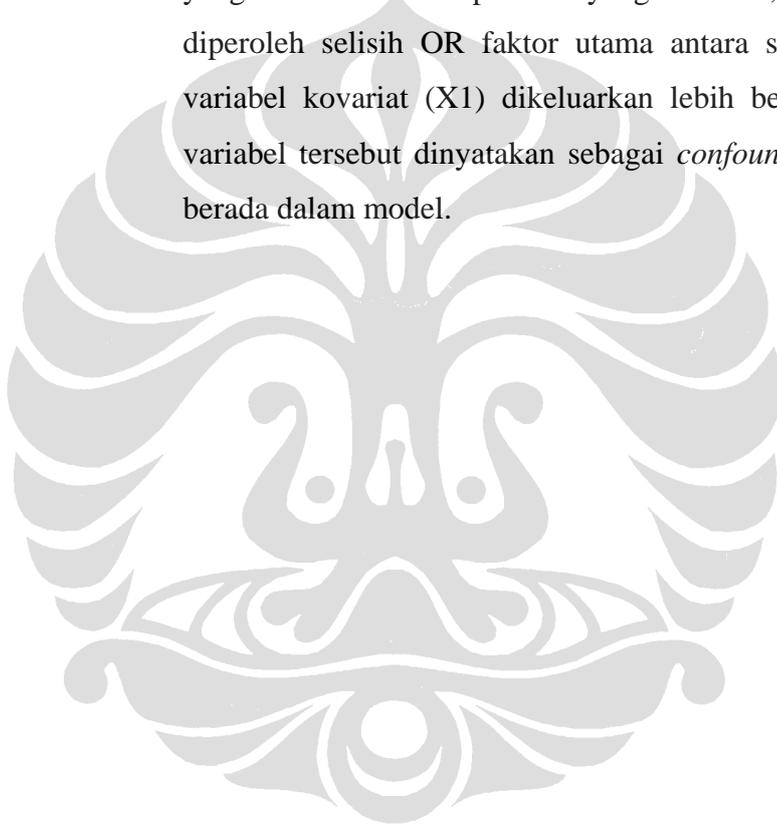
Gambar 4.2. Model Faktor Risiko



Tahap pemodelan:

- Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel *confounding* dengan variabel *dependent* nya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p > 0.25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat.

- Melakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama semua kandidat *confounding* dengan kandidat interaksi. Variabel dibuat antara variabel-variabel utama dengan semua variabel *confounding*.
- Melakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang *p wald* nya tidak signifikan dikeluarkan dengan model secara berurutan satu persatu dari nilai *p wald* yang terbesar.
- Melakukan penilaian *confounding*, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/*confounding* satu persatu dimulai dari variabel yang memiliki nilai *p wald* yang terbesar, setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam model.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data ini didapatkan dari data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dari hasil kuesioner yang telah diisi oleh responden, sedangkan data sekunder adalah data didapatkan dari dokumentasi yang ada sesuai dengan kebutuhan penelitian yang berkaitan dengan data rumah sakit.

5.1. Hasil Analisis

Jumlah responden yang dianalisis adalah 76 orang perawat pelaksana dari 85 responden yang direncanakan, dikarenakan 4 dari jawaban kuesioner tidak diisi lengkap, 2 orang sedang sakit dan 3 orang sedang libur dinas. Hasil penelitian disajikan secara bertahap melalui analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

Langkah pertama sebelum melakukan analisis bivariat adalah menentukan distribusi populasi dengan menguji dari variabel dependen. Perlakuan terhadap data menggunakan uji statistik parametrik. Berdasarkan hasil uji *One Sample Kolmogorov-Smirnov z* terhadap variabel dependen didapatkan nilai $p=0,176$ ($\alpha=0,05$), karena $p>\alpha$ berarti populasi berdasarkan variabel kesalahan pemberian obat berdistribusi normal.

Analisis bivariat menggunakan dua pendekatan yaitu korelasi dan regresi linier sederhana dengan uji beda dua mean independen (*t-test*). Penjelasan kedua jenis analisis tercantum dalam pembahasan berikut.

5.1.1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Gambaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, Juni 2012 (n=76)

No	Variabel	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin			
1	a. Laki-laki	25	33%
	b. Perempuan	51	67%
Tingkat Pendidikan			
2	a. SPK	11	14%
	b. D3 Keperawatan/ D3 Kebidanan	41	54%
	c. S1 Keperawatan/ Ners	24	32%

Tabel 5.1 merupakan analisis univariat terhadap karakteristik responden perawat pelaksana meliputi umur, pendidikan, jenis kelamin, dan lama bekerja. Hasil univariat menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan 51 orang (67%) merupakan sebagian besar dari jumlah perawat di ruang rawat inap, sedangkan laki-laki 25 orang (32%). Pendidikan perawat sebagian besar D3 Keperawatan 41 orang (54%), diikuti tingkat pendidikan S1 Keperawatan 24 orang (31,6%) dan SPK 11 orang (14%).

Tabel 5.2
Gambaran Responden berdasarkan Umur dan Lama Bekerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, Juni 2012 (n=76)

Variabel	Jumlah	Min-Maks	Mean	Median	St.Dev	95% CI
Umur	76	27-53	38,21	36,50	6,37	36,75-39,67
Lama bekerja	76	2,3-32,6	13,37	12,50	7,09	11,7-14,9

Berdasarkan tabel 5.2 rata-rata umur perawat pelaksana adalah 38,21 tahun dengan median 36,50 tahun dan standar deviasi 6,37 tahun. Umur termuda adalah 27 tahun dan tertinggi 53 tahun dan rata-rata umur perawat berada pada rentang 36,75 sampai 39,67 tahun.

Rata-rata lama bekerja adalah 13,37 tahun dengan median 12,5 tahun dan standar deviasi 7,09 tahun. Lama bekerja terendah adalah 2,3 tahun dan terlama 32,6 tahun dan rata-rata lama bekerja perawat berada pada rentang 11,7 sampai 14,9 tahun.

5.1.2. Metode Tim Keperawatan

Tabel 5.3
Gambaran Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan Menurut Persepsi Responden
Di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, Juni 2012 (n=76)

Variabel	Kategori			
	Baik	%	Kurang	%
Perencanaan	53	70	23	30
Organisasi	46	61	30	39
Pengarahan	23	30	53	70
Pengawasan	45	59	31	41
Total Pelaksanaan Metode tim Keperawatan	43	57	33	43

Berdasarkan hasil pengolahan data diatas, maka hampir sebagian besar pelaksanaan fungsi manajemen dalam pelaksanaan metode tim keperawatan menurut persepsi perawat pelaksana adalah 57% baik dan 43% mempersepsikan kurangnya pelaksanaan metode tim keperawatan.

5.1.3. Kesalahan Pemberian Obat

Tabel 5.4
Gambaran Kesalahan Pemberian Obat Menurut Persepsi Responden Di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, Juni 2012 (n=76)

Variabel	Kesalahan			
	Minimum	%	Maksimum	%
Kesalahan orang	48	63	28	37
Kesalahan jenis obat	11	14	65	86
Kesalahan informasi	69	91	7	9
Kesalahan rute	0	0	76	100
Kadaluarsa	0	0	76	100
Kesalahan waktu pemberian	64	84	12	16
Kesalahan dosis	0	0	76	100
Tidak tahu efek samping	56	74	20	26
Tidak mendokumentasikan	44	58	32	42
Total Kesalahan Pemberian Obat	40	53	36	47

Berdasarkan hasil penelitian ini memberikan gambaran terhadap kesalahan pemberian obat tertinggi menurut persepsi perawat pelaksana adalah kesalahan minimum: memberikan informasi 91%, kesalahan waktu pemberian 84%, tidak tahu efek samping 74%, kesalahan orang 63%, tidak mendokumentasikan 58%, dan kesalahan jenis obat 14%. Pada kesalahan yang tidak terjadi menurut persepsi perawat pelaksana 0%, yaitu pada kesalahan rute, kadaluarsa, dan kesalahan dosis obat.

5.1.4. Hubungan Karakteristik Responden dan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan kesalahan Pemberian Obat

Tabel 5.5
Hubungan Umur dan Lama Bekerja dengan Kesalahan Pemberian Obat Di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon tahun 2012

Variabel	Mean	St. Dev	Std. Error	t (t-test)	p value	N	mean diff	OR (95% CI)
Umur	Kesalahan Minimum	38,8	7,14	1,37	0,57	27	0,88	0,56
	Kesalahan maksimum	37,9	5,95	0,85				49
Lama bekerja	Kesalahan Minimum	13,7	8,01	1,54	0,31	27	0,85	0,75
	Kesalahan maksimum	13,1	6,62	0,94				49

Berdasarkan tabel 5.5 terlihat pada rata-rata umur 38,8 tahun yang melakukan kesalahan pemberian obat minimum, sedangkan pada rata-rata umur 37,9 tahun yang melakukan kesalahan pemberian obat maksimum. Rata-rata umur 38,8 tahun yang berisiko melakukan kesalahan pemberian obat minimal sebesar 0,5 kali (95% CI -2,17; 3,93) daripada umur rata-rata 37,9 tahun. Hasil analisis lebih lanjut disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara OR dengan rata-rata umur 38,8 tahun dan rata-rata umur 37,9 tahun.

Hasil penelitian untuk lama kerja, terlihat pada rata-rata lama bekerja 13,7 tahun yang melakukan kesalahan pemberian obat minimum, sedangkan pada rata-rata lama bekerja 13,1 tahun yang melakukan kesalahan pemberian obat maksimum. Rata-rata lama kerja 13,7 tahun yang berisiko melakukan kesalahan pemberian obat minimal sebesar 0,7 kali (95% CI -2,87; 3,94) daripada rata-rata lama bekerja 13,1 tahun. Hasil analisis lebih lanjut disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara OR dengan rata-rata lama bekerja 13,7 tahun dan rata-rata lama bekerja 13,1 tahun.

Tabel 5.6
 Hubungan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat Menurut Persepsi Responden di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, Juni 2012 (n=76)

Variabel	Kesalahan Obat				Jumlah	%	χ^2	OR (95% CI)	p	
	Min	%	Maks	%						
Jenis kelamin	Laki-laki	10	40	15	60	25	33	0,32	1,33 (0,49-3,58)	0,75
	Wanita	17	33	34	67	51	67		1,00	
Pendidikan	SPK	4	36	7	64	11	14		1,25 (0,28-5,44)	0,71
	D3 Keperawatan	13	32	28	68	41	54	0,66	1,54 (0,54-4,37)	
	S1 Keperawatan	10	42	14	58	24	32		1,00	
Metode Tim	Baik	9	21	34	79	43	57	7,80	4,53 (1,66-12,38)	0,00*
	Kurang	18	55	15	45	33	43		1,00	

* bermakna pada α 0,05

Berdasarkan tabel 5.6 terlihat bahwa terdapat 40% laki-laki yang melakukan kesalahan pemberian obat maksimal, sedangkan pada kelompok wanita hanya 33% yang melakukan kesalahan obat maksimal. Perawat laki-laki berisiko melakukan kesalahan pemberian obat maksimal sebesar 1,3 kali (95% CI 0,49; 3,58) daripada perawat wanita. Hasil analisis lebih lanjut disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara OR perawat laki-laki dengan perawat wanita.

Pada karakteristik pendidikan pada tabel diatas, bahwa terdapat D3 Keperawatan 54% yang paling banyak melakukan kesalahan pemberian obat maksimal, diikuti oleh S1 Keperawatan 32% dan SPK 14% yang melakukan kesalahan obat maksimal. Hasil analisis lebih lanjut disimpulkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan kesalahan pemberian obat ($p=0,71$; $\alpha=0,05$). Hal ini didukung pula dari nilai OR bahwa perawat yang berpendidikan SPK berisiko melakukan kesalahan pemberian obat maksimum sebesar 1,25 kali daripada

perawat yang berpendidikan S1 (95% CI OR 0,28; 5,44), sedangkan perawat yang berpendidikan D3 Keperawatan berisiko melakukan kesalahan pemberian obat maksimal sebesar 1,5 kali (95% CI OR 0,54; 4,37) daripada yang berpendidikan S1 Keperawatan. Analisis lebih lanjut menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara OR pendidikan dengan kesalahan pemberian obat maksimum.

Pada pelaksanaan metode tim, perawat yang mempersepsikan pelaksanaan metode tim yang kurang baik melakukan kesalahan pemberian obat maksimal hanya 45%, sedangkan perawat yang mempersepsikan pelaksanaan metode tim yang baik justru lebih tinggi, yaitu 79% untuk melakukan kesalahan pemberian obat maksimal. Hasil analisis lebih lanjut memperlihatkan bahwa ada hubungan antara persepsi pelaksanaan metode tim keperawatan yang baik dengan kesalahan pemberian obat ($p=0,004$; $\alpha=0,05$) sebesar 4,5 kali (95% CI 1,66; 12,38) dari persepsi pelaksanaan metode tim yang kurang.

Pada analisis bivariat hanya satu variabel yang nilai p value nya $< 0,25$, yaitu pelaksanaan metode tim keperawatan, sehingga tidak dilakukan analisis multivariat dengan regresi logistik ganda.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1. Gambaran Karakteristik Perawat

a. Umur

Responden penelitian rata-rata 38,21 tahun berada pada tahap perkembangan dewasa muda dan usia pertengahan. Tugas yang harus diselesaikan pada tingkat perkembangan tersebut adalah membangun hubungan personal dan professional, terbentuknya identitas, mampu mengembangkan kreatifitas serta produktifitas serta produktifitas dalam pekerjaan dan hubungan personal maupun profesional.

Pada penelitian ini tidak ada hubungan hubungan yang bermakna antara umur dengan kesalahan pemberian obat. Observasi yang peneliti lakukan adalah responden yang tua lebih suka mempertahankan pola yang lama, sedangkan responden yang lebih muda mengikuti pola yang lama, sehingga dalam hasil pengolahan tidak memberikan hasil yang bervariasi dan memberikan hasil tidak ada hubungan yang signifikan terhadap kesalahan pemberian obat.

Penelitian yang dilakukan Sahelangi (2004), didapatkan hasil uji statistic $p=310$ bahwa tidak ada hubungan umur responden dengan kesalahan pemberian obat. Hal ini artinya penelitian yang dilakukan saat sekarang memberikan hasil yang sama, bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kesalahan pemberian obat.

Gambaran ini menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kesalahan pemberian obat. Peneliti meninjau dari aspek pekerjaan bahwa dalam melakukan pemberian obat harus dilakukan sesuai dengan standar operasional pemberian obat sehingga perawat pada tingkat umur manapun harus melakukan sesuai standar yang berlaku. Hal lain menurut Armitage dan Knapman (2003, dalam Hughes, 2008), kesalahan pemberian obat dapat terjadi karena ketidakmampuan dalam menghitung matematika dalam perhitungan dosis obat.

Hal tersebut memberikan gambaran bahwa perawat dalam melakukan pemberian obat harus mampu melakukan perhitungan obat secara tepat.

b. Jenis kelamin

Proporsi perawat terbanyak dengan jenis kelamin perempuan, yaitu: 51 orang (67%). Hal ini sejalan dengan perkembangan keperawatan bahwa profesi keperawatan masih diminati oleh jenis kelamin perempuan. Pada kenyataannya pada tatanan pelayanan kesehatan dan keperawatan perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian ini terdapat 40% laki-laki yang melakukan kesalahan pemberian obat minimal, sedangkan pada kelompok wanita hanya 33% yang melakukan kesalahan obat minimal, dan tidak ada hubungan yang bermakna jenis kelamin dengan kesalahan pemberian obat.

Hasil penelitian Rosenthal et al (1979) dalam Bhakti (2002) dengan menggunakan *The Profile Of Nonverbal Sensitivity (PONS)* bahwa perawat laki-laki lebih berorientasi pada tindakan, sehingga berdasarkan hasil penelitian ini sejalan bahwa perempuan mempunyai peluang 0,970 kali untuk kesalahan pemberian obat. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian ini, karena peneliti melihat bahwa laki-laki yang mempunyai peluang 1,3 kali untuk kesalahan dalam pemberian obat. Keadaan ini tidak memperlihatkan adanya hubungan yang bermakna, sehingga baik laki-laki ataupun wanita dalam melakukan pemberian obat harus dilakukan sesuai dengan prosedur yang ada untuk menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.

c. Pendidikan

Gambaran hasil penelitian ini melihat dari aspek kualifikasi perawat, maka rumah sakit sudah memiliki lebih dari 30% S1 Keperawatan, dan hal tersebut sudah baik karena jumlah tenaga profesional meningkat. Swansburg (1996, dalam Depkes, 2006), menyampaikan bahwa kualifikasi tenaga perawat di pelayanan adalah: 58% perawat register, 25% perawat diploma, dan 16% perawat pembantu.

Hasil analisis hubungan pendidikan dengan kesalahan pemberian obat yang dilakukan Sahelangi (2004), perawat yang mempunyai pendidikan perguruan

tinggi melakukan kesalahan 30% dan perawat dengan pendidikan SPK melakukan kesalahan pemberian obat 12,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,538$, jadi nilai $p > 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara pendidikan perawat dengan kesalahan pemberian obat. Hasil penelitian analisis hubungan pendidikan dengan kesalahan pemberian obat keduanya menggambarkan tidak adanya hubungan antara pendidikan dengan kesalahan pemberian obat.

Hasil analisis lebih lanjut, D3 Keperawatan 54% yang paling banyak melakukan kesalahan pemberian obat maksimal, diikuti oleh S1 Keperawatan 32% dan SPK 14% yang melakukan kesalahan obat maksimal. Pendidikan perawat sebagian besar D3 Keperawatan 41 orang (54%), diikuti tingkat pendidikan S1 Keperawatan 24 orang (32%) dan SPK 11 orang (14%). Meninjau dari aspek kesalahan pemberian obat, maka perlu dilakukan pelatihan dan sosialisasi yang berkala. Schenieder (2006, dalam Hughes, 2008) Penelitian kesalahan pemberian obat dilakukan secara observasi dengan terlebih dahulu melakukan pelatihan terhadap perawat tentang pemberian obat yang benar, hasilnya memberikan adanya penurunan angka kejadian kesalahan pemberian obat.

Pada analisis yang dilakukan S1 Keperawatan terhadap lama kerja yang kurang dari 8 tahun ada 9 orang, dan lebih dari 8 tahun ada 15 orang, artinya 15 orang S1 Keperawatan yang berlatar pendidikan D3 Keperawatan melakukan kesalahan pemberian obat menjadi lebih tinggi dibandingkan S1 Keperawatan yang lama kerja kurang dari 8 tahun.

Peningkatan pengetahuan tentang prosedur pemberian obat dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan dalam upaya mencapai misi rumah sakit, yaitu memberikan pelayanan yang bermutu dan menjadi rumah sakit pendidikan. Rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan tentu harus memiliki standar terhadap prosedur pemberian obat yang benar, yang mendidik perawat dan calon perawat yang ada di rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan McGillis, Hall, Doran & Pink (2004) bahwa ada hubungan antara proporsi perawat profesional dalam metode keperawatan dengan kesalahan pemberian obat. Tenaga profesional adalah S1 Keperawatan (Ners),

harus mampu untuk memberikan pelayanan dengan keilmuannya untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

d. Lama bekerja

Hasil penelitian memberikan gambaran rata-rata lama bekerja perawat pelaksana adalah 13,37 tahun, lama bekerja terendah adalah 2,3 tahun dan terlama 32,6 tahun menurut dan lama bekerja perawat berada pada rentang 11,7 sampai 14,9 tahun. Hasil penelitian lebih lanjut tidak ada hubungan yang bermakna antara lama bekerja dengan kesalahan pemberian obat.

Penelitian yang dilakukan oleh Sahelangi (2004), bahwa perawat yang melakukan kesalahan pemberian obat dengan masa kerja lama 41% dan masa kerja baru 41%. Hasil uji statistic diperoleh nilai $p=0,0325$, dimana $p > 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara masa kerja perawat. Penelitian lain yang dilakukan Rusmiati (2006), bahwa lama kerja dari 15 tahun mempunyai kinerja kurang 56,3% dan perawat pelaksana dengan lama kerja lebih dari 15 tahun mempunyai kinerja baik 43,7%. Pengujian dilakukan dengan kai kuadrat $p = 0,254$, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil ini tidak sejalan dengan teori Siagian (1995) dalam Rusmiati (2006), bahwa semakin lama seorang bekerja akan semakin baik kinerjanya.

Kondisi ini merupakan keadaan yang menguntungkan bagi rumah sakit karena perawat memiliki lama bekerja yang cukup lama dan berpengalaman. Menurut Robbins (2003) dalam Rusmiati (2006), menyatakan ada hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan. Blegen (2001, dalam Hughes 2008), dalam penelitiannya bahwa ada hubungan antara jumlah tenaga yang berpengalaman dalam suatu unit perawatan, tetapi tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kesalahan pemberian obat.

Survey yang dilakukan di Taiwan (Schenieder, 2006 dalam Huber, 2008) melakukan observasi terhadap kesalahan pemberian obat, yaitu: 37,5% pegawai baru, 31,9% tidak mengetahui terhadap obat-obat yang baru, 22,2% tidak mengetahui kondisi klien, dan 15,3% tidak pernah melakukan pelatihan. Perawat

yang tidak berpengalaman, tidak mengikuti prosedur, dan kurangnya pengetahuan sangat mempengaruhi terhadap kejadian kesalahan pemberian obat (Wolf, 2006 dalam Huber, 2008).

Hal yang penting dalam upaya keselamatan pasien, bukan dilihat dari lama bekerja tetapi kemampuan perawat dalam melakukan tindakan yang benar. Lama bekerja harus diikuti dengan pengetahuan yang sedang *trend* digunakan saat ini, sehingga perawat akan selalu mengikuti perubahan yang ada.

6.1.2 . Hubungan pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.

6.1.2.1. Metode Tim Keperawatan

Gambaran pada penelitian ini menurut persepsi perawat pelaksana pelaksanaan metode tim keperawatan adalah 57% menyatakan baik, dan 43% menyatakan pelaksanaan metode tim kurang. Pada hasil olah data didapatkan hasil bahwa pelaksanaan metode tim memiliki hubungan yang erat dengan pelaksanaan kesalahan pemberian obat, artinya dengan kesalahan pemberian obat dapat dicegah dengan pelaksanaan metode tim yang efektif.

Needleman dan Buerhaus (2003), menuliskan adanya hubungan antara pengaturan asuhan keperawatan dengan keselamatan pasien, yaitu: infeksi saluran kemih, sepsis, infeksi nosokomial, tekanan lambung, perdarahan lambung atas, kesalahan pemberian obat dan kejadian pasien jatuh. Keadaan ini akan mengancam klien terhadap kerugian dan kematian.

a. Perencanaan

Pada penelitian ini didapatkan hasil, bahwa perencanaan tim keperawatan dipersepsikan 70% perawat pelaksana baik. Hal ini menggambarkan bahwa perencanaan sudah baik dilakukan oleh kepala ruangan, ketua tim, dan anggota timnya.

Hasil penelitian yang dilakukan Dumauli (2008), bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi perencanaan kepala ruangan dengan kinerja perawat.

Penelitian Kurniadi (2006), bahwa fungsi perencanaan yang kurang oleh kepala ruangan dalam melaksanakan fungsi manajemen.

Fungsi perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen dalam melakukan prioritas, alasan dan metode yang sesuai dengan kebutuhan organisasi (Mc. Namara, 1999 dalam Huber, 2006). Perencanaan yang dilakukan dalam pelaksanaan metode tim keperawatan adalah merencanakan perencanaan strategis dan perencanaan teknis. Kepala ruangan bersama ketua tim melakukan perencanaan bersama sesuai peran dan fungsinya, bahwa dengan pelaksanaan metode tim keperawatan diharapkan dapat mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat. Pada perencanaan ini, ketua tim memiliki peran terhadap pembagian tugas terhadap anggota tim untuk bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Ketua tim merencanakan asuhan keperawatan terhadap klien yang menjadi kasus kelolaannya sesuai dengan hasil pengkajian yang telah dilaksanakan, kemudian ketua tim membagi tugas terhadap anggotanya terhadap klien yang menjadi kasus kelolaannya, dan melakukan monitoring serta evaluasi (Zerkweh & Claborn, 2009).

Perencanaan dalam melaksanakan metode tim keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan, meliputi: perencanaan misi dan visi sesuai dengan karakteristik ruang rawat inap tersebut, strategis pelaksanaan keperawatan dalam bentuk penugasan keperawatan yang sesuai, kebutuhan tenaga keperawatan, kebutuhan sarana dan prasarana, pengembangan staf. Perencanaan yang dilakukan oleh ketua tim, yaitu: merencanakan asuhan keperawatan yang sesuai, melakukan rencana kolaborasi pengobatan dan program medis untuk klien.

Perencanaan yang dilakukan dalam mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat menurut JCI (2010), adalah adanya suatu rencana atau kebijakan atau dokumen lain yang mengatur bagaimana penggunaan obat-obatan yang diatur dalam suatu pengorganisasian di semua tahapan yang ditinjau setiap 12 bulan, dilaksanakan berdasarkan undang-undang yang berlaku dan menyediakan informasi yang mudah bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat.

Pelaksanaan metode tim keperawatan dalam menjalankan fungsi perencanaan terhadap upaya mencegah kesalahan pemberian obat diawali dengan adanya komitmen terhadap misi rumah sakit, yaitu memberikan pelayanan yang bermutu.

Pada perencanaan di RSUD Gunung Jati Cirebon, sudah terdapat misi yang menjadikan rumah sakit memberikan pelayanan yang bermutu yang berorientasi kepada klien. Pelaksanaan perencanaan pengaturan obat-obatan diatur dalam aturan rumah sakit yang berkaitan rencana pengadaan obat dan distribusinya, sudah ada standar operasional prosedur, dan standar penatalaksanaan terhadap risiko cedera akibat kesalahan pemberian obat. Pada kesalahan pemberian obat dalam perencanaan tertulis belum adanya standar: penyimpanan obat, kebijakan rumah sakit penyimpanan obat darurat yang terlindung dari bahaya dan pencurian, pemantauan dan kadaluarsa, peresepan dan penyalinan obat yang memenuhi kualifikasi, dokumentasi peresepan dalam rekam medis.

Anggota tim yang melaksanakan asuhan keperawatan dalam metode tim memiliki tanggung jawab terhadap pemberian obat yang diberikan kepada klien, yaitu pada saat akan memberikan obat. Pada pelaksanaannya, belum adanya sistem *barcode* terhadap klien akan memberikan risiko kesalahan orang dalam pemberian obat. Risiko itu muncul karena perawat disebabkan belum adanya kebijakan yang mengatur dalam upaya mencegah kesalahan pemberian obat.

b. Pengorganisasian

Gambaran tentang pengorganisasian dalam pelaksanaan metode tim keperawatan pada penelitian ini dengan hasil 61% dipersepsikan perawat pelaksana baik 39% dipersepsikan kurang. Penelitian yang dilakukan Dewi (2011), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna fungsi organisasi dengan penerapan keselamatan perawat ($p=0,092$; $\alpha=0,05$). Hasil ini menyimpulkan kecenderungan bahwa semakin baik fungsi pengorganisasian, maka penerapan keselamatan perawat semakin baik. Penelitian lain yang dilakukan Schwappach (2011), bahwa kurangnya koordinasi melaporkan 8% terjadi kesalahan obat dan 5,3% terjadi kesalahan pemberian obat, disebabkan 7,2% karena kesalahan pendokumentasian dan 11,5% kesalahan pada saat persiapan pemberian obat ($OR=0,98$; $p=0,02$).

Aspek kekuatan organisasi, yaitu: kerja sama, pengambilan keputusan, pengawasan, komunikasi dan komitmen (Sedjati, 2011). Hal ini sangat dibutuhkan pada saat pelaksanaan metode tim keperawatan. Berdasarkan hal tersebut pelaksanaan metode tim keperawatan dalam melaksanakan fungsi organisasi perlu dilakukan suatu kerja sama, pengambilan keputusan yang tepat, adanya pengawasan, komunikasi yang efektif dan komitmen di dalam tim keperawatan.

Fungsi pengorganisasian dalam pelaksanaan metode tim keperawatan, artinya mengatur sumber daya, fasilitas, peralatan dan dana melalui integrasi dan koordinasi untuk mencapai tujuan pelayanan (Depkes, 2001). Kriteria struktur yang harus terpenuhi dalam pengorganisasian adalah adanya kebijakan pengorganisasian pelaksanaan metode tim keperawatan, mulai dari struktur dan tata hubungan structural dan fungsional, uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas secara tertulis terhadap pembagian tugas dalam pelaksanaan metode tim keperawatan, penunjukkan orang yang berwenang dalam memilih ketua tim dan timnya, dan dokumentasi yang jelas terhadap kualifikasi atau persyaratan yang dibutuhkan. Kriteria proses dalam pelaksanaan metode tim keperawatan, yaitu: kepala ruangan, ketua tim dan anggotanya memahami uraian tugas dan tanggung jawabnya sehingga dapat melaksanakan tugas sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya, mampu melakukan koordinasi saat melaksanakan metode tim keperawatan. Kriteria hasil dalam fungsi pengorganisasian metode tim keperawatan, yaitu: adanya tenaga keperawatan yang mendapatkan tugas sesuai kualifikasi, adanya struktur organisasi, adanya dokumentasi pengaturan sumber daya, dan adanya dokumentasi pelaksanaan metode tim keperawatan.

c. Pengarahan

Hasil penelitian ini memberikan gambaran pengarahan dalam pelaksanaan metode tim menurut persepsi perawat pelaksana 30 % menyatakan baik, dan 70% kurang, artinya kepala ruangan dan ketua tim belum optimal dalam melakukan fungsi pengarahan. Penelitian yang dilakukan Dewi (2011), bahwa ada hubungan yang bermakna hubungan pengarahan dengan keselamatan perawat ($p=0,008$; $\alpha=0,05$).

Pelaksanaan fungsi pengarahan yang dilakukan kepala ruangan, yaitu: membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, membimbing penerapan proses keperawatan, mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah, memberikan informasi kepada klien atau keluarga yang baru masuk rumah sakit, memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim, memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik, memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap, menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan klien, melibatkan anggota tim sejak awal hingga akhir kegiatan dan membimbing anggota tim yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya, meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.

Ketua tim memiliki tugas dalam fungsi pengarahan, yaitu: membimbing anggota tim keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan, melaksanakan *pre* dan *post conference*, memberikan informasi kepada klien dan keluarga selama dirawat di rumah sakit, memberikan pujian kepada anggota tim terhadap pelaksanaan tugas yang baik, memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap terhadap anggota timnya, menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan klien, melibatkan anggota tim sejak awal hingga akhir kegiatan, membimbing anggota tim yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya meningkatkan kolaborasi antar anggota dalam tim.

d. Pengawasan

Fungsi manajemen dalam pelaksanaan metode tim keperawatan perlu adanya pengawasan. Gambaran pada penelitian ini menurut persepsi perawat pelaksana pelaksanaan fungsi pengawasan pada metode tim keperawatan adalah 59% menyatakan baik, dan 41% menyatakan pengawasan kurang.

Hasil penelitian tentang pengawasan menurut Rohmawati (2006) dalam Parmin (2010) bahwa ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan fungsi kepala ruangan dan Dumauli (2008) dalam Parmin

(2010) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan fungsi pengawasan kepala ruangan dengan kinerja perawat ($p=0,000$).

Manulang (1998) dan Imron (2004) dalam Sedjati (2011), pengawasan dapat dilaksanakan dengan: peninjauan pribadi, pengawasan melalui laporan lisan. Pengawasan dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, maka kesalahan pemberian obat dapat dicegah dengan adanya pengawasan, yaitu: dengan observasi, evaluasi secara berkala, pengawasan sewaktu-waktu, laporan lisan dan tertulis, penilaian kegiatan, dan diskusi dengan kepala ruangan dan anggota timnya.

Depkes (2001) menetapkan standar evaluasi harus dilaksanakan secara objektif sebagai upaya perbaikan untuk tercapainya tujuan pelayanan, dalam hal ini pelaksanaan metode tim keperawatan. Kriteria struktur evaluasi, yaitu: adanya kebijakan tentang mekanisme pengawasan metode tim keperawatan, adanya alat evaluasi dalam melaksanakan metode tim keperawatan, adanya standar pelayanan. Kriteria proses nya, yaitu: tersusunnya rencana suatu pengawasan pencapaian tujuan pelayanan, terlaksananya evaluasi, sehingga memberikan umpan balik dan ada tindak lanjut hasil dari pelaksanaan metode tim keperawatan. Kriteria hasil dalam melakukan evaluasi, yaitu: adanya dokumen hasil evaluasi, tindak lanjut dan dokumentasi upaya perbaikan dalam melakukan metode tim keperawatan.

Fungsi pengawasan yang dilaksanakan oleh kepala ruangan, yaitu: menilai asuhan keperawatan, mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), dan mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas. Ketua tim keperawatan melaksanakan: mengembangkan kemampuan anggota, menyelenggarakan pre dan post konferensi, dan melakukan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan.

Kepala ruangan di rumah sakit diharapkan mampu membagi tugas terhadap ketua tim secara baik, waktu yang ada sebagai kepala ruangan tidak dihabiskan dalam melakukan pendokumentasian, tetapi harus mampu mengarahkan ketua tim dan

anggota timnya untuk melakukan pendokumentasian dalam upaya mengembangkan kemampuan perawat.

6.1.3. Kesalahan Pemberian Obat

Hasil penelitian ini menggambarkan persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap tentang kesalahan pemberian obat meliputi: kesalahan klien, kesalahan rute pemberian obat, kesalahan jenis obat, kesalahan informasi, kadaluarsa, kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan dosis obat, tidak tahu efek samping, dan tidak mendokumentasikan.

Penelitian kualitatif yang dilakukan Hardiawan (2003), dilakukan dengan wawancara mendalam dan juga terstruktur terhadap 14 informan dan observasi lapangan terhadap pemberian obat dirawat inap pada waktu tertentu terhadap 32 klien, bahwa pada proses kesalahan terbanyak yang dilaporkan adalah *wrong drug* sedangkan pada observasi kesalahan terbanyak adalah *wrong time* yang tidak dilaporkan semua kesalahan pada observasi berjumlah 20 kasus tidak ada laporan karena kasus kecil, tak tahu ada kesalahan dan atasan tidak tahu. Masih ada kasus-kasus yang akar masalahnya belum dicari dengan tuntas, hanya berhenti pada kesalahan orang yang tak menjalankan standar sehingga tindakan koreksi/pencegahan tidak tepat. Kasus lain karena tulisan dokter yang tak jelas, distraksi telpon tindakan koreksi hanya sebatas pemberitahuan kepada dokter. Umpan balik dan evaluasi tidak pernah dilakukan.

Hasil penelitian kesalahan pemberian obat menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap, kesalahan pemberian obat tertinggi adalah 91% kesalahan informasi, pada penelitian ini kesalahan informasi tentang obat kepada pasien karena perawat tidak tahu tentang pengetahuan obat yang akan diberikan kepada klien.

Persepsi perawat terhadap kesalahan rute, kadaluarsa, dan kesalahan dosis memberikan gambaran 0%. Perawat telah melaksanakan pemberian obat dengan benar pada rute pemberian, tidak memberikan obat yang kadaluarsa dan selalu mengeceknya, dan memberikan dosis obat yang sesuai.

Kesalahan waktu pemberian menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit 84%, hal ini memberikan gambaran bahwa perawat waktu pemberian diberikan lebih atau kurang satu jam dari waktu pemberian obat dari jadwal pemberian obat yang telah ditetapkan. Hal yang menyebabkan kejadian waktu pemberian obat, yaitu: ketersediaan obat yang terlambat, perawat pelaksana memiliki pola untuk menyesuaikan waktu pemberian obat sesuai jadwal yang telah disepakati pada masing-masing ruangan bukan berdasarkan jadwal kedatangan klien. Hal ini dapat dihindari bila ada perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan waktu pemberian obat yang benar. JCI (2010), standarnya adalah rumah sakit harus memiliki suatu sistem yang digunakan untuk mengeluarkan obat-obatan dengan dosis yang tepat bagi pasien yang benar dan saat yang tepat.

Tidak mendokumentasikan adalah indikator salah satu kesalahan pemberian obat. Hasil penelitian memberikan hasil 58% persepsi perawat terhadap tidak mendokumentasikan pemberian obat. Mendokumentasikan pemberian obat untuk obat yang diberikan atau yang tidak diberikan harus terdokumentasikan di dalam catatan *medical record* klien. Kebiasaan yang terjadi adalah perawat memisahkan dokumentasi pemberian obat pada buku yang berbeda, tidak mencatat lembar catatan obat pada *medical record* klien, sehingga pada saat klien membutuhkan data riwayat pemberian obat tidak ada dalam catatan *medical record* klien. JCI (2010), menetapkan bahwa terdapat setidaknya satu tinjauan siste manajemen obat-obatan yang didokumentasikan dalam jangka waktu 12 bulan. Pendokumentasian pemberian obat dapat dilaksanakan pada catatan lembar pasien yang terpisah dan catatan *medical record* pasien (Timby, 2009).

Persepsi kesalahan orang pada kesalahan pemberian obat memberikan hasil 63% kesalahan orang. Berdasarkan hasil penelitian, bahwa perawat pada saat akan memberikan obat menyebutkan klien hanya menyebutkan namanya saja, tanpa menyebutkan nama yang lengkap atau mengidentifikasi terhadap dua identitas, misalnya: nomor catatan *medical record* atau alamat klien untuk meyakinkan bahwa klien yang akan menerima pengobatan adalah klien yang benar.

Tidak tahu efek samping obat menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit memberikan hasil 74%, hal ini menggambarkan bahwa perawat saat memberikan obat tidak mengetahui efek samping obat yang diberikan. Keadaan ini terjadi karena perawat kurang aktif dalam mencari pengetahuan terhadap efek samping pengobatan dan memberikan obat sebatas melakukan kerja. Hal ini berhubungan dengan tanggung jawab perawat dalam melakukan meningkatkan pengetahuan terhadap efek samping obat. JCI (2010), menetapkan standar tentang efek-efek obat-obatan pada pasien dipantau. Tujuan pemantauan ini untuk mengevaluasi efek obat-obatan terhadap gejala-gejala atau penyakit klien.

Kesalahan jenis obat menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit 14%, hal ini menggambarkan kesalahan jenis obat adalah perawat kurang memperhatikan label obat bahkan walau label nya hilang perawat merasa yakin bahwa obat yang akan diberikan adalah obat yang benar. Perawat melakukan pereseapan ulang, tanpa adanya pendelegasian tertulis sehingga semua perawat yang bertugas dapat melakukan pereseapan. JCI (2010) menetapkan standar bahwa rumah sakit harus membuat suatu kebijakan dan menetapkan siapa saja yang memenuhi kualifikasi dan diizinkan untuk menulis resep atau meminta obat-obatan.

Kesalahan informasi 91% dalam kesalahan pemberian obat menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit adalah perawat tidak memberikan informasi kepada klien terhadap terapi pengobatan yang dilakukan. Hal ini terjadi karena perawat tidak memahami tentang terapi pengobatan. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang terapi yang dibutuhkan klien.

Standar pelaksanaan penggunaan obat-obatan menurut JCI (2010), tentang standar manajemen dan penggunaan obat-obatan (MPO), yaitu: pengaturan dan manajemen, pemilihan dan pengadaan, penyimpanan, permintaan dan pereseapan, penyiapan dan pengeluaran, pemberian dan pemantauan. Standar sangat diperlukan untuk memberikan pelayanan yang bermutu berorientasi terhadap keselamatan pasien dan terhindar dari risiko cedera.

Pada saat kejadian kesalahan pemberian obat terjadi, perawat seharusnya secara etik dan tanggung legal membuat laporan terhadap kejadian tersebut, untuk mempertahankan keselamatan pasien (Timby, 2009).

6.2. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah: penelitian ini masih dilakukan berdasarkan persepsi perawat, sehingga kejadian yang sebenarnya harus dilakukan penelitian dengan metode observasi untuk mendapatkan hasil yang bisa dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit.

6.3. Implikasi hasil penelitian

a. Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit adalah suatu organisasi pelayanan kesehatan yang harus mampu dikelola dengan baik meliputi klien, keluarga, dan sumber daya manusia yang terlibat dalam mengelola rumah sakit termasuk sarana dan prasarana. Hasil yang diharapkan dari pelayanan adalah pelayanan yang memuaskan dan terhindar dari risiko kesalahan pengobatan, termasuk kesalahan pemberian obat. Upaya ini akan terwujud jika dikelola dengan baik dengan melakukan fungsi manajemen yang baik dan pengelolaan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga dapat mewujudkan pelayanan yang bermutu. Penelitian ini dapat memberikan masukan untuk terlaksananya metode tim keperawatan yang baik dan mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat.

Fungsi manajerial sangat penting bagi pelayanan kesehatan terutama dalam melaksanakan asuhan dengan metode tim keperawatan, berdasarkan hasil penelitian ini, dalam upaya pencapaian misi rumah sakit memberikan pelayanan yang bermutu maka perawat yang berada di tatanan klinik harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan metode tim keperawatan dapat diberikan pelatihan atau memberikan kesempatan meningkatkan pendidikan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

b. Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan akan mempengaruhi kualitas pelayanan, sehingga dengan keadaan sekarang kejadian kesalahan pemberian obat masih tinggi. Pendidikan keperawatan tinggi memiliki tanggung jawab terhadap kompetensi yang menjadi lingkup tanggung jawabnya, sehingga diharapkan pendidikan keperawatan dapat memfasilitasi mahasiswa keperawatan terhadap upaya keselamatan pasien dalam kurikulum keperawatan.

c. Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini memberikan gambaran terhadap masalah yang dihadapi perawat terhadap risiko kesalahan pemberian obat dan pelaksanaan metode tim keperawatan, sehingga menjadi data awal untuk penelitian selanjutnya untuk memberikan pelayanan yang bermutu. Penelitian ini juga dapat dijadikan data dasar untuk penelitian selanjutnya terhadap pelaksanaan supervisi metode tim, upaya keselamatan klien, dan upaya perlindungan hukum terhadap perawat dari risiko kesalahan pemberian obat.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian dan saran. Kesimpulan berisi jawaban tujuan penelitian, sedangkan saran adalah masukan bagi perawat, rumah sakit dan penelitian selanjutnya.

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Gambaran karakteristik perawat: jenis kelamin wanita (67%) lebih dominan dibandingkan laki-laki. Umur rata-rata, tingkat pendidikan didominasi D3 Keperawatan (54%), umur rata-rata umur 38,2 tahun, dan lama bekerja rata-rata 13,3 tahun.

7.1.2. Gambaran metode tim keperawatan menurut persepsi perawat pelaksana di ruang rawat inap adalah 57% atau lebih dari setengahnya mempersepsikan baik terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan

7.1.3. Gambaran kejadian kesalahan pemberian obat menurut persepsi perawat di ruang rawat inap kesalahan pemberian obat tertinggi adalah kesalahan informasi.

7.1.4. Pada penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat.

7.2. Saran

7.2.1. Bidang Keperawatan

7.2.1.1. Menyusun standar perencanaan, standar pengorganisasian, standar pengarahan dan standar evaluasi terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan.

7.2.1.2. Menyusun standar perencanaan, standar pengorganisasian, standar pengarahan dan standar evaluasi terhadap pelaksanaan penggunaan obat-obatan di lingkungan rumah sakit dengan standar *Joint Commission International*.

7.2.1.3. Membuat kebijakan tentang pelaksanaan metode tim yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.

7.2.1.4. Memberikan pelatihan manajemen bangsal kepada kepala ruangan.

7.2.1.5. Melakukan sosialisasi yang menyeluruh terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan.

7.2.2. Kepala Ruangan

7.2.2.1. Meningkatkan pengetahuan dalam manajemen keperawatan melalui pendidikan dan pelatihan.

7.2.2.2. Melakukan komunikasi efektif terhadap ketua tim dan anggota timnya.

7.2.2.3. Melakukan pengawasan yang efektif terhadap kesalahan pemberian obat, karena perawat pelaksana masih ada rasa takut untuk melaporkan kesalahan dan mendokumentasikan kesalahan, yang seharusnya diperbaiki bukan untuk diberikan hukuman.

7.2.2.4. Lebih memberikan motivasi dalam melaksanakan metode tim yang efektif.

7.2.2.5. Melakukan kerja sama tim dan membangun rasa percaya didalam tim.

7.2.3. Perawat Pelaksana

7.2.3.1. Meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan dan pelatihan.

7.2.3.2. Mempunyai persepsi positif terhadap pelaksanaan metode tim keperawatan.

7.2.3.3. Melakukan dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan dan kesalahan pemberian obat.

7.2.3.4. Berani untuk melaporkan kesalahan pemberian obat dan dipandang sebagai betuk tanggung jawab professional perawat.

7.2.3.5. Mendukung kebijakan yang telah disusun oleh bidang keperawatan dan kepala ruangan.

7.2.4. Saran untuk Pendidikan Keperawatan

Institusi pendidikan diharapkan dapat menyesuaikan kurikulum dengan perubahan standar dan kebijakan yang ada dalam lingkup keselamatan pasien, seiring dengan hasil penelitian yang terus berubah, sehingga lulusan perawat saat masuk di pelayanan membawa ilmu yang terbaru dan dapat membuat perubahan dalam tatanan pelayanan keperawatan dalam upaya keselamatan pasien sehingga memberikan pelayanan yang bermutu.

PENJELASAN PENELITIAN

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Kepada Yth. Bapak/Ibu/Sdr. Perawat

Dengan ini saya : Erin Rika Herwina, NPM : 1006749094, mahasiswa program Magister peminatan Kepeminpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang “Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara pelaksanaan metode tim keperawatan dengan kesalahan pemberian obat di RSUD Gunung Jati Cirebon, diharapkan hasilnya akan memberikan masukan yang berhubungan dengan metode penugasan yang efektif di rumah sakit serta upaya meningkatkan kualitas mutu pelayanan terhadap kejadian kesalahan pemberian obat.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai hak bapak/ibu dengan menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu dan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Peneliti sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan bapak/ibu dalam penelitian ini.

Cirebon, Mei 2012

Peneliti

Erin Rika Herwina

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang prosedur, tujuan, serta manfaat penelitian tentang “Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon” dari mahasiswa program pascasarjana kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia atas nama :

Erin Rika Herwina
NPM : 1006749094

Saya memahami sepenuhnya dan memberikan persetujuan untuk menjadi responden penelitian. Persetujuan ini saya berikan dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan. Saya juga menyadari bahwa penelitian ini memberikan manfaat bagi peningkatan pelayanan keperawatan terutama dalam pelaksanaan metode tim dan keselamatan pasien yang berhubungan dengan pemberian obat.

Cirebon, Mei 2012

Responden Penelitian

(.....)

INSTRUMEN A**PETUNJUK PENGISIAN**

1. Pilih salah satu jawaban yang menurut persepsi rekan sejawat paling sesuai, caranya dengan memberikan tanda check list (√) pada kotak yang tersedia.
2. Berikan uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan singkat dibawah ini.
3. Isikan semua pertanyaan sesuai kemampuan rekan sejawat dan mohon untuk tidak mengosongkan jawaban walaupun hanya satu.

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode :

1. Jenis Kelamin : L / P
2. Umur :tahun
3. Pendidikan terakhir : SPK/SPR D3 Kep S1 Kep
 D3 Keb D4 Keb
4. Status Kepegawaian : PNS/sipil TKK/Honor
5. Unit Kerja Ruang :
6. Lama kerja di RS ini :tahun.....bulan

KUESIONER UNTUK PERAWAT PELAKSANA/KETUA TIM**PETUNJUK PENGISIAN**

Pilihlah jawaban sesuai dengan kondisi saat ini, dengan memberikan tanda (√) pada salah satu kolom yang disediakan. Adapun keterangan pilihan jawaban sbb:

TP atau Tidak pernah, apabila anda tidak pernah melakukan tindakan seperti tertulis dalam pernyataan.

Jrg atau Jarang, apabila anda hampir tidak pernah melakukan sesuai yang ditulis dalam pernyataan.

Srg atau Sering, apabila anda hampir selalu melakukan tindakan seperti yang ditulis dalam pernyataan.

Sll atau Selalu, apabila anda selalu melakukan tindakan seperti yang ditulis dalam pernyataan.

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
		1	2	3	4
1	Saya diberikan informasi tentang uraian tugas saya sebagai pelaksana keperawatan.				
2	Uraian tugas pokok dan fungsi, tercantum dalam dokumen struktur organisasi ruangan yang dibagikan kepada saya.				
3	Saya melaksanakan tugas sesuai uraian tugas yang dibebankan kepada saya				
4	Kepala ruangan sudah membagi penugasan berdasarkan tim				
5	Saya sebagai pelaksana keperawatan atau ketua tim bekerja sama dalam mengatur jadwal dinas (pagi,sore,malam)				
6	Kepala ruangan memindahkan perawat pelaksana dari tim lain ke tim yang mengalami kekurangan anggota pada kondisi tertentu.				
7	Ketua tim menunjuk penanggung jawab shift sore,malam atau pagi apabila tidak ada maka ditunjuk yang paling kompeten.				
8	Pendelegasian kepala ruangan kepada tim dilakukan secara tertulis dan diketahui oleh seluruh ketua tim dan pelaksana.				
9	Tugas yang dibebankan kepada saya tidak sesuai dengan kemampuan dan keahlian saya.				
10	Ketua tim menetapkan perawat pelaksana untuk masing-masing pasien (alokasi pasien)				
11	Ketua tim mengendalikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien baik yang ditetapkan oleh dirinya maupun oleh perawat pelaksana anggota timnya.				
12	Kolaborasi dengan tim kesehatan lain dilakukan oleh ketua tim,bila ketua tim berhalangan maka kolaborasi dilakukan oleh perawat yang paling ekspert di dalam tim.				

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
		1	2	3	4
13	Masing-masing tim memiliki buku komunikasi				
14	Perawat pelaksana melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien yang menjadi tanggungjawabnya.				
15	Saya mengetahui visi –misi rumah sakit				
16	Saya mengetahui visi misi ruangan tempat saya bekerja				
17	Saya membuat perencanaan jangka pendek (rencana kegiatan harian,rencana kegiatan mingguan)				
18	Saya dilibatkan dalam penyusunan jadwal dinas bersama ketua tim/kepala ruangan.				
19	Terdapat penanggung jawab inventaris alat kesehatan yang ditunjuk oleh kepala ruangan.				
20	Terdapat penanggung jawab inventaris alat tenun ruangan yang ditunjuk oleh kepala ruangan				
21	Terdapat penanggungjawab alat kesehatan habis pakai: (cairan antiseptic,handsocon,canul suction,dll) yang ditunjuk kepala ruangan				
22	Terdapat penanggungjawab ketersediaan alat tulis/administrasi				
23	Terdapat penanggungjawab kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan				
24	Saya bersedia dilakukan rotasi/mutasi karena merupakan program rumah sakit				
25	Program rotasi dan mutasi dilakukan karena yang bersangkutan sedang dilakukan pembinaan (karena pelanggaran disiplin).				

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
		1	2	3	4
26	Rotasi/mutasi dilakukan karena ada unsur 'like and dislike' atau adanya konflik yang tidak terpecahkan antar anggota tim.				
27	Rumah sakit sudah memberikan kesempatan untuk pengembangan karir perawat melalui pendidikan/pelatihan.				
28	Rumah sakit memberikan kesempatan pada perawat untuk menempati posisi jabatan diluar jajaran keperawatan.				
29	Rumah sakit menawarkan program beasiswa untuk peningkatan kualifikasi pendidikan.				
30	Rumah sakit menawarkan program kelas khusus untuk mempercepat jenjang pendidikan dengan kemudahan.				
31	Saya mendapatkan hambatan dalam melaksanakan tugas karena jumlah tenaga perawat yang ada saat ini kurang mendapatkan kesempatan pelatihan.				
32	Saya merasa bahwa struktur organisasi keperawatan yang ada saat ini hanya memberi kesempatan pengembangan karir kepada kelompok tertentu				
33	Saya merasa puas bekerja di rumah sakit ini				
34	Saya merasa hasil kerja saya dihargai oleh atasan.				
35	Rumah sakit memberikan penghargaan bagi karyawan yang berprestasi.				
36	Saya merasa kesejahteraan saya diperhatikan oleh rumah sakit.				
37	Kepala ruangan sering melakukan pembinaan terhadap karyawan yang bermasalah.				

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
		1	2	3	4
38	Saya mengetahui adanya SOP tentang <i>sistem reward and punishment</i> (sistim penghargaan dan hukuman).				
39	Hasil kinerja saya sering dinilai oleh kepala ruangan/ketua tim yang berdasarkan pedoman SOP Penilaian kinerja perawat.				
40	Dokumen SOP tentang penilaian kinerja perawat sudah disosialisasikan oleh atasan saya.				
41	Saya diberikan informasi mengenai indikator mutu pelayanan keperawatan yang harus saya laksanakan.				
42	Saya melakukan pencatatan angka plebitis dan decubitus setiap hari pada format yang sudah disediakan.				
43	Format-format tersebut disediakan oleh tim pengendalian dan pencegahan infeksi rumah sakit				
44	Kepala ruangan/tim mutu Askep rumah sakit melakukan survey dokumentasi asuhan keperawatan				
45	Saya sudah diberikan informasi tentang uji kompetensi perawat.				
46	Perawat pelaksana diajak pertemuan oleh tim mutu bila ada kejadian kematian atau kasus kesalahan pemberian obat secara berkala.				
47	Saya berusaha bekerja sesuai dengan standar kompetensi dan kewenangan perawat.				
48	Saya pernah mendapatkan sosialisasi tentang SOP/SAK yang dimiliki ruangan.				
49	SOP/ SAK dan protap tersimpan di tempat yang mudah dilihat/dibaca oleh perawat.				

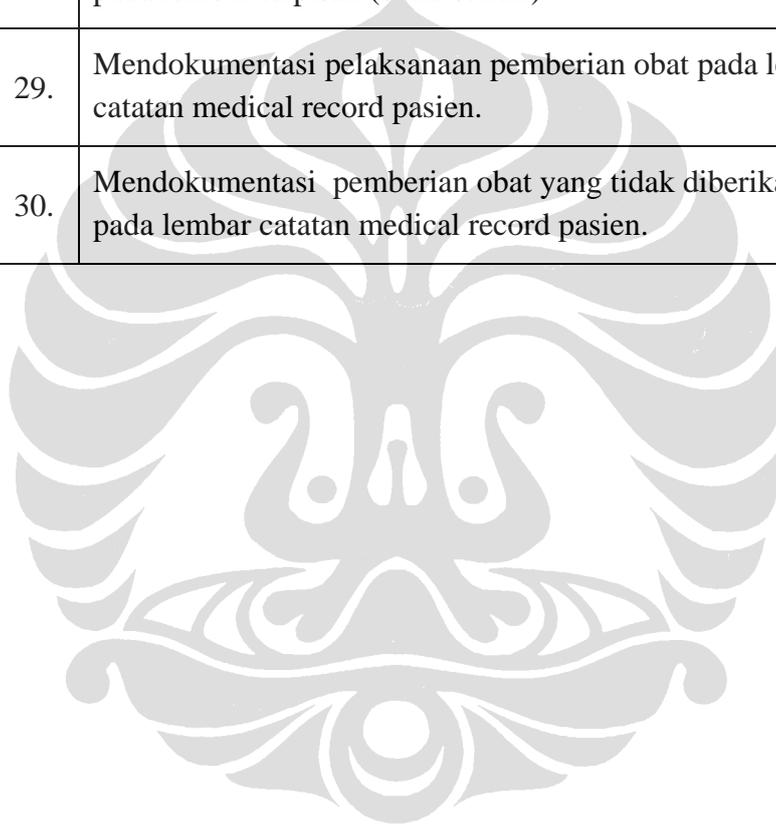
No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
		1	2	3	4
50	Anda melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan menggunakan sabun anti septik				
51	Anda melakukan cucitangan memnggunakan antiseptis berbasis alkohol				
52	Anda membuang sampah medis ke tempat sampah khusus yang disediakan oleh ruangan				
53	Anda membuang jarum/alat tajam bekas pakai pada tempat khusus				
54	Saya mengetahui adanya SOP tentang penanganan kasus pada kesalahan pemberian obat				

INSTRUMEN B

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
1	2	3	4	5	6
1.	Saya menanyakan nama pasien yang akan menerima obat dengan hanya nama pasien saja				
2.	Saya menanyakan nama pasien yang akan menerima obat dengan dua identitas, yaitu: nama lengkap dan <i>medical record</i>				
3.	Obat diberikan kepada klien yang tepat dengan memastikan gelang identifikasi sesuai prosedur yang berlaku pada institusi tersebut.				
4.	Pasien memiliki kotak penyimpanan obat sendiri dan diberi nama pasien				
5.	Saya melaksanakan pemberian sesuai SOP yang ada				
6.	Melakukan evaluasi setelah selesai pemberian obat				
7.	Saya menulis kembali resep obat saat obat dibutuhkan dalam catatan medical record pasien				
8.	Saya melakukan prosedur pelaksanaan apabila ada pasien yang salah dalam pemberian obat				
9.	Memberikan informasi terhadap terapi pengobatan yang sedang dilakukan kepada klien				
10.	Memberikan informasi terhadap terapi pengobatan yang sedang dilakukan kepada keluarga				
11.	Memeriksa label obat terhadap prosedur yang ada dalam kemasan				
12.	Menyiapkan obat segera pada saat obat tersebut akan diberikan				

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
1	2	3	4	5	6
13.	Menggunakan obat yang labelnya tidak ada karena saya tahu isi obatnya pasti sama				
14.	Saya mengetahui efek samping obat terhadap obat yang diberikan kepada pasien				
15.	Saya memberikan obat pada pasien tepat waktu sesuai jadwal pemberian.				
16.	Saya memberikan obat pada pasien tepat waktu sesuai jadwal pemberian, atau paling tidak 30 menit sebelum atau 30 menit setelah jadwal yang ditetapkan.				
17.	Saya memberikan obat pada pasien tepat waktu sesuai jadwal pemberian, atau paling tidak 1 jam sebelum atau melewati jadwal yang ditetapkan				
18.	Apabila ada obat oral yang harus dipotong, saya memotong obat tablet tersebut dengan tangan saya.				
19.	Apabila ada obat oral yang harus dipotong, saya memotong obat tablet tersebut dengan alat bantu seperti: pisau atau <i>cutter</i> .				
20.	Setelah pemberian obat, pasien mengalami <i>abcess</i> pada tempat pemberian obat.				
21.	Saya melaporkan kejadian kesalahan pemberian obat kepada ketua tim atau kepala ruangan				
22.	Saya mempersiapkan obat yang kadaluwarsa, dan tidak memberikan kepada pasien				
23.	Saya mempersiapkan obat yang kadaluwarsa, dan memberikan kepada pasien tetapi pasien baik-baik saja.				
24.	Memberikan obat yang seharusnya diberikan secara <i>intravena</i> saya berikan secara <i>intramuscular</i>				
25.	Memberikan obat yang seharusnya diberikan secara <i>intramuscular</i> saya berikan secara <i>intravena</i>				
26.	Memberikan informasi kepada klien dan keluarga saat pasien pulang terhadap benar waktu, benar cara pemberian, benar nama, benar obat.				

No	Pernyataan	TP	Jrg	Srg	SII
26.	Obat yang diindikasikan memberikan resiko kepada pasien (multiobat yang beresiko) maka dinyalakan sistem waspada, misalnya: meminta no telp keluarga pasien yang segera bisa dihubungi.				
27.	Mendokumentasi pelaksanaan pemberian obat pada lembar terpisah (buku suntik).				
28.	Mendokumentasi pemberian obat yang tidak diberikan pada lembar terpisah (buku suntik).				
29.	Mendokumentasi pelaksanaan pemberian obat pada lembar catatan medical record pasien.				
30.	Mendokumentasi pemberian obat yang tidak diberikan pada lembar catatan medical record pasien.				





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1332/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

26 Maret 2012

Yth. Direktur
RSUD Gunung Jati Cirebon
Jalan Kesambi No. 56
Kesambi Cirebon
Jawa Barat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Erin Rika Herwina
NPM 1006749094

akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Hubungan Metode Penugasan Perawat dan Jumlah Kontak Perawat dengan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD Gunung Jati Cirebon.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Gunung Jati Cirebon
3. Kepala Diklat RSUD Gunung Jati Cirebon
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon.

Nama peneliti utama : **Erin Rika Herwina**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 21 Mei 2012

Ketua,

Dekan,
UNIVERSITAS INDONESIA

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN CIREBON
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WALED

Jalan Kesehatan No. 4 Telp. 661126 - 661275

CIREBON

Waled, 16 April 2012

Nomor : 445/32/a/Litbang
Lampiran : -
Perihal : Pemberian Izin Uji Instrument

Kepada :
Yth. Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di-
Cirebon

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 2185/H2.F12.D/PDP.04.00//2012 perihal Permohonan untuk mengadakan Uji Instrument Penelitian, atas nama :

Nama : **ERIN RIKA HERWINA**
NIM : 1006749094
Judul : Hubungan Pelaksanaan Metode Tim Keperawatan dengan Kesalahan Pemberian Obat

Sehubungan dengan hal tersebut, pada dasarnya kami tidak berkeberatan untuk memberikan izin uji Instrument Penelitian.

Selama melaksanakan uji Instrument Penelitian mahasiswa tersebut harus mentaati peraturan / tata tertib yang berlaku pada Instansi kami.

Demikian untuk menjadi maklum dan tahu adanya.

Kepala Bagian Perenc. & Informasi
RSUD Waled, Kab. Cirebon





PEMERINTAH KOTA CIREBON
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI

Jl. Kesambi No. 56 Telp. (0231) 206330 Fax. (0231) 203336 Kode Pos
CIREBON

Nomor : 070/687-RSUD.GJ
Sifat :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Cirebon, 8 Mei 2012

Kepada Yth
Dekan Program Pendidikan Magister
Fakultas Ilmu Keperawatan UI (FIK-UI)
Kampus UI Depok
di
DEPOK

Membalas surat Saudara Nomor : 1332/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 26 Maret 2012, perihal sebagaimana tersebut diatas, pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sebagai berikut :

N A M A : ERIN RIKA HERWINA
N P M : 1006749094
JUDUL : Hubungan Metode Penugasan Perawat dan Jumlah Kontak Perawat dengan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

Untuk melakukan Penelitian di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon, sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mengganggu pelayanan
2. Melampirkan Kerangka Acuan/ Proposal
3. Menyelesaikan biaya administrasi
4. Mengikuti peraturan yang berlaku di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

Demikian agar menjadi maklum



Tembusan :

1. Yth. Para Wadir RSUD Gunung Jati Kota Cirebon
2. Yth. Kepala Ruang yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.
3. Yth. Pembimbing yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.



PEMERINTAH KOTA CIREBON

KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Sasana Budaya No. 184 Telp. (0231) 222796 Fax. 222796 Kode Pos 45131

CIREBON

SURAT IJIN PENELITIAN

Nomor : 070 / 275 / KKBPPM

Memperhatikan :

1. Surat Keputusan Gubernur Propinsi Jawa Barat Nomor 300/SK.1215-HUK/90 tanggal 14 Agustus 1990 tentang Tata Cara memperoleh Ijin atau Rekomendasi yang berkaitan dengan Pembinaan dan Ketertiban Umum di Propinsi Jawa Barat.
2. Peraturan Daerah Kota Cirebon Nomor 13 Tahun 2004 Tentang Pembentukan Lembaga Teknis Daerah Pada Pemerintah Kota Cirebon.
3. Surat Keputusan Walikota Cirebon Nomor 52 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Cirebon.
4. Surat Universitas Indonesia Fak. Keperawatan Nomor : 1538/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian dan Observasi
5. Pertimbangan Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Cirebon.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, diajukan Rekomendasi untuk dapat diberikan Ijin melaksanakan Ijin Penelitian / Survey di Pemerintah Kota Cirebon.

Adapun Identitasnya adalah sebagai berikut :

N a m a	: ERIN RIKA HERWINA
NIM	: 1006749094
Jabatan / Pekerjaan	: Mahasiswa
Maksud dan Tujuan Kegiatan	: Melaksanakan Permohonan Ijin Penelitian
Judul Penelitian	: Hubungan Metode Penugasan Perwat dan Jumlah Kontak Perwat dengan Pemberian Obat di RSUD Gunung Jati Cirebon
Pengikut / Peserta Kegiatan	: -
Penanggung Jawab Kegiatan	: Dewi Irwaty, MA, PhD
Lamanya Kegiatan	: Bulan April s.d. Mei 2012
Lokasi Kegiatan	: RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Melaporkan kedatangan serta maksud dan tujuan kegiatan dengan menunjukan Surat Ijin kegiatan ini kepada Pejabat setempat yang dihubungi setelah tiba ditempat tujuan.
2. Sepanjang Kegiatan tersebut tidak mengganggu keamanan dan ketertiban Sosial Politik.
3. Memelihara hubungan baik dengan Pejabat setempat selama melaksanakan kegiatan tersebut.
4. Hasil kegiatan tidak boleh dipergunakan untuk kepentingan lain, selain dari tujuan kegiatan.
5. Segala pembiayaan yang berhubungan dengan kegiatan, ditanggung oleh yang bersangkutan.
6. Setelah selesai, melaporkan hasil kepada Pemerintah Kota Cirebon.
7. Surat Ijin ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegangnya tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut di atas.

Demikian untuk menjadi maklum dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di : CIREBON

Pada Tanggal : 24 April 2012

KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA POLITIK,
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KOTA CIREBON



TEMBUSAN :

1. Yth. Walikota Cirebon; (Sebagai Laporan)
2. Yth. Wakil Walikota Cirebon; (Sebagai Laporan)
3. Yth. Rektor Universitas Indonesia
4. Yth. Direktur RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

RIWAYAT HIDUP PENULIS



- Nama : Erin Rika Herwina
- Tempat, tanggal lahir : Bandung, 16 Maret 1976
- Agama : Islam
- NIP : 19760316 200604 2 005
- Unit Kerja : RSUD Gunung Jati Cirebon
- Alamat Rumah : Blok Petoran No.62 RT.08 RW.03 Gebang Mekar –
Gebang Kabupaten Cirebon
- Alamat Kantor : Jl. Kesambi No. 56 Cirebon
- Riwayat Pendidikan :
1. Program Magister FIK UI Jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, tahun 2010 – sekarang.
 2. PSIK FK Universitas Padjadjaran, lulus tahun 2000
 3. SMUN 10 Bandung, lulus tahun 1994
 4. SMPN 14 Bandung, lulus tahun 1991
 5. SDN Tilil III Bandung, lulus tahun 1988
- Riwayat Pekerjaan :
1. RSUD Gunung Jati Cirebon (2005-sekarang)
 2. RS Pelabuhan Cirebon (2004)
 3. STIKes Mahardika Cirebon (2003-2012)
 4. Akper Bidara Mukti Bandung (2000-2002)
 5. Akper Buntet Pesantren Cirebon (2002-2003)