



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN  
STAF PERAWAT DAN STAF FARMASI MENGGUNAKAN  
ENAM BENAR DALAM MENURUNKAN KASUS KEJADIAN  
YANG TIDAK DIHARAPKAN DAN KEJADIAN NYARIS  
CEDERA DI RUMAH SAKIT UMUM SURYA HUSADHA**

**TESIS**

**MADE KOEN VIRAWAN  
1006799533**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK JUNI 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 : Made Koen Virawan

NPM : 1006799533

Tanda Tangan :

Tanggal : 1 Juni 2012

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

---

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

Nama : Made Koen Virawan  
NPM : 1006799533  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

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

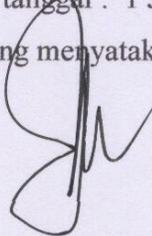
**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN STAF PERAWAT DAN STAF FARMASI MENGGUNAKAN ENAM BENAR DALAM MENURUNKAN KASUS KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN DAN KEJADIAN NYARIS CEDERA DI RUMAH SAKIT UMUM SURYA HUSADHA**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini berarti Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa izin dari 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 : 1 Juni 2012

Yang menyatakan,



**(Made Koen Virawan)**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Made Koen Virawan  
NPM : 1006799533  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN STAF PERAWAT DAN STAF FARMASI MENGGUNAKAN ENAM BENAR DALAM MENURUNKAN KASUS KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN DAN KEJADIAN NYARIS CEDERA DI RUMAH SAKIT UMUM SURYA HUSADHA**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 1 Juni 2012



(Made Koen Virawan)

## HALAMAN PENGESAHAN

Thesis ini diajukan oleh :

Nama : Made Koen Virawan

NPM : 1006799533

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Judul Tesis : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Staf Perawat dan Staf Farmasi Menggunakan Enam Benar Dalam Menurunkan Kasus Kejadian yang Tidak Diinginkan dan Kejadian Nyaris Cedera di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Manajemen Administarasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH. DrPH (.....)

Penguji : Prof. dr. Amal Chalik Sjaaf, SKM. DrPH (.....)

Penguji : Dr. dra Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....)

Penguji : Dr. Budi Hartono, SE. MARS (.....)

Penguji : Sumijatun, S.Kp. MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Mei 2012

## KATA PENGANTAR

Maha Besar Tuhan yang telah memberikan karunia yang besar pada setiap hamba-Nya. Ucapan syukur saya panjatkan pada Tuhan, karena hanya berkat pertolongan dan ridho-Nya akhirnya saya dapat menyelesaikan penelitian ini.

Penelitian ini tidak lepas dari kesalahan atau kekurangan, baik secara konteks maupun konten, sehingga peneliti memohon maaf sebesar-besarnya dan membuka diri untuk saran dan kritik untuk penelitian ini.

Patut kiranya saya sampaikan bahwa penelitian ini terselesaikan berkat dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu. Tapi pada kesempatan ini saya ingin sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada:

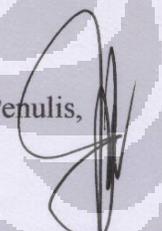
1. Tuhan Yang maha Esa, Pemberi pertolongan yang tak terkira, yang selalu ada untuk hamba-Nya. Yang Maha Pemberi Rahmat. Yang Maha Pembuat Rencana Terindah untuk setiap hamba-Nya.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH. PhD selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, bantuan, petunjuk, koreksi, saran, semangat dan tak lupa untuk mengingatkan di sela kesibukannya hingga terselesaikannya penelitian ini, dan telah banyak mencurahkan perhatian dan memberikan asuhan akademik selama proses pendidikan.
4. Seluruh pengajar Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia yang telah memberikan pengetahuan dan bimbingannya selama pendidikan berlangsung.
5. Staf Administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia khususnya mbak Amel, mbak Dian dan mbak Nadia yang telah membantu kami demi kelancaran penyelesaian pendidikan.
6. Istriku (Liliawati Puradja) tercinta yang telah memberikan semangat, bantuan, dan support dalam bentuk moril maupun materil.

7. Seluruh Staf Rumah Sakit Umum Surya Husadha yang telah membantu dan memberikan masukan dalam pembuatan tesis ini.
8. Tak lupa kepada semua para sahabat sesama peserta program pendidikan E-Learning dan rekan lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu serta semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.

Kepada mereka semua ini, saya haturkan doa kepada Tuhan agar segala kebaikan yang telah diberikan, akan dibalas dengan berlipat ganda oleh Tuhan Ynag Maha Esa

Depok, 1 Juni 2012

Penulis,

  
**Made Koen Virawan**

## ABSTRAK

Nama : Made Koen Virawan  
Program Studi / : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Staf Perawat dan Staf Farmasi Menggunakan Enam Benar Dalam Menurunkan Kasus Kejadian yang Tidak Diinginkan dan Kejadian Nyaris Cedera di Rumah Sakit Umum Surya Husadha Tahun 201.

Tingginya kasus Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) di Rumah Sakit Umum Surya Husadha disebabkan karena pemberian obat, terjadi peningkatan yang bermakna dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2010. Telah dilakukan penerapan 6 Benar, Benar Pasien, Benar Obat, Benar Dosis, Benar Cara Pemberian, Benar Waktu dan Benar dokumentasi, keseluruhan staf perawat dan farmasi, tetapi terjadinya kesalahan pemberian obat semakin meningkat setiap tahunnya.

Metode penelitian ini menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif dengan mengamati cara penggunaan 6 Benar di Rumah Sakit Umum Surya Husadha dan mengambil seluruh sampel di rumah sakit. Untuk pengamatan dilakukan oleh observer terdiri dari 3 observer keperawatan dan 1 orang observer farmasi. Sedangkan penelitian kualitatif dengan menggunakan kelompok perawat 4 orang dan kelompok farmasi 4 orang.

Hasil yang didapatkan adalah adanya hubungan yang bermakna antara benar dosis dengan pendidikan, jenis kelamin, kawin, sosialisasi 6 Benar, frekuensi audit dan benar waktu dengan beban kerja. Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa sosialisasi dan audit seharusnya tidak dilakukan saat jam kerja.

Kesimpulan dari penelitian ini, Rumah Sakit Umum Surya Husadha memperoleh gambaran tentang karakteristik terhadap 6 Benar di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, akan dilakukan pembenahan terhadap komponen 6 Benar yang potensial menimbulkan KTD dan KNC, pembenahan terhadap orientasi, sosialisasi dan audit kepada staf dan lebih menekankan pada pemecahan masalah. Sedangkan pengembangan karir SDM dilakukan dengan *Competency Base Human Resources Manager* (CBHRM). Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan mengembangkan hasil penelitian kepatuhan 6 Benar dengan pendidikan dan beban kerja SDM.

Kata Kunci : 6 Benar, Keperawatan, Farmasi, KTD dan KNC.

## ABSTRAK

Name : Made Koen Virawan  
Study Program : Assessment of Hospital Administration  
Title : Factors Influencing The Compliance of Nursing and Pharmacy Staff Using Six Rights in Decreasing Adverse Events and Near Miss in Surya Husadha Hospital.

High incident of adverse events and near miss in Surya Husadha General Hospital were caused by administering medicines, significantly increasing from 2008 to 2010. Implementation of such 6 rights had been carried out, including right patient, right medication/drug, right dose, right administration, right time and right documentation towards all nursing and pharmacy staff. Medication error, however, was increasing every year.

This research used qualitative and quantitative methods by observing the way to implement such 6 rights in Surya Husadha General Hospital and taking all sample in the hospital. Observation was conducted by four observers, there were 3 nurses and 1 staff from the pharmacy. Qualitative research were done in two groups, 4 nurses and 4 staff of pharmacy department.

The study found relationship between right dose with education, gender, marital status, socialization of six right, the frequency of audit, and right time with workload. Outcomes taken from any thorough-going interview obtained that socialization and audit should not be carried out when the work time/hour was effective.

We conclude, that any remedial measures must be taken towards the components of 6 rights potentially bring about adverse events and near miss, correction in orientation, socialization and audit against the staff and that any trouble shooting must also be emphasized. Human resources career development is carried out through Competency Based Human Resources Management. Further studies can be done by developing outcomes obtained from the research of such compliance towards the 6 rights through education and workload.

Key words : six rights, nursing, pharmacy, adverse events and near miss.

## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan .....	I
Halaman Pernyataan orisinalitas.....	II
Halaman pernyataan Persetujuan Publik .....	III
Halaman Pernyataan .....	IV
Halaman Pengesahan.....	V
Kata Pengantar.....	VI
Abstrak .....	VIII
Abstrac .....	IX
Daftar Isi.....	X
Daftar Tabel.....	XIV
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.1.1. Pemberian Obat.....	3
1.1.2. Prinsip Enam Benar.....	6
1.2. Masalah Penelitian.....	11
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	11
1.4. Tujuan Penelitian.....	12
1.4.1. Tujuan Umum.....	12
1.4.2. Tujuan Khusus.....	12
1.5. Manfaat Penelitian.....	13
1.6. Ruang Lingkup.....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Keselamatan Pasien (Patient Safety) Dalam Asuhan Keperawatan.....	14
2.1.1. Pendahuluan.....	14
2.1.2. Mutu Pelayanan Kesehatan.....	14
2.1.3. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).....	15
2.1.4. <i>Patient Safety</i> .....	16
2.1.5. Penanganan Pasien Cedera.....	19
2.1.6. Program “Keselamatan Pasien Rumah Sakit” Sebagai Langkah Strategis.....	20

2.1.7.	Uraian Tujuh Standar Keselamatan Pasien.....	22
2.1.8.	Indikator Patient Safety.....	26
2.1.9.	Tujuan penggunaan Indikator <i>Patient Safety</i> .....	26
2.2.	Tanggung Jawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety).....	27
2.2.1.	Pendahuluan.....	27
2.2.2.	Keselamatan pasien.....	30
2.2.2.1.	Konsep Umum.....	30
2.2.2.2.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Penerapan Keselamatan Pasien.....	32
2.2.2.3.	Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kefarmasian.....	35
2.2.3.	Peran Apoteker Dalam Mewujudkan Keselamatan Pasien.....	42
2.2.4.	Pencatatan Dan Pelaporan.....	49
2.2.4.1.	Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (Internal).....	51
2.2.4.2.	Analisis Matriks Grading Risiko.....	52
2.2.4.3.	Peran Apoteker Dalam Penyusunan Laporan.....	55
2.2.4.4.	Permasalahan Dalam Pencatatan Dan Pelaporan.....	56
2.2.4.5.	Dokumentasi.....	57
2.2.5.	Monitoring Dan Evaluasi.....	57
2.3.	Kepatuhan.....	59
2.3.1.	Konsep Kepatuhan.....	60
<b>BAB III GAMBARAN UMUM</b>		
3.1.	Gambaran Umum RSU Surya Husadha Denpasar.....	63
3.1.1.	Visi, Misi dan Motto.....	63
3.1.2.	Struktur Organisasi.....	64
3.1.3.	Sumber Daya Manusia.....	66
3.1.4.	Unit Pelayanan Rumah Sakit.....	68
3.2.	Gambaran Umum Program <i>Patient Safety</i> .....	69

## BAB IV KERANGKA KONSEP

4.1.	Kerangka Teori.....	72
4.2.	Kerangka Konsep.....	73
4.3.	Definisi Operasional Variabel.....	74
4.4.	Hipotesis Penelitian.....	82

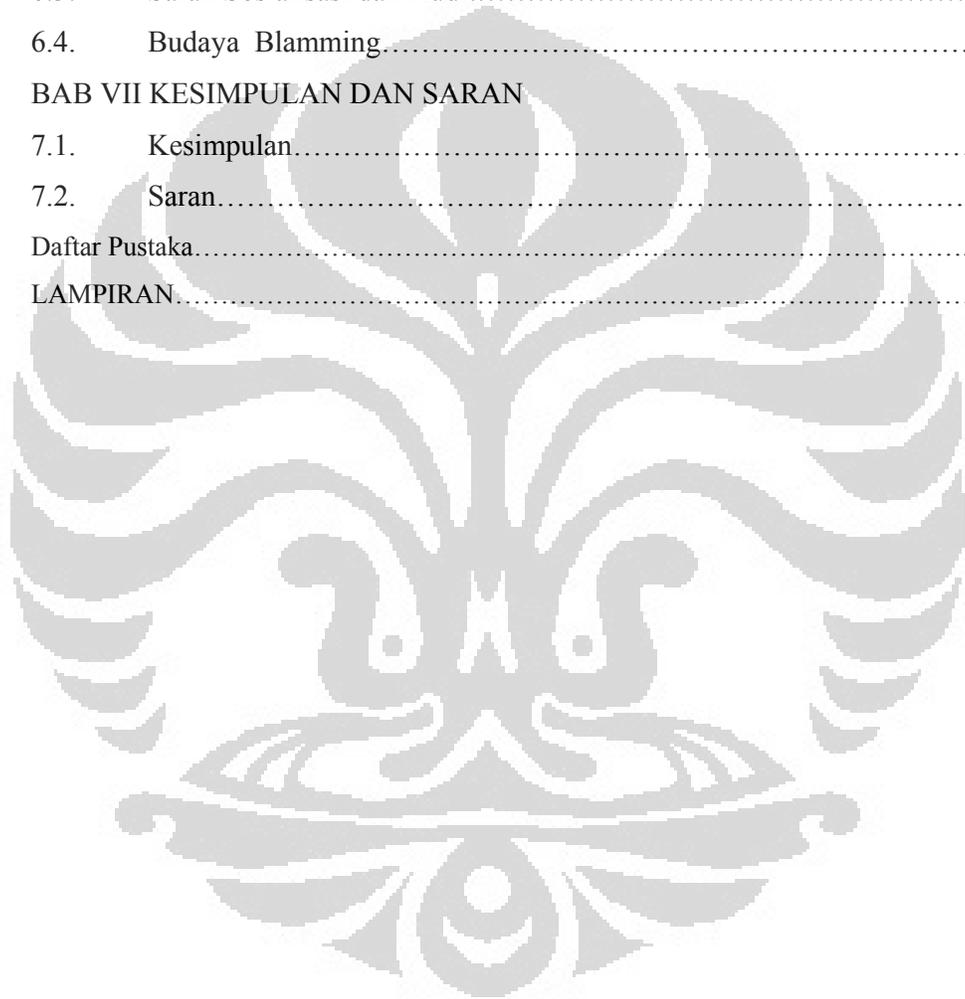
## BAB V METODE PENELITIAN

5.1.	Desain Penelitian.....	83
5.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	83
5.3.	Populasi dan Sampel.....	83
5.3.1.	Populasi.....	83
5.3.2.	Sampel.....	83
5.4.	Ukuran Sampel.....	84
5.5.	Cara Pengumpulan Data.....	84
5.6.	Instrumen Pengumpulan Data.....	84
5.7.	Pengolahan Data.....	85
5.8.	Analisis Data.....	85

## BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1.	Karakteristik Subyek Penelitian.....	87
6.1.1.	Karakteristik Umur.....	87
6.1.2.	Karakteristik Pendidikan.....	88
6.1.3.	Karakteristik Penghasilan.....	89
6.1.4.	Karakteristik Beban Kerja.....	90
6.1.5.	Karakteristik Perkawinan.....	92
6.1.6.	Karakteristik Jenis Kelamin.....	93
6.1.7.	Karakteristik Lama Kerja.....	96
6.1.8.	Karakteristik Sosialisasi.....	97
6.1.9.	Karakteristik Frekuensi Audit.....	97
6.1.10.	Distribusi Frekuensi Variabel Dependen 6 Benar.....	99
6.2.	Hubungan Variabel Independent Dengan Variabel Dependent.....	100
6.2.1.	Umur dengan 6 Benar.....	101
6.2.2.	Pendidikan dengan 6 Benar.....	102
6.2.3.	Penghasilan dengan 6 Benar.....	104

6.2.4.	Beban Kerja dengan 6 Benar.....	105
6.2.5.	Jenis Kelamin dengan 6 Benar.....	108
6.2.6.	Perkawinan dengan 6 Benar.....	109
6.2.7.	Lama Kerja dengan 6 Benar.....	110
6.2.8.	Jumlah Sosialisasi dengan 6 Benar.....	111
6.2.9.	Frekuensi Audit dengan 6 Benar.....	112
6.3.	Saran Sosialisasi dan Audit.....	117
6.4.	Budaya Blamming.....	118
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
7.1.	Kesimpulan.....	123
7.2.	Saran.....	123
Daftar Pustaka.....		123
LAMPIRAN.....		

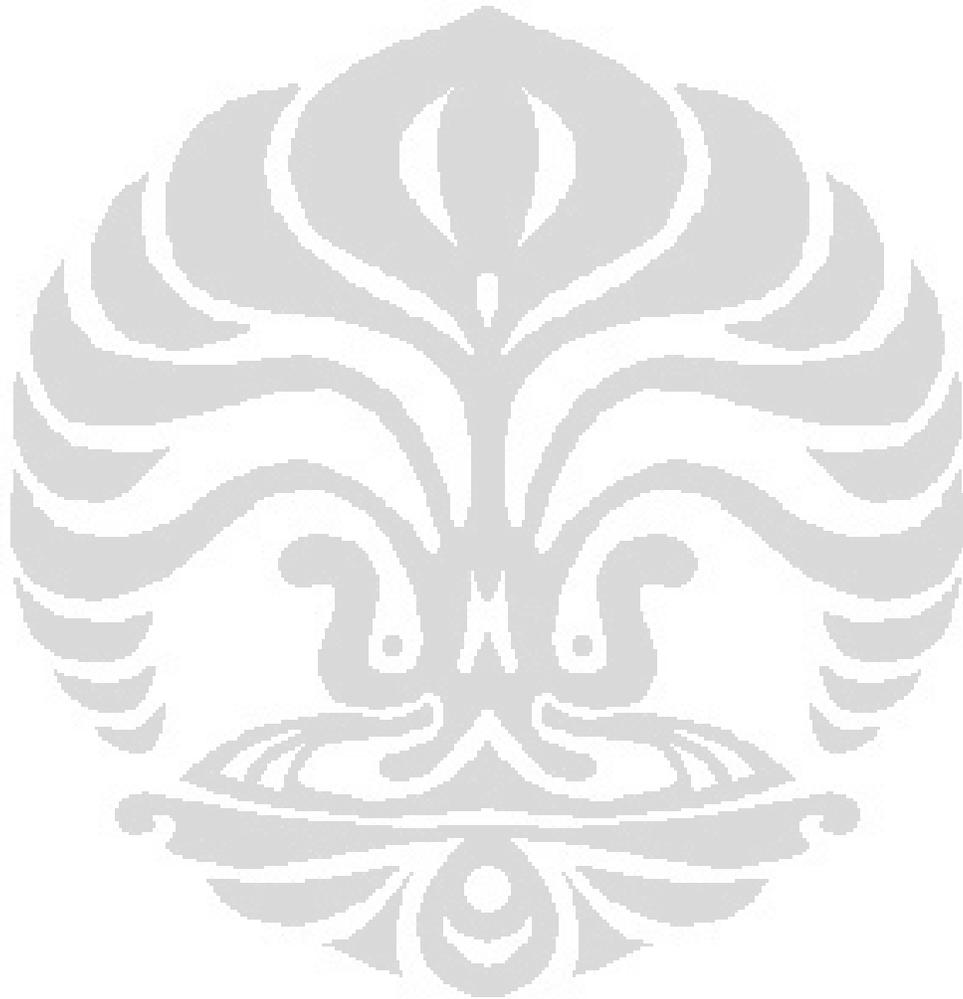


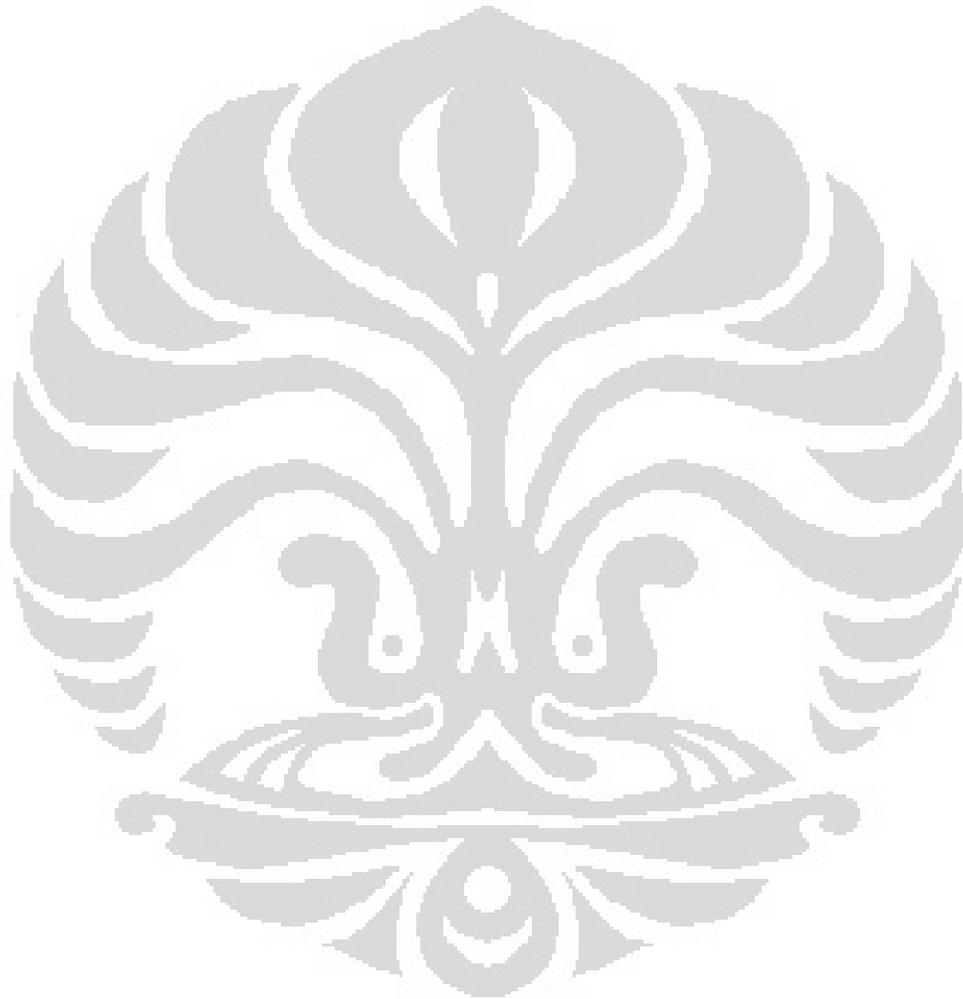
## DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM

		Halaman
1.	Tabel 1.1.	Data Patient Safety dari Tahun 2008-2010 di RSU Surya Husadha..... 10
2.	Tabel 2.1.	Ringkasan Definisi Yang Berhubungan Dengan Cedera Akibat Obat..... 35
3.	Tabel 2.2.	Indeks <i>medication errors</i> untuk kategorisasi <i>errors</i> (berdasarkan dampak)..... 38
4.	Tabel 2.3.	Jenis-jenis <i>medication errors</i> (berdasarkan alur proses pengobatan)..... 39
5.	Tabel 2.4.	Penilaian Dampak Klinis /Konsekuensi /Severity ..... 53
6.	Tabel 2.5.	Penilaian Probabilitas /Frekuensi..... 53
7.	Tabel 2.7.	Matriks Grading Risiko..... 54
8.	Tabel 2.7.	Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko..... 55
9.	Tabel 3.1	Kompetensi dan Jumlah SDM di RSU Surya Husadha Denpasar tahun 2011..... 66
10.	Tabel 3.2	Unit pelayanan kesehatan di RSU Surya Husadha Denpasar Tahun 2011..... 68
11.	Diagram 6.1.1.	Diagram distribusi responden berdasarkan karakteristik umur di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha tanggal 25 February 2012 - 25 Maret 2012..... 87
12.	Diagram 6.1.2	Diagram distribusi responden berdasarkan Karakteristik Pendidikan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012..... 88
13.	Diagram 6.1.3.	Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Penghasilan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012..... 89
14.	Diagram 6.1.4.	Diagram Distribusi responden berdasarkan

	karakteristik Penghasilan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	90
15.	Diagram 6.1.5. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Perkawinan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	92
16.	Diagram 6.1.6. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	93
17.	Diagram 6.1.7. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Lama Kerja di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	96
18.	Diagram 6.1.8. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Jumlah Sosialisasi di Ruang Rawat Inap dan Ruang farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	97
19.	Diagram 6.1.9. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Frekuensi Audit di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	98
20.	Diagram 6.1.10. Diagram Distribusi responden berdasarkan frekuensi variabel 6B di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	100
21.	Tabel 6.2.1. Tabel antara umur dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	101
22.	Tabel 6.2.2. Tabel Pendidikan dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha	

	25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	102
24. Tabel 6.2.3.	Tabel antara penghasilan dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	104
25. Tabel 6.2.4.	Tabel antara beban kerja dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	105
26. Tabel 6.2.5.	Tabel antara Jenis kelamin dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	108
27. Tabel 6.2.6.	Tabel antara perkawinan dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	109
28. Tabel 6.2.7.	Tabel antara Lama Kerja dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	110
29. Tabel 6.2.8.	Tabel 6.2.8. Tabel antara Jumlah Sosialisasi dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	111
30. Tabel 6.2.9.	Tabel antara Frekuensi Audit dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.....	112





# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Laporan dari IOM (*Institute of Medicine*) secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit terdapat 44.000 bahkan 98.000 pasien dalam satu tahun akibat kesalahan medis (*medical errors*) yang sebetulnya bisa dicegah. Kuantitas ini melebihi angka kematian diakibatkan oleh karena kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan AIDS. Berdasarkan laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres Persi tahun 2007) kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan.

Jika disimak lebih lanjut, dalam porses penggunaan obat yang meliputi *prescribing, transcribing, dispencing, dan administering, dispencing* menduduki peringkat pertama. Dengan demikian keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam resiko pelayanan di rumah sakit selain resiko keuangan (*financial risk*), resiko property (*property risk*), resiko tenaga profesi (*professional risk*), maupun resiko lingkungan (*environmental risk*) pelayanan dalam resiko manajemen.

Berdasarkan analisis kejadian berisiko dalam proses kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medical error*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan ke sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara “kesalahan merupakan hal yang manusiawi (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya risiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks, jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat per pasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya (Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI tahun 2008).

Berdasarkan penelitian dari Auburn University di 36 rumah sakit dan nursing home di Colorado dan Georgia, USA pada tahun 2002 dari 3216 jenis

pemberian obat 43 % diberikan pada waktu yang salah , 30 % tidak diberikan, 17 % diberikan dengan dosis yang salah , dan 4 % diberikan obat yang salah.

Pada penelitian ini juga dikemukakan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Institute of medicine error pada tahun 1999 yaitu kesalahan medis telah menyebabkan lebih dari satu juta cedera dan 98.000 kematian dalam setahun. Data yang didapat *Joint Commission of Accreditation Health Organizations (JACHO)* juga menunjukkan bahwa 44.000 dari 98.000 kematian yang terjadi di rumah sakit setiap tahun disebabkan oleh kesalahan medis. Obat merupakan salah satu bagian terpenting dalam proses penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan dan juga pencegahan terhadap suatu penyakit. Penentuan obat untuk pasien adalah wewenang dari dokter, tetapi para perawat dituntut untuk turut bertanggung jawab dalam pengelolaan obat tersebut. Mulai dari memesan obat sesuai order dokter, menyimpan dan meracik obat sesuai order hingga memberikan obat kepada pasien. Memastikan bahwa obat tersebut aman bagi pasien dan mengawasi akan terjadinya efek samping dari pemberian obat tersebut pada pasien. Karena hal tersebut maka perawat dalam menjalankan perannya harus dibekali dengan ilmu keperawatan sesuai UU No. 23 th. 1992 pasal 32 ayat 3.

Dalam pemberian obat yang aman perawat perlu memperhatikan lima tepat (*five rights*) yang kemudian dikenal dengan istilah lima benar oleh perawat. Istilah lima benar menurut Tambayong 2001 yaitu : pasien yang benar, obat yang benar, dosis yang benar, cara / rute pemberian yang benar dan waktu yang benar. Persiapan dan pemberian obat harus dilakukan dengan akurat oleh perawat. Perawat menggunakan lima benar pemberian obat untuk menjamin pemberian obat yang aman ( benar obat, benar dosis, benar klien, benar rute pemberian, dan benar waktu) .

Dewasa ini prinsip tersebut mulai ditinggalkan setelah munculnya prinsip 6 benar dalam pemberian obat yang dianggap lebih tepat untuk perawat. Joyce 1996 menyebutkan prinsip enam benar yaitu : 1) klien yang benar, 2) obat yang benar, 3) dosis yang benar, 4) waktu yang benar, 5) rute yang benar dan ditambah dengan 6) dokumentasi yang benar.

### **1.1.1. Pemberian Obat**

Perawat bukan satu satunya pihak yang memikul tanggung jawab untuk pemberian obat. Dokter dan ahli farmasi memainkan peranan kunci dalam menjamin obat yang diberikan ke individu yang benar. Namun, perawat yang memberi obat memikul tanggung jawab dan akuntabilitas untuk keakuratan 6 Benar pemberian obat (Potter dan Perry,2005).

Dokter menulis sebuah instruksi obat dan perawat menerima instruksi serta menerima kelengkapan dan ketepatannya. Perawat dapat bertanya tentang instruksi tersebut, misalnya jika tulisan itu tidak dapat dibaca, dosis rendah atau tinggi tetapi tidak lazim atau obat tampaknya tidak tepat untuk kondisi pasien. Instruksi dikirim ke apotek. Di apotek instruksi tersebut dibaca dan disiapkan oleh pegawai apotek. Ahli farmasi memeriksa kerja pegawainya, bahwa dosis obat tepat dan juga melakukan 6 benar pemberian obat. Apabila instruksi obat tampaknya tidak tepat, misalnya pada instruksi tertulis 2000 mg sementara dosis yang tepat adalah 200 mg, maka ahli farmasi dapat menghubungi perawat untuk meminta klarifikasi dokter (atau ahli farmasi dapat langsung menghubungi dokter). Apabila instruksi obat sudah tepat, obat dikirim keunit keperawatan. Perawat menerima obat dan mengecek apakah obat yang sudah dikirim ahli farmasi sesuai dengan instruksi dokter. Sebelum memberikan obat kepada pasien, perawat melakukan 6 Benar pemberian obat. Perawat mengizinkan pasien untuk menjadi orang terakhir yang mengecek obat dengan meninjau kembali nama obat, dosisnya dan alasan ia menerima obat tersebut (Potter dan Perry,2005).

#### **1. Peran dokter**

Dokter meresepkan obat (kecuali Undang Undang pemerintah tentang praktik keperawatan, mengizinkan praktik keperawatan mengizinkan praktis keperawatan berpengalaman meresepkan obat dalam situasi tertentu). Dokter menuliskan instruksinya pada format yang telah dibuat dalam catatan medis pasien, dalam buku instruksi dokter atau dalam kjertas resep resmi. Pada suatu situasi, dokter juga dapat memprogramkan obat per telepon atau dengan memberi instruksi verbal kepada perawat. Perawat mencatat dan menandatangani semua instruksi, baik yang diberikan per telepon maupun secara verbal dengan menulis waktu,

tanggal dan nama dokter yang member instruksi obat dan kemudian dokter menandatangani instruksi tersebut. Kebanyakan institusi mengharuskan dokter menandatangani instruksi yang diberikan. Ada berbagai kebijakan institusi tentang personel mana yang dapat menerima instruksi verbal atau per telepon. Umumnya mahasiswa keperawatan tidak boleh menerima instruksi obat. Tidak ada obat yang diberikan tanpa sebuah instruksi (Potter dan Perry,2005).

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha peran dokter sangatlah penting terutama dalam hal peresepan dan instruksi yang ditulis pada medical record. Kesulitan kami dalam pengendalian resep dan instruksi dokter adalah banyaknya dokter paruh waktu bekerja di RSU Surya Husadha, sebagian besar dari sub spesialis, terutama dari penyakit dalam, dan ada Satuan Medis Fungsional yang sering disebut SMF yang semuanya dokter paruh waktu (SMF mata). Rata-rata dalam setiap SMF ada 1 sampai 2 dokter spesialis purna waktu, terkecuali SMF mata. Sehingga pengendalian resep dan obat masih sulit kami lakukan terutama obat yang termasuk dalam formularium. Setiap tahun kami melakukan evaluasi terhadap formularium dengan meminta dokter menuliskan obat yang akan digunakan tahun berikutnya, bila ada perubahan maka dokter yang akan melakukan permintaan akan menuliskannya pada formulir permintaan obat, yang selanjutnya akan disampaikan dalam rapat panitia formularium, dalam bentuk evaluasi formularium. Tetapi sebagian besar dokter paruh waktu tidak pernah melakukan permintaan perubahan dalam formularium, kebanyakan mereka langsung meresepkannya atau menulis dalam instruksi pada medical record dan apabila tidak terpenuhi maka mereka mengancam akan keluar dan mencabut ijin praktek.

## **2. Peran Apoteker**

Ahli farmasi menyiapkan dan mendistribusikan obat yang diresepkan. Ahli farmasi juga meningkatkan terapi obat yang optimal dengan mengkaji rencana obat dan mengevaluasi kebutuhan pasien yang berkaitan dengan pengobatan (American Pharmaceutical Association, 1994). Ahli farmasi juga bertanggung jawab memenuhi permintaan resep

dengan akurat dan harus yakin bahwa resep tersebut valid. Apabila ada keraguan resep dipalsukan atau dokter yang memberi resep tidak memiliki izin, ahli farmasi tidak akan memenuhi permintaan resep. Ahli farmasi akan memanggil dokter, jika dosis yang diprogramkan dianggap di luar rentang terapeutik yang aman. Ahli farmasi di lembaga perawatan kesehatan kini jarang mencampur senyawa atau larutan, kecuali pada kasus larutan IV tambahan. Kebanyakan perusahaan obat mengeluarkan obat dalam bentuk yang siap diberikan. Menyalurkan obat dengan benar, dalam dosis dan jumlah yang tepat, dengan label yang akurat merupakan tanggung jawab ahli farmasi. Ahli farmasi dapat menyediakan informasi tentang efek samping, toksisitas, interaksi, dan inkompabilitas obat (Potter dan Perry, 2005).

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha peran apoteker sangat penting terutama dalam hal pelayanan kepada pasien, penjelasan tentang obat yang diberikan, efek sampingnya serta cara pemberiannya. Di apotek sudah dibuatkan sistem yang lebih tepat dengan 6 Benar, dari saat penerimaan resep atau instruksi dokter yang masuk ke IT RSUD Surya Husadha sampai penerimaan obat kepada pasien. Dari kejadian KTD dan KNC masih ada yang salah obat, pasien dan dokumentasi. Penyebabnya sebagian besar dari mereka karena pasien ramai dan pembuatan puyer atau kapsul. Tapi masalah pasien ramai, dari pihak manajemen sudah melakukan revisi pola ketenagaan di jam sibuk terutama pagi dan sore hari. Sedangkan untuk membuat puyer juga telah disediakan mesin membuat puyer serta mesin pembaginya kedalam puyer atau kapsul.

### **3. Peran perawat**

Perawat merupakan tenaga perawat kesehatan yang paling tepat untuk memberikan obat dan meluangkan sebagian besar waktunya ke pasien. Hal ini membuat perawat berada pada posisi yang ideal untuk memantau respons klien terhadap pengobatan, memberikan pendidikan untuk pasien dan keluarga tentang program pengobatan dan menginformasikan dokter kapan obat efektif, tidak efektif, atau tidak lagi dibutuhkan. Peran perawat bukan sekedar memberikan obat kepada pasien,

perawat harus menentukan apakah seorang pasien harus mendapat obat pada waktunya dan mengkaji kemampuan pasien untuk menggunakan obat secara mandiri. Perawat menggunakan proses keperawatan untuk mrngintegrasi terapi obat kedalam perawatan (Potter dan Perry,2005).

Peran perawat di Rumah Sakit Umum Surya Husadha sangatlah penting, karena kedekatan dengan pasien yang dirawat, sehingga pemberian obat sangatlah penting. Penerapan 6 benar sudah dilakukan selama 3 tahun serta setiap perawat baru yang diterima, telah menerima sosialisasi sejak awal dalam masa orientasi, sehingga saat mereka di lapangan mereka menjadi patuh akan 6 Benar. Tetapi kesalahan dalam pemberian obat baik itu benar pasien, benar obat, benar dosis benar cara pemberian, benar waktu, dan benar dokumentasi, masih ditemukan, baik itu KTD maupun KNC. Pembahasan Keselamatan Pasien di RSUD Surya Husadha dilakukan seminggu sekali, mengingat begitu pentingnya Keselamatan Pasien di rumah sakit kami.

Selama 3 tahun berjalannya pembahasan keselamatan pasien ini, masih ditemukan kejadian yang berulang, terutama dalam Benar waktu pemberian, sehingga pasien telat mendapatkan obat yang seharusnya diberikan sesuai waktu yang ditulis dalam resep dan intruksi dokter. Alasan mereka kebanyakan karena beban kerja, dan saat operan jaga yang terlalu lama. Alasan ini sudah dilakukan evaluasi oleh manajemen dengan mengevaluasi kebutuhan tenaga serta kompetensi mereka serta memperbaiki IT pada sistem sehingga memudahkan mereka lebih cepat dalam pendokumentasian.

### **1.1.2. Prinsip Enam Benar (Potter dan Perry,2005).**

#### **1. Benar Pasien**

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri

akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

## **2. Benar Obat**

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang kita asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi. Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

## **3. Benar Dosis**

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya. Misalnya ondansentron 1 amp, 1 amp ondansentron dosisnya ada 4 mg, ada juga 8 mg. ada antibiotik 1 vial dosisnya 1 gr, ada juga 1 vial 500 mg. Jadi harus tetap hati-hati dan teliti.

## **4. Benar Cara/Rute**

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, sublingual, parenteral, topikal, rektal, inhalasi.

- *Oral*, adalah rute pemberian yang paling umum dan paling banyak dipakai, karena ekonomis, paling nyaman dan aman. Obat dapat juga diabsorpsi melalui rongga mulut (sublingual atau bukal) seperti tablet ISDN.
- *Parenteral*, kata ini berasal dari bahasa Yunani, *para* berarti disamping, *enteron* berarti usus, jadi parenteral berarti diluar usus, atau tidak melalui saluran cerna, yaitu melalui vena (perset / perinfus).
- *Topikal*, yaitu pemberian obat melalui kulit atau membran mukosa. Misalnya salep, losion, krim, spray, tetes mata.
- *Rektal*, obat dapat diberi melalui rute rektal berupa enema atau supositoria yang akan mencair pada suhu badan. Pemberian rektal dilakukan untuk memperoleh efek lokal seperti konstipasi (bisacodyl supp), hemoroid (anusol), pasien yang tidak sadar / kejang (diazepam supp). Pemberian obat perrektal memiliki efek yang lebih cepat dibandingkan pemberian obat dalam bentuk oral, namun sayangnya tidak semua obat disediakan dalam bentuk supositoria.
- *Inhalasi*, yaitu pemberian obat melalui saluran pernafasan. Saluran nafas memiliki epitel untuk absorpsi yang sangat luas, dengan demikian berguna untuk pemberian obat secara lokal pada salurannya, misalnya salbutamol (ventolin), untuk asma, atau dalam keadaan darurat misalnya terapi oksigen.

##### **5. Benar Waktu**

Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

## 6. Benar Dokumentasi

Setelah obat itu diberikan, harus didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Bila pasien menolak meminum obatnya, atau obat itu tidak dapat diminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan. Hal ini diperlukan oleh perawat sebagai pertanggungjawaban secara legal tindakan yang dilakukannya. Mengingat di ruang rawat inap seorang perawat harus memberikan berbagai macam obat kepada beberapa pasien yang berbeda.

Penerapan Patient Safety di Rumah Sakit Umum Surya Husadha sudah berlangsung sejak tahun 2006, tetapi baru berjalan secara maksimal dengan pendataan yang baik sejak 2008, dibentuknya panitia Patient Safety dengan SK Direktur, dengan keanggotaan perwakilan dari masing masing unit di Rumah Sakit.

Dengan adanya patient safety maka seluruh permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan medis disampaikan untuk mencari pemecahannya yang dibahas secara bersama sama dengan seluruh unit di Rumah Sakit. Dari semua kasus patient safety ternyata kesalahan dalam pemberian obat ke pasien meningkat cukup bermakna sebagai penyumbang patient safety, yang mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) maupun kejadian nyaris cedera (KNC) sesuai dengan aturan dalam patient safety.

Untuk itulah Rumah Sakit Umum Surya Husadha kemudian melakukan pencegahan dengan menggunakan istilah 6 Benar, yang diterapkan sejak tahun 2009, dimana disepakati oleh unit keperawatan dan unit Farmasi sebagai unsur yang langsung berhubungan dengan masalah tersebut. Peran dokter disini terutama dalam peresepan ataupun instruksi yang dibuat dalam catatan medis pasien, dikarenakan dokter di Rumah Sakit Umum Surya Husadha sebagian besar adalah dokter paruh waktu dimana paginya kebanyakan melaksanakan tugas sebagai pegawai negeri. Penerapan 6 Benar telah masuk dalam prosedur pemberian obat dan sudah dipasang pada dinding setiap kamar perawat agar memudahkan mereka untuk mengerti akan 6 Benar.

Tetapi penerapan 6 Benar belum dilaksanakan secara benar, sehingga menimbulkan KTD dan KNC yang cukup tinggi dan terjadi peningkatan setiap tahunnya sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2010.

**Tabel 1.1. Data Patient Safety dari Tahun 2008-2010 di RSUD Husadha**

DATA PATIENT SAFETY DARI TAHUN 2008 – 2010			
Tahun	2008	2009	2010
Dignose tidak jelas	33%	17%	10%
Pasien Jatuh	17%	0%	6%
Hasil Pemeriksaan tertukar	21%	10%	3%
Batal Operasi	4%	3%	6%
Salah Prosedur	0%	10%	0%
MRS kembali	0%	10%	6%
Komplikasi	0%	7%	6%
Salah identitas	0%	7%	10%
Kesalahan pemberian Obat	<b>25%</b>	<b>37%</b>	<b>50%</b>

Sumber data: Kejadian KTD dan KNC di RSUD Husadha tahun 2008-2010

Supaya pelayanan perawat dan farmasi berkualitas dan berkurangnya KTD dan KNC diharapkan bisa menerapkan 6 benar dalam pemberian obat kepada pasien. Namun seringkali dalam pelaksanaannya staf perawat dan farmasi belum maksimal dalam melaksanakan tahapannya. Kelancaran pelaksanaan 6 Benar ditentukan oleh kepatuhan perawat dan farmasi sebagai tenaga profesional yang bekerja di rumah sakit selama 24 jam secara terus menerus yang dibagi dalam 3 (tiga) shift, yaitu pagi, sore dan malam.

Dengan porsi waktu yang cukup lama kontak dengan pasien, maka staf perawat dan farmasi mempunyai andil yang cukup besar dalam melaksanakan prosedur tetap 6 benar dalam memberikan obat kepada pasien.

Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin. Kepatuhan staf perawat dan farmasi adalah perilaku staf sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Kepatuhan staf dalam pelaksanaan 6 Benar diartikan sebagai ketaatan untuk melaksanakan sesuai prosedur tetap (protap) yang telah ditetapkan.

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, staf perawat dan farmasi tahu apabila prinsip enam benar tidak dilakukan akan memberikan dampak bagi pasien dan rumah sakit, diantaranya pasien sakit, rumah sakit rugi dan staf akan diberikan sanksi. Namun terdapat beberapa kendala yang menyebabkan staf perawat dan staf farmasi tidak dapat melakukan ini.

### **1.2. Masalah Penelitian.**

Dengan adanya peningkatan kasus KTD dan KNC setiap tahun karena pemberian obat ke pasien dan sudah dilaksanakannya penerapan 6 Benar di keperawatan dan farmasi diharapkan kasus patient safety dapat menurun, ternyata setiap tahunnya terjadi peningkatan yang cukup bermakna dan pengulangan hal yang sama terjadi beberapa kali, semisal dosis dan nama obat yang mirip. Permasalahan ini timbul oleh karena penerapan 6 Benar belum berjalan dengan baik dilaksanakan oleh staf pelaksana perawat dan staf pelaksana farmasi di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, terjadi dalam kurun waktu tahun 2008 sampai dengan tahun tahun 2010.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana hubungan umur, pendidikan, penghasilan, beban kerja, jenis kelamin, status perkawinan, lama kerja, dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar?
2. Bagaimana hubungan pelaksanaan sosialisasi dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar?

3. Bagaimana hubungan pelaksanaan audit manajemen dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar?
4. Bagaimana penerapan 6 Benar (Benar obat, Benar dosis, Benar waktu, Benar pasien, Benar cara pemberian, Benar dokumentasi) dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar
5. Apa saran anda mengenai sosialisasi 6 Benar, agar bisa lebih baik dan lebih mudah dimengerti?
6. Bagaimana kesiapan dalam menghadapi audit tentang 6 Benar?
7. Apa saran anda kepada auditor tentang audit yang telah dilaksanakan?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

##### **1.4.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui kepatuhan staf perawat dan staf farmasi melaksanakan 6 Benar dalam menurunkan KTD dan KNC di Rumah Sakit Umum Surya Husadha serta manajemen dapat melakukan suatu kebijakan yang mengarah pada perbaikan terutama terhadap kepatuhan pelaksanaan 6 Benar.

##### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Mengetahui ketidakpatuhan staf farmasi dan staf perawat dalam kepatuhan penerapan 6 Benar
2. Menganalisa hubungan umur, pendidikan, penghasilan, beban kerja, jenis kelamin, status perkawinan, lama kerja, dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar.
3. Menganalisa hubungan pelaksanaan sosialisasi dan audit manajemen dengan kepatuhan pemberian obat sesuai prosedur 6 Benar
4. Masukan untuk manajemen tentang sosialisasi dan audit yang dilakukan serta kesiapan staf menghadapi audit.

### **1.5. Manfaat Penelitian.**

1. Menurunkan jumlah KTD dan KNC di Rumah Sakit Umum Surya Husadha
2. Meningkatkan kepatuhan staf perawat dan staf farmasi menggunakan 6 Benar dalam memberikan obat kepada pasien
3. Semua staf perawat dan staf farmasi memahami 6 Benar dengan baik
4. Meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan obat kepada pasien.
5. Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan dalam hal menganalisis masalah mengenai 6 Benar cara pemberian obat dalam rangka menurunkan angka pasien safety.

### **1.6. Ruang Lingkup**

Penelitian Analisis Deskriptif yang berhubungan dengan faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan staf keperawatan dan staf farmasi terhadap penerapan 6 Benar dalam penurunan kasus KTD dan KNC di Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Penelitian diadakan pada Bulan February 2012-Maret 2012 pada sampel yang diambil dari populasi penelitian. Populasi penelitian ini adalah staf perawat dan staf farmasi. Instrumen dalam penelitian ini adalah dengan pengamatan dan wawancara mendalam.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Patient Safety Dalam Asuhan Keperawatan.**

##### **2.1.1. Pendahuluan**

Mutu pelayanan di rumah sakit pada saat ini masih belum memadai. Menurut Wijono (1999), mutu merupakan gambaran total sifat dari suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Mutu dalam pelayanan di rumah sakit berguna untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan. Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan di rumah sakit dan hal itu terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit. Sejak awal tahun 1900, institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada tiga elemen yaitu struktur, proses, dan *outcome* dengan berbagai macam program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, ISO, Indikator Klinis dan lain sebagainya. Namun harus diakui, pada pelayanan yang berkualitas masih terjadi Kejadian Tidak Diduga (KTD) (Dep Kes R.I 2006).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Dep Kes R.I, 2006).

##### **2.1.2. Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu merupakan sesuatu yang harus dikerjakan dengan baik oleh penyedia jasa atau pelayanan. Aplikasi mutu sebagai suatu sifat dari penampilan produk atau kinerja yang merupakan bagian utama strategi perusahaan dalam rangka meraih keunggulan yang berkesinambungan, baik sebagai pemimpin pasar atau pun sebagai strategi untuk terus tumbuh. Keunggulan suatu produk jasa atau pelayanan adalah tergantung dari keunikan jasa tersebut, apakah sudah sesuai dengan harapan keinginan pelanggan.

Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Ia berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif”(Wijono, 1999).

Jadi mutu merupakan suatu produk yang diberikan kepada pelanggan untuk memberikan kepuasan akan kebutuhan dalam pelayanan jasa yang diberikan kepada pelanggan, dengan menjamin kualitas pelayanan yang berkesinambungan, efektif dan efisien serta tanggap terhadap adanya indikator yang menyebabkan ketidakpuasan. Manajemen Mutu menurut J.M Juran dan Wijono, 1999 bahwa mutu yang lebih tinggi memungkinkan untuk mengurangi tingkat kesalahan, mengurangi pekerjaan ulang, mengurangi kegagalan di lapangan, mengurangi ketidakpuasan pelanggan, mengurangi keharusan memeriksa dan menguji, meningkatkan hasil kapasitas, memberikan dampak utama pada biaya, dan biasanya mutu lebih tinggi biaya lebih sedikit.

### 2.1.3. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commision*) atau karena tidak bertindak (*ommision*), dan bukan karena "underlying disease" atau kondisi pasien (KKP-RS). KTD yang tidak dapat dicegah (*unpreventable adverse event*): - suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang mutakhir (KKP-RS). Masalah KTD bisa terjadi dikarenakan (AHRQ Desember 2003):

1. **Masalah komunikasi.** Penyebab yang paling umum terjadi *medical errors*. Kegagalan komunikasi: verbal/tertulis, miskomunikasi antar staf, antar shif, informasi tidak didokumentasikan dengan baik/hilang, masalah-masalah komunikasi: tim layanan kesehatan di 1 lokasi, antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan pekerja non klinis, dan antar staf dengan pasien. Arus informasi yang tidak adekuat. Ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tepat waktu dan dapat diandalkan saat pemberian

hasil pemeriksaan yang kritis, koordinasi instruksi obat saat transfer antara unit, informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain/dirujuk ke RS lain.

2. **Masalah SDM.** Gagal mengikuti kebijakan, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan proses-proses, dokumentasi suboptimal dan labelling spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat, untuk setiap pasien pada saat diperlukan Hal- hal yang berhubungan dengan pasien. Identifikasi pasien yang tidak tepat, asesmen pasien yang tidak lengkap, kegagalan memperoleh *consent*, pendidikan pasien yang tidak adekuat transfer pengetahuan di rumah sakit. Kekurangan pada orientasi atau training, tingkat pengetahuan staf untuk jalankan tugasnya, transfer pengetahuan di RS pendidikan. Pola Sumber Daya Manusia(SDM)/alur kerja. Para dokter, perawat ,dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai, pengawasan/supervisi yang tidak adekuat.
3. **Kegagalan-kegagalan teknis.** Kegagalan alat/perlengkapan: pompa infus, monitor. Komplikasi/kegagalan implants atau grafts. Instruksi tidak adekuat, peralatan dirancang secara buruk bias sebabkan pasien cedera. Kegagalan alat tidak teridentifikasi secara tepat sebagai dasar cederanya pasien, dan diasumsikan staf yang buat salah. RCA yang lengkap, sering tampilkan kegagalan teknis, yang mula-mula tidak tampak, terjadi pada suatu KTD.
4. **Kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat.** Pedoman cara pelayanan dapat merupakan faktor penentu terjadinya banyak *medical errors*. Kegagalan dalam proses layanan dapat ditelusuri sebabnya pada buruknya dokumentasi, bahkan tidak ada pencatatan, atau SOP klinis yang adekuat.

#### 2.1.4. Patient Safety

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien,

pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. (Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit, Depkes R.I. 2006) Setiap tahun menetapkan “*National Patient Safety Goals*” (sejak 2002), Juli 2003: Menerbitkan Pedoman “*The Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*”, Maret 2005 mendirikan *International Center for Patient Safety*. (JCAHO,2003)

WHO Health Assembly ke 55 Mei 2002 menetapkan resolusi yang mendorong (*urge*) negara untuk memberikan perhatian kepada problem *Patient Safety* meningkatkan keselamatan dan sistem monitoring. Pada bulan Oktober 2004, WHO dan berbagai lembaga mendirikan “*World Alliance for Patient Safety*” dengan tujuan mengangkat isu *Patient Safety Goal* “*First do no harm*” dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien. Enam tujuan penanganan *patient safety* menurut *Joint Commission International* antara lain: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi secara efektif, meningkatkan keamanan dari *high-alert medications*, memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar pembedahan pasien, mengurangi risiko infeksi dari pekerja kesehatan, mengurangi risiko terjadinya kesalahan yang lebih buruk pada pasien. Salah satu penyebab utama kesalahan yang tidak dapat dihindarkan oleh pasien dalam organisasi perawatan kesehatan adalah kesalahan pengobatan. Pengobatan dengan risiko yang paling tinggi yang menyebabkan luka melalui penyalahgunaan (meliputi kemoterapi, konsentrasi cairan elektrolit, heparin, IV digoxin, dan adrenergic agonists) adalah dikenal sebagai “*high-alert drugs*”. Namun mungkin kesalahan atau mungkin tidak menjadi lebih banyak dengan obat-obatan tersebut dibandingkan obat yang lainnya, mungkin berhubungan dapat juga lebih menghancurkan atau memperburuk.

( Lihat di WHO: *World Alliance for Patient Safety*, Forward Programme, 2004)

Pada tahun 1999, sekitar 160 organisasi perawat kesehatan melalui *United States-based Institute for Safe Medication Practices (ISMP)*, lima pengobatan yang sering terjadi dan hasil yang salah dalam kematian atau masalah yang serius yang mana adalah *Insulin, Opiates and narcotics, Injectable potassium chloride/phosphate concentrate, Intravenous anticoagulants* (heparin) dan *sodium chloride solutions* di atas 0.9 %. Obat-obatan adalah salah satu bagian yang terpenting dalam penanganan pada pasien untuk memastikan *patient safety*. Seperti, *potassium chloride* (2 mEq/ml atau konsentrasi yang lebih), *potassium phosphate*, *sodium chloride* (0,9%) atau dengan konsentrasi lebih, dan *magnesium sulfate* (50% atau konsentrasi lebih).

Kesalahan ini dapat juga muncul ketika anggota staf tidak dengan benar mengorientasikan ke unit perawatan pasien, ketika perawat kontrak dan digunakan dan tidak berorientasi dengan benar, atau selama keadaan gawat darurat. Pada staf pendidik dapat dicegah “*Look-Alike, Sound Alike Errors*” mengajarkan staf untuk mencegah bunyi kedengarannya sama tetapi berbeda dengan menggunakan: (JCI,WHO May 2007)

1. Menuliskan dengan benar dan mengucapkan ketika mengkomunikasikan informasi dalam pengobatan. Buat pendengar tersebut mengulang kembali pengobatan tersebut untuk meyakinkan mereka mengerti dengan benar.
2. Mengingatnkan merek tersebut dan nama obat generik yang biasa diucapkan dan seperti terlihat.
3. Memperhatikan potensial untuk kesalahan-kesalahan pembagian ketika menambahkan obat
4. Kelompokkan obat dengan kategori daripada dengan alpabet.
5. Mengingatnkan menempatkan dalam sistem komputer dan di atas label pada tempat pengobatan untuk tanda dokter, perawat, dan farmasi pada masalah yang potensial.
6. Meliputi indikasi pada pengobatan dalam menolong farmasi mengidentifikasi masalah potensial.
7. Melakukan *check* tempat atau label pengobatan selain label pasien sebelum memberikan dosis kepada pasien (*Joint Commission International, 2007*).

Terdapat lima tahapan untuk mengambil keputusan dalam pemberian pengobatan yaitu: (1) Membuat diagnosa yang benar, (2). Mengerti patofisiologi pada penyakit tersebut, review pilihan menu dari farmakoterapi, (3). Teliti pasien – obat dan dosis yang benar, (4). Memilih poin-poin akhir atau bagian untuk mengikuti, (5). Memelihara hubungan terapeutik dengan pasien. (Melmon and Morelli's Clinical Pharmacology, 2000)

Adapun untuk memberikan obat dengan tepat terdapat 6 tepat yang harus diperhatikan yaitu:

1. Tepat obat: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum dan setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang didiagnosa sendiri.
2. Tepat dosis: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/mengoplos obat.
3. Tepat waktu: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit.
4. Tepat pasien: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/kardeks di tempat tidur pasien
5. Tepat cara pemberian: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat.
6. Tepat dokumentasi: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat (Kozier, B. Erb, G. & Blais, K. (1997).

#### **2.1.5. Penanganan Pasien Cedera**

Jatuh merupakan pengalaman pasien yang tidak direncanakan untuk terjadinya jatuh, suatu kejadian yang tidak disengaja pada seseorang pada saat istirahat yang dapat dilihat/dirasakan atau kejadian jatuh yang tidak dapat dilihat karena suatu kondisi adanya penyakit seperti stroke, pingsan, dan lainnya.

Beberapa hal untuk mencegah terjadinya jatuh oleh karena pengaruh obat-obatan: perawat melihat efek samping obat yang memungkinkan terjadinya jatuh:

1. Penglihatan menurun: perawat dapat tetap menjaga daerah yang dapat menyebabkan jatuh, menggunakan kaca mata, sehingga pasien dapat berjalan sendiri misalnya pada malam hari.
2. Perubahan status mental: perawat tanggap terhadap perubahan perilaku pasien
3. Meletakkan sepatu dan tali sepatu pada tempatnya: perawat mengecek seluruh daerah yang dapat menyebabkan jatuh (misal sepatu atau tali sepatu yang tidak pada tempatnya).
4. Jatuh di lantai: perawat mengecek penyebab sering terjadinya jatuh.
5. Terlalu banyak furniture, daerah yang gelap, dan sedikit hidrasi (perawat menganjurkan untuk minum 6-8 gelas per hari). (Joint Commission International, 2007)

#### **2.1.6. Program “Keselamatan Pasien Rumah Sakit” sebagai Langkah Strategis**

Keselamatan Pasien Rumah Sakit-KPRS (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Tujuan sistem keselamatan pasien Rumah Sakit:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat,
3. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan di rumah sakit,
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit, Depkes R.I. 2006)

World Alliance for Patient Safety menyusun program: *Six areas of action for 2005*:

1. Tantangan Global Keselamatan Pasien. Fokus pada siklus dua tahun awal dimana ada tantangan perawatan kesehatan terkait infeksi 2005-2006: "kebersihan dikaitkan dengan infeksi." Kebersihan adalah Perawatan yang paling aman "
2. Pasien untuk Keselamatan Pasien. Mengikutsertakan organisasi masyarakat dan pasien sebagai mitra kerja.
3. Taxonomy untuk Keselamatan Pasien. Konsistensi dalam konsep, prinsip, norma dan terminologi yang digunakan dalam keselamatan pasien.
4. Riset untuk Keselamatan Pasien. Mempromosikan apa yang ada dalam keselamatan pasien dan upaya untuk mengkoordinasikan mengembangkan solusi masalah keselamatan pasien.
5. Pelaporan dan Pembelajaran. Membuat pedoman untuk sistem pelaporan yang ada dan yang baru.

WHO: *World Alliance for Patient safety, Forward Programme, 2004*

1. Bertanyalah jika anda memiliki pertanyaan atau masalah kesehatan: itu hak anda untuk tahu.
2. Perhatikan perawatan yang anda terima.
3. Ketahuilah semua perawatan anda selama dirawat, diagnosis yang dibuat, tes yang dilakukan dan pengobatan yang didapat.
4. Mintalah anggota keluarga yang dipercaya atau teman untuk menjadi penasehat anda.
5. Ketahuilah pengobatan yang diberikan dan mengapa diberikan.
6. Gunakan pelayanan kesehatan yang ada
7. Berpartisipasilah terhadap semua keputusan perawatan anda.

Menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit (Depkes R.I. 2006).

Terdapat tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit:

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan & budaya yang terbuka & adil.
2. Memimpin dan dukung staf anda, membangun komitmen & fokus yang kuat & jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit

3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi & assessment hal yang potensial bermasalah
4. Mengembangkan system pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
6. Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien,
7. Mendorong staf anda utk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana & mengapa kejadian itu timbul dan mencegah cedera melalui implementasi system keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

Adapun 7 Standar Keselamatan Pasien RS (KARS – DepKes, 2006)

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

(Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah sakit, Depkes R.I. 2006)

#### **2.1.7. Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:**

##### **Standar I. Hak pasien**

Standar: Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

Kriteria: Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan, dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

### **Standar II. Mendidik pasien dan keluarga**

Standar: RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria: Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat : Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur, mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga, mengajukan pertanyaan- pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti, memahami dan menerima konsekuensi pelayanan, mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS, memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa dan emenuhi kewajiban financial yang disepakati.

### **Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.**

Standar: RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria: Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari RS, terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar, terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan.

Serta pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya, terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

**Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.**

Standar: RS harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria: Setiap RS harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS", setiap RS harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan, setiap RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi, setiap RS harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

**Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien**

Standar: Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah sakit", pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan, pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien dan pimpinan mengukur serta mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria: Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien, tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang

memerlukan perhatian, mulai dari “kejadian nyaris cedera (*near miss*) sampai dengan “kejadian tidak diharapkan” (*adverse event*), Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien, tersedia prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.

**Standar VI: mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas**

Standar: rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria: Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing, setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden dan setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

**Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien**

Standar: Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal, transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria: Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien, tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

### 2.1.8. Indikator Patient Safety(IPS)

Indikator *patient safety* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit. Indikator ini dapat digunakan bersama dengan data pasien rawat inap yang sudah diperbolehkan meninggalkan rumah sakit.

Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan risiko di sisi pasien. Dengan mendasarkan pada IPS ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pada pasien.

Secara umum IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu IPS tingkat rumah sakit dan IPS tingkat area pelayanan.

1. Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.
2. Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik.

### 2.1.9. Tujuan penggunaan Indikator *Patient Safety*

Indikator *patient safety* (IPS) bermanfaat untuk mengidentifikasi area-area pelayanan yang memerlukan pengamatan dan perbaikan lebih lanjut, seperti misalnya untuk menunjukkan:

1. Adanya penurunan mutu pelayanan dari waktu ke waktu.
2. Bahwa suatu area pelayanan ternyata tidak memenuhi standar klinik atau terapi sebagaimana yang diharapkan
3. Tingginya variasi antar rumah sakit dan antar pemberi pelayanan

4. Disparitas geografi antar unit-unit pelayanan kesehatan (pemerintah vs swasta atau urban vs rural).

Selain penjelasan di atas metode tim perlu menjadi strategi dalam penanganan *patient safety* karena metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. (Sitorus, 2006). Pada metode ini juga memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh.

Adanya pemberian asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien.(Nursalam, 2002). Jadi dengan pemberian asuhan keperawatan yang menyeluruh kepada pasien diharapkan keselamatan pasien dapat diperhatikan, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan.

## **2.2. Tanggung Jawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety).**

### **2.2.1. Pendahuluan**

Keputusan penggunaan obat selalu mengandung pertimbangan antara manfaat dan risiko. Tujuan pengkajian farmakoterapi adalah mendapatkan luaran klinik yang dapat dipertanggungjawabkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan risiko minimal. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu adanya perubahan paradigma pelayanan kefarmasian yang menuju kearah *pharmaceutical care*. Fokus pelayanan kefarmasian bergeser dari kepedulian terhadap obat (*drug oriented*) menuju pelayanan optimal setiap individu pasien tentang penggunaan obat (*patient oriented*). Untuk mewujudkan *pharmaceutical care* dengan risiko yang minimal pada pasien dan petugas kesehatan perlu penerapan manajemen risiko. Manajemen risiko adalah bagian yang mendasar dari tanggung jawabapoteker. Dalam upaya pengendalian risiko, praktek konvensional farmasi telah berhasil menurunkan biaya obat tapi belum menyelesaikan masalah sehubungan dengan penggunaan obat. Gerakan ini berdampak juga terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia melalui pembentukan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) pada tahun 2004.

Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres PERSI Sep 2006), kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24.8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Jika disimak lebih lanjut, dalam proses penggunaan obat yang meliputi *prescribing, transcribing, dispensing* dan *administering, dispensing* menduduki peringkat pertama. Dengan demikian keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam risiko pelayanan di rumah sakit selain risiko keuangan (*financial risk*), risiko properti (*property risk*), risiko tenaga profesi (*professional risk*) maupun risiko lingkungan (*environment risk*) pelayanan dalam risiko manajemen. Badan akreditasi dunia (*JCAHO*) mensyaratkan tentang kegiatan keselamatan pasien berupa identifikasi dan evaluasi hendaknya dilakukan untuk mengurangi risikocedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung danorganisasinya sendiri.

Berdasarkan analisis kejadian berisiko dalam proses pelayanan kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara "kesalahan merupakan hal yang manusiawi" (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya risiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks; jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat per pasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya.

Pendekatan sistem bertujuan untuk meminimalkan risiko dan mempromosikan upaya keselamatan penggunaan obat termasuk alat kesehatan yang menyertai. Secara garis besar langkah langkah yang bisa dilakukan antara lain analisis sistem yang sedang berjalan, deteksi adanya kesalahan, analisis tren sebagai dasar pendekatan sistem.

*JCAHO* menetapkan lingkup system keselamatan pelayanan farmasi meliputi : sistem seleksi (*selection*), system penyimpanan sampai distribusi (*storage*), sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering& transcribing*), sistem

penyiapan, labelisasi, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing & dispensing*), sistem penggunaan obat oleh pasien (*administration*), monitoring.

Program Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dipelopori oleh PERSI (Persatuan Rumah sakit Indonesia) menetapkan 7 langkah dalam manajemen keselamatan pasien. Pelaporan secara sukarela merupakan data dasar untuk melakukan upaya evaluasi dalam pencapaian tujuan. Pelaporan insiden dalam lingkup pelayanan farmasi diperkirakan menggambarkan 10% dari kenyataan kejadian kesalahan (*errors*). Untuk memastikan sistem berjalan sesuai dengan tujuan diperlukan data yang akurat, yang dapat diperoleh melalui upaya pelaporan kejadian. Keberanian untuk melaporkan kesalahan diri sendiri tidaklah mudah apalagi jika ada keterkaitan dengan hukuman seseorang. Pendekatan budaya tidak saling menyalahkan (*blame free culture*) terbukti lebih efektif untuk meningkatkan laporan dibandingkan penghargaan dan hukuman (*rewards and punishment*).

Untuk mengarahkan intervensi dan monitoring terhadap data yang tersedia, diperlukan metode analisis antara lain Metode Analisa Sederhana untuk risiko ringan, *Root cause analysis* untuk risiko sedang dan *Failure Mode Error Analysis* untuk risiko berat atau untuk langkah pencegahan.

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan kesalahan pengobatan yang jika dipaparkan berdasarkan urutan dampak efektifitas terbesar adalah memaksa fungsi & batasan (*forcing function & constraints*), otomasi & komputer (*automation & computer / CPOE*), standard dan protokol, sistem daftar tilik & cek ulang (*check list & double check system*), aturan dan kebijakan (*rules and policy*), pendidikan dan informasi (*education and information*), serta lebih cermat dan waspada (*be more careful-vigilant*).

Upaya intervensi untuk meminimalkan insiden belum sempurna tanpa disertai upaya pencegahan. Agar upaya pencegahan berjalan efektif perlu diperhatikan ruang lingkungannya, meliputi : keterkinian pengetahuan penulis resep (*current knowledge prescribing (CPE, access to DI, konsultasi)*), dilakukan review semua farmakoterapi yang terjadi (*review all existing pharmacotherapy*) oleh Apoteker, tenaga profesi terkait obat memahami sistem yang terkait dengan

obat (*familiar with drug system (formulary, DUE, abbreviation, alert drug)*), kelengkapan permintaan obat (*complete drug order*), perhatian pada kepastian kejelasan instruksi pengobatan (*care for ensure clear and un ambiguous instruction*). Upaya pencegahan akan lebih efektif jika dilakukan bersama dengan tenaga kesehatan lain (multidisiplin) terkait penggunaan obat, terutama dokter dan perawat. Perlu menjadi pertimbangan bahwa *errors* dapat berupa kesalahan laten (*latent errors*) misalnya karena kebijakan, infrastruktur, biaya, SOP, lingkungan kerja maupun kesalahan aktif (*active errors*) seperti sikap masa bodoh, tidak teliti, sengaja melanggar peraturan) dan umumnya *active errors* berakar dari *latent errors* (pengambil kebijakan). Apoteker berada dalam posisi strategis untuk meminimalkan *medication errors*, baik dilihat dari keterkaitan dengan tenaga kesehatan lain maupun dalam proses pengobatan. Kontribusi yang dimungkinkan dilakukan antara lain dengan meningkatkan pelaporan, pemberian informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain, meningkatkan keberlangsungan rejimen pengobatan pasien, peningkatan kualitas dan keselamatan pengobatan pasien di rumah.

Data yang dapat dipaparkan antara lain dari menurunnya (46%) tingkat keseriusan penyakit pasien anak, meningkatnya insiden berstatus nyaris cedera (dari 9% menjadi 851%) dan meningkatnya tingkat pelaporan insiden dua sampai enam kali lipat. (*effectof pharmacist-led pediatrics medication safety team on medication-error reporting (Am J Health-Sist Pharm, 2007, vol64;1422-26)*).

Apoteker berperan utama dalam meningkatkan keselamatan dan efektifitas penggunaan obat. Dengan demikian dalam penjabaran, misi utama Apoteker dalam hal keselamatan pasien adalah memastikan bahwa semua pasien mendapatkan pengobatan yang optimal. Hal ini telah dikuatkan dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa kontribusi Apoteker dapat menurunkan *medication errors*.

## **2.2.2. Keselamatan Pasien**

### **2.2.2.1. Konsep umum**

Manajemen risiko adalah suatu metode yang sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengendalikan, memantau, mengevaluasi dan mengkomunikasikan risiko yang ada pada suatu kegiatan.

Untuk mengetahui gambaran kegiatan pada suatu unit kerja (misalnya pada pelayanan kefarmasian), terlebih dahulu dilakukan inventarisasi kegiatan di unit kerja tersebut.

Inventarisasi dapat dilakukan dengan cara :

1. Mempelajari diagram kegiatan yang ada
2. Melakukan inspeksi dengan menggunakan daftar tilik (*checklist*)
3. Melakukan konsultasi dengan petugas

Inventarisasi kegiatan diarahkan kepada perolehan informasi untuk menentukan potensi bahaya (*hazard*) yang ada. Bahaya (*hazard*) adalah sesuatu atau kondisi pada suatu tempat kerja yang dapat berpotensi menyebabkan kematian, cedera atau kerugian lain. Pengendalian risiko melalui sistem manajemen dapat dilakukan oleh pihak manajemen pembuat komitmen dan kebijakan, organisasi, program pengendalian, prosedur pengendalian, tanggung jawab, pelaksanaan dan evaluasi. Kegiatan-kegiatan tersebut secara terpadu dapat mendukung terlaksananya pengendalian secara teknis.

Manajemen risiko dalam pelayanan kefarmasian terutama *medication error* meliputi kegiatan :

- koreksi bila ada kesalahan sesegera mungkin
- pelaporan *medication error*
- dokumentasi *medication error*
- pelaporan *medication error* yang berdampak cedera
- supervisi setelah terjadinya laporan *medication error*
- sistem pencegahan
- pemantauan kesalahan secara periodik
- tindakan preventif
- pelaporan ke tim keselamatan pasien tingkat nasional

Keselamatan pasien (*Patient safety*) secara sederhana di definisikan sebagai suatu upaya untuk mencegah bahaya yang terjadi pada pasien. Walaupun mempunyai definisi yang sangat sederhana, tetapi upaya untuk menjamin keselamatan pasien di fasilitas kesehatan sangatlah kompleks dan banyak hambatan. Konsep keselamatan pasien harus dijalankan secara menyeluruh dan terpadu.

Strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien :

1. Menggunakan obat dan peralatan yang aman
2. Melakukan praktek klinik yang aman dan dalam lingkungan yang aman
3. Melaksanakan manajemen risiko, contoh : pengendalian infeksi
4. Membuat dan meningkatkan sistem yang dapat menurunkan risiko yang berorientasi kepada pasien.
5. Meningkatkan keselamatan pasien dengan :
  - mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (*adverse event*)
  - membuat sistem identifikasi dan pelaporan *adverse event*
  - mengurangi efek akibat *adverse event*

Pada tanggal 18 Januari 2002, WHO telah mengeluarkan suatu resolusi untuk membentuk program manajemen risiko untuk keselamatan pasien yang terdiri dari 4 aspek utama:

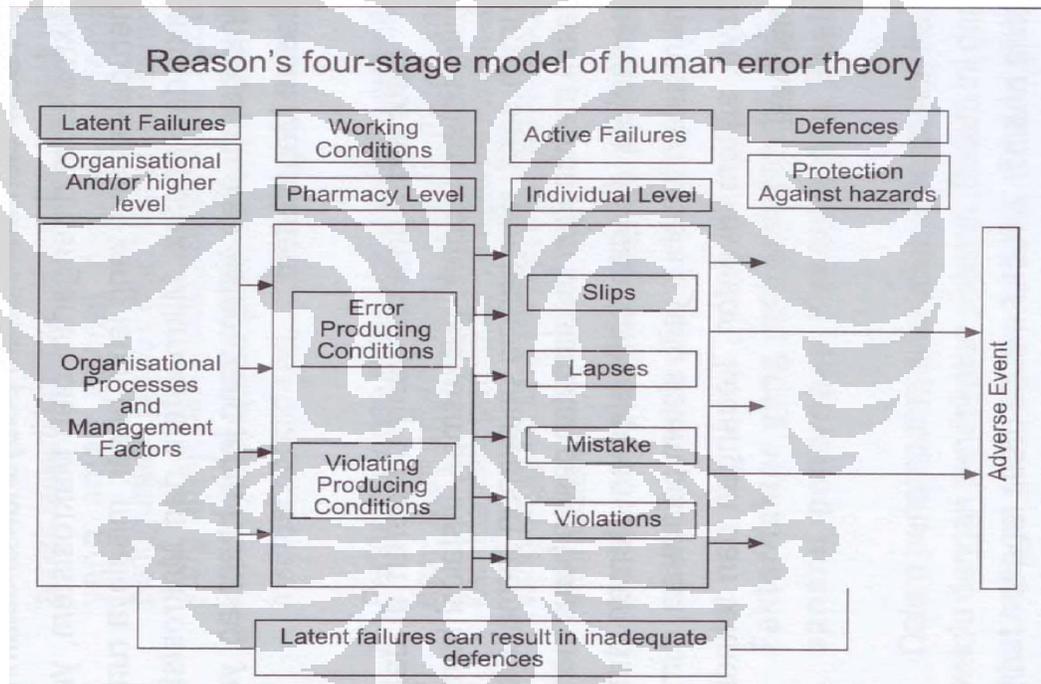
1. Penentuan tentang norma-norma global, standar dan pedoman untuk definisi, pengukuran dan pelaporan dalam mengambil tindakan pencegahan, dan menerapkan ukuran untuk mengurangi resiko
2. Penyusunan kebijakan berdasarkan bukti (*evidence-based*) dalam standar global yang akan meningkatkan pelayanan kepada pasien dengan penekanan tertentu pada beberapa aspek seperti keamanan produk, praktek klinik yang aman sesuai dengan pedoman, penggunaan produk obat dan alat kesehatan yang aman dan menciptakan suatu budaya keselamatan pada petugas kesehatan dan institusi pendidikan.
3. Pengembangan mekanisme melalui akreditasi dan instrumen lain, untuk mengenali karakteristik penyedia pelayanan kesehatan yang unggul dalam keselamatan pasien secara internasional
4. Mendorong penelitian tentang keselamatan pasien

#### **2.2.2.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan penerapan Keselamatan Pasien**

Dalam penerapannya, keselamatan pasien harus dikelola dengan pendekatan sistemik. Sistem ini dapat dilihat sebagai suatu sistem terbuka, dimana sistem terkecil akan dipengaruhi, bahkan tergantung pada sistem yang lebih besar.

Sistem terkecil disebut Mikrosistem, terdiri dari petugas kesehatan dan pasien itu sendiri, serta proses-proses pemberian pelayanan di ujungtombak, termasuk elemen-elemen pelayanan di dalamnya. Mikrosistem dipengaruhi oleh Makrosistem, yang merupakan unit yang lebih besar, misalnya rumah sakit dan apotek. Mikrosistem dan Makrosistem dipengaruhi oleh system yang lebih besar lagi yang disebut Megasistem. Seorang Apoteker yang berperan di dalam mikrosistem (apotek, puskesmas, instalasi farmasi rumah sakit, dan sarana pelayanan farmasi lain) dalam membangun keselamatan pasien harus mampu mengelola dengan baik elemen-elemen dalam mikrosistem tersebut, yaitu sistem pelayanan, sumber daya, sistem inventori, keuangan dan teknologi informasi. Teori kesalahan manusia dapat dilihat dalam diagram di bawah ini.

Reason's four-stage model of human error theory



Sumber: Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005

Kegagalan tersembunyi (*Latent failures*) :

- Penyebabnya jauh dari insiden
- Merupakan refleksi dari kegagalan manajemen
- Terjadi bila dikombinasikan dengan faktor lain

- Kegagalan tersembunyi dapat dikelola dengan memperbaiki proses pelayanan (*redesign*). Contoh: peninjauan kembali beban kerja, jumlah SDM, dan lain-lain.

Kegagalan aktif (*Active failures*) :

- Terjadi oleh pelaku yang berhubungan langsung dengan pasien
- Beberapa bentuk *active failures* adalah: kurang perhatian (*slips*), kegagalan memori, lupa (*lapses*), serta pelanggaran prosedur (*mistake and violation*).
- Kegagalan aktif dapat dikelola dengan memperbaiki alur kerja, SOP, deskripsi kerja yang jelas, training, pengawasan terhadap pelanggaran SOP, mengurangi interupsi dan stress, dan membina komunikasi yang lebih baik antar staf dan dengan pasien.

Makro sistem merupakan sistem di atas mikro sistem yang menyediakan sumber daya, proses pendukung, struktur dan kebijakan-kebijakan yang berlaku di rumah sakit atau sarana kesehatan lain yang secara tidak langsung akan mempengaruhi pelaksanaan program-program yang menyangkut keselamatan pasien. Kebijakan-kebijakan itu antara lain sistem penulisan resep, standarisasi bahan medis habis pakai (BMHP), rekam medis dan lain sebagainya. Selain itu, kultur atau budaya yang dibangun dan diterapkan di lingkungan rumah sakit juga akan sangat mempengaruhi kinerja unit-unit yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Budaya tidak saling menyalahkan (*no blame culture*), sistem informasi manajemen/*information technology* (SIM/IT) rumah sakit, kerjasama tim, kepemimpinan, alur koordinasi,

Komite/Panitia Farmasi dan Terapi (KFT/PFT) RS, Formularium RS, dan Komite komite serta Program Rumah Sakit lainnya, merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kegiatan keselamatan pasien yang berasal dari makrosistem. Di atas mikrosistem dan makrosistem, ada satu sistem yang akan mempengaruhi keselamatan pasien, yaitu megasistem.

Yang dimaksud Megasistem adalah kebijakan kesehatan nasional yang berlaku, misalnya kebijakan-kebijakan menyangkut obat dan kesehatan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (Kebijakan tentang akreditasi, Obat Rasional, Infeksi Nosokomial, dan lain sebagainya), termasuk juga sistem pendidikan dan

pendidikan berkelanjutan yang berlaku. Hal lain yang juga mempengaruhi keselamatan pasien yang memerlukan intervensi dari megasistem adalah pembenahan fenomena kemiripan *Look a like* (obat-obat dengan rupa atau kemasan mirip) atau *Look a like Sound a like* – LASA (obat-obat dengan rupa dan nama mirip), misalnya :

- Mefinter (asam mefenamat) dengan Metifer (mecobalamin),
- Leschol (fluvastatin) dengan Lesichol (lesitin, vitamin),
- Proza (ekstrak echinacea, vit C, Zn) dengan Prozac (fluoxetine).

Dalam mengelola keselamatan pasien di level Mikrosistem, seorang Apoteker harus melakukannya dengan pendekatan sistemik. Masalah Keselamatan pasien merupakan kesalahan manusia (*human error*) yang terutama terjadi karena kesalahan pada level manajemen atau organisasi yang lebih tinggi.

### 2.2.2.3. Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kefarmasian

Dalam membangun keselamatan pasien banyak istilah-istilah yang perlu difahami dan disepakati bersama. Istilah-istilah tersebut diantaranya adalah:

- Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*Adverse Event*)
- Kejadian Nyaris Cedera/KNC (*Near miss*)
- Kejadian Sentinel
- *Adverse Drug Event*
- *Adverse Drug Reaction*
- *Medication Error*
- *Efek samping obat*

Menurut Nebeker JR 2004, dapat disimpulkan definisi beberapa istilah yang berhubungan dengan cedera akibat obat sebagaimana yang disajikan dalam bentuk Tabel 2.1.

**Tabel 2.1**  
**Ringkasan Definisi Yang Berhubungan Dengan Cedera Akibat obat**

Istilah	Definisi	Contoh
<b>Terjadi cedera</b>		
Kejadian yang tidak diharapkan ( <i>Adverse Event</i> )	Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi / penatalaksanaan medis. Penatalaksanaan medis	– Iritasi pada kulit karena penggunaan perban. – Jatuh dari tempat tidur.

	mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosa, terapi, kegagalan diagnosa/terapi, sistem, peralatan untuk pelayanan. <i>Adverse event</i> dapat dicegah atau tidak dapat dicegah.	
Reaksi obat yang tidak diharapkan ( <i>Adverse Drug Reaction</i> )	Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat.	Steven-Johnson Syndrom : Sulfa, Obat epilepsi dll
Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan ( <i>Adverse Drug Event</i> )	Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis normal. Reaksi Obat Yang Tidak Diharapkan (ROTD) ada yang berkaitan dengan efek farmakologi /mekanisme kerja (efek samping) ada yang tidak berkaitan dengan efek farmakologi (reaksi hipersensitivitas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin</li> <li>- Mengantuk pada penggunaan CTM</li> </ul>
Efek obat yang tidak diharapkan ( <i>Adverse drug effect</i> )	Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis lazim. Sama dengan ROTD tapi dilihat dari sudut pandang obat. ROTD dilihat dari sudut pandang pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Shok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin.</li> <li>- Mengantuk pada penggunaan CTM</li> </ul>
<b>Cedera dapat terjadi atau tidak terjadi</b>		
<i>Medication Error</i>	Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat, yang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peresepan obat yang tidak rasional.</li> </ul>

	menyebabkan cedera.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesalahan perhitungan dosis pada peracikan.</li> <li>- Ketidakpatuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih.</li> </ul>
Efek Samping	Efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat. Efek samping dapat dikehendaki, tidak dikehendaki, atau tidak ada kaitannya.	(sebaiknya istilah ini dihindarkan)

Sumber : Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun 2008

Apoteker harus mampu mengenali istilah-istilah di atas beserta contohnya sehingga dapat membedakan dan mengidentifikasi kejadian-kejadian yang berkaitan dengan cedera akibat penggunaan obat dalam melaksanakan program Keselamatan pasien. Berdasarkan laporan IOM (*Institute of Medicine*) tentang *adverse event* yang dialami pasien, disebutkan bahwa insiden berhubungan dengan pengobatan menempati urutan utama. Disimak dari aspek biaya, kejadian 459 *adverse drug event* dari 14732 bernilai sebesar \$348 juta, senilai \$159 juta yang dapat dicegah (265 dari 459 kejadian).

Sebagian besar tidak menimbulkan cedera namun tetap menimbulkan konsekuensi biaya. Atas kejadian tersebut, IOM merekomendasikan untuk :

1. Menetapkan suatu fokus nasional terhadap isu tersebut
2. Mengembangkan suatu sistem pelaporan kesalahan secara nasional
3. Meningkatkan standar organisasi
4. Menciptakan sistem keselamatan dalam organisasi kesehatan.

Penelitian terbaru (Allin Hospital) menunjukkan 2% dari pasien masuk rumah sakit mengalami *adverse drug event* yang berdampak meningkatnya *Length Of Stay (LOS)* 4.6 hari dan meningkatkan biaya kesehatan \$ 4.7000 dari setiap pasien yang masuk rumah sakit. Temuan ini merubah tujuan pelayanan farmasi rumah sakit tersebut : *a fail-safe system that is free of errors.*

Studi yang dilakukan Bagian Farmakologi Universitas Gajah Mada (UGM) antara 2001-2003 menunjukkan bahwa *medication error* terjadi pada 97% pasien *Intensive Care Unit (ICU)* antara lain dalam bentuk dosis berlebihan atau kurang, frekuensi pemberian keliru dan cara pemberian yang tidak tepat. Lingkup perpindahan/perjalanan obat (meliputi obat, alat kesehatan, obat untuk diagnostik, gas medis, anastesi) : obat dibawa pasien di komunitas, di rumah sakit, pindah antar ruang, antar rumah sakit, rujukan, pulang, apotek, praktek dokter.

Multidisiplin problem : dipetakan dalam proses penggunaan obat : pasien/*care giver*, dokter, apoteker, perawat, tenaga asisten apoteker, mahasiswa, teknik, administrasi, pabrik obat. Kejadian *medication error* dimungkinkan tidak mudah untuk dikenali, diperlukan kompetensi dan pengalaman, kerjasama-tahap proses. Tujuan utama farmakoterapi adalah mencapai kepastian keluaran klinik sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien dan meminimalkan risiko baik yang tampak maupun yang potensial meliputi obat (bebas maupun dengan resep), alat kesehatan pendukung proses pengobatan (*drug administration devices*). Timbulnya kejadian yang tidak sesuai dengan tujuan (*incidence/hazard*) dikatakan sebagai *drug misadventuring*, terdiri dari *medication errors* dan *adverse drug reaction*. Ada beberapa pengelompokan *medication error* sesuai dengan dampak dan proses (tabel 2 dan 3). Konsistensi pengelompokan ini penting sebagai dasar analisa dan intervensi yang tepat.

**Tabel 2.2 Indeks *medication errors* untuk kategorisasi *errors* (berdasarkan dampak)**

<i>Errors</i>	Kategori	Hasil
<i>No error</i>	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
<i>Error, no harm</i>	B	Terjadi kesalahan sebelum obat mencapai pasien
	C	Terjadi kesalahan dan obat sudah diminum/digunakan pasien tetapi tidak membahayakan pasien
	D	Terjadinya kesalahan, sehingga monitoring ketat harus dilakukan tetapi tidak membahayakan pasien
<i>Error, harm</i>	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara
	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara

	G	Terjadi kesalahan yang mengakibatkan efek buruk yang bersifat permanen
	H	Terjadi kesalahan dan hampir merenggut nyawa pasien contoh syok anafilaktik
<i>Error, death</i>	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia

Sumber : Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun 2008

**Tabel 2.3 Jenis-jenis *medication errors* (berdasarkan alur proses pengobatan)**

Tipe <i>Medication Errors</i>	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, <i>strength</i> atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong dose form</i>	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda
<i>Prescribing error</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten
<i>Wrong administration Technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan

Sumber : Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI Tahun 2008

JCAHO (2007) menetapkan tentang keamanan terhadap titik kritis dalam proses manajemen obat : sistem seleksi (*selection*), sistem penyimpanan sampai distribusi (*storage, distribution*), sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering and transcribing*), sistem penyiapan, labelisasi/etiket,

peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing dan dispensing*), teknik penggunaan obat pasien (*administration*), pemantauan efektifitas penggunaan (*monitoring*). Didalamnya termasuk system kerjasama dengan tenaga kesehatan terkait baik kompetensi maupun kewenangannya, sistem pelaporan masalah obat dengan upaya perbaikan, informasi obat yang selalu tersedia, keberadaan apoteker dalam pelayanan, adanya prosedur khusus obat dan alat yang memerlukan perhatian khusus karena dampak yang membahayakan.

WHO dalam *developing pharmacy practice-a focus on patient care* membedakan tentang praktek farmasi (berhubungan dengan pasien langsung) dan pelayanan farmasi (berhubungan dengan kualitas obat dan sistem proses pelayanan farmasi)

1. Praktek pekerjaan kefarmasian meliputi obat-obatan, pengadaan produk farmasi dan pelayanan kefarmasian yang diberikan oleh apoteker dalam sistem pelayanan kesehatan.
2. Pelayanan kefarmasian meliputi semua pelayanan yang diberikan oleh tenaga farmasi dalam mendukung pelayanan kefarmasian. Di luar suplai obat-obatan, jasa kefarmasian meliputi informasi, pendidikan dan komunikasi untuk mempromosikan kesehatan masyarakat, pemberian informasi obat dan konseling, pendidikan dan pelatihan staf.
3. Pekerjaan kefarmasian meliputi penyediaan obat dan pelayanan lain untuk membantu masyarakat dalam mendapatkan manfaat yang terbaik.

Klasifikasi aktivitas apoteker (*American Pharmacists Association/APha*)

- A. Memastikan terapi dan hasil yang sesuai
  - a. Memastikan farmakoterapi yang sesuai
  - b. Memastikan kepatuhan/pemahaman pasien terhadap rencana pengobatannya
  - c. Monitoring dan pelaporan hasil
- B. *Dispensing* obat dan alat kesehatan
  - a. Memproses resep atau pesanan obat
  - b. Menyiapkan produk farmasi
  - c. Mengantarkan obat atau alat kesehatan

### C. Promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit

- a. Pengantaran jasa penanggulangan klinis
- b. Pengawasan dan pelaporan issue kesehatan masyarakat
- c. Promosi penggunaan obat yang aman dalam masyarakat

### D. Manajemen sistem kesehatan

- a. Pengelolaan praktek
- b. Pengelolaan pengobatan dalam sistem kesehatan
- c. Pengelolaan penggunaan obat dalam sistem kesehatan
- d. Partisipasi dalam aktivitas penelitian dan kerjasama antardisiplin

Pada tahun 1998, FIP menerbitkan suatu statemen tentang standard profesional mengenai kesalahan pengobatan yang berhubungan dengan persepan obat dengan tujuan mendefinisikan istilah "kesalahan pengobatan" dan untuk menyarankan suatu tatanama standard untuk mengkategorikan hal-hal seperti kesalahan dan disain sistemnya untuk meningkatkan keselamatan dalam pabrikasi, pemesanan, pelabelan, penyiapan, administrasi dan penggunaan obat. Dalam, relasi antara dokter sebagai penulis resep dan apoteker sebagai penyedia obat (pelayanan tradisional farmasi), dokter dipercaya terhadap hasil dari farmakoterapi. Dengan berubahnya situasi secara cepat di system kesehatan, praktek asuhan kefarmasian diasumsikan apoteker bertanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat tidak hanya menerima asumsi tersebut.

Dengan demikian apoteker bertanggung jawab langsung pada pasien tentang biaya, kualitas, hasil pelayanan kefarmasian.

Dalam aplikasi praktek pelayanan kefarmasian untuk keselamatan pasien terutama *medication error* adalah : menurunkan risiko dan promosi penggunaan obat yang aman. Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan menurut urutan dampak efektifitas terbesar adalah :

1. Mendorong fungsi dan pembatasan (*forcing function & constraints*) : suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh : sediaan potasium klorida siap pakai dalam konsentrasi 10% Nacl 0.9%, karena sediaan di pasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi)

2. Otomasi dan komputer (*Computerized Prescribing Order Entry*) : membuat statis /robotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh : komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan ”tanda peringatan” jika di luar standar (ada penanda otomatis ketika digoxin ditulis 0.5g)
3. Standard dan protokol, standarisasi prosedur : menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi serta pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.
4. Sistem daftar tilik dan cek ulang : alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dalam sistem.
5. Peraturan dan Kebijakan : untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien. contoh : semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker
6. Pendidikan dan Informasi : penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi
7. Lebih hati-hati dan waspada : membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi nama pasien sebelum menyerahkan.

### **2.2.3. Peran Apoteker Dalam Mewujudkan Keselamatan Pasien.**

Penggunaan obat rasional merupakan hal utama dari pelayanan kefarmasian. Dalam mewujudkan pengobatan rasional, keselamatan pasien menjadi masalah yang perlu di perhatikan. Dari data-data yang termuat dalam bab terdahulu disebutkan sejumlah pasien mengalami cedera atau mengalami insiden pada saat memperoleh layanan kesehatan, khususnya terkait penggunaan obat yang dikenal dengan *medication error*. Di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya,

kejadian *medication error* dapat dicegah jika melibatkan pelayanan farmasi klinik dari apoteker yang sudah terlatih. Saat ini di negara-negara maju sudah ada apoteker dengan spesialisasi khusus menangani *medication safety*. Peran Apoteker Keselamatan Pengobatan (*Medication Safety Pharmacist*) meliputi :

1. Mengelola laporan *medication error*
  - a. membuat kajian terhadap laporan insiden yang masuk
  - b. mencari akar permasalahan dari *error* yang terjadi
2. Mengidentifikasi pelaksanaan praktek profesi terbaik untuk menjamin *medication safety*
  - a. menganalisis pelaksanaan praktek yang menyebabkan *medication error*
  - b. mengambil langkah proaktif untuk pencegahan
  - c. memfasilitasi perubahan proses dan sistem untuk menurunkan insiden yang sering terjadi atau berulangnya insiden sejenis
3. Mendidik staf dan klinisi terkait lainnya untuk menggalakkan praktek pengobatan yang aman.
4. mengembangkan program pendidikan untuk meningkatkan *medication safety* dan kepatuhan terhadap aturan/SOP yang ada
5. Berpartisipasi dalam Komite/tim yang berhubungan dengan *medication safety*
6. komite Keselamatan Pasien RS
7. dan komite terkait lainnya

Terlibat didalam pengembangan dan pengkajian kebijakan penggunaan obat  
Memonitor kepatuhan terhadap standar pelaksanaan Keselamatan Pasien yang ada.

Peran apoteker dalam mewujudkan keselamatan pasien meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen meliputi pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan IT). Sedangkan aspek klinik meliputi skrining permintaan obat (resep atau bebas), penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi.

Kegiatan farmasi klinik sangat diperlukan terutama pada pasien yang menerima pengobatan dengan risiko tinggi. Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/kesalahan.

Apoteker harus berperan di semua tahapan proses yang meliputi :

#### 1. Pemilihan

Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obatobat sesuai formularium.

#### 2. Pengadaan

Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi.

#### 3. Penyimpanan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat:

- Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*) secara terpisah.
- Obat-obat dengan peringatan khusus (*high alert drugs*) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus. Misalnya : menyimpan cairan elektrolit pekat seperti KCl inj, heparin, warfarin, insulin, kemoterapi, narkotik opiat, *neuromuscular blocking agents*, thrombolitik, dan agonis adrenergik. (Daftar lengkapnya dapat dilihat di [www.ismp.org](http://www.ismp.org)).
- Kelompok obat antidiabet jangan disimpan tercampur dengan obat lain secara alfabetis, tetapi tempatkan secara terpisah
- Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan.

#### 4. Skrining Resep

Apoteker dapat berperan nyata dalam pencegahan terjadinya *medication error* melalui kolaborasi dengan dokter dan pasien. Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/ nomor resep. Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep

dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.

Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti :

- Data demografi (umur, berat badan, jenis kelamin) dan data klinis (alergi, diagnosis dan hamil/menyusui). Contohnya, Apoteker perlu mengetahui tinggi dan berat badan pasien yang menerima obat-obat dengan indeks terapi sempit untuk keperluan perhitungan dosis.
- Hasil pemeriksaan pasien (fungsi organ, hasil laboratorium, tanda-tanda vital dan parameter lainnya). Contohnya, Apoteker harus mengetahui data laboratorium yang penting, terutama untuk obat-obat yang memerlukan penyesuaian dosis (seperti pada penurunan fungsi ginjal).

Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien. Strategi lain untuk mencegah kesalahan obat dapat dilakukan dengan penggunaan otomatisasi (*automatic stop order*), sistem komputerisasi (*e-prescribing*) dan pencatatan pengobatan pasien seperti sudah disebutkan diatas.

Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan itupun harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengeja nama obat serta memastikan dosisnya. Informasi obat yang penting harus diberikan kepada petugas yang meminta/menerima obat tersebut. Petugas yang menerima permintaan harus menulis dengan jelas instruksi lisan setelah mendapat konfirmasi.

##### 5. Dispensing

- Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SOP.
- Pemberian etiket yang tepat. Etiket harus dibaca minimum tiga kali : pada saat pengambilan obat dari rak, pada saat mengambil obat dari wadah, pada saat mengembalikan obat ke rak.
- Dilakukan pemeriksaan ulang oleh orang berbeda.
- Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.

## 6. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Edukasi dan konseling kepada pasien harus diberikan mengenai hal-hal yang penting tentang obat dan pengobatannya. Hal-hal yang harus diinformasikan dan didiskusikan pada pasien adalah :

- Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar, harapan setelah menggunakan obat, lama pengobatan, kapan harus kembali ke dokter
- Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien
- Reaksi obat yang tidak diinginkan (*Adverse Drug Reaction* – ADR) yang mengakibatkan cedera pasien, pasien harus mendapat edukasi mengenai bagaimana cara mengatasi kemungkinan terjadinya ADR tersebut
- Penyimpanan dan penanganan obat di rumah termasuk mengenali obat yang sudah rusak atau kadaluarsa. Ketika melakukan konseling kepada pasien, apoteker mempunyai kesempatan untuk menemukan potensi kesalahan yang mungkin terlewatkan pada proses sebelumnya.

## 7. Penggunaan Obat

Apoteker harus berperan dalam proses penggunaan obat oleh pasien rawat inap di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, bekerja sama dengan petugas kesehatan lain. Hal yang perlu diperhatikan adalah :

- Tepat pasien
- Tepat indikasi
- Tepat waktu pemberian
- Tepat obat
- Tepat dosis
- Tepat label obat (aturan pakai)
- Tepat rute pemberian

## 8. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker harus melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui efek terapi, mewaspadaikan efek samping obat, memastikan kepatuhan pasien. Hasil monitoring dan evaluasi didokumentasikan dan ditindaklanjuti dengan

melakukan perbaikan dan mencegah pengulangan kesalahan. Seluruh personal yang ada di tempat pelayanan kefarmasian harus terlibat didalam program keselamatan pasien khususnya *medication safety* dan harus secara terus menerus mengidentifikasi masalah dan mengimplementasikan strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain :

- Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi )

Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SOP bagaimana resep/permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

- Kondisi lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.

- Gangguan/interupsi pada saat bekerja. Gangguan/interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.
- Beban kerja. Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.
- Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan.

Apoteker di rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya dapat menerapkan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Pada Pelayanan Kefarmasian yang mengacu pada buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) (diterbitkan oleh Depkes tahun 2006) :

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil:

- Adanya kebijakan Instalasi Farmasi RS/Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya tentang Keselamatan Pasien yang meliputi kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Sentinel, dan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh apoteker dan tenaga farmasi, pasien dan keluarga jika terjadi insiden.
- Buat, sosialisasikan dan penerapan SOP sebagai tindak lanjut setiap kebijakan
- Buat buku catatan tentang KTD, KNC dan Kejadian Sentinel kemudian laporkan ke atasan langsung

2. Pimpin dan Dukung Staf Anda, bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di tempat pelayanan (instalasi farmasi/apotek)

- Adanya suatu tim di Instalasi Farmasi/Apotek yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien (sesuai dengan kondisi)
- Tunjuk staf Instalasi Farmasi/Apotek yang bisa menjadi penggerak dan mampu mensosialisasikan program (*leader*)
- Adakan pelatihan untuk staf dan pastikan pelatihan ini diikuti oleh seluruh staf dan tempatkan staf sesuai kompetensi Staf farmasi harus mendapat edukasi tentang kebijakan dan SOP yang berkaitan dengan proses dispensing yang akurat, mengenai nama dan bentuk obat-obat yang membingungkan, obat-obat formularium/non formularium, obat-obat yang ditanggung asuransi/non-asuransi, obat-obat baru dan obat-obat yang memerlukan perhatian khusus. Disamping itu petugas farmasi harus mewaspadaikan dan mencegah *medication error* yang dapat terjadi.
- Tumbuhkan budaya tidak menyalahkan (*no blaming culture*) agar staf berani melaporkan setiap insiden yang terjadi.

### 3. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah

- Buat kajian setiap adanya laporan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel
- Buat solusi dari insiden tersebut supaya tidak berulang dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada atau mengembangkan SOP bila diperlukan

### 4. Kembangkan Sistem Pelaporan

- Pastikan semua staf Instalasi Farmasi/Apotek dengan mudah dapat melaporkan insiden kepada atasan langsung tanpa rasa takut
- Beri penghargaan pada staf yang melaporkan

### 5. Libatkan dan Komunikasi Dengan Pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

- Pastikan setiap penyerahan obat diikuti dengan pemberian Informasi yang jelas dan tepat
- Dorong pasien untuk berani bertanya dan mendiskusikan dengan apoteker tentang obat yang diterima
- Lakukan komunikasi kepada pasien dan keluarga bila ada insiden serta berikan solusi tentang insiden yang dilaporkan

### 6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis penyebab masalah

- Lakukan kajian insiden dan sampaikan kepada staf lainnya untuk menghindari berulangnya insiden

### 7. Cegah KTD, KNC dan Kejadian Sentinel dengan cara :

- Gunakan informasi dengan benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi
- Buat solusi yang mencakup penjabaran ulang sistem (*re-design system*), penyesuaian SOP yang menjamin keselamatan pasien
- Sosialisasikan solusi kepada seluruh staf Instalasi Farmasi/Apotek

#### 2.2.4. Pencatatan Dan Pelaporan.

Di Indonesia data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Sentinel masih sangat langka. Setiap kegiatan pelayanan kefarmasian baik di rumah sakit maupun di komunitas diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien meliputi KTD, KNC, dan Kejadian Sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Kejadian terkait dengan keselamatan pasien dalam pelayanan farmasi komunitas di Indonesia belum mempunyai panduan pelaporan, sehingga kegiatan yang dilakukan adalah pencatatan untuk monitoring dan evaluasi.

Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut. Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Setiap kejadian dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menggunakan formulir yang sudah disediakan di rumah sakit untuk diinvestigasi.

##### Prosedur Pelaporan Insiden

1. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
2. Laporan insiden dapat dibuat oleh siapa saja atau staf farmasi yang pertama kali menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian.
3. Pelaporan dilakukan dengan mengisi "Formulir Laporan Insiden" yang bersifat rahasia

#### 2.2.4.1. Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (Internal)

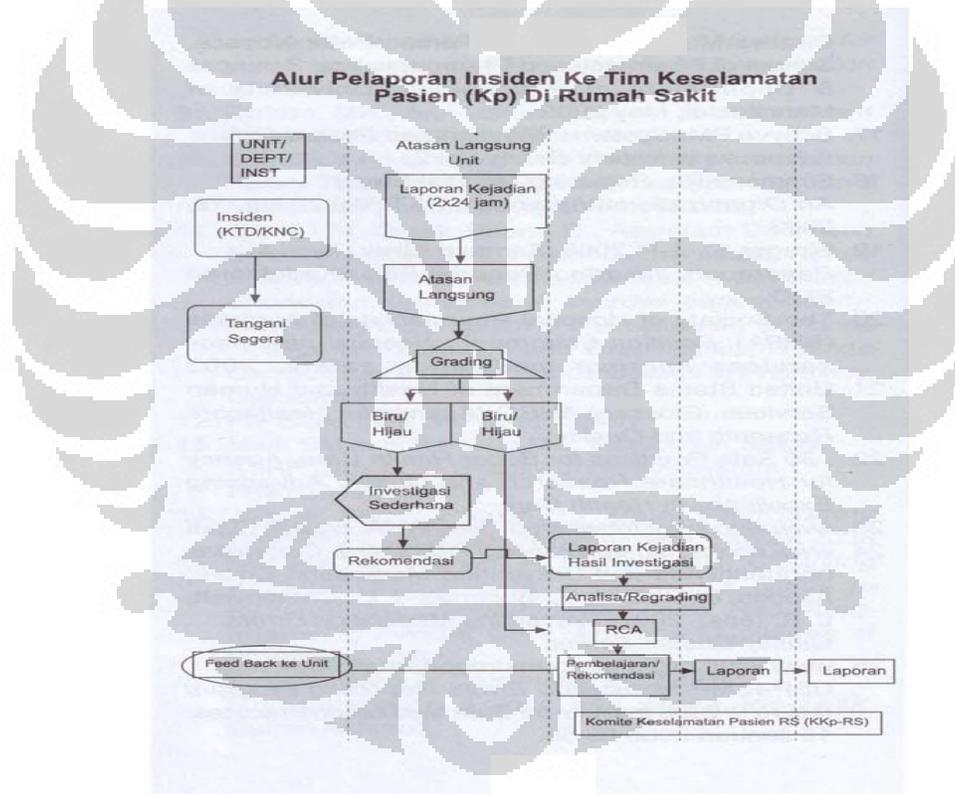
Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.

1. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Apoteker penanggung jawab dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
2. Laporan segera diserahkan kepada Apoteker penanggung jawab
3. Apoteker penanggung jawab memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
4. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan :
  - **Grade biru** : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 1 minggu
  - **Grade hijau** : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 2 minggu
  - **Grade kuning** : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
  - **Grade merah** : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
5. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
6. Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan *Regrading*
7. Untuk Grade kuning/merah, Tim KP di RS akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA)
8. Setelah melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran”

berupa : Petunjuk / *Safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali

9. Hasil *Root Cause Analysis* (RCA), rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
10. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada instalasi farmasi.
11. Apoteker penanggung jawab akan membuat analisis dan tren kejadian di satuan kerjanya
12. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS

Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (KARS Depkes 2006)



#### 2.2.4.2. Analisis Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko bertujuan untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

- a. Dampak Penilaian dampak adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal, seperti tabel berikut.

**Tabel 2.4 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/Severity**

Tingkat	Risiko Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cedera ringan misalnya, luka lecet</li> <li>➤ Dapat diatasi dengan pertolongan pertama</li> </ul>
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cedera sedang missal, luka robek</li> <li>➤ Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit</li> <li>➤ Setiap kasus yang memperpanjang waktu perawatan</li> </ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cedera luas atau berat missal, cacat, lumpuh</li> <li>➤ Kehilangan fungsi motorik / sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit</li> </ul>
5	Katastropik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit</li> </ul>

(Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI)

b. Probabilitas. Penilaian tingkat probabilitas adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, seperti tabel berikut.

**Tabel 2.5. Penilaian Probabilitas/Frekuensi**

Tingkat resiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / Rare (>5 thn/kali)
2	Jarang / Unlikely (2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Possible (1-2 thn/kali)
4	Sering / Likely (beberapa kali/thn)
5	Sangat sering / Almost certain (tiap minggu/bulan)

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, masukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *brands* risiko.

### Skor Risiko

<b>SKOR RISIKO = Dampak x Probability</b>
---

Untuk menentukan skor risiko, digunakan matriks grading risiko seperti tabel berikut.

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
3. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak

**Tabel 2.6. Matriks Grading Risiko**

Probabilitas	Tidak signifikan (1)	Minor (2)	Moderat (3)	Mayor (4)	Katastropik (5)
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) (5)	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali / thn) (4)	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) (3)	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (2-5 thn/kali) (2)	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) (1)	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

Skor risiko akan menentukan prioritas risiko. Jika pada penilaian risiko ditemukan dua insiden dengan hasil skor risiko yang nilainya sama, maka untuk memilih prioritasnya, dapat menggunakan warna bands risiko.

Skala prioritas bands risiko adalah :

Bands Biru : rendah / *low*

Bands Hijau : Sedang / *Moderat*

Bands Kuning : Tinggi / *High*

Bands Merah : Sangat Tinggi / *Ekstreme*

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu :

- Biru, Hijau, Kuning dan Merah, dimana warna akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.
- Bands Biru dan Hijau : Investigasi sederhana
- Bands Kuning dan Merah : Investigasi Komprehensif / RCA

**Tabel 2.7. Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko**

Level/Bands	Tindakan
Ekstrim (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari. Membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
Moderat (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer/Pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana, paling lama 1 minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

#### **2.2.4.3. Peran Apoteker Dalam Penyusunan Laporan**

Idealnya setiap KTD/KNC/Kejadian Sentinel yang terkait dengan penggunaan obat harus dikaji terlebih dahulu oleh apoteker yang berpengalaman sebelum diserahkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Tujuan pengkajian untuk memastikan bahwa laporan tersebut sudah sesuai, nama obat yang dilaporkan benar, dan memasukkan dalam kategori insiden yang benar.

Kategori kesalahan dalam pemberian obat adalah :

- Pasien mengalami reaksi alergi
- Kontraindikasi
- Obat kadaluwarsa
- Bentuk sediaan yang salah
- Frekuensi pemberian yang salah
- Label obat salah / tidak ada / tidak jelas
- Informasi obat kepada pasien yang salah / tidak jelas
- Obat diberikan pada pasien yang salah
- Cara menyiapkan (meracik) obat yang salah

- Jumlah obat yang tidak sesuai
- ADR ( jika digunakan berulang )
- Rute pemberian yang salah
- Cara penyimpanan yang salah
- Penjelasan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah

#### **2.2.4.4. Permasalahan Dalam Pencatatan Dan Pelaporan**

Yang bertanggungjawab dalam pencatatan laporan adalah :

- Staf IFRS/Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang pertama menemukan kejadian atau supervisornya
- Staf IFRS/ Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang terlibat dengan kejadian atau supervisornya
- Staf IFRS/ Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang perlu melaporkan kejadian

Masalah yang dihadapi dalam pencatatan dan pelaporan kejadian

- Laporan dipersepsikan sebagai ”pekerjaan perawat”
- Laporan sering tidak diuraikan secara rinci karena takut disalahkan
- Laporan terlambat
- Laporan kurang lengkap ( cara mengisi formulir salah, data kurang lengkap )

Hal-hal yang perlu dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan

1. Jangan melaporkan insiden lebih dari 24 jam
2. Jangan menunda laporan insiden dengan alasan belum ditindaklanjuti atau ditandatangani
3. Jangan menambah catatan medis pasien bila telah tercatat dalam laporan insiden
4. Jangan meletakkan laporan insiden sebagai bagian dari rekam medik pasien
5. Jangan membuat salinan laporan insiden untuk alasan apapun
6. Catatlah keadaan yang tidak diantisipasi

Hambatan dalam pencatatan dan pelaporan

- Pandangan bahwa kesalahan adalah suatu kegagalan dan kesalahan dibebankan pada satu orang saja.

- Takut disalahkan karena dengan melaporkan KTD, KNC, dan Kejadian sentinel akan membeberkan keburukan dari personal atau tim yang adadalam rumah sakit/sarana pelayanan kesehatan lain.
- Terkena risiko tuntutan hukum terhadap kesalahan yang dibuat.
- Laporan disebarluaskan untuk tujuan yang merugikan
- Pelaporan tidak memberi manfaat langsung kepada pelapor
- Kurangnya sumber daya
- Kurang jelas batasan apa dan kapan pelaporan harus dibuat
- Sulitnya membuat laporan dan menghabiskan waktu

#### **2.2.4.5. Dokumentasi**

Semua laporan yang telah dibuat harus didokumentasikan di Instalasi Farmasi/ sarana pelayanan kesehatan lain untuk bahan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut.

#### **2.2.5. Monitoring dan Evaluasi**

Sebagai tindak lanjut terhadap Program Keselamatan Pasien, Apoteker perlu melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi di unit kerjanya secara berkala. Monitoring merupakan kegiatan pemantauan terhadap pelaksanaan pelayanan kefarmasian terkait Program Keselamatan Pasien. Evaluasi merupakan proses penilaian kinerja pelayanan kefarmasian terkait Program Keselamatan Pasien.

Tujuan dilakukan monitoring dan evaluasi agar pelayanan kefarmasian yang dilakukan sesuai dengan kaidah keselamatan pasien dan mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dan berulang dimasa yang akan datang.

Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap :

Sumber daya manusia (SDM)

- Pengelolaan perbekalan farmasi (seleksi, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi/penggunaan)
- Pelayanan farmasi klinik (pengkajian resep, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling obat, rekonstitusi obat kanker, iv.admixture, total parenteral nutrition, therapeutic drug monitoring)
- Laporan yang didokumentasikan.

Dari hasil monitoring dan evaluasi dilakukan intervensi berupa rekomendasi dan tindak lanjut terhadap hal-hal yang perlu diperbaiki seperti perbaikan kebijakan,

prosedur, peningkatan kinerja SDM, sarana dan prasarana ataupun organisasi. Hasil dari rekomendasi dan tindak lanjut ini harus diumpan balikkan ke semua pihak yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit. Untuk mengukur keberhasilan program kegiatan yang telah ditetapkan diperlukan indikator, suatu alat/tolok ukur yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap prosedur yang telah ditetapkan.

Indikator keberhasilan program dapat dilihat dari menurunnya angka kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel menurunnya KTD, KNC dan Kejadian Sentinel yang berulang.

### 2.3. Kepatuhan

Menurut Green (1980), faktor-faktor yang memberikan kontribusi terhadap perilaku kesehatan adalah:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam *Knowledge* (Pengetahuan), *Attitude* (Sikap), *Belief* (Kepercayaan), *Values* (nilai-nilai), dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yaitu biaya dan jarak tempat tinggal. Faktor ini ditunjukkan oleh variabel:
  - a. Sumber daya keluarga, seperti pendapatan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
  - b. Sumber daya masyarakat, seperti jumlah sarana pelayanan kesehatan di suatu wilayah, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan dan letak geografis.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, atau bagian dari masyarakat yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat seperti keluarga, teman, atau tokoh masyarakat.

Kemudian, pelaksanaan pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh beberapa variabel, seperti yang dinyatakan oleh Green (1980) dalam Sumbung (2006):

1. Keadaan demografis, seperti: usia, jenis kelamin dan status pernikahan

2. Keadaan sosial seperti: pendidikan, suku, pekerjaan, jumlah keluarga, agama, dan tingkat morbiditas
3. Masalah komunikasi. Penyebab yang paling umum terjadi *medical errors*.  
Kegagalan komunikasi: verbal/tertulis, miskomunikasi antar staf, antar shif, informasi tidak didokumentasikan dengan baik/hilang, masalah-masalah komunikasi: tim layanan kesehatan di 1 lokasi, antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan pekerja non klinis, dan antar staf dengan pasien. Arus informasi yang tidak adekuat. Ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tepat waktu dan dapat diandalkan saat pemberian hasil pemeriksaan yang kritis, koordinasi instruksi obat saat transfer antara unit, informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain/dirujuk ke RS lain.
4. Masalah SDM. Gagal mengikuti kebijakan, SOP dan proses-proses, dokumentasi suboptimal dan labelling spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat, untuk setiap pasien pada saat diperlukan Hal-hal yang berhubungan dengan pasien. Identifikasi pasien yang tidak tepat, asesmen pasien yang tidak lengkap, kegagalan memperoleh consent, pendidikan pasien yang tidak adekuat transfer pengetahuan di rumah sakit.  
Kekurangan pada orientasi atau training, tingkat pengetahuan staf untuk jalankan tugasnya, transfer pengetahuan di RS pendidikan. Pola SDM atau alur kerja. Para dokter, perawat, dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai, pengawasan atau supervisi yang tidak adekuat.
5. Kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat. Pedoman cara pelayanan dapat merupakan faktor penentu terjadinya banyak *medical errors*. Kegagalan dalam proses layanan dapat ditelusuri sebabnya pada buruknya dokumentasi, bahkan tidak ada pencatatan, atau SOP klinis yang adekuat.

### 2.3.1. Konsep Kepatuhan

#### Pengertian Kepatuhan

Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan. Sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin.

Seseorang dikatakan patuh berobat bila mau datang ke petugas kesehatan yang telah ditentukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan serta mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh petugas (Lukman Ali et al, 1999).

### **Proses perubahan sikap dan perilaku (teori Kelman)**

- Menurut Kelman perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi petugas tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut tahap ini disebut tahap kesediaan, biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itu pun ditinggalkan.
- Pengawasan itu tidak perlu berupa kehadiran fisik petugas atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut terhadap ancaman sanksi yang berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam tahap ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, individu terpaksa mengalah dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya.  
Namun segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, kemungkinan perilakunya akan berubah menjadi perilakunya sendiri.
- Kepatuhan individu berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*).
- Biasanya kepatuhan ini timbul karena individu merasa tertarik atau mengagumi petugas atau tokoh tersebut, sehingga ingin mematuhi apa yang dianjurkan atau diinstruksikan tanpa memahami sepenuhnya arti dan mamfaat dari tindakan tersebut, tahap ini disebut proses identifikasi.

- Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu dalam tahap ini lebih baik dari pada dalam tahap kesediaan, namun motivasi ini belum dapat menjamin kelestarian perilaku itu karena individu belum dapat menghubungkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika dia ditinggalkan petugas atau tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu melanjutkan perilaku tersebut.
- Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi, dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya.
- Proses internalisasi ini dapat dicapai jika petugas atau tokoh merupakan seseorang yang dapat dipercaya (kredibilitasnya tinggi) yang dapat membuat individu memahami makna dan penggunaan perilaku tersebut serta membuat mereka mengerti akan pentingnya perilaku tersebut bagi kehidupan mereka sendiri.
- Memang proses internalisasi ini tidaklah mudah dicapai sebab diperlukan kesediaan individu untuk mengubah nilai dan kepercayaan mereka agar menyesuaikan diri dengan nilai atau perilaku yang baru. *Teori The Health Belief Model* (Model Kepercayaan Kesehatan).
- Model kepercayaan kesehatan adalah suatu bentuk penjabaran dari teori Sosial-Psikologi, model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usulan-usulan pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider.
- Model kepercayaan kesehatan ini menyatakan, apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada 5 (lima) variabel kunci yang terlibat dalam tindakan tersebut, yaitu:
  1. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)  
Seseorang akan melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit bila individu merasa rentan terhadap penyakit tersebut.

2. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena keseriusan penyakit yang dirasakannya.

3. Manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*)

Seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena adanya manfaat yang dirasakannya dalam mengambil tindakan tersebut bagi penyakitnya.

4. Ancaman yang dirasakan (*Perceived Threat*)

Seseorang akan terdorong untuk melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan terhadap suatu penyakit oleh karena adanya ancaman yang dirasakan dari penyakitnya.

5. Isyarat atau petunjuk untuk bertindak (*Cues to Action*)

Untuk dapat meningkatkan penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan, perlu adanya isyarat atau petunjuk dari orang lain, misalnya; Media massa, Nasehat petugas kesehatan atau anggota keluarga.

## **BAB III GAMBARAN UMUM**

### **3.1. Gambaran Umum RSUD Surya Husadha Denpasar**

RSUD Surya Husadha adalah rumah sakit swasta tipe C yang berada di bawah naungan PT Surya Husadha. Rumah sakit ini beralamat di Jl. P Serangan no.7 Denpasar, Bali. Berdiri diatas tanah seluas 5.125 m<sup>2</sup>, dengan total luas bangunan adalah 5.617 m<sup>2</sup>.

#### **3.1.1 Visi, Misi dan Motto**

Visi RSUD Surya Husadha adalah “Menjadi penyedia jasa pelayanan kesehatan dan pendukungnya yang terbaik dan terdepan di kawasan Indonesia Bagian Timur”. Visi tersebut di capai dengan berbagai upaya yang dituangkan dalam berbagai misi rumah sakit sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan usaha di bidang pelayanan kesehatan.
2. Menyelenggarakan usaha di bidang yang berhubungan dengan jasa pelayanan kesehatan.
3. Mengembangkan kualitas SDM di bidang pelayanan kesehatan dan manajemen.
4. Berkontribusi bagi peningkatan kesadaran dan kualitas kesehatan masyarakat secara umum.

Seluruh misi rumah sakit di jabarkan dalam rencana strategis lima tahunan yang dibagi menjadi beberapa fase yaitu:

3. Fase Konsolidasi ( periode tahun 2008-2009)
4. Fase Penyempurnaan Konsolidasi (periode tahun 2010)
5. Fase Pertumbuhan Lokal dan Regional (periode tahun 2011-2012)
6. Fase Excellent (periode tahun 2013).

Seluruh pelayanan yang diberikan kepada pelanggan oleh karyawan rumah sakit, didasari atas motto “Melayani Dengan Hati” yang dilaksanakan melalui penerapan nilai luhur perusahaan yang meliputi: 1. Integritas; 2. Profesionalisme 3. Kreatif dan Inovatif; 4. Fokus Pada Pelanggan; 5. Tim Kerja Yang Solid ; 6. *Excellence*.

Setiap karyawan rumah sakit harus mengetahui, memahami dan mendasari kegiatan pelayanan yang dilakukan berdasarkan atas nilai luhur tersebut.

Didasari dengan integritas yang baik dalam memulai setiap pelayanan yang memiliki arti selalu melaksanakan pekerjaan berdasarkan etika dan moral yang baik disertai sikap profesional yang memiliki arti melakukan setiap pelayanan sesuai dengan tuntutan profesi dan kebutuhan perusahaan, sehingga dapat menjamin pelayanan yang memiliki mutu dan keamanan (*quality and safety*).

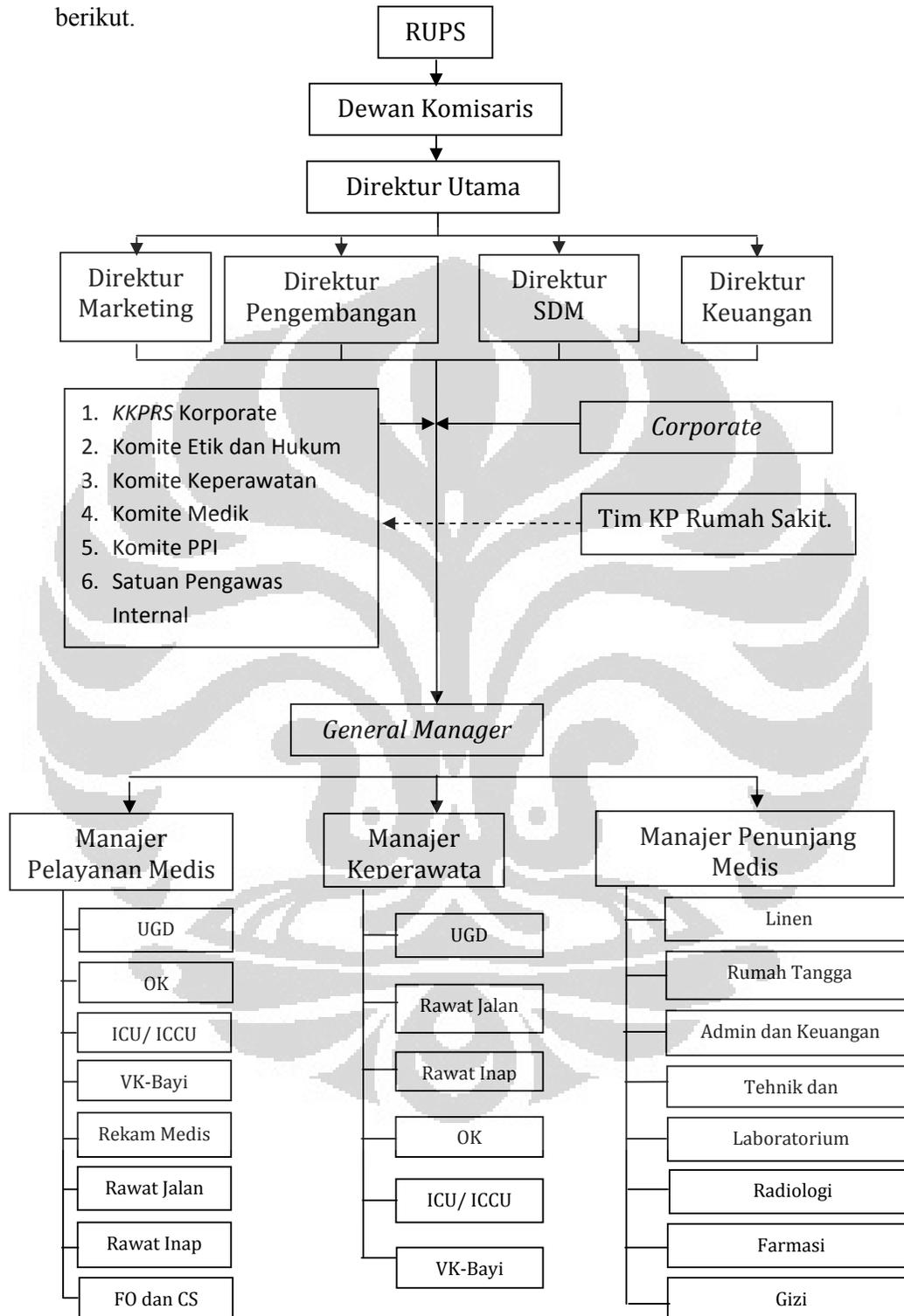
Dalam melaksanakan pelayanan karyawan selalu dituntut untuk memiliki kreatifitas dan inovasi terus menerus yang selalu berfokus kepada kepentingan pelanggan. Keyakinan untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik dan memiliki keunggulan dalam bersaing mampu diwujudkan melalui kerjasama tim yang solid. Sebagai titik akhir dari seluruh nilai luhur tersebut adalah dilaksanakannya pelayanan yang selalu berorientasi *excellent* yang memiliki arti pelayanan yang memiliki keunggulan untuk bersaing.

### **3.1.2. Struktur Organisasi**

Pemegang keputusan tertinggi di dalam struktur organisasi RSU Surya Husadha adalah rapat umum pemegang saham (RUPS). Para pemegang saham memberikan wewenang pengawasan pelaksanaan operasional rumah sakit kepada sejumlah dewan komisaris yang diketuai oleh seorang ketua dewan komisaris. Sedangkan operasional rumah sakit dilaksanakan oleh beberapa orang direksi yang dipimpin oleh seorang direktur utama. Ada empat direktur di RSU Surya Husadha yaitu direktur sumber daya manusia (SDM), direktur keuangan, direktur pengembangan dan direktur marketing. Direksi dibantu oleh beberapa komite seperti Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), Komite Etik dan Hukum, Komite Keperawatan, Komite Medik, PPI, SPI dan QA.

KKPRS korporat memiliki tugas dan fungsi pokok menyusun perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien di seluruh unit bisnis PT Surya Husadha. Komite ini juga berfungsi memfasilitasi apabila rekomendasi dan solusi terhadap insiden terkait *patient safety* yang terjadi memerlukan kebijakan baru maupun perubahan kebijakan yang bersifat korporasi dan melibatkan direksi PT Surya Husadha.

Struktur organisasi RSU Surya Husadha ditunjukkan dalam Gambar 3.1. berikut.



Gambar 3.1. Struktur Organisasi RSU Surya Husadha Denpasar Tahun 2010

Direktur membawahi seorang *General Manager* yang mempunyai tugas dan fungsi mengkoordinir pelayanan di rumah sakit. *General Manager* dibantu oleh beberapa Manajer diantaranya:

1. Manajer Pelayanan Medis
2. Manajer Keperawatan
3. Manajer Penunjang Medis

Perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program *patient safety* dirumah sakit dilaksanakan oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Tugas dan fungsi pokok tim adalah menyusun program kerja keselamatan pasien di rumah sakit, melaksanakan pertemuan pembahasan kasus, memberikan rekomendasi kepada general manager terhadap insiden terkait *patient safety* yang terjadi dan bekerjasama dengan KKPRS Korporate apabila insiden yang terjadi mempengaruhi unit bisnis korporate yang lainnya.

### 3.1.3 Sumber Daya Manusia

Secara keseluruhan jumlah seluruh pegawai RSUD Surya Husadha Denpasar adalah sebanyak 380 orang. Berdasarkan status kepegawaian, dibedakan menjadi pegawai tetap, kontrak dan *outsourcing*. Secara umum, RSUD Surya Husadha memiliki dokter umum sebanyak 20 orang, dokter spesialis dengan status tetap (purna waktu) sebanyak 15 orang, dokter spesialis tidak tetap (paruh waktu) sebanyak 68 orang dan dokter gigi sebanyak 3 orang. Berdasarkan kompetensinya, dapat dibedakan menjadi beberapa kategori, seperti terlihat pada Tabel 3.1.

**Tabel 3.1**

#### **Kompetensi dan Jumlah SDM di RSUD Surya Husadha Denpasar tahun 2011**

No	Kompetensi	Jumlah
1.	Dokter Umum	20 orang
2.	Dokter Gigi	3 orang
3.	Dokter Spesialis tetap	
	a. Dokter Bedah Umum	2 orang
	b. Dokter Kandungan dan Kebidanan	2 orang
	c. Dokter Penyakit Dalam	2 orang
	d. Dokter Anestesi	2 orang
	e. Dokter THT	2 orang

	f. Dokter Penyakit Saraf	1 orang
	g. Dokter Radiologi	1 orang
	f. Dokter Penyakit Anak	2 orang
	h. Dokter Bedah Saraf	1 orang
4.	Dokter Spesialis Tidak Tetap	
	a. Dokter Kandungan dan Kebidanan	8 orang
	b. Dokter Penyakit Dalam	13 orang
	c. Dokter Penyakit Paru	1 orang
	d. Dokter Penyakit Jantung-Pembuluh darah	2 orang
	e. Dokter Anestesi	2 orang
	f. Dokter Bedah Umum	1 orang
	g. Dokter Bedah Urologi	2 orang
	h. Dokter Bedah Oncologi	1 orang
	i. Dokter Bedah Digestive	1 orang
	j. Dokter Bedah Anak	1 orang
	k. Dokter Bedah Tulang	2 orang
	l. Dokter Bedah Saraf	1 orang
	m. Dokter Bedah Thorak	2 orang
	n. Dokter THT	4 orang
	o. Dokter Penyakit Saraf	3 orang
	p. Dokter Penyakit Kulit dan Kelamin	2 orang
	q. Dokter Radiologi	1 orang
	r. Dokter Penyakit Mata	4 orang
	s. Dokter Penyakit Anak	10 orang
	t. Dokter Kesehatan Jiwa	2 orang
	u. Dokter Rehabilitasi Medis	1 orang
	v. Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut	1 orang
5.	Perawat	160 orang
6.	Bidan	36 orang
7.	Paramedis non keperawatan	
	a. Apoteker	1 orang
	b. D3 Radiologi	4 orang
	c. D4 Radiologi	1 orang
	d. D3 Akademi Gizi	2 orang
	e. D3 Analisis Kesehatan	14 orang
	f. D3 Perekam Medis	1 orang
8.	Tenaga non medis	

a.	S1, Ekonomi	12 orang
b.	S1, Komputer	2 orang
c.	SLTA	25 orang
d.	SLTP	10 orang
e.	SD	9 orang

Sumber : Data Sekunder Direktorat SDM PT Surya Husadha Tahun 2011

Dari Tabel 3.1 tersebut dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia yang dimiliki oleh RSU Surya Husadha tergolong cukup lengkap. Peraturan penetapan kelas rumah sakit mensyaratkan untuk rumah sakit dengan tipe C, harus memiliki minimal 2 orang dokter spesialis dengan status kepegawaian sebagai pegawai tetap untuk minimal empat spesialisasi utama. Keempat spesialisasi utama tersebut meliputi penyakit bedah, penyakit dalam, penyakit anak dan penyakit kandungan dan kebidanan.

#### 3.1.4. Unit Pelayanan Rumah Sakit

Secara umum terdapat beberapa unit pelayanan di RSU Surya Husadha, seperti yang terdapat pada Tabel 3.2 berikut.

**Tabel 3.2**  
**Unit pelayanan kesehatan di RSU Surya Husadha Denpasar Tahun 2011**

No	Unit Kerja	Sub Unit Kerja
1	Rawat Jalan	1. Poliklinik Umum 2. Poliklinik Bedah Umum 3. Poliklinik Bedah Urologi 4. Poliklinik Bedah Saraf 5. Poliklinik Bedah Tulang 6. Poliklinik Bedah Onkologi 7. Poliklinik Saraf 8. Poliklinik THT 9. Poliklinik Anak 10. Poliklinik Penyakit Dalam 11. Poliklinik Mata 12. Poliklinik Jantung 13. Poliklinik Gigi
2	Gawat Darurat	
3	Farmasi	
4	Radiologi	

5	Rawat Inap	1.Rawat Inap lantai II 2. Rawat Inap Lantai III 3. Rawat Inap Lantai IV
6	Kamar Operasi	
7	ICU/ICCU/Intermediate	
8	Hemodialisis	
9	Ruang Bersalin	
No	Unit Kerja	Sub Unit Kerja
10	Ruang Bayi	
11	Laboratorium	
12	Konsultasi Gizi	
13	Pemeliharaan	

Sumber: Data Sekunder Direktorat Pengembangan PT Surya Husadha Tahun 2011

Dengan mengacu kepada struktur organisasi rumah sakit, saat ini unit pelayanan yang ada masih berbentuk unit kerja (belum berbentuk instalasi). Setiap unit kerja di pimpin oleh seorang kepala unit kerja yang bertanggung jawab kepada Manajer di atasnya sesuai dengan pembagian wilayah kerja setiap Manajer.

### 3.2. Gambaran Umum Program *Patient Safety*

Program *patient safety* di RSUD Surya Husadha Denpasar dimulai bulan Agustus 2006. Diawali dengan penyelenggaraan seremonial dalam bentuk kegiatan kebulatan tekad oleh manajemen dan pegawai rumah sakit, tentang komitmen melaksanakan program *patient safety* dirumah sakit. Kegiatan ini dilanjutkan dengan menetapkan komite keselamatan pasien rumah sakit Surya Husadha Denpasar, dengan susunan kepanitiaan seperti berikut.

1. Pelindung: Direksi PT Surya Husadha
2. Penasehat: dr. Made Hemadewi, MM
3. Ketua: dr. Made Santika
4. Wakil Ketua: dr. Made Purna
5. Sekretaris: zr.Kadek Rustini
6. Anggota:
  - 1). dr. Putu Wirajaya, SpPD,
  - 2). Dr.Eka Kusmawan, SpB,
  - 3). dr. Supriatmaja, SpOG,
  - 4). dr.I B Suparyatha, Sp.A,

- 5). dr. Widiartawan, Sp.An,
- 6). Ka Unit UGD,
- 7). Ka Unit Rawat Jalan,
- 8). Ka Unit Rawat Inap,
- 9). Manajer Keperawatan.

Selain menetapkan susunan tim, dalam pelaksanaan program *patient safety* di rumah sakit, juga di susun berbagai program kerja yang dilaksanakan secara berkesinambungan. Adapun program kerja *patient safety* di tahun 2010 sebagai berikut:

1. Upaya membentuk budaya *safety* di seluruh pegawai rumah sakit melalui peningkatan pemahaman tentang nilai keselamatan pasien untuk semua pegawai rumah sakit yang dilaksanakan melalui sosialisasi internal. Kegiatan ini dilaksanakan secara rutin setiap bulan secara bergilir untuk setiap unit kerja yang ada. Target dari kegiatan ini adalah semua pegawai memahami, memiliki kesadaran dan komitmen tentang nilai keselamatan pasien rumah sakit.
2. Peningkatan pengetahuan terutama perkembangan terbaru tentang *patient safety* yang dilaksanakan melalui seminar dan pelatihan dengan mengundang narasumber dari luar yang memiliki kompetensi sebagai pembicara. Kegiatan ini diselenggarakan pada bulan Agustus 2010, dengan narasumber tim KKPRS Pusat Jakarta. Upaya peningkatan pengetahuan ini juga dilaksanakan melalui pengiriman peserta secara rutin ke pelatihan tentang *patient safety* yang diselenggarakan di luar.
3. Pertemuan rutin untuk membahas dan mencari solusi terhadap insiden yang terjadi. Pertemuan ini diselenggarakan secara rutin pada hari Jumat setiap minggu. Melalui kegiatan ini diharapkan dapat di hasilkan berbagai solusi dan rekomendasi terhadap insiden yang terjadi. Pertemuan ini diikuti oleh semua Pengurus KKPRS Surya Husadha.

Meskipun berbagai program kerja telah disusun dan dilaksanakan, namun insiden masih tetap terjadi di unit kerja yang ada di rumah sakit. Bahkan jumlah insiden menunjukkan kecenderungan adanya peningkatan. Kurangnya monitoring dan evaluasi terhadap rekomendasi dan solusi yang di hasilkan, mungkin menjadi salah satu penyebab kondisi tersebut.

## BAB IV KERANGKA KONSEP

### 4.1. Kerangka Teori

Untuk menyusun kerangka konsep penelitian ini, maka peneliti mereduksi beberapa teori yang telah dipaparkan dalam tinjauan pustaka. Menurut Green (1980), faktor-faktor yang memberikan kontribusi terhadap perilaku kesehatan adalah:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam *Knowledge* (Pengetahuan), *Attitude* (Sikap), *Belief* (Kepercayaan), *Values* (nilai-nilai), dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yaitu biaya dan jarak tempat tinggal. Faktor ini ditunjukkan oleh variabel:
  - a. Sumber daya keluarga, seperti pendapatan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
  - b. Sumber daya masyarakat, seperti jumlah sarana pelayanan kesehatan di suatu wilayah, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan dan letak geografis.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, atau bagian dari masyarakat yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat seperti keluarga, teman, atau tokoh masyarakat.

Kemudian, pelaksanaan pelayanan kesehatan juga ditentukan oleh beberapa variabel, seperti yang dinyatakan oleh Green (1980) dalam Sumbung (2006):

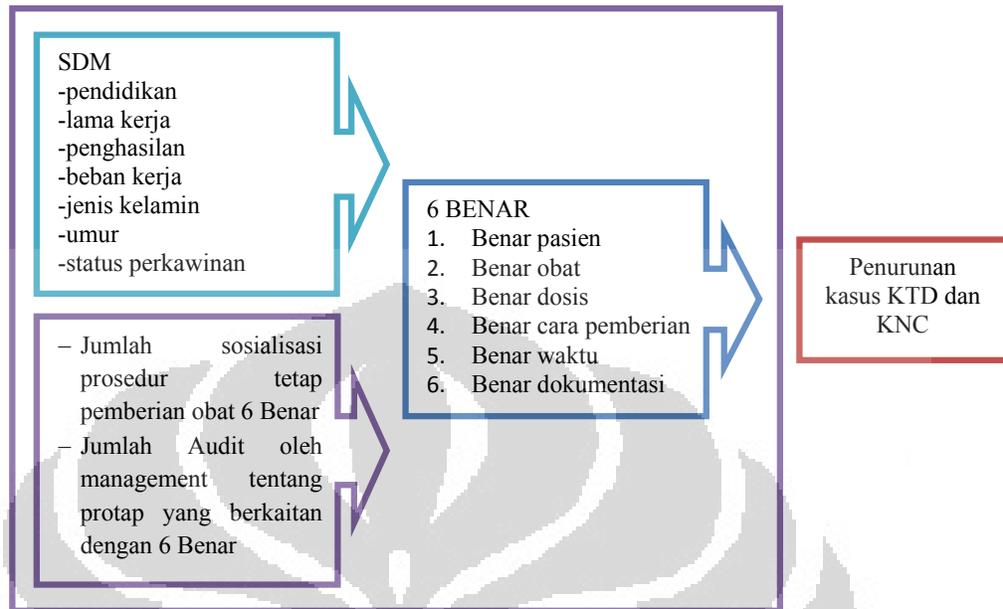
1. Keadaan demografis, seperti: usia, jenis kelamin dan status pernikahan

2. Keadaan sosial seperti: pendidikan, suku, pekerjaan, jumlah keluarga, agama, dan tingkat morbiditas

Masalah dalam kepatuhan terhadap pelaksanaan 6 Benar:

- Masalah komunikasi. Penyebab yang paling umum terjadi *medical errors*. Kegagalan komunikasi: verbal/tertulis, miskomunikasi antar staf, antar shif, informasi tidak didokumentasikan dengan baik/hilang, masalah-masalah komunikasi: tim layanan kesehatan di 1 lokasi, antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan pekerja non klinis, dan antar staf dengan pasien. Arus informasi yang tidak adekuat. Ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tepat waktu dan dapat diandalkan saat pemberian hasil pemeriksaan yang kritis, koordinasi instruksi obat saat transfer antara unit, informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain/dirujuk ke RS lain.
- Masalah SDM. Gagal mengikuti kebijakan, SOP dan proses-proses, dokumentasi suboptimal dan labelling spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat, untuk setiap pasien pada saat diperlukan Hal- hal yang berhubungan dengan pasien. Idenifikasi pasien yang tidak tepat, asesmen pasien yang tidak lengkap, kegagalan memperoleh consent, pendidikan pasien yang tidak adekuat transfer pengetahuan di rumah sakit. Kekurangan pada orientasi atau training, tingkat pengetahuan staf untuk jalankan tugasnya, transfer pengetahuan di RS pendidikan. Pola SDM atau alur kerja. Para dokter, perawat ,dan staf lain sibuk karena SDM tidak memadai, pengawasan atau supervisi yang tidak adekuat.
- Kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat. Pedoman cara pelayanan dapat merupakan faktor penentu terjadinya banyak *medical errors*. Kegagalan dalam proses layanan dapat ditelusuri sebabnya pada buruknya dokumentasi, bahkan tidak ada pencatatan, atau SOP klinis yang adekuat.

## Kerangka Teori



### 4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori dan hasil penelitian sebelumnya, peneliti mencoba membangun suatu kerangka konsep yang menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan staf farmasi dan keperawatan dalam hal melaksanakan 6 Benar di dalam pelayanannya yang akan menurunkan terjadinya KTD dan KNC, dalam hal ini kepatuhan dalam pemberian obat kepada pasien.

#### Independent Variabel

1. SDM
  - pendidikan
  - lama kerja
  - penghasilan
  - beban kerja
  - jenis kelamin
  - umur
  - status perkawinan
2. Pelaksanaan sosialisasi prosedur tetap tentang pemberian obat (6Benar)
3. Pelaksanaan audit oleh management tentang protap yang berkaitan dengan 6 Benar

#### Dependent Variabel

- 6 BENAR
1. Benar pasien
  2. Benar obat
  3. Benar dosis
  4. Benar cara pemberian
  5. Benar waktu
  6. Benar dokumentasi

### 4.3. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	PENGUKURAN		
				ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Pelaksanaan Sosialisasi Prosedur 6B	Pelaksanaan sosialisasi prosedur 6 Benar di rumah sakit yang telah disampaikan kepada staf perawat dan farmasi	Wawancara dengan kuesioner tertutup	Kuesioner	Telah dilakukan sosialisasi akan SOP 6 benar yang dibuat 4 kali dalam setahun secara internal dan 2 kali dalam setahun secara eksternal ( 1kali, 2 kali, 3kali, 4 kali, 5 kali, 6 kali)	Nominal
2	Pelaksanaan audit oleh Managemen	Pelaksanaan audit yang dilakukan oleh managemen untuk melakukan pengawasan kepada staf	Wawancara dengan kuesioner tertutup	Kuesioner	Telah dilakukan pengawasan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat 4 kali dalam setahun( 1 kali, 2 kali, 3kali, 4 kali, 5 kali, 6 kali)	Nominal

3	Umur	Usia responden yang dihitung menurut ulang tahun terakhir pada saat dilakukan penelitian	Menggunakan kuesioner dengan kelompok umur	Kuesioner	Didapatkan usia responden berdasarkan kelompok umur.	Interval
4	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir responden	Wawancara	Kuesioner	1. SPK/ Jures 2. D1 3. D III/Asisten Apoteker 4. S1Keperawatan /Apoteker	Nominal
5	Penghasilan	Adalah penghasilan karyawan per bulannya	Melihat penghasilan karyawan perbulannya di SDM	Slip gaji	1. < Rp. 1 juta 2. Rp. 1 juta – < Rp. 2 juta 3. Rp. 2 juta – < Rp. 3 juta 4. Rp. 3 juta – < Rp. 4 juta	Interval
6	Beban kerja	Adalah beban staf perawat dan perawat di Rumah Sakit yang dapat dilihat dari jumlah jam jaga setiap tanggal 25.	Melihat pada data SDM, apa semua karyawan sudah sesuai dengan beban kerjanya	Data bulanan rekapan absensi	Jumlah per bulan sesuai dengan beban kerja, 160 jam kerja (aturan Depnaker UU no13 tahun 2003) dalam sebulan:	Interval

					160-169 jam 170-179 jam 180-189 jam 190-199 jam 200-209 jam	
7	Jenis kelamin	Adalah pria atau wanita	Dengan menggunakan <i>checklist</i> pria atau wanita	<i>Checklist</i>	Pria atau wanita	Nominal
8	Status perkawinan	Adalah status perkawinan yang telah disahkan oleh catatan sipil	Dengan menggunakan <i>checklist</i> menikah atau tidak	<i>Checklist</i>	Kawin atau tidak kawin	Nominal
9	Lama kerja	Adalah lamanya karyawan bekerja dimulai sejak terhitung kontrak dimulai sampai tahun 2011	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Diukur : 1-5 tahun 6-10 tahun 11-15 tahun 16-20 tahun 21-25 tahun	Interval

10	Pelaksanaan responden tentang Benar Pasien di rumah sakit	<p>Benar Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk observer di keperawatan jawaban benar apabila perawat menanyakan kesesuaian identitas di tempat tidur dengan pasien yang ditanyakan secara langsung atau keluarganya, sedangkan di ruang bayi dengan melihat langsung gelang identitas pada lengan bayi.</li> <li>- Untuk observer di Apotek jawaban Benar apabila petugas farmasi menanyakan langsung nama pasien sesuai dengan resep saat memberikan obat.</li> </ul>	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal
----	---	--	-------------------------------------	------------------	---------------	---------

	Pelaksanaan responden tentang Benar Obat di rumah sakit	Benar Obat : Baik observer Keperawatan maupun Apotek jawaban Benar apabila melakukan pemeriksaan tiga kali, pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat.	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal
	Pelaksanaan responden tentang Benar Dosis di rumah sakit	Benar Dosis : - Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali dosisnya dengan melihat instruksi dokter pada medical record.	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal

		- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali dosisnya dengan melihat pada resep dokter.				
	Pelaksanaan responden tentang Benar Cara Pemberian di rumah sakit	Benar Cara Pemberian : - Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali cara pemberiannya dengan melihat instruksi dokter pada medical record. - Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali cara pemberiannya dengan melihat pada resep dokter.	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal

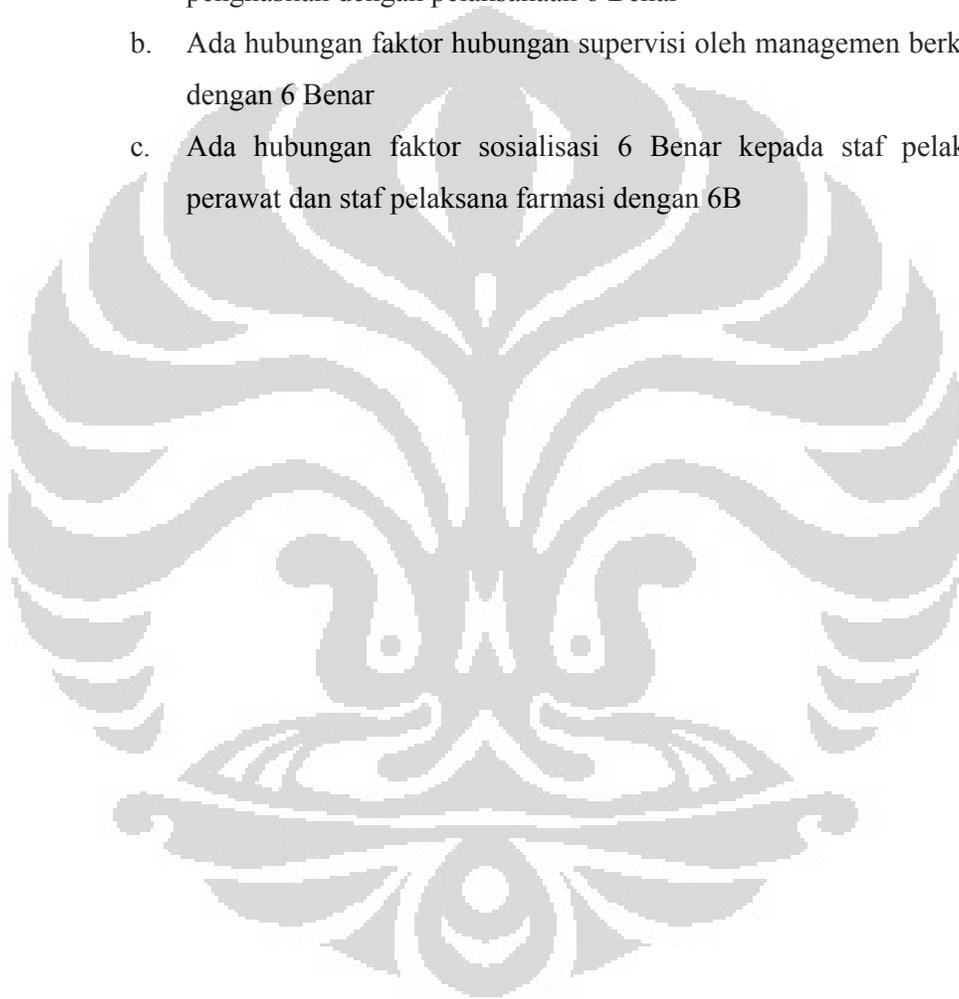
	Pelaksanaan responden tentang Benar Waktu di rumah sakit	<p>Benar Waktu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali waktu pemberiannya dengan melihat instruksi dokter pada medical record.</li> <li>- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali waktu pemberiannya dengan melihat pada resep dokter.</li> </ul>	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal
	Pelaksanaan responden tentang Benar Dokumentasi	<p>Benar Dokumentasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien didokumentasikan, dosis, -rute,</li> </ul>	Dengan menggunakan <i>checklist</i>	<i>Checklist</i>	Ya atau tidak	Nominal

	di rumah sakit	waktu dan oleh siapa obat itu diberikan pada medical record (asuhan keperawatan). - Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien didokumentasikan berupa tanda tangan di belakang resep dokter.				
--	----------------	---	--	--	--	--

#### 4.4. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini dikembangkan berdasarkan tujuan penelitian sebagai berikut:

- a. Ada hubungan faktor sosio-demografi yaitu umur, pendidikan, lama kerja, pekerjaan, beban kerja, jenis kelamin, status perkawinan dan penghasilan dengan pelaksanaan 6 Benar
- b. Ada hubungan faktor hubungan supervisi oleh manajemen berkaitan dengan 6 Benar
- c. Ada hubungan faktor sosialisasi 6 Benar kepada staf pelaksana perawat dan staf pelaksana farmasi dengan 6B



## **BAB V**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini bersifat analitik dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Desain penelitian kualitatif adalah survei *cross sectional*, yang berarti pengukuran variabel dependent dan independent dilaksanakan pada satu saat (Sugiyono 2009). Desain kualitatif dengan menggali informan dengan melakukan wawancara mendalam terhadap informan, informan ditempatkan secara purposive dengan pertimbangan pengambilan sampel dengan 2 prinsipal yaitu kesesuaian dan kecukupan sampel. Dengan demikian diharapkan dapat diambil suatu gambaran tentang faktor - faktor yang mempengaruhi kepatuhan staf pelaksana perawat dan staf pelaksana farmasi menggunakan 6 benar dalam menurunkan KTD dan KNC di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

#### **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di unit farmasi dan keperawatan Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 25 February 2012 - 25 Maret 2012.

#### **5.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **5.3.1. Populasi**

Populasi penelitian ini adalah staf perawat dan staf farmasi di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

##### **5.3.2. Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh staf perawat dan farmasi pada saat penelitian dilakukan, dengan menurut Kriteria Inklusi sebagai berikut:

1. Responden adalah staf perawat dan staf farmasi yang bekerja di Rumah Sakit Umum Surya Husadha
2. Responden adalah tenaga pelaksana perawat dan staf farmasi yang berstatus kontrak 1 - 2 tahun dan pegawai tetap di Rumah sakit Umum Surya Husadha

#### 5.4. Ukuran Sampel

Dalam penelitian ini staf perawat dari unit rawat jalan, rawat inap yang terdiri dari VK, OK, ICU, dan UGD serta Unit Farmasi akan diambil semuanya. Adapun hasil yang didapatkan adalah sbb:

No	Unit RSU Surya Husadha	Total Karyawan Tahun 2011
1	Unit rawat Jalan	15
2	Unit rawat inap	71
3	VK	5
4	UGD	17
5	ICU	12
6	OK	11
7	Unit farmasi	17
	TOTAL	148

Sumber: SDM RSU Surya Husadha tahun 2011

Sedangkan secara kualitatif didapatkan 8 sampel yang diambil dari kelompok keperawatan 4 orang dan farmasi 4 orang.

#### 5.5. Cara Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer, data diperoleh dari wawancara berdasarkan kuesioner dan pengamatan secara *cross sectional* terhadap 6 Benar dengan responden yaitu staf pelaksana perawat dan staf pelaksana farmasi di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

#### 5.6. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari responden terpilih dilakukan melalui wawancara langsung dengan responden. Sedangkan tingkat kepatuhan akan dilakukan pengamatan secara langsung oleh pengamat eksternal untuk mengurangi subjektivitas terhadap responden yang diamati.

1. Karyawan diberi penjelasan mengenai kuesioner yang tidak berpengaruh pada konduite karyawan yang masih bekerja. Populasi dijelaskan pula tentang cara pengisian kuesioner (dalam hal ini peneliti dibantu oleh seseorang yang sebelumnya sudah mendapat pelatihan dari peneliti).

2. Kuesioner dibagikan dengan mendatangi langsung staf farmasi dan keperawatan yang bekerja di RSUD. Surya Husadha Denpasar.
3. Pengamatan dilakukan secara obyektif dengan menggunakan *observer* dalam pelaksanaannya di lapangan, *observer* adalah orang yang independent dan diharapkan hasilnya lebih obyektif.
4. Untuk wawancara mendalam telah dipilih 2 kelompok yang terdiri dari empat orang staf farmasi dan 4 orang staf perawat

### 5.7. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara bertahap yaitu:

1. *Editing*, yaitu melakukan pengecekan isian kuesioner untuk mengetahui kelengkapan, yaitu semua pertanyaan sudah terisi jawabannya dengan jelas dan lengkap.
2. *Coding*, yaitu memindahkan atau merubah data dari kuesioner yang berbentuk huruf atau kalimat menjadi data yang berbentuk angka dengan menggunakan kode tertentu pada masing-masing data atau variabel. Kegunaannya adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entri data.
3. *Entry* data, yaitu setelah data diedit dan diberi kode, maka data tersebut diproses dengan cara mengentri dari kuesioner ke komputer.
4. *Cleaning* data, data yang telah dimasukkan di komputer di cek kembali untuk mengetahui apakah ada kesalahan yang mungkin dilakukan pada saat memasukkan data ke komputer dengan tabel distribusi frekuensi.
5. Untuk analisa kualitatif data informan dikelompokkan berdasarkan responden dari perawat maupun farmasi.

### 5.8. Analisis Data

Analisis dilakukan dengan cara:

1. Analisis Univariat

Digunakan untuk melihat distribusi frekuensi berupa gambaran statistik deskriptif dari masing-masing variabel.

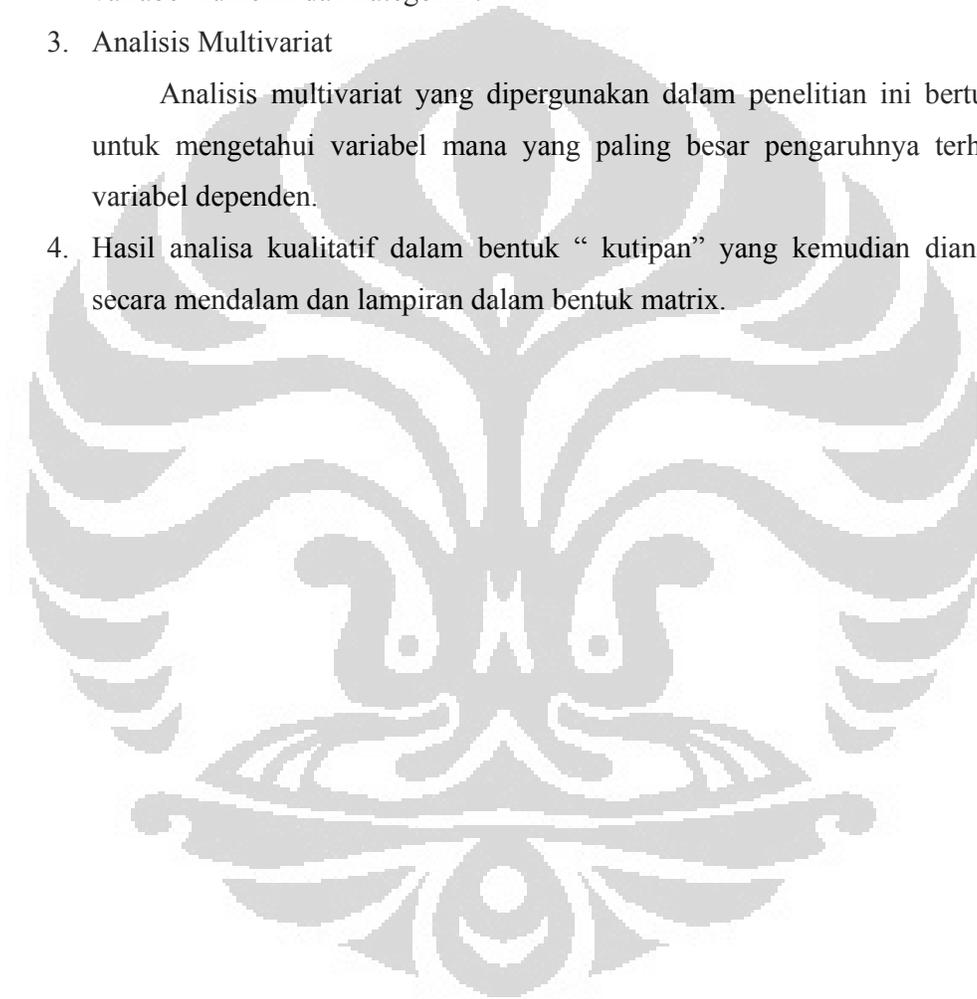
## 2. Analisis Bivariat

Dilakukan analisis hubungan antara setiap variabel bebas dengan variabel terikat untuk melihat apakah hubungan yang terjadi bermakna secara statistik. Uji statistik yang digunakan adalah uji Chi-Kuadrat & Uji Fisher untuk menganalisis hubungan antara variabel kategorik dan kategorik, Uji T tidak berpasangan & Uji Mann-Whitney untuk menganalisis hubungan antara variabel numerik dan kategorik .

## 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang dipergunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen.

## 4. Hasil analisa kualitatif dalam bentuk “ kutipan” yang kemudian dianalisis secara mendalam dan lampiran dalam bentuk matrix.



## BAB VI

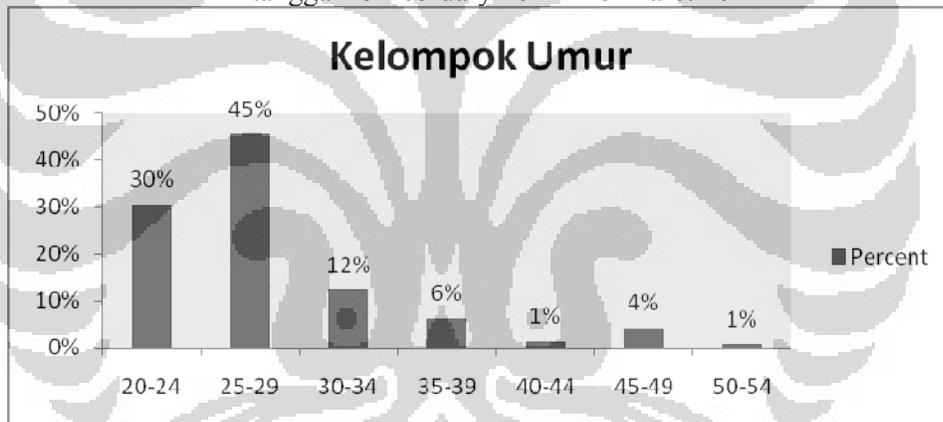
### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 6.1. Karakteristik subyek penelitian

Sampel penelitian dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dilakukan RSUD Surya Husadha sesuai dengan kriteria inklusi yang dilakukan penelitian dari tanggal 25 February 2012 sampai dengan 25 Maret 2012 berjumlah 148 orang. Distribusi sampel penelitian berdasarkan karakteristiknya dapat di lihat pada gambar berikut:

##### 6.1.1. Karakteristik Umur

Diagram 6.1.1. Distribusi responden berdasarkan karakteristik umur di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha tanggal 25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori umur dari 148 responden, didapatkan umur responden antara umur 20-24 tahun 45 orang (30%), 25-29 tahun sebanyak 67 orang (45 %), umur 30-34 tahun 18 orang (12%), 35-39 tahun 9 orang (6%), 40-44 tahun 2 orang (1%), 45-49 tahun 6 orang (4%) dan umur 50-54 tahun sebanyak 1 orang (1%).

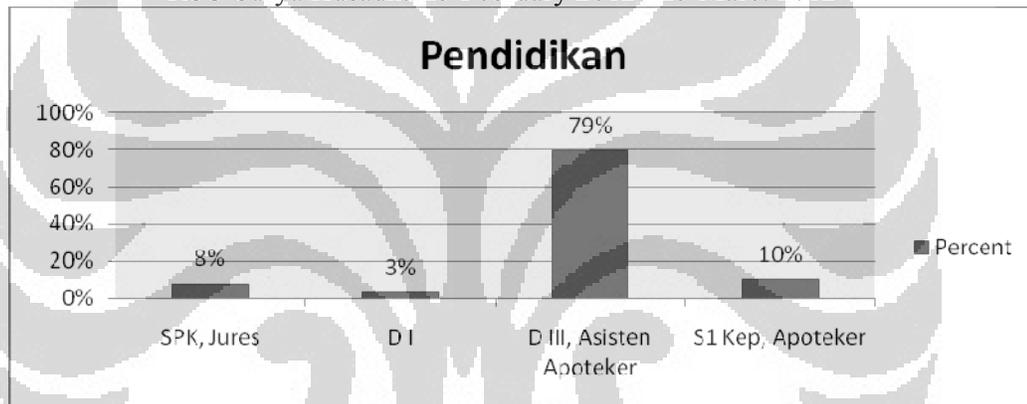
Pembahasan :

Tenaga di Rumah Sakit Umum Surya Husadha kebanyakan umur yang produktif. Menurut Singgih D. Gunarso ( 1990 ) mengemukakan bahwa semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur – umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor

umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur – umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. Semakin muda seseorang semakin mudah pula menyerap apa yang disampaikan, tetapi kepatuhan akan 6B juga harus diikuti dengan kemampuan memahami proses tersebut sehingga dapat diterapkan secara langsung dan tanpa adanya pelanggaran dari proses 6B.

### 6.1.2. Karakteristik pendidikan

Diagram 6.1.2 Diagram Distribusi responden berdasarkan Karakteristik Pendidikan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori pendidikan dari 148 responden, didapatkan pendidikan responden SPK, Jures sebanyak 12 orang (8%), D III, Asisten Apoteker sebanyak 117 orang (79 %), S1 Kep , Apoteker sebanyak 15 orang (10 %) dan pendidikan DI sebanyak 4 orang (3%).

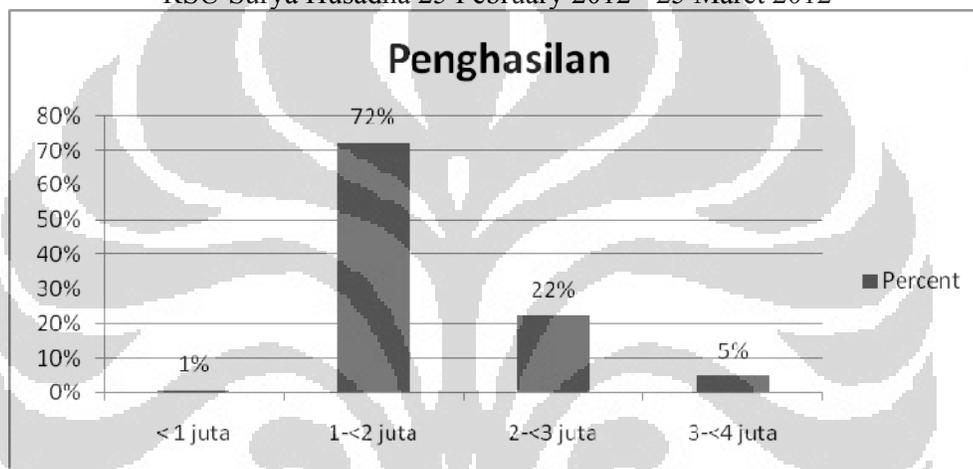
Pembahasan :

Pendidikan staf perawat dan farmasi mayoritas D III, Asisten Apoteker sebanyak 117 orang (79 %), di Rumah Sakit Umum Surya Husadha mayoritas tenaga D III keperawatan sudah sesuai dengan kebutuhan untuk saat ini, karena dari aturan pemerintah sesuai dengan UU ketenagaan di rumah sakit minimal D III keperawatan dan petugas apotek minimal Asisten Apoteker.

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu). Dengan harapan agar kepatuhan meningkat maka Rumah Sakit Umum Surya Husadha menerima tenaga perawat dan tenaga farmasi, minimal DIII atau asisten apoteker.

### 6.1.3. Karakteristik Penghasilan

Diagram 6.1.3. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Penghasilan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori penghasilan dari 148 responden, didapatkan penghasilan responden < 1 juta sebanyak 1 orang (1%), 1-<2 juta sebanyak 107 orang (72%), 2-<3 juta sebanyak 33 orang (22 %), dan 3-<4 juta sebanyak 7 orang (5 %).

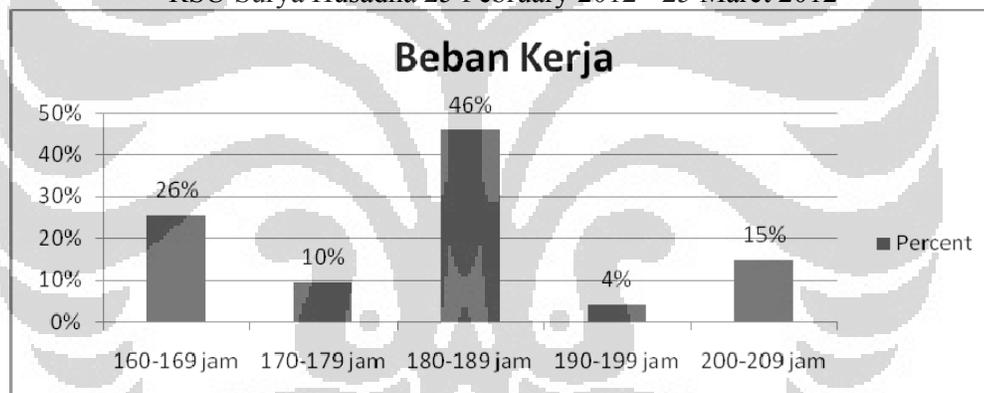
Pembahasan :

Penghasilan staf perawat dan farmasi mayoritas antara 1 - < 2 juta sebanyak 107 orang. Dari penghasilan staf rumah sakit kami, ternyata banyak yang baru, terutama masih tenaga kontrak, dan kami juga sudah memberlakukan upah minimum di rumah sakit serta kesejahteraan mereka, berupa pensiun, jamsostek dan asuransi kesehatan. Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan.

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha sistem penggajian memakai sistem baru yaitu CBHRM, dengan adanya metode ini kami mulai dengan melihat prestasi masing masing staf secara umum dan khusus yang akan dinilai setiap 6 bulannya. Pemakaian system ini akan membuat staf tahu akan posisi mereka, performance mereka serta perseorangan masing masing staf yang mengacu pada Corporate Value Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Sistem ini jelas akan membantu perusahaan dalam pengklasifikasian dan jenjang karir masing masing staf, karena mereka nantinya akan tahu arah mereka di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

#### 6.1.4. Karakteristik Beban kerja

Diagram 6.1.4. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Penghasilan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori Beban Kerja dari 148 responden, didapatkan Beban kerja responden 160-169 jam sebanyak 38 orang (26%), 170-179 jam sebanyak 14 orang (10%), 180-189 jam sebanyak 68 orang (46 %), 190-199 jam sebanyak 6 orang (4 %) dan 200-209 jam sebanyak 22 orang (15)%.

Pembahasan :

Beban kerja staf Rumah Sakit Umum Surya Husadha mayoritas antara 180-189 jam sebanyak 68 orang (54%). Dari total kelebihan jam kerja adalah 20-29 jam kerja sebulan, dikarenakan cuti yang diberikan (18 hari dalam setahun),

libur hari raya, ada yang sakit, dan karena ijin mendadak karena keluarga meninggal atau ijin untuk mengikuti pendidikan, seminar. Kelebihan jam kerja ini dalam sebulan saat ini belum mempengaruhi kinerja staf, karena BOR tahun lalu belum mencapai target yang diinginkan (80%). Tetapi dari sini kami juga melihat ada yang tidak efektif karena ada beberapa staf yang bekerjanya melebihi 200 jam sebanyak sebanyak 22 orang (15%).

Bila beban kerja terlalu berlebihan maka hal hal yang tidak diinginkan dapat terjadi yang akan meningkatkan kasus KTD dan KNC.

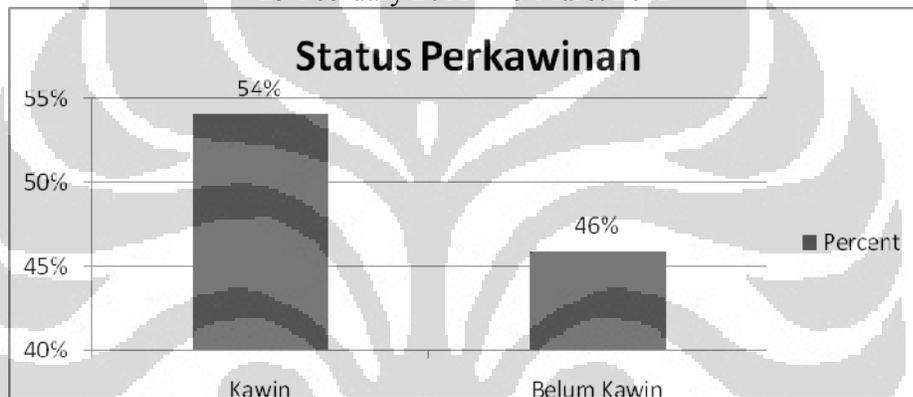
Terutama dalam kepatuhan mereka terhadap proses 6B, karena kerja yang berlebihan akan meningkatkan resiko stress pada karyawan. Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha dalam melaksanakan enam benar banyak sekali kendala – kendala yang dihadapi perawat. Diantaranya beban kerja yang overload akan menimbulkan human error dan terjadi pembelaan diri yang pada akhirnya menimbulkan KTD dan KNC. Hal tersebut disebabkan karena perawat apabila beban kerjanya tinggi akan melakukan pekerjaan dengan tergesa – gesa dan ini mengakibatkan tingkat ketelitian mereka menjadi berkurang. Hal ini juga sama dengan petugas Apotek tidak dapat melakukan hal tersebut karena pekerjaan banyak dan mobilitas yang tinggi. Dan harus diakui pula bahwa kesalahan pengobatan bukan hanya ditimbulkan oleh perawat tetapi setiap individu yang terlibat dapat melakukan kesalahan. Tetapi hal ini dikarenakan individu tersebut tidak mengikuti prosedur yang telah ada. Kondisi, ketenagaan, dan manajemen dapat menjadikan kendala bagi perawat dalam menerapkan prinsip enam benar , juga ditemukan peneliti. Hal ini sesuai dengan keadaan di Rumah Sakit Umum Surya Husadha bahwa mobilitas yang tinggi bisa membuat perawat tidak menerapkan prinsip enam benar.

Disamping itu pula karena faktor eksternal yang dapat mempengaruhi perawat dalam melakukan prinsip enam benar seperti supervisi dan audit yang dilakukan. Menurut peneliti yang temukan ada dampak apabila prinsip enam benar tidak diterapkan baik bagi perawat, pasien maupun rumah sakit. Hal ini tentunya tidak sesuai dengan peran perawat yang dalam memberikan obat, tentunya harus mendukung keefektifan obat. Disini perawatlah yang seharusnya mempunyai tanggung jawab penting dalam memberikan obat.

Apabila perawat melakukan kesalahan obat penulisan yang dilakukan bukan merupakan suatu hukuman atau pengakuan, ini merupakan analisis objektif apa yang terjadi dan bagaimana penetalaksanaan suatu resiko yang dilakukan. Strategi untuk melakukan prinsip enam benar dapat dilakukan dengan pendidikan perawat berkelanjutan, peningkatan pengawasan dan supervisi dari kepala ruang, serta audit yang dilakukan harusnya bersama pula dengan solusinya.

### 6.1.5. Karakteristik Perkawinan

Diagram 6.1.5. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Perkawinan di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori status perkawinan dari 148 responden, didapatkan status perkawinan responden kawin sebanyak 80 orang (54%), belum kawin sebanyak 68 orang (46%).

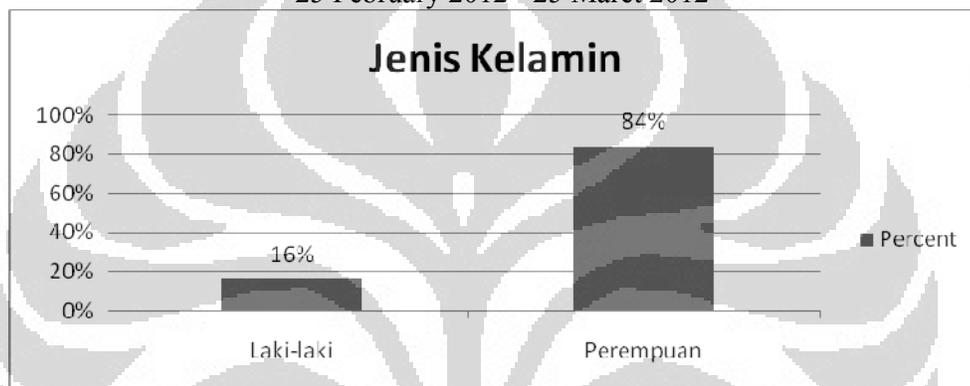
Pembahasan :

Dari data status perkawinan, staf kami setengahnya sudah menikah dan tentunya staf yang sudah menikah akan lebih banyak untuk membagi waktunya dengan keluarga sehingga akan mengurangi kepatuhan akan prosedur yang telah dibuat, tapi jika didukung penuh oleh keluarga maka kepatuhan akan meningkat, disamping bekerja adalah untuk mencari nafkah, lebih dari itu karena tanggung jawab, membantu keluarga. Dukungan Keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu.

Sedangkan yang belum menikah akan mudah menerima suatu prosedur jika dibandingkan yang sudah menikah, tetapi untuk yang baru akan kami samakan dalam orientasinya dengan yang sudah menikah, hasil akhirnya adalah kepatuhan yang sama dalam memberikan obat kepada pasien.

### 6.1.6. Karakteristik Jenis Kelamin

Diagram 6.1.6.  
Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

Untuk katagori Jenis Kelamin dari 148 responden, didapatkan responden perempuan sebanyak 124 orang (83,8%) dan laki-laki sebanyak 24 orang (16%).

Pembahasan :

Dari seluruh karakteristik, mayoritas responden adalah perempuan sebanyak 124 orang (83,8%).

Perbedaan gender tersebut membawa keuntungan khususnya bagi laki-laki yaitu (1) laki-laki dapat memberikan jaminan pada keluarga untuk tetap melangsungkan hidupnya (survive) dengan tercukupinya kebutuhan keluarga yang selanjutnya anak-anak akan dapat meneruskan pekerjaan ayahnya kelak. (2) Kesempatan untuk ekspresi seksual. Bila laki-laki membangun kehidupan dengan perempuan yang diberi makanan dan kesempatan hidup lainnya, maka laki-laki dapat mengharapkan hubungan seksual. Implikasi lebih lanjut dari peran gender antara laki-laki dan perempuan membawa pada pengembangan trait tertentu yang didistribusikan secara berbeda. Jika perempuan tinggal di rumah dan merawat

anak-anak, mereka mengembangkan trait ‘pengasuhan’ (*nurturance*). Selanjutnya, perempuan yang masih lemah setelah melahirkan membutuhkan bantuan untuk merawat anak-anak lainnya. Konsekuensinya, perempuan mengembangkan hubungan positif dengan perempuan lain seperti saudara perempuannya, saudara ipar, sepupunya untuk merawat anak-anaknya. Keadaan ini membawa trait pada ‘kepekaan hubungan’ (*relatedness*) (Idrus 2000)

Demikian halnya, laki-laki yang pergi mencari nafkah/makanan, juga mengembangkan trait tertentu yaitu agresivitas dan ketrampilan dalam hal kepemimpinan dan tanggungjawab (diperlukan untuk melindungi keluarga) serta status dalam komunitasnya. Kombinasi hal-hal tersebut, membuat laki-laki akan nyaman dalam suatu hubungan dengan perempuan yang melibatkan dominasi daripadakesetaraan. Kondisi-kondisi tersebut pada akhirnya memunculkan satu tuntutan universal yang mendapat dukungan dalam proses sosialisasi yaitu bahwa laki-laki harus kuat, percaya diri, dominan, independen, sedangkan di lain sisi perempuan mempunyai sifat pengasuhan, orientasinya pada suatu hubungan (Idrus 2000) .

Pada akhirnya ada beberapa perilaku yang dilazimkan harus dimiliki oleh jenis kelamin tertentu, seperti:

1. Agresivitas milik laki-laki. Dalam beberapa budaya, laki-laki disosialisasikan berperilaku lebih agresif daripada perempuan. Bobby Low (1989) meneliti tentang agresivitas laki-laki yang dihubungkan dengan kompetisi untuk menarik perhatian perempuan. Agresivitas memiliki keuntungan karena untuk mendapatkan sumber-sumber dalam masyarakat seperti kekayaan, status dan barang-barang. Menurut Murdock (1981) sebagian besar masyarakat di dunia menganut sistem perkawinan poligini. Dalam system ini agresivitas sangat dihargai dan anak laki-laki disosialisasikan untuk bereperilaku agresif. Meski demikian hasil penelitian Idrus (2000) menemukan temuan menarik yang mengindikasikan bahwa perempuan memiliki tingkat agresivitas yang lebih tinggi dibanding laki-laki.
2. Pengasuhan dan kepatuhan didominasi perempuan. Bila laki-laki agresif, maka sifat pengasuhan dan patuh yang disosialisasikan bagi perempuan.

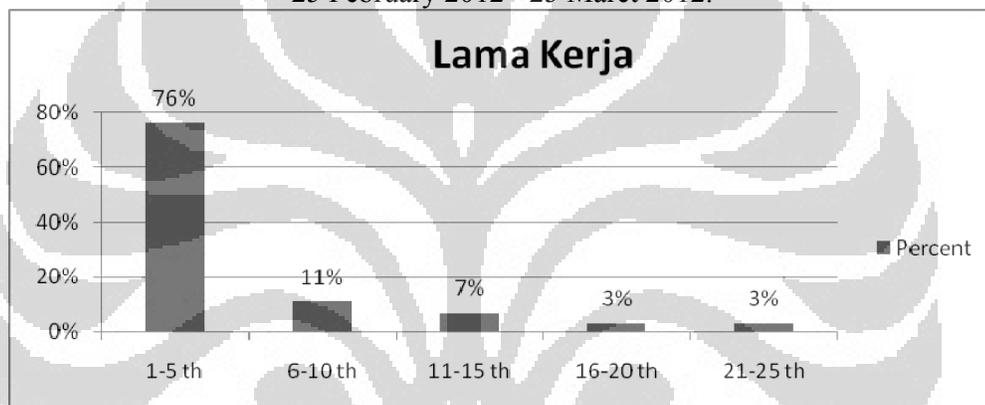
Dalam banyak budaya, perempuan dituntut memiliki sifat kepatuhan yang tinggi terutama kepatuhan terhadap suaminya dan orang tua mereka---. Secara eksplisit dalam budaya muncul idiom *swargo nunut, neroko katut* (ke surga ikut, ke neraga turut). Idiom ini secara tidak langsung mengkonstruksi fenomena masyarakat tersebut betapa isteri (perempuan) harus mengikuti gerak yang dilakukan suami, bahkan untuk persoalan yang sakral-pun harus merelakan dengan tingkat kepatuhan yang dalam. Pada sisi lain, untuk banyak budaya kepatuhan penting bagi laki-laki karena perempuan yang memiliki sifat ini akan mengikuti aturan-aturan umum sehingga menguatkan dominasi laki-laki. Pada sisi ini, terlepas dari jenis kelaminnya, tampaknya secara psikologis orang yang berposisi di atas, menghendaki tingkat kepatuhan yang tinggi daripada bawahannya, demi menjaga kekuasaan yang dimilikinya.

3. Tingkat aktivitas tinggi milik laki-laki. Laki-laki mempunyai tingkat aktivitas yang tinggi daripada perempuan, sejak kecil disosialisasikan dalam bentuk-bentuk permainannya, Mereka banyak melakukan kegiatan di luar rumah, macam permainannya seperti sepak bola, basket dan banyak aktivitas lainnya yang menuntut banyak gerak dan berada di luar rumah. Sementara itu perempuan dicirikan dengan permainan-permainan yang sedikit sekali memerlukan tenaga, seperti bermain pasar-pasaran. Pada akhirnya jika ada anak perempuan yang melakukan aktivitas seperti anak laki-laki, lingkungan sekitarnya akan "mencibirkannya", dan kita biasa memberinya julukan sebagai *tomboy*.
5. Perempuan ditengarai memiliki tingkat perhatian yang tinggi atas relasi (hubungan) dibanding dengan laki-laki. Sifat tersebut berkaitan dengan kondisi perempuan yang lemah setelah proses kelahiran anaknya dan adanya tuntutan untuk mengasuh, merawat anak-anaknya, yang pada akhirnya perempuan mengembangkan dan memelihara hubungan baik. Hal ini sangat dibutuhkan perempuan untuk 'menjaga' (secure) bila perempuan mendapatkan kesulitan dalam memenuhi tuntutan pengasuhan anak (Idrus 2000).

Rumah sakit kami kebanyakan staf perempuan, karena yang memasukkan lamaran kebanyakan perempuan dan jarang sekali laki laki. Umumnya perawat adalah perempuan dikarenakan anggapan orang bahwa perawat perempuan memiliki rasa peka dan peduli yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, terutama dalam melayani pasien. Di sekolah-sekolah Keperawatan juga mayoritas perempuan yang sekolah di keperawatan.

### 6.1.7. Karakteristik lama kerja

Diagram 6.1.7. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Lama Kerja di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.



Interpretasi :

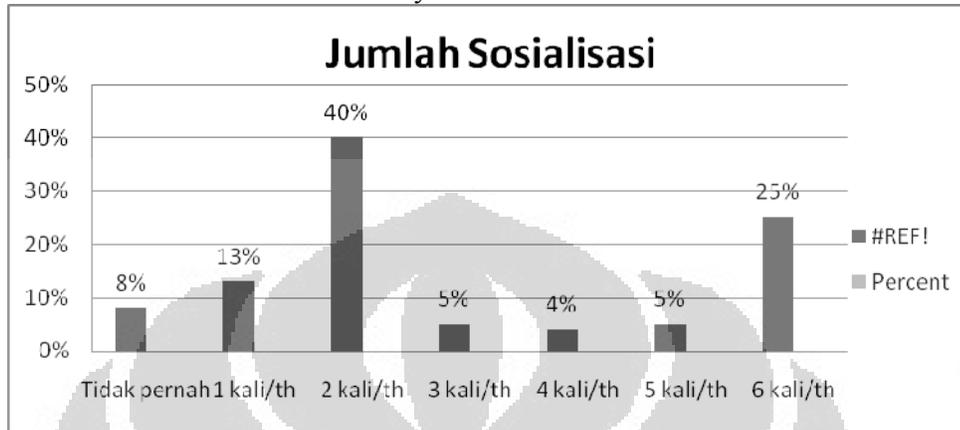
Untuk katagori lama kerja dari 148 responden, didapatkan responden 1-5 tahun sebanyak 113 orang (76%), 6-10 tahun sebanyak 16 orang (11%), 11-15 tahun sebanyak 10 orang (7%), 16-20 tahun sebanyak 5 orang (3%) dan 21-25 tahun sebanyak 4 orang (3%).

Pembahasan :

Staf Rumah Sakit Umum Surya Husadha mayoritas lama kerja 1-5 tahun sebanyak 113 orang (76%). Karena banyak tenaga kami yang baru, sehingga lama kerja mereka baru 1- 5 tahun, dengan yang 2 tahun biasanya sudah pegawai tetap. Belum banyaknya tenaga kami yang bekerja lebih dari lima tahun karena masih tingginya turn over karyawan (> 10%), mereka masih tertarik mencari Pegawai Negeri Sipil, karena adanya penghasilan yang lebih tinggi di tempat lain, karena mau kawin dan ikut suami. Sebagian besar dari mereka sudah kawin sebanyak 80 orang (54,%).

### 6.1.8. Jumlah Sosialisasi

Diagram 6.1.8. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Jumlah Sosialisasi di Ruang Rawat Inap dan Ruang farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012



Interpretasi :

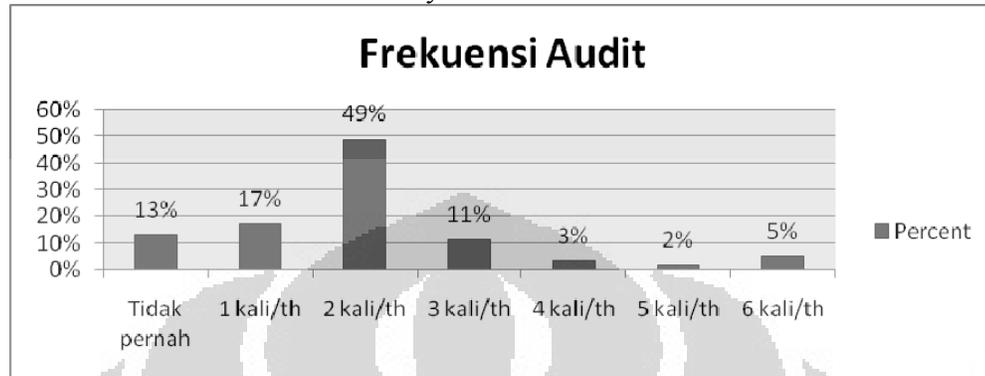
Untuk kategori Jumlah Sosialisasi dari 148 responden, didapatkan responden yang mendapat sosialisasi 1 kali per tahun sebanyak 19 orang (13%), 2 kali per tahun sebanyak 59 orang (40%), 3 kali per tahun sebanyak 8 orang (5%), 4 kali per tahun sebanyak 5 orang (4%), 5 kali per tahun sebanyak 8 orang (5%), 6 kali per tahun sebanyak 37 orang (25%) dan yang tidak pernah mendapat sosialisasi sebanyak 12 orang (8%).

Pembahasan :

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha telah dilakukan sosialisasi secara berjenjang yang kemudian disampaikan kepada pelaksana paling bawah, didapatkan responden mayoritas mendapatkan sosialisasi sebanyak 2 kali / tahun sebanyak 59 orang (40%). Ini adalah masukan buat kami dari staf kepada kami bahwa sosialisasi selama ini ternyata masih sangat kurang, yang seharusnya 6 kali dalam setahun sehingga baik pengetahuan dan pemahaman tentang 6 Benar dapat tercapai, proses ini membutuhkan waktu yang cukup lama, sosialisasi sudah disampaikan dan mereka mengerti apa yang dimaksudkan dalam prosedur tetap, tapi dengan hasil diatas maka kami di jajaran management akan mengulang kembali sosialisasi 6 Benar secara perlahan dan diharapkan mereka mengerti akan proses tersebut.

### 6.1.9. Frekuensi audit

Diagram 6.1.9. Diagram Distribusi responden berdasarkan karakteristik Frekuensi Audit di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012



#### Interpretasi :

Untuk katagori Frekuensi Audit dari 148 responden, didapatkan responden yang mendapat Frekuensi Audit 1 kali per tahun sebanyak 25 orang (17%), 2 kali per tahun sebanyak 73 orang (49%), 3 kali per tahun sebanyak 16 orang (11%), 4 kali per tahun sebanyak 4 orang (3%), 5 kali pertahun sebanyak 3 orang (2%), 6 kali pertahun sebanyak 8 orang (5%) dan yang tidak pernah mendapat sosialisasi sebanyak 19 orang (13%).

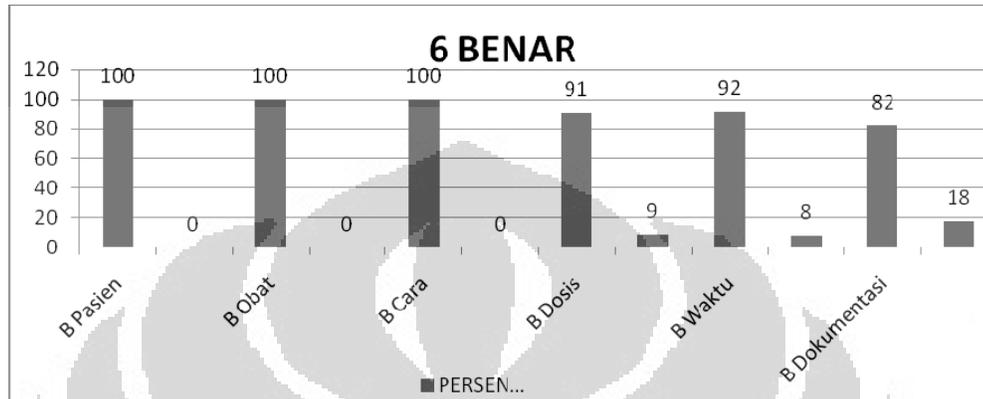
#### Pembahasan :

Sedangkan pengawasan yang dilakukan selama ini ternyata didapatkan audit sebanyak 2 kali per tahun sebanyak 73 orang (49%). Ternyata hanya 2 kali pertahun yang seharusnya secara continue 4 kali internal dan 2 kali eksternal.

Sehingga hasil yang didapatkan tidak maksimal. Kendala ini dikarenakan staf yang diaudit kebanyakan tidak berada di tempat saat audit dilakukan, ada yang sakit, ada yang ijin, dan ada yang cuti. Dan begitu juga sebaliknya dengan tim auditor yang mengalami hal sama. Solusinya ke depan dalam pengawasan tim audit akan berkomunikasi dengan yang diaudit kapan bisa diaudit sehingga proses ini akan berjalan dengan lancar. Selain itu pula ada audit eksternal yang belum menyeluruh karena waktunya terbatas dan biaya yang mahal, karena itu pada saat audit eksternal diharapkan seluruh staf hadir dan bergantian pada hari yang telah ditentukan.

### 6.1.10. Distribusi frekuensi variabel dependen 6 Benar

Diagram 6.1.10. Diagram Distribusi responden berdasarkan frekuensi variabel 6B di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012.



Interpretasi :

Untuk katagori 6 Benar dari 148 responden, didapatkan benar pasien, benar obat dan benar cara pemberian semuanya Benar, sedangkan 13 (8,8%) responden yang tidak melaksanakan Benar Dosis, 12 (8,1%) responden yang tidak melakukan Benar waktu dan 26 (17,6%) responden yang tidak melakukan Benar Dokumentasi

Pembahasan :

Kepatuhan staf untuk 6 benar, benar obat, benar pasien dan benar cara pemberian dilakukan dengan benar, semua staf perawat dan farmasi melaksanakannya secara system, bahwa staf sudah patuh akan benar obat, benar pasien dan benar cara pemberian. Sedangkan untuk benar dosis, benar waktu dan benar dokumentasi masih ada yang tidak melakukannya karena:

1. Menerima pasien baru dari rawat jalan, kamar operasi dan HCU.
2. Pada saat itu ada audit internal
3. Ada perpindahan pasien karena pindah kelas
4. Menggantikan teman yang ijin mendadak, keluarganya sakit
5. Tidak berani menanyakan karena instruksi dari dokternya yang suka marah marah kalau ditanyakan.

6. Masih adanya saling menyalahkan antar staf karena banyak pasien masuk, dan keluar yang lama mengurus administrasinya sehingga pekerjaan utama terganggu.
7. Kurangnya tenaga karena ada yang cuti dan sakit bersamaan.

Dari hasil ini terlihat bahwa, pelaksanaan benar waktu menjadi tidak teratur, ada yang maju atau mundur dalam pemberian obatnya, dosis yang tidak jelas ditanyakan hanya kepada seniornya atau melihat catatan sebelumnya saat pergantian jaga, dari pelaksanaan dokumentasi, didahulukan dulu pencatatan sebelumnya saat pergantian jaga dan biasanya dilanjutkan kembali bila sudah selesai melayani pasien. Tapi ada yang kelupaan sehingga ditiptikan pada temannya.

Karena masalah beban kerja ini menyebabkan adanya pelayanan yang tidak sesuai dari 6 benar yang seharusnya dilakukan, maka kepala unit di Rumah Sakit Umum Surya Husadha melakukan beberapa tindakan dengan menghitung kembali pola ketenagaan dengan menambah tenaga kontrak menutupi kekurangan tenaga di masing masing unit keperawatan dan farmasi. Untuk masing masing unit dibenahi lagi proses saat pergantian jaga, staf yang menggantikannya harus mengetahui semuanya apa yang kurang dan apakah sudah semua dokumentasi dikerjakan, dan adakah pasien yang belum mendapatkan obat saat pergantian jaga tersebut, disebabkan karena kesibukan menerima pasien baru atau dekat waktunya dengan pergantian jaga.

Sedangkan untuk dokter yang sulit dihubungi, untuk disampaikan kepada yang lebih senior, sehingga merekalah yang bertanya kepada dokter tersebut. Masalah ijin, cuti dan lembur ditinjau lagi oleh masing masing unit untuk mengaturnya sehingga tidak ada lagi yang tumpang tindih yang menyebabkan beban kerja meningkat.

## **6.2. Hasil Pengamatan hubungan variable independent dengan dependent**

Pengumpulan data diperoleh dari 148 sampel penelitian yang dilaksanakan 25 February 2012 - 25 Maret 2012, dari observasi responden sesuai dengan karakteristik yang dicari.

Responden dilakukan pengamatan saat bekerja dan diberikan kuesioner dengan pertanyaan terbuka dengan hasil observasi yang dilakukan cross tab dapat dilihat pada tabel dibawah ini .

### 6.2.1. Umur dengan 6 Benar

Tabel 6.2.1.

Tabel antara umur dengan kegiatan 6 Benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Umur	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Benar Pasien		Benar obat		Benar cara		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	ya	Tidak	ya	Tidak	Ya	
20-24 thn	13%	83%	9%	91%	24%	76%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	45
25-29 thn	8%	92%	10%	90%	15%	85%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	67
30-54 thn	3%	97%	3%	97%	14%	86%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	36
<b>p/R</b>	0,248		0,386		0,345		a		a		a		148

<sup>a</sup> konstan, masing-masing variabel memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa.

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada umur responden antara 20-54 tahun dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara umur responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan ( masing-masing variabel memmiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,248, Benar waktu 0,386 dan Benar dokumentasi 0,345, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan pelaksanaan 6 Benar.

## Pembahasan

Faktor umur tidak ada hubungannya dengan pelaksanaan 6 Benar, terlihat dari data diatas bahwa semua kelompok umur berperan yang sama terhadap pelaksanaan 6 Benar. Dikatakan diatas bahwa factor umur berpengaruh terhadap kepatuhan setiap orang, semakin bertambah usia maka kepatuhanpun akan menurun karena daya ingat yang juga semakin menurun, tetapi tidak terbukti dalam penelitian ini, bahwa umur tidak ada hubungannya dengan 6 Benar di Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Semakin berumur staf maka pekerjaan rutin akan menjadi suatu kepatuhan dalam proses pemberian obat melalui 6B. Baik karena didapat dari pengalaman maupun sosialisasi yang terus dilakukan dan audit pelaksanaan 6 benar.

### 6.2.2. Pendidikan dengan 6 Benar

Tabel 6.2.2

Tabel Pendidikan dengan kegiatan 6 Benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Pendidikan	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
SPK, AA,DI	38%	62%	19%	81%	23%	77%	16
D III	4%	96%	7%	93%	19%	81%	117
S1	15%	85%	7%	93%	7%	93%	15
<b>p/R</b>	<b>0,001</b>		0,256		0,504		148

#### Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada Pendidikan responden antara 20-54 tahun dengan 6 Benar.

#### Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara umur responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan (masing masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,001, Benar waktu 0,256 dan Benar dokumentasi 0,504, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Dosis.

Pembahasan :

Diketahui pula bahwa semua pendidikan responden ada hubungannya dengan pelaksanaan 6 B yaitu pada Benar Dosis, yang artinya tingkat kepatuhan akan Benar Dosis dalam menurunkan kejadian Patient Safety berhubungan dengan pendidikan. Pendidikan disini berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan akan 6 Benar terutama Benar Dosis. Dosis sering dilupakan oleh perawat maupun petugas farmasi dikarenakan sediaan yang diinstruksikan baik pada medical record maupun pada resep adalah sama dosisnya dengan apa yang sudah ada pada setiap obat yang ada. Mereka tidak lagi bertanya tentang dosis, padahal dosis pada obat belum tentu sama dengan apa yang telah diresepkan atau diinstruksikan oleh dokter yang meresepkan.

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha masih ada pendidikannya yang SMA untuk jures di farmasi, serta D1, untuk itu akan kami arahkan sekolah karena masih umur muda, sedangkan untuk yang D1, karena factor umur tidak mau untuk sekolah dan akan kami tarik sebagai bagian dari komite keperawatan dalam pembinaan kepada perawat yang bermasalah.

Sedangkan untuk S1 ternyata pelaksanaan akan 6B lebih rendah dari DIII, dikarenakan tenaga S1 yang diterima masih baru , *mereka siap latih bukan siap kerja*, sehingga manajemen akan menyamakan orientasi baik itu DIII maupun S1 saat penerimaan awal, dimana sebelumnya kami membedakan dalam masa orientasi, DIII selama 3 bulan dan S1 selama 1 bulan. Rencana manajemen akan menyamakan masa orientasi yaitu 3 bulan.

### 6.2.3. Penghasilan dengan 6 Benar

Tabel 6.2.3

Tabel antara penghasilan dengan kegiatan 6 Benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Penghasilan	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
1-<2 juta	10%	90%	10%	90%	20%	80%	107
2-<3 juta	6%	94%	3%	97%	12%	88%	33
3-<4 juta	0%	100%	0%	100%	0%	100%	8
<b>p/R</b>	0,503		0,283		0,218		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada Penghasilan responden antara 1-4 juta dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara umur responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar  $0,0^a$  pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian, bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,503, Benar waktu 0,283 dan Benar dokumentasi 0,218, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan responden dengan pelaksanaan 6 Benar.

Dari hasil data ini diketahui bahwa semua penghasilan responden tidak ada hubungannya dengan pelaksanaan 6 B, yang artinya tingkat kepatuhan akan 6 Benar dalam menurunkan kejadian Patient Safety adalah sama untuk setiap penghasilan yang diterima setiap bulannya.

Pembahasan :

Dari penghasilan tidak ada hubungannya dengan kepatuhan akan 6 Benar. Yang tidak patuh terjadi pada penghasilan yang lebih rendah karena mereka baru mulai kerja, sosialisasi baru berjalan sehingga untuk kepatuhan yang diharapkan belum

sama dengan yang sudah lama kerjanya. Sangat penting untuk sosialisasi dan audit dilaksanakan secara rutin sehingga seluruh staf dapat cepat timbul pemahaman dan kepatuhan dalam memberikan obat kepada pasien.

#### 6.2.4. Beban kerja dengan 6 Benar

Tabel 6.2.4

Tabel antara beban kerja dengan kegiatan 6 Benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Beban Kerja	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
160-179 jam	13%	87%	15%	85%	15%	85%	52
180-189 jam	6%	94%	3%	97%	21%	79%	68
190-209 jam	7%	93%	7%	93%	14%	86%	28
<b>p/R</b>	0,328		<b>0,046</b>		0,668		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada Pendidikan responden antara 20-54 tahun dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara Beban Kerja responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan (masing-masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%,

Benar dosis 0,328, Benar waktu 0,046 dan Benar dokumentasi 0,668, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang artinya ada hubungan yang signifikan antara Beban Kerja responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Waktu.

Pembahasan :

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha perawat dan farmasi merupakan tenaga penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, mengingat pelayanan keperawatan dan pelayanan farmasi diberikan selama 24 jam terus menerus. Pelayanan keperawatan dan farmasi yang bermutu, efektif dan efisien dapat tercapai bila didukung dengan pola ketenagaan yang tepat sesuai dengan kebutuhan. Perencanaan tenaga perawat dan tenaga farmasi terutama dalam menentukan jumlah kebutuhan tenaga perlu dilakukan dengan sebaik-baiknya agar dapat diperoleh ketenagaan yang efektif dan efisien yang akhirnya akan meningkatkan profit dari rumah sakit. Beban kerja berkaitan erat dengan produktifitas tenaga kesehatan, dimana sebagian besar waktu yang benar-benar produktif yang digunakan pelayanan kesehatan langsung dan sisanya digunakan untuk kegiatan penunjang, baik itu untuk masalah administrasi, menerima pasien dari Unit Gawat Darurat, High Care Unit, Kamar operasi dan atau sebaliknya mengantar pasien ke kamar operasi, ke radiologi dan endoskopi

Tenaga kesehatan khususnya perawat dan farmasi di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, dimana analisa beban kerjanya dapat dilihat dari aspek-aspek seperti tugas-tugas yang dijalankan berdasarkan fungsi utamanya, adanya tugas tambahan yang dikerjakan, berupa sosialisasi prosedur baru atau adanya perubahan dalam prosedur, jumlah pasien yang harus dirawat dan jumlah pasien rawat jalan serta keterkaitannya jumlah resep yang dilayani di farmasi, kapasitas kerjanya sesuai dengan pendidikan yang ia peroleh dari sekolah, waktu kerja yang digunakan untuk mengerjakan tugasnya sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari, serta kelengkapan fasilitas yang dapat membantu perawat dan farmasi menyelesaikan kerjanya dengan baik.

Fluktuasi beban kerja terjadi pada jangka waktu tertentu, sehingga terkadang bebannya sangat ringan saat jam siang menjelang sore dan saat-saat lain bebannya bisa berlebihan pada waktu pagi menjelang siang serta sore menjelang malam. Keadaan yang tidak tepat tersebut dapat menimbulkan kecemasan, ketidakpuasan kerja dan kecenderungan meninggalkan kerja.

Hasil konfirmasi bagian SDM tentang karyawan yang keluar dari rumah sakit, bahwa yang mempengaruhi beban kerja perawat dan farmasi adalah kondisi

pasien yang selalu berubah, jumlah rata-rata jam perawatan yang di butuhkan untuk memberikan pelayanan langsung pada pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan serta banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh seorang perawat serta farmasi, terutama saat pergantian karena cuti atau ada yang sakit, ditambah lagi dengan adanya senior yang memutuskan secara sepihak kepada junior dalam hal pekerjaan ataupun ijin karena acara seminar maupun acara keluarga sehingga dapat mengganggu penampilan kerja dari perawat dan farmasi tersebut. Akibat negatif dari permasalahan ini, kemungkinan timbul emosi yang tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Beban kerja yang berlebihan ini sangat berpengaruh terhadap produktifitas tenaga kesehatan dan tentu saja berpengaruh terhadap produktifitas Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Benar waktu disini juga berkaitan dengan kemampuan petugas perawat dan farmasi saat beban kerja meningkat, karena hal yang sudah disebutkan diatas, menyebabkan ketepatan waktu menjadi sangat berkurang, dan terlihat bahwa banyak dari mereka menunda memberikan obat kepada pasien karena masalah administrasi, menjemput pasien, mengantar pasien, kurangnya tenaga karena yang sakit, cuti serta ijin terjadi bersamaan.

Dalam hal ini bagian SDM Rumah Sakit Umum Surya Husadha, telah cepat mengambil tindakan dengan mengadakan pertemuan dengan keperawatan atas masalah yang terjadi, terutama dengan masalah pola ketenagaan yang berkaitan dengan beban kerja serta implikasinya terhadap benar waktu pemberian obat kepada pasien. Disini juga bagian SDM memaparkan program baru yaitu CBHRM dimana staf akan dilihat produksi dan prestasinya yang ditentukan berdasarkan evaluasi selama 6 bulan. CBHRM adalah suatu pola pendekatan di dalam membangun suatu sistem manajemen sumber daya manusia yang handal dengan memanfaatkan kompetensi sebagai titik sentralnya. Hal ini dimaksudkan agar perusahaan dapat meningkatkan efektifitas dan konsistensi kebijakan seleksi, promosi, kompensasi, penilaian kinerja, pendidikan dan pelatihan, perencanaan karir, manajemen kinerja, maupun perencanaan strategis di bidang sumber daya manusia ke titik yang paling optimum.

Penilaian setiap posisi dilakukan dengan grading yang ada dan produktifitas dihitung berdasarkan kinerja masing masing staf serta diharapkan mereka mampu meningkatkan produktifitasnya secara mandiri dan juga bersama sama dengan tim kerjanya.

### 6.2.5. Jenis Kelamin dengan 6 Benar

Tabel 6.2.5  
Tabel antara Jenis kelamin dengan kegiatan 6 benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Jenis kelamin	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
Laki-laki	21%	79%	4%	96%	13%	87%	24
Perempuan	6%	94%	9%	91%	19%	81%	124
<b>p/R</b>	<b>0,023</b>		0,440		0,476		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada Jenis Kelamin responden antara laki laki dan perempuan dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara Jenis Kelamin responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan ( masing-masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,023, Benar waktu 0,440 dan Benar dokumentasi 0,476, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang artinya ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Dosis.

Pembahasan :

Dari jenis kelamin diketahui adanya hubungan dengan 6 Benar, dimana jenis kelamin laki laki (21%) lebih tidak patuh dibandingkan dengan yang perempuan (6%). Dari sini diketahui bahwa kepatuhan yang dilaksanakan lebih banyak perempuan yang lebih paham akan proses pemberian obat melalui 6 Benar.

#### 6.2.6. Perkawinan dengan 6 Benar

Tabel 6.2.6.

Tabel antara perkawinan dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012

Perkawinan	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
Kawin	4%	96%	6%	94%	16%	84%	80
Tidak kawin	15%	85%	10%	90%	24%	76%	68
<b>p/R</b>	<b>0,019</b>		0,369		0,648		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada perkawinan responden antara kawin dan tidak kawin dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara Perkawinan responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan (masing masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,019, Benar waktu 0,369 dan Benar dokumentasi 0,648, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang artinya ada hubungan yang signifikan antara perkawinan responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Dosis.

Pembahasan :

Bagi staf yang sudah menikah maka beban mereka akan meningkat yang akan menyebabkan timbulnya stres di tempat kerja dibandingkan yang belum menikah. Banyak dari mereka yang sudah menikah lebih dominan kepada urusan keluarga sejak mereka mempunyai anak, belum ditambah lagi dengan beban keluarga yang menanggung keluarga lainnya. Oleh karena itu bagi yang sudah menikah Rumah Sakit Umum Surya Husadha memberikan keringanan dengan memberikan asuransi kesehatan bagi mereka dan keluarganya, serta Jamsostek. Dan bila ada kegiatan di luar yang bersangkutan dengan keluarga, maka diatur jasanya oleh kepala ruangnya dan mereka tetap bekerja di rumah sakit dengan memenuhi target 25 poin kerja atau 40 jam dalam seminggu.

#### 6.2.7. Lama Kerja dengan 6 B

Tabel 6.2.7

Tabel antara Lama Kerja dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012

Lama Kerja	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
1-5 thn	10%	90%	10%	90%	18%	82%	113
6-15 thn	8%	92%	0%	100%	15%	85%	26
16-25 thn	0%	100%	0%	100%	22%	78%	9
<b>p/R</b>	0,597		0,132		0,896		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada lama kerja responden antara 1-25 tahun dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara lama kerja responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar  $0,0^a$  pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian, bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,597, Benar waktu 0,132 dan Benar

dokumentasi 0,896, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara lama kerja responden dengan pelaksanaan 6 Benar.

Pembahasan :

Lama kerja tidak berhubungan dengan 6 Benar, bahwa baik lama kerja yang baru maupun lama sama sama harus meningkatkan kepatuhan akan 6 Benar.

### 6.2.8. Jumlah Sosialisasi dengan 6 Benar

Tabel 6.2.8  
Tabel antara Jumlah Sosialisasi dengan kegiatan 6 Benar  
di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSUD Surya Husadha  
25 February 2012 - 25 Maret 2012

Jumlah sosialisasi	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
0-3 kali/thn	13%	87%	7%	93%	18%	82%	98
4-6 kali/thn	0%	100%	10%	90%	16%	84%	50
<b>p/R</b>	<b>0,007</b>		0,574		0,720		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada sosialisasi responden antara 1-6 kali per tahun dengan 6 Benar.

Hasil analisa data

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara Sosialisasi responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan (masing masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,007, Benar waktu 0,574 dan Benar dokumentasi 0,720, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang

artinya ada hubungan yang signifikan antara sosialisasi responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Dosis.

Pembahasan :

Untuk sosialisasi rumah sakit telah membuat suatu acuan tentang aturan dalam sosialisasi oleh management.

Akan dilakukan pengulangan kembali setiap staf, dengan keluwesan dalam penyampaian agar makna dan arti apa yang disosialisasikan dapat dipahami yang akhirnya timbul kepatuhan, salah satunya adalah sosialisasi 6 Benar, dimana sosialisasi yang dilakukan saat:

1. Saat mereka pulang dengan mengambil waktu 10 menit
2. Ada waktu pada saat tukaran jaga
3. Saat mereka sedang istirahat makan, dengan tidak mengambil waktu yang banyak.
4. Atau pada saat rapat karyawan di minggu ke 2 setiap bulannya.

#### 6.2.9. Frekuensi Audit dengan 6 Benar

Tabel 6.2.9.

Tabel antara Frekuensi Audit dengan kegiatan 6 Benar di Ruang Rawat Inap dan Ruang Farmasi RSU Surya Husadha 25 February 2012 - 25 Maret 2012

Frekuensi audit	Benar dosis		Benar waktu		Benar dokumentasi		Total
	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	
0-1 kali/thn	5%	95%	11%	89%	20%	80%	44
2 kali/thn	15%	85%	8%	92%	15%	85%	73
3-6 kali/thn	0%	100%	3%	97%	24%	76%	31
<b>p/R</b>	<b>0,023</b>		0,445		0,727		148

Interpretasi :

Tabel di atas menunjukkan dari 148 responden yang telah dilakukan evaluasi dapat diketahui pada frekuensi audit responden antara 1-6 kali per tahun dengan 6 Benar.

Hasil analisa data:

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara Frekuensi Audit responden dengan kegiatan 6 benar di Ruang Rawat Inap dan farmasi RSUD Surya Husadha, maka dilakukan analisa data dengan Chi square test pada program SPSS 15.0.

Hasil uji chi square pada Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian berdasarkan asumsi bahwa nilai  $X^2$  adalah sebesar .a karena datanya adalah konstan (masing masing variable memiliki data yang sama pada satu sisi sehingga tidak dapat dilakukan analisa), bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, Benar dosis 0,023, Benar waktu 0,445 dan Benar dokumentasi 0,727, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang artinya ada hubungan yang signifikan antara Frekuensi Audit responden dengan pelaksanaan 6 Benar, terutama dengan Benar Dosis.

Pembahasan :

Audit yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Surya Husadha dilakuakn 4 kali dalam setahun untuk audit internal dan 2 kali dalam setahun untuk audit eksternal. Audit klinik merupakan proses peningkatan mutu dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan luarannya, melalui kajian sistematis terhadap pelayanan berdasarkan kriteria eksplisit dan upaya-upaya perbaikannya. Aspek struktur, proses dan hasil pelayanan dipilih dan dievaluasi secara sistematis berdasarkan kriteria eksplisit. Jika diindikasikan, upaya-upaya perbaikan diterapkan pada tim individu atau tingkat pelayanan dan monitoring selanjutnya digunakan untuk memberi konfirmasi adanya perbaikan dalam pemberian pelayanan.

Audit klinik adalah suatu kegiatan berkesinambungan penilaian mutu pelayanan yang dilakukan para pemberi jasa pelayanan kesehatan langsung (oleh dokter, perawat, dan atau profesi lain) suatu Rumah Sakit untuk menghasilkan perbaikan-perbaikan jika hasil penilaian menunjukkan bahwa mutu pelayanan mereka ternyata dibawah optimal. Pengertian klinik dalam konteks ini meliputi kelompok medik dan keperawatan, dengan demikian audit klinik dapat merupakan audit medik, audit keperawatan, atau gabungan antara audit medik dan keperawatan. audit keperawatan secara khusus merujuk pada pengkajian kualitas keperawatan klinis yang merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap

mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, dengan menggunakan rekam keperawatan dan dilaksanakan oleh profesi keperawatan. Audit keperawatan internal dilakukan oleh organisasi profesi di dalam institusi tempat praktik keperawatan, audit keperawatan eksternal dilakukan oleh organisasi profesi di luar institusi. Kebijakan audit medis di Rumah Sakit didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 496/Menkes/SK/IV/2005 tanggal 5 April 2005 tentang Pedoman Audit Medis di RS, sedangkan untuk audit keperawatan belum ada kebijakan yang mengatur.

Pelaksana Audit Keperawatan di Rumah Sakit :

- Direktur Rumah Sakit membentuk tim pelaksana audit keperawatan beserta uraian tugasnya.
- Tim pelaksana dapat merupakan tim atau panitia yg dibentuk di bawah Komite Keperawatan atau panitia khusus untuk itu.
- Pelaksana audit keperawatan di RS dapat dilakukan oleh Komite Keperawatan, Sub Komite (Panitia) Peningkatan Mutu Keperawatan atau Sub Komite (Panitia) Audit Keperawatan
- Pelaksana audit keperawatan wajib melibatkan bagian rekam keperawatan Pelaksana audit wajib melibatkan SMF mulai dari pemilihan topik, penyusunan standar & kriteria serta analisa hasil audit keperawatan.

Apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa hasil audit keperawatan & memberikan rekomendasi khusus. Untuk audit keperawatan dan farmasi dilakukan oleh auditor yang ditunjuk, sebelumnya harus melakukan komunikasi dulu dengan yang diaudit, karena saat audit belum tentu mereka akan bertemu kalau secara mendadak, disini jelas peran besar auditor untuk lebih komunikasi dengan yang akan diaudit sehingga tidak perlu harus mengulang audit apabila telah di informasikan sebelumnya.

Di Rumah Sakit Umum Surya Husadha penerapan Benar Dosis disampaikan setiap ada rapat keperawatan walaupun tidak dibahas secara khusus, kalau khusus biasanya dibahas pada saat ada kasus patient safety, dengan melakukan teknik RCA maka dapat diambil kesimpulan mana yang harus dilakukan suatu koreksi serta pencegahannya.

Benar dosis saat rapat disampaikan dengan mengundang apoteker juga terutama bila ada obat baru yang masuk kedalam formularium, karena dosis setiap kemasannya mungkin berbeda satu dengan yang lainnya. Begitu juga sebaliknya bila ada rapat di Farmasi maka Apoteker juga menyampaikan obat baru yang masuk serta dosis setiap kemasannya disosialisasikan.

Pemberian obat harus benar-benar sesuai dengan waktu yang diprogramkan, karena berhubungan dengan kerja obat yang dapat menimbulkan efek terapi dari obat. Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat. Dalam kebanyakan kasus, dosis diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan. Perawat harus menghitung setiap dosis obat secara akurat, dengan mempertimbangkan variable berikut : (1) tersedianya obat dan dosis obat yang diresepkan (diminta), (2) dalam keadaan tertentu, berat badan pasien juga harus dipertimbangkan, misalnya 3 mg/KgBB/hari. Sebelum menghitung dosis obat, perawat harus mempunyai dasar pengetahuan mengenai rasio dan proporsi. Jika ragu-ragu, dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain. Waktu yang benar adalah saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan. Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari, seperti b.i.d ( dua kali sehari ), t.i.d ( tiga kali sehari ), q.i.d ( empat kali sehari ), atau q6h ( setiap 6 jam ), sehingga kadar obat dalam plasma dapat dipertahankan. Jika obat mempunyai waktu paruh ( $t_{1/2}$ ) yang panjang, maka obat diberikan sekali sehari.

Bersama dengan Tim Audit rumah sakit kemudian membuat prosedur tentang benar dosis yang harus dilakukan meliputi :

- Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari. Misalnya seperti dua kali sehari, tiga kali sehari, empat kali sehari dan enam kali sehari sehingga kadar obat dalam plasma tubuh dapat dipertimbangkan.
- Dosis yang diberikan pasien sesuai dengan kondisi pasien.

- Dosis yang diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan.
- Perawat harus teliti dalam menghitung secara akurat jumlah dosis yang akan diberikan, dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut: tersedianya obat dan dosis obat yang diresepkan/ diminta, pertimbangan berat badan klien (mg/KgBB/hari), jika ragu-ragu dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain.
- Melihat batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu.
- Menjadi tanggung jawab perawat dan farmasi bila terjadi kesalahan instruksi pada dosis obat yang dibuat oleh dokter untuk menghubungi kembali dan memberitahukan dosis yang sebenarnya.

Kesimpulan hubungan independent dengan independent adalah sebagai berikut :

Hasil hitung menggunakan SPSS 15 didapatkan nilai hitung  $X^2$  pada variable pendidikan dengan Benar Dosis 0,001, beban kerja dengan Benar Waktu 0,046, jenis kelamin dengan Benar Dosis 0,023, kawin dengan Benar Dosis 0,019, sosialisasi dengan Benar Dosis 0,007 dan frekuensi audit dengan Benar Dosis 0,023.

Bila dalam uji Chi Square digunakan taraf signifikansi 5%, maka dapat diambil kesimpulan bahwa  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara :

1. Pendidikan	Benar Dosis
2. Jenis kelamin	Benar Dosis
3. Kawin	Benar Dosis
4. Sosialisasi	Benar Dosis
5. Frekuensi	Benar Dosis
6. Beban kerja	Benar Waktu

### 6.3. Saran sosialisasi dan audit

**Apa saran anda mengenai sosialisasi 6 Benar, agar bisa lebih baik dan lebih mudah dimengerti?**

Sosialisasi di Rumah Sakit Umum Surya Husadha dilakukan secara bertahap oleh management, sosialisasi pelaksanaan 6 Benar membutuhkan waktu sekitar 1 bulan agar tahu, kemudian mengerti, selanjutnya akan meningkatkan kepatuhan staf terhadap 6 Benar. Saran mereka kebanyakan adalah ketika sosialisasi 6 Benar dilakukan seharusnya tidak mengambil jam kerja.

*“.....kalau bisa sosialisasi 6B dilakukan pada saat kami operan jaga saat datang atau operan jaga saat pulang, sehingga tidak mengambil waktu kami disaat jaga.....”*

*“.....sosialisasi 6B kan seharusnya membuat kami tahu, tapi karena kami dijelaskan juga buru buru, kami jadi banyak yang ngak ngerti.....”*

*“.....saya ngak ngerti juga dengan sosialisasi 6B, habisnya sambil nulis asuhan disuruh dengerin, ya saya lebih mementingkan tugas, kalau ngak selesai saya ngak bisa pulang donk.....”*

*“.....saran saya kalau ada sosilisasi 6 B, dan dirasakan penting, seharusnya tim audit memberi kami materinya, dan jangan jam kerja, soalnya pasien ramai, apalagi kalau sore pasien rawat jalannya banyak, sehingga beban buat kami dan kami mengharap diberitahukan sebelumnya.....”*

#### **Bagaimana kesiapan dalam menghadapi audit tentang 6 Benar?**

Setiap 3 bulan dilakukan audit internal oleh Tim Audit Rumah Sakit Umum Surya Husadha, terutama untuk mengetahui tingkat pemahaman setiap sosialisasi yang diberikan kepada staf, sedangkan audit eksternal dilakukan 6 bulan sekali oleh Tim Audit yang ditunjuk. Sebagian besar mereka menjawab tidak siap, walaupun sebenarnya mereka siap secara dokumen yang telah dikerjakan dan pelaksanaannya di lapangan.

*“.....saya sebenarnya sudah siap, tapi saya kok ngak yakin ya.....”*

*“.....tidak siap, karena saya harus mengutamakan tugas sehari hari saya, kalau ngak saya nanti kena omelan senior saya.....”*

*“.....tidak siap, kalau jamnya, jam ramai, resep keteteran ntar.....daripada pasien yang marah, lebih baik senior saya yang marahin karena gak siap diaudit.....”*

*“.....siap ngak siap, yang penting kerjaan beres dulu deh..”*

#### **Apa saran anda kepada auditor tentang audit yang telah dilaksanakan?**

Tim Audit di Rumah Sakit Umum Surya Husadha dibentuk agar dapat memantau setiap kegiatan yang ada di rumah sakit kami, selain pantauan dari masing masing unit. Tim Audit berada di bawah SPI dan QA, fungsinya memantau mutu yang telah dibuat. Sebagian besar mereka menyarankan untuk auditornya lebih proaktif mencari solusi, bukan hanya menemukan atau hanya melihat hasil audit tanpa memberikan solusi.

*“.....saran saya, kami jujur aja bosan dengan audit, soalnya kami punya masalah, tapi kami juga yang mencari solusi, bukan mereka yang mencari solusi buat kami.....”*

*“.....kalau bisa ngak usah deh ada audit, saling nyalahkan melulu, udah itu ngak ada solusi lagi.....”*

*“.....saya sarankan, Tim Audit yang lebih mumpuni, kalau cuman segitu, saya rasa bukan audit namanya, masih banyak masalah di lapangan yang kadang buat kami belum mampu untuk kami pecahkan sehingga kami menginginkan ada yang membantu kami.....”*

*“.....masalah kami di lapangan sudah banyak, pasien lagi ramai, eh nyelonong Tim auditnya datang, mana ngak ada konfirmasi ke kami buat siap-siap, seharusnya ngomong dulu lah, biar kami siap dengan jawaban, siapa tahu apa yang ditanyakan bisa kami jawab, kalau ngak bisa.....bantuin kami mencari solusinya yahhh.....”*

#### **6.4. Budaya Blamming**

Dari wawancara ini kami mendapatkan masukan yang cukup banyak, terutama untuk Tim Audit agar lebih memahami permasalahan yang ada, dan diharapkan lebih bisa berkomunikasi yang intensip dengan sataf sehingga bersama sama untuk menemukan solusinya, untuk sosialisasi dilakukan dengan berkoordinasi dengan masing masing unit agar tidak mengganggu waktu kerja mereka.

Dan terakhir untuk kesiapan audit, harus diutamakan bahwa audit bukan menyalahkan tapi lebih kepada solusinya.

Budaya menyalahkan atau “*blamming*” sering kita dengar, bahkan di banyak tempat sering terjadi. Budaya menyalahkan orang lain, atau *Blame Culture*, ada di mana-mana. Penyakit hati dan pikiran yang tidak bedanya dengan Virus Flu ini, amat mengganggu. Dampaknya besar, baik terhadap diri sendiri, keluarga, teman, rekan kerja, orang lain, masyarakat hingga organisasi. Kalau kita mau sedikit saja meluangkan waktu dengan berpikir jernih, setiap masalah atau konflik, relatif mudah diselesaikan. Dengan menghapuskan ‘budaya menyalahkan orang lain’, kita akan mendapatkan kepuasan bahkan kebahagiaan.

Resiko yang timbul bila melakukan menyalahkan:

1. Tidak memotivasi karyawan, sehingga apapun yang dikatakan bawahan selalu dianggap salah oleh atasan.
2. Kinerja karyawan akan menurun, menyebabkan pelayanan rumah sakit juga terganggu.
3. Karyawan yang tidak menerima akan adanya menyalahkan dalam dirinya, akan mengajukan permohonan pengunduran diri, atau berhenti bekerja, menyebabkan pelayanan di Rumah Sakit menjadi terganggu.
4. Keluhan pelanggan juga meningkat karena SDM yang diterima sebagai pengganti tentunya berbeda dengan SDM yang lama, dimana seluruh pelayanan sudah sesuai dengan alurnya, dan rumah sakit kami pernah mengalaminya bahkan dua kali, dengan tingkat keluarnya sampai 40% perawat, baik karena pindah ke rumah sakit lainnya maupun mencari PNS.
5. Nama rumah sakit menjadi tercemar, karena informasi dari mulut ke mulut yang cepat sekali memberi dampak negatif bagi rumah sakit
6. Menimbulkan jarak yang renggang antara karyawan dengan atasan yang menyebabkan secara menyeluruh merugikan rumah sakit.

Cara-cara kita menghindari *Blamming*:

1. Bebas dari sikap suka menyalahkan, tanpa perlu mencari-cari kesalahannya.
2. Menjunjung harga diri seseorang.

Sebelum menyampaikan informasi yang sifatnya sebuah koreksi, katakan kepada staf bahwa apa yang disampaikan merupakan bentuk kepedulian kepadanya. Ada baiknya atasan bersikap ramah dan lembut. Jangan pernah lupa bahwa perasaan orang itu mudah sekali runtuh.

3. Maksud kritikan kepada staf.

Kadangkala kritik itu hanyalah sebuah upaya untuk menonjolkan konsep tentang diri sendiri dengan membandingkan kesalahan-kesalahan kita terhadap kelemahan-kelemahan orang lain. Kewaspadaan diperlukan untuk menambah kepekaan terhadap segala bentuk emosi dalam diri kita. Di samping juga kemampuan untuk menahan diri.

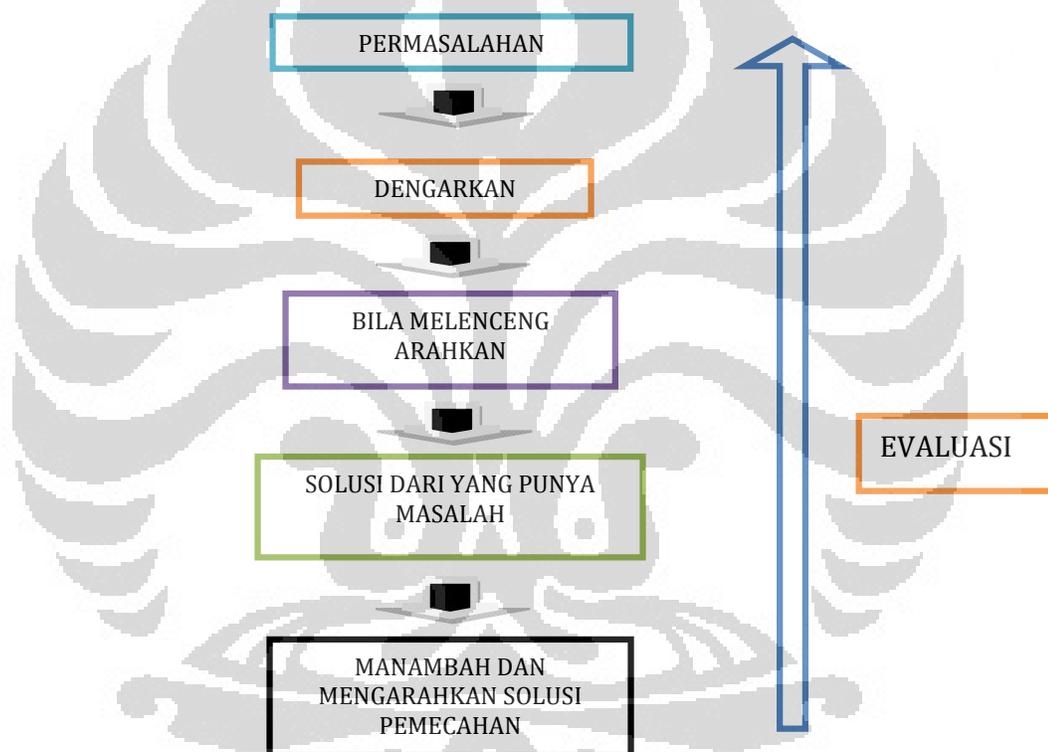
4. Tawarkan bantuan, bilamana diperlukan.

Di Rumah sakit Surya Husadha untuk menghindari *Blamming* dilakukan dengan berbagai cara:

1. Dengan mengundang konsultan untuk *couching conseling* bagi para manager sehingga tidak ada lagi sikap blamming kepada siapapun juga, terutama kepada bawahan.
2. Antara karyawan pun sekarang sering diajak berdiskusi tentang apapun itu tanpa memandang jarak dengan yang lain, sehingga didapatkan suatu kebersamaan. Bentuk diskusi bisa berupa diskusi langsung di lapangan atau dengan *brain storming*.
3. Sekarang *Patient safety* sudah mengarah pada pembenahan terhadap cara pemecahan masalahnya dengan menggunakan *Fish Bone Analisis* dan pecahannya berdasarkan apa temuan dalam *fish Bone* tersebut, berupa rekomendasi dan tindak lanjut mencegah terulangnya kejadian yang ada. Pernah juga kejadian terjadi berulang, tetapi itu dikarenakan belum adanya kesiapan SDM dalam memahami protap di rumah sakit kami sehingga perlu ada orientasinya kembali, paling tidak mengerti akan isi dan maksud dari protap yang sudah dibuat.
4. Saat rapat dengan seluruh unit lebih ditekankan agar bagaimana menemukan solusi dari masalah yang ada, tidak ada lagi kata-kata yang aneh dan tidak beretika sehingga rapatpun menjadi lancar dengan menemukan solusi yang pasti.

5. Untuk diri sendiri, proses belajar yang terus menerus, untuk tidak melakukan *blamming*, memang butuh waktu yang lama tetapi belajar adalah proses pengalaman, mau mendengarkan dan tidak langsung ke masalah yang sebenarnya, tetapi arahnya pasti, menghindari karyawan merasa bersalah serta karyawan pun secara lugas menyampaikan keluhannya tanpa ada rasa bersalah, memudahkan menemukan solusinya dan karyawan pun akan mudah menindaklanjutinya.

Alur Proses Penanganan *Blamming* di RSUD Surya Husadha

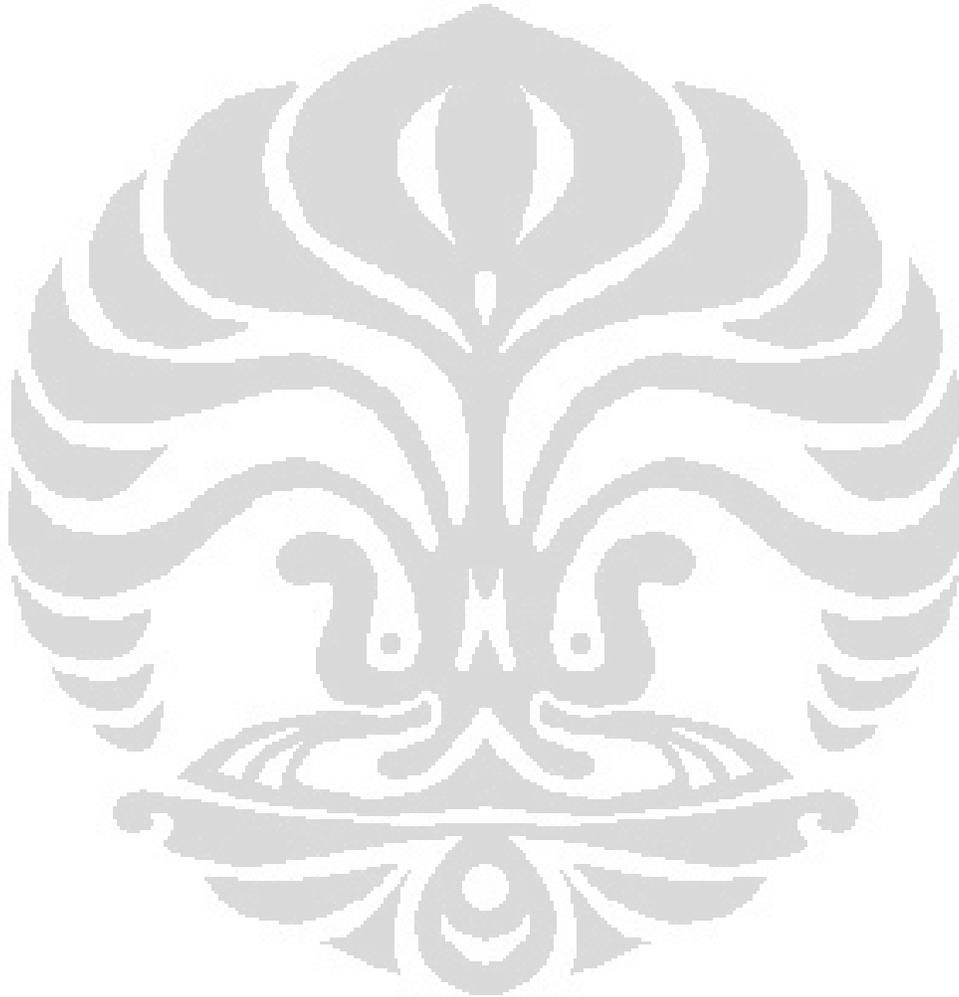


Sumber : Flowchart Surya Husadha tahun 2011

Dapat disimpulkan bahwa budaya menyalahkan orang lain ini dapat tanggulang dengan:

1. Pertama, jangan mengeneralisasi pelaku kejadian karena individu hakekatnya adalah unik.
2. Kedua, setiap kejadian adalah proses yang bisa jadi kita berperan aktif di dalamnya sehingga siapa tahu justru kita pelaku utamanya.
3. Ketiga, mengenal waktu dan tempat kejadian.

4. Dan, yang terakhir: tanamkan kepercayaan diri, bahwa anda adalah aktor utama, yang sanggup menyelesaikan persoalan. Dan dalam manajemen resiko, ketika melakukan suatu audit harus biasa menghindari kata blaming ini untuk menghindari akan resiko yang timbul, baik itu secara langsung maupun tidak langsung yang akan mempengaruhi kinerja seluruh Rumah Sakit.



## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Dari pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari seluruh komponen 6 Benar terdapat jawaban yang benar semua yaitu Benar Pasien, Benar Obat dan Benar Cara Pemberian. Sedangkan 8,8% responden yang tidak melaksanakan Benar Dosis, 8,1% responden yang tidak melakukan Benar waktu dan 17,6% responden yang tidak melakukan Benar Dokumentasi
2. Adanya hubungan antara Benar dosis dengan perawat laki laki, pendidikan yang semakin rendah, yang sudah menikah, sosialisasi 6B yang kurang dari 6 kali serta frekuensi audit yang hanya 2 kali dalam setahun
3. Adanya hubungan yang bermakna Benar Waktu dengan Beban Kerja, dimana beban kerja 160-179 jam yang paling bermakna dengan dengan Benar waktu dikarenakan masih banyak pegawai baru (pegawai kontrak) .
4. Dari wawancara, kami mendapatkan masukan yang cukup banyak, terutama untuk Tim Audit agar lebih memahami permasalahan yang ada, dan diharapkan bisa berkomunikasi yang intensip dengan staf sehingga bersama sama untuk menemukan solusinya, untuk sosialisasi dilakukan dengan berkoordinasi dengan masing masing unit agar tidak mengganggu waktu kerja mereka. Dan terakhir untuk kesiapan audit, harus diutamakan bahwa audit bukan menyalahkan tapi lebih kepada solusinya.
5. Pelaksanaan 6 Benar banyak faktor yang mempengaruhi terutama Pendidikan yang dominan adalah SPK, AA dan D1, sedangkan S1 juga rendah dikarenakan masih baru sehingga kepatuhan dalam pelaksanaan 6 Benar masih rendah.

## 7.2. Saran

– Hasil penelitian ini memiliki implikasi yang penting bagi implementasi 6 Benar, khususnya di Rumah Sakit Umum Surya Husadha. Dari penelitian ini, Rumah Sakit Umum Surya Husadha memperoleh gambaran tentang karakteristik terhadap 6 Benar di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, pembenahan terhadap komponen 6 Benar yang potensial menimbulkan KTD dan KNC (Benar dosis, Benar waktu dan Benar dokumentasi). Pengaruh 6 Benar terhadap Pendidikan, Jenis Kelamin, Status Kawin, sosialisasi 6 Benar dan frekuensi audit serta beban kerja perlu dilakukan penelitian lebih lanjut karena pe<sup>116</sup> menurunkan kasus patient safety di Rumah Sakit, Hasil ini bisa dijadikan masukan untuk pengembangan pelaksanaan kepatuhan akan 6 Benar berikutnya, termasuk pengembangan dan implementasi 6 Benar di Rumah Sakit Umum Surya Husadha.

1. Untuk pendidikan tenaga yang belum sekolah penyetaraan DIII dibuatkan schedule kuliah di poltekkes, sedangkan untuk jures disarankan untuk sekolah DIII farmasi. Sedangkan tenaga yang akan mendekati pensiun akan ditarik ke PT sebagai konsultan di Komite Keperawatan, terutama dalam pembinaan. Tenaga S1 akan dilakukan pengulangan kembali dengan sosialisasi yang lebih baik oleh manajemen dan saat penerimaan akan disamakan dengan perawat yang lain.
2. Jenis kelamin laki laki yang tidak patuh lebih tinggi dibandingkan dengan yang perempuan, kebijakan SDM akan melakukan sosialisasi secara penuh 6 kali agar proses dapat dipatuhi dan audit secara penuh pula.
3. Bagi yang yang belum kawin, akan di coaching conselling kembali dalam pembinaan karena perlu diberikan pemahaman terutama karena banyak yang baru sehingga mereka baru tahap menghafal.
4. Untuk sosialisasi akan dilakukan pembenahan prosedurnya terutama tahapan sosialisasi yang lebih mengedepankan pemahaman, bukan hapalan.

5. Audit dilakukan dengan lebih komunikatif, tidak menyalahkan, dan mampu memberi saran yang membangun.
  6. Beban kerja akan diarahkan dengan memperbaiki pola ketenagaan, proses penerimaan staf dan perbaikan system penggajian dan jenjang karir menggunakan CBHRM.
- Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk menyempurnakan penelitian ini. Langkah pertama adalah dengan melakukan pola ketenagaan yang baik dan benar yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Perlu juga dipertimbangkan untuk membandingkan beban kerja antar unit satu dengan yang lainnya sehingga bisa lebih detail mengetahui unit mana yang paling bermasalah sehingga penanganan lebih lanjutnya dapat dilakukan.
  - Pemanfaatan hasil penelitian ini bagi Rumah Sakit Umum Surya Husadha perlu diikuti dengan penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan data yang lebih akurat pada masing-masing komponen 6 Benar, terutama mengenai masalah-masalah yang masih ada pada masing-masing komponen 6 Benar. Masalah yang didapatkan perlu diberikan prioritas berdasarkan tingkat keparahan (*severity*), tingkat kejadian (*occurrence*), dan kemudahan untuk mendeteksi masalah (*detection*) yaitu pendidikan dan beban kerja. Setelah didapatkan prioritas masalah, maka langkah-langkah untuk pengembangannya akan menjadi lebih mudah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abram AC. Clinical Drug Therapy. Ationales for nursing practise JB Lapinscott diambil dari jurnal keperawatan indonesia volume 9 no 1, tahun 2005.
- AHRQ, Jurnal 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. 2000.
- AHRQ, Agency for Helthcare Research and Quality, Publications no.04-RG005, Desember 2003.
- Alimul Aziz. Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Salemba medika. Jakarta. 2003
- Amir D.S.F . Bunga Rampai Hukum Kesehatan . Widya Medika . Jakarta. 1999.
- Anita Murwani, Skep . Pengantar Konsep Dasar Keperawatan . Yogyakarta . Fitramaya . 2003
- Anonim. Managing The Risks From Medical Product Use. U.S Food and Drug Administration. 1999.
- Anonim. Modul Metodologi Penelitian Kesehatan. FKM UI. 2007.
- Anonim. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Departemen Kesehatan RI.Jakarta.2006.
- Anonim. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS).Jakarta. 2005.
- Ashcroft D., Morecroft C., Parker D., Noyece P., Patient Safety in Community Pharmacy : Understanding Errors and Managing Risk, Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005
- ASHP, Leadership Conference on Pharmacy Practice Management Executive Summary : Improving patient care and medication safety Am JHealth-Syst Pharm. 2005
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Second National Report on Patient Safety Improving Medication Safety. July 2002.
- Bhisma Murti, Jurnal Medical Error, Solusi Personal dan Solusi Sistemik, 2002.
- Biery Jackie, Pharm.D., Medication Safety Pharmacist, University of Washington, Feb 21, 2006

- Cohen MR. Medication Errors, The American Pharmaceutical Association 1999
- Deena L. Mollon. MSN. RN and Willa L Fields, DNSc, RN, FHIMSS, The journal of Continuing Education in Nursing, Volume 40, No 5, May 2009.
- Departemen Kesehatan RI, Panduan Nasional Keselamatan Pasien rumah Sakit. Jakarta. Bhakti Husada. 2006
- Departemen Kesehatan RI. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. (konsep dasar dan prinsip). Jakarta. Bhakti Husada. 2006
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI Departemen Kesehatan RI, Tanggung Jawab Apotek
- Fay A Rozovsky, James Woods. Jr. The Handbook of Patient Safety Compliance, A Practical Guide For Health Care Organizations, Jossey Bass, 2005.
- Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan Khusus Farmasi. Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan RI. Jakarta. 2005 hal 91
- Idrus. Jurnal Konstruksi Gender dalam Budaya, 2005.
- JCI, WHO, Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care, Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 6. Mei 2007. <http://www.jointcommissioninternational.org/Books-and-Ebooks/>, diakses tanggal 12 Januari 2012.
- JCI, WHO, Communication During Patient Hand-Over, Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 3. May 2007. <http://www.jointcommissioninternational.org/Books-and-Ebooks/>, diakses tanggal 12 Januari 2012
- JCI, WHO, Look a Like, Sound a like, Medication Names, Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 1. May 2007, <http://www.jointcommissioninternational.org/Books-and-Ebooks/>, diakses tanggal 12 Januari 2012.
- JCI, WHO, Patient Identification, Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 2. May 2007. <http://www.jointcommissioninternational.org/Books-and-Ebooks/>, diakses tanggal 12 Januari 2012

JCI,WHO, Single Use of Injection Devices, Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 8. Mei 2007 <http://www.jointcommissioninternational.org/Books-and-Ebooks/>, diakses tanggal 12 Januari 2012.

Jhon Sandars, Gary Cook, ABC of Patient Safety, BMJI Books, 2007

Kinnenger T & Reeder L E stabilising for technology to reduce medication error is both a science and an art. Diambil dari <http://www.Brigmedical.com/media> 2003, Diakses tanggal 12 Januari 2012

Knoers dan Haditono Psikologi perkembangan . Pengantar dalam berbagai bagiannya , Cetakan ke – 12 Universitas Gajah Mada Yogyakarta, 2004

Kozier, B. Erb, G. & Blais, K. Professional nursing practice concept, and prespective. California: Addison Wesley Logman, Inc. 1997

Kuntarti, Tingkat Penerapan Prinsip Enam Tepat dalam pemberian obat oleh Perawat FKUI. 2005

Marrie J. Gozdan, RN, CNS, MSN, Patient Safety, Using Technology to Reduce Medication Errors. 2009. [www.nursing2009.com](http://www.nursing2009.com). Diakses tanggal 12 Januari 2012.

Moeloeng.L.J. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung. PT Remaja Rodakarya . 2001.

Muninjaya. Manajemen Kesehatah.Jakarta.EGC.1999

Nebeker JR, Barach P, Samore MH. *Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to terminology, Documentation, and Reporting. Improving Patient Care.* American Colleges of Physicians, 2004.

Notoatmojo Soekidjo . Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan . Jakarta. PT Rineka Cipta. 2003

Nursalam, Pendekatan Proses Metodologi Penelitian Keperawatan Jakarta SV Sagung Seto. 2001

Nursalam. Manajemen Keprawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Salemba Medik. Jakarta.2002

*Patient Safety in Community Pharmacy: Understanding Errors and Managing Risk*, Darren Ashcroft, Charles Morecroft, Dianne Parker, Peter Noyece, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005

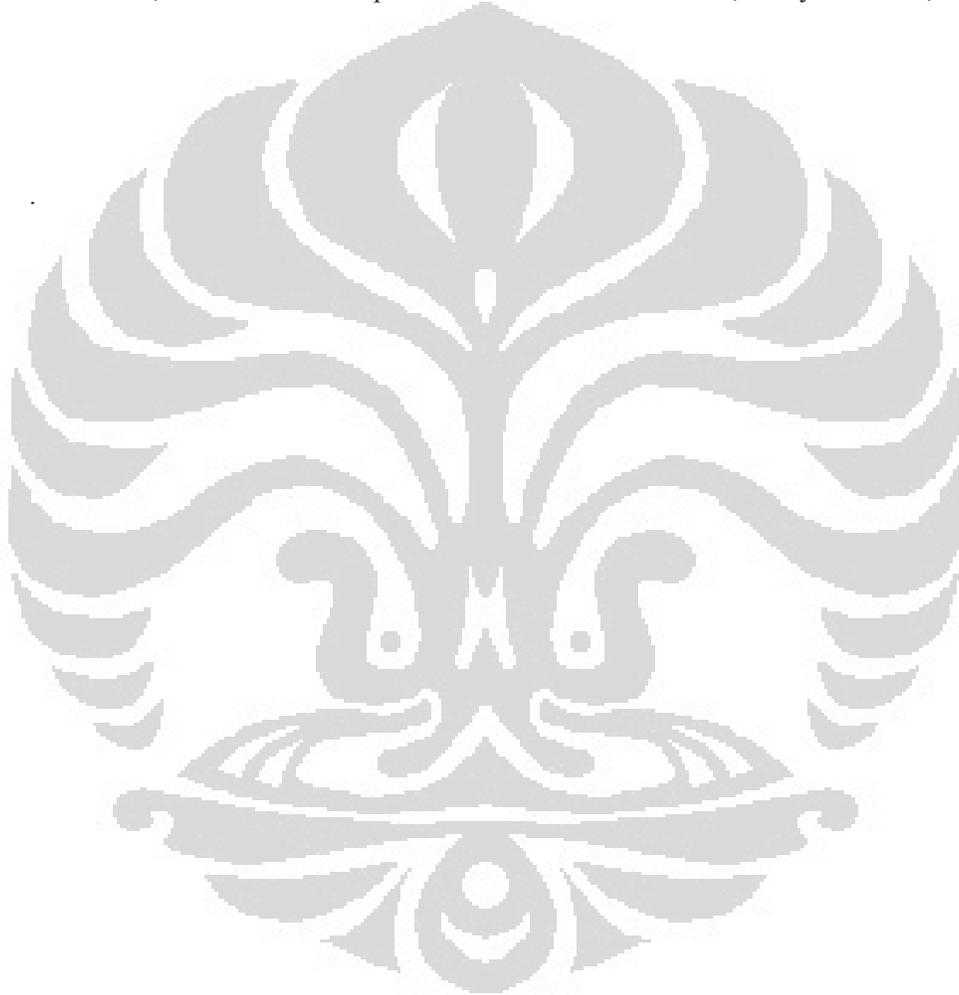
- Pengaruh Pengalaman terhadap peningkatan keahlian auditor oleh Dwi Ananing T Fakultas Ekonomi UI Yogyakarta 2006
- PERSI KARS.KKP-RS. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Lokakarya Program KP-RS. 2006.
- Poerwandari E Kristi. Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi Jakarta Universitas Indonesia. 1998
- Potter and Perry.Fundamental of Nursing. 4 Th edition.Elsever Mosby . USA.2005
- Prinsip enam benar dalam pemberian obat, Jurnal keperawatan Indonesia volume 9 no 1. Maret 2005
- Prinsip enam benar dalam pemberian obat, Jurnal keperawatan Indonesia volume 9 no 1, Maret 2005.
- Siregar, C. J. P.. Farmasi Klinik. Teori & Penerapan. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2006.
- Sitorus, R. Metode praktik keperawatan professional di rumah sakit. Penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat.EGC.2006.
- Sudarwan Danim . Riset Keperawatan 126 ,arah dan Metodologi . Jakarta . EGC . 2003
- Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif Dan R & D . cetakan ke 7 . CV Alfabeta . Bandung Pendekatan Proses Metodologi Penelitian Keperawatan. 2009
- Suparyanto Konsep Kepatuhan, 2010. <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html>. Diakses tanggal 12 Januari 2012
- Suparyanto, Sikap Masyarakat Terhadap ODHA, 2012. <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2012/04/sikap-masyarakat-terhadap-odha.html>. Diakses tanggal 12 Januari 2012
- Sutedjo Ary. Mengenal obat – obatan secara mudah dan Aplikasinya dalam Perawatan. 2008.
- Tambayong. Farmakologi Untuk Keperawatan. Widiya Medika, Jakarta. Jan. 2001.

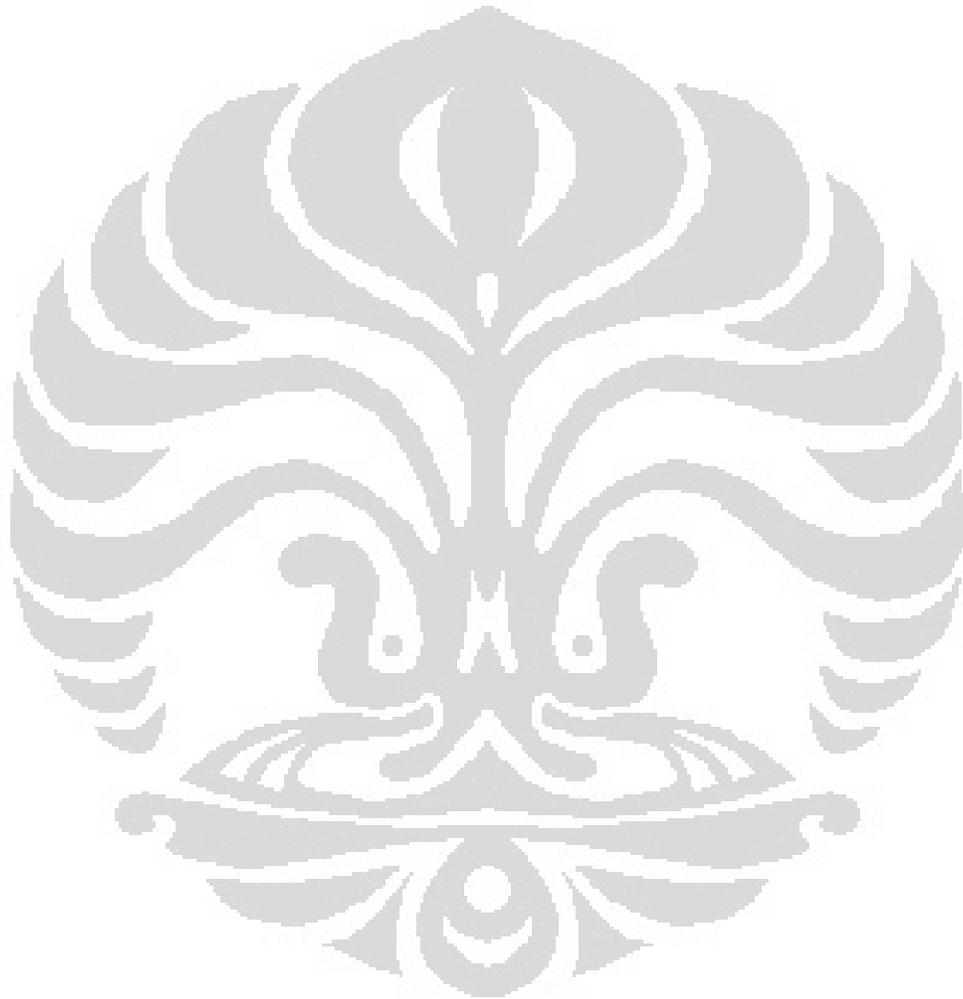
Tomey. A.M. dan Alligoog, M.R. Nursing theorist and their work. 6th ed. St.Louis: Mosby. 2006.

Wijono, D. Manajemen mutu pelayanan kesehatan . teori, strategi dan aplikasi. Volume 1 dan 2. Airlangga University Press. Surabaya. 1999.

Wijono, Manajemen Mutu dan Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga University Press, 1999.

Zaidin Ali, Dasar – dasar Keperawatan Profesional Jakarta, Widya Medika, 2001.





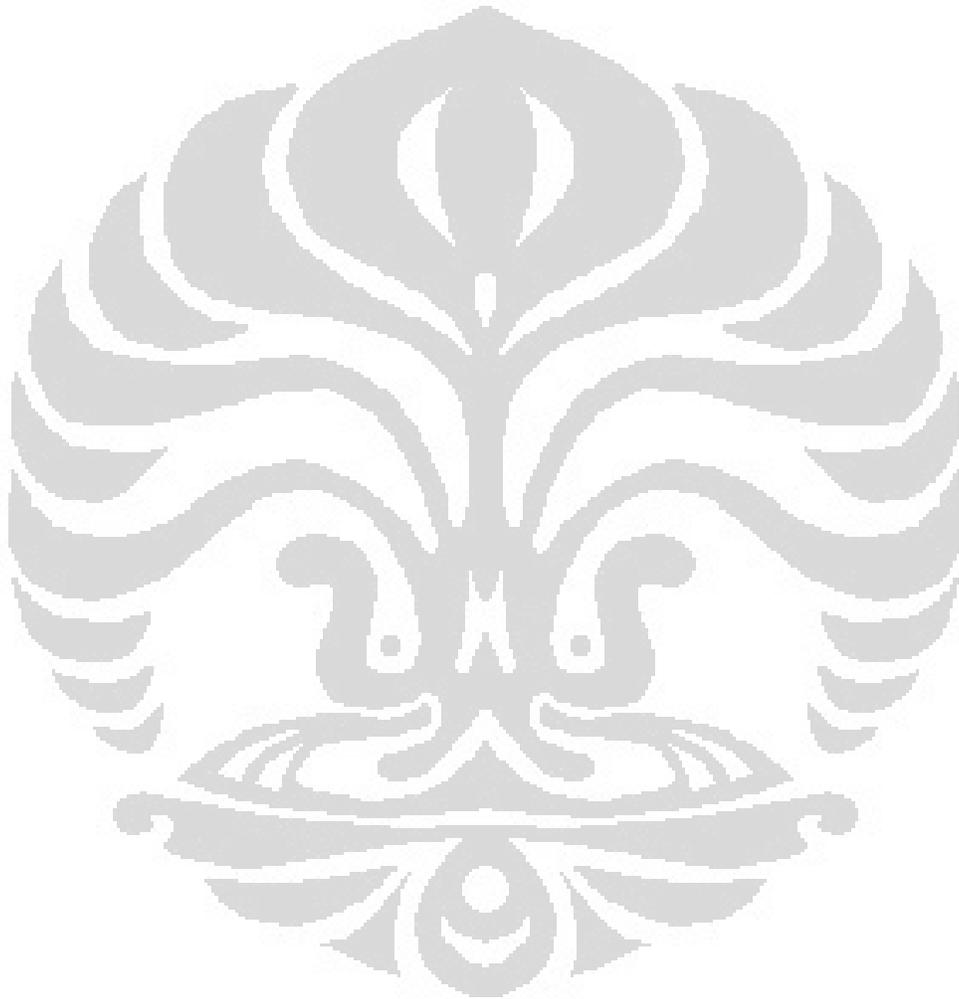
**LAMPIRAN**

**DATA PATIENT SAFETY**

**Data Patient Safety tahun 2008**

NO	WAKTU	TEMPAT KEJADIAN	INSIDEN	JENIS INSIDEN		AKIBAT INSIDEN	KASUS
				KTD	KNC		
1	13-Jan-08	Rawat Inap	Diagnosa blm jelas pasien meninggal	√		kematian	interna/ bedah
2	8-Jan-08	Intermediate	Histerectomy e.c. HPP	√		cedera berat irreversible	Obgyn
3	29-Jan-08	R. Bayi	Bayi meninggal	√		Kematian	Neonatus
4	30-Jan-08	Farmasi	Dari farmasi keliru memberikan obat		√	tidak ada cedera	Anak
5	11-Jan-08	Radiologi	Hasil rontgen tertukar dengan pasien yang namanya sama	√		tidak ada cedera	Neuro
6	9-Feb-08	Rawat Inap	Pasien terjatuh di kamar mandi		√	tidak ada cedera	Interna
7	19-Feb-08	Poliklinik	Kesalahan dalam memberikan cairan infuse	√		tidak ada cedera	Anak
8	20-Feb-08	LAB	Petugas lab salah menulis jenis kelamin di form hasil lab.	√		tidak ada cedera	Bayi
9	15-Mar-08	UGD	Penulisan resep tidak jelas	√		cedera berat reversible	Interna
10	30-Mar-08	Radiologi	Bacaan foto rontgen tertukar	√		tidak ada cedera	Anak
11	13-Apr-08	Rawat Inap	Pasien terjatuh di kamar mandi	√		tidak ada cedera	Interna
12	8-Apr-08	Rawat Inap	Jatuh dari tempat tidur sehingga luka robek	√		cedera sedang	Neuro
13	26 Mei 08	Farmasi	Etiket obat tertukar		√	tidak ada cedera	Anak
14	23-Jun-08	UGD	Pemberian injeksi tidak sesuai dg instruksi dokter	√		tidak ada cedera	Bedah
15	10-Jun-08	Rawat Inap	Mual-mual post MRS ( post op. ada penurunan elektrolit tdk diperiksa	√		cedera ringan	Urologi
16	3 Juli 08	OK	Terjatuh di kamar mandi setelah OK ( post op. katarak )	√		cedera ringan	Mata
17	4 Juli 08	Lab	Kesalahan pengambilan lab ( no kmr dan nama pasien tertukar )	√		tidak ada cedera	Interna
18	4 Juli 08	Poliklinik	Tertukar mengantarkan pasien bayi untuk tindakan fototerapi		√	tidak ada cedera	Anak
19	4 Juli 08	Poliklinik/OK	Diagnosa yang tidak akurat	√		cedera berat reversible	Bedah
20	15 Juli 08	OK	Batal OK karena ditemukan kasus ya lain jg ( orthopedi )	√		tidak ada cedera	Urologi
21	20 Juli 08	R. HD	Perdarahan post HD pada bekas pungsi	√		tidak ada cedera	Interna
22	13 Nop 08	Rawat Inap	Kurang akurat menegakkan diagnosa	√		kematian	Intena

23	22 Nop 08	Rawat Inap	Salah memberikan dosis obat inj		√	tidak ada cedera	Anak
24	26 Nop 08	OK	Tidak akurat dalam mendiagnosa ( HET ) Lanjutan kasus dari RS diluar SHH	√		cedera berat reversible	Obgyn
JUMLAH KASUS				<b>19</b>	<b>5</b>		
<p>Pada tahun 2008 ditemukan kasus kesalahan pemberian obat 6 kasus dari 24 kasus yang ada (25%).</p>							



## DATA PATIENT SAFETY TAHUN 2009

No	Tanggal	Tempat	Insiden	Jenis Insiden		KASUS	ANALISA	SOLUSI
				KT D	KN C			
1	20-Jan-09	RAWAT INAP	Salah memberikan dosis Frisium	√		SARAF	Kesalahan terjadi karena ketidakhatian perawat dalam mencocokkan antara instruksi dokter dengan obat yang diterima dari dokter.	Setiap mendapat obat dari depo farmasi perawat harus mengecek kembali sediaan dan dosis obat yang diterima apakah sudah sesuai dengan instruksi dokter
								Petugas depo menulis aturan pakai di etiket obat harus jelas dibaca
								Blister obat yang sudah dipotong (tablet) mohon ditulis lagi diklip obat
								Mensosialisasikan protap yang ada penerapan sistem 6 B
2	29-Jan-09	LAB.	Salah menuliskan identitas pasien pada form hasil lab.		√	INTERNA		Setiap formulir pemeriksaan lab dilengkapi dengan identitas pasien dan nomor RM
								Konsultasi dengan IT apakah bisa membuat program untuk mengakses billing di lab harus menggunakan RM
								Usul penggunaan barcode
3	28-Jan-09	OK	Salah menuliskan identitas bayi pada gelang tangan bayi	√		Neonatus		Revisi protap mengidentifikasi bayi
								Penyegaran SDM
								Perbaikan sistem pelaporan
								Supervisi staf magang
4	17-Jan-09	OK	Tali pusat bayi baru lahir tidak diklem	√		Neonatus	Petugas diingatkan lagi /membaca SOP memotong tali pusat	Mengecek kembali tali pusat apakah sudah diklem/tidak saat operan bayi dari perawat OK ke perawat bayi
								Koordinasi antara perawat bayi dengan petugas OK untuk saling mengingatkan
								Bekerja sesuai dengan protap
5	20-Jan-09	POLIKLINIK	Terjadi komplikasi akibat tindakan spooling	√		THT		Tingkatkan ketrampilan dokter pelaksana
								Bila cerumen keras lunakkan selama 2 hari
								Bila pasien tidak bisa difiksasi jangan dipaksa
6	18-Feb-09	LAB.	Salah pengambilan sample lab. pada pasien yg tidak memerlukan lab tersebut	√		INTERNA	Perawat tidak menulis no. RM di pengantar lab. Sebelumnya sudah disosialisasikan masalah ini	Setiap menulis pengantar lab. harus mengambil les pasien. Dari les tersebut akan bisa dilihat nama pasien, no. kamar, no. RM, jenis lab yang harus diperiksa.

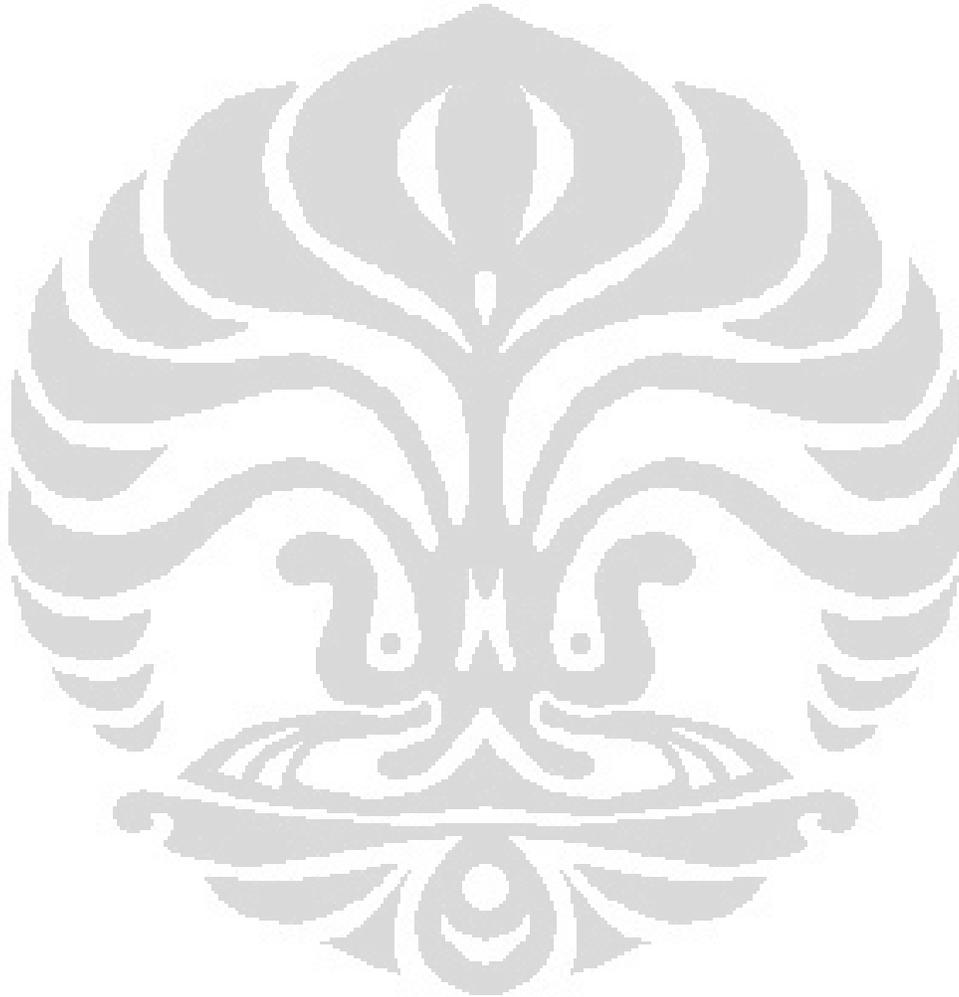
							Memasang no kamar pada pasien yang dirawat di satu kamar yang ada 2 sampai 3 bed
							Diagnosa pasien harus tertulis di pengantar lab
7	4-Feb-09	RAWAT INAP	Salah membagikan obat ke pasien	√	Interna	Perawat tidak hati2 dalam menerima obat dari depo farmasi, tanpa melihat nama pasien yang tertulis pada kitir obat	Sebelum menyerahkan resep ke depo farmasi pastikan bahwa identitas pasien yang tertulis diresep ( yang akan memakai obat ) sudah benar.
							Setiap menerima obat dari depo farmasi perhatikan identitas pasien yang tertulis dikitir obat sebelum menyerahkannya ke pasien dan pastikan bahwa pasien memakai obat itu sesuai instruksi dokter yang merawat.
							Setiap sehabis menerima operan instruksi obat/tindakan hendaknya instruksi tersebut diucapkan ulang oleh yang menerima operan
8	18-Feb-09	RAWAT INAP	Salah memberikan obat Cravit inj. (Tidak sesuai jadwal)	√	THT	Kesalahan ini terjadi saat hunian sedang tinggi (BOR: 96,8%). Perawat yang bertugas belum sempat menyalin instruksi, harus mendampingi visite dokter yang lain	Setiap menulis instruksi dokter di CP harus dilihat dan dicocokkan lagi dengan instruksi yang ditulis oleh dokter di les pasien.
							Bila ada instruksi yang belum jelas telpon dokter
							Membawa buku catatan bantu visite untuk mencegah kelupaan /kekeliruan
9	27 Mei 09	UGD	Pasien hamil mengalami pembukaan lengkap di ruangan, karena kurangnya anamnesa dan tidak dilakukan pemeriksaan obgyn di UGD. Dalam perjalanan perawatan keadaan pasien memburuk. Akhirnya meninggal	√	OBYGYN	Anamnesa dan pemeriksaan fisik kurang akurat	Anamnesa pasien lengkap. Pemeriksaan fisik lebih akurat. Setiap pasien hamil dilakukan pemeriksaan DJJ.
10	19-Jun-09	FARMASI	Pemberian obat tidak sesuai dg instruksi dokter. Instruksinya RENXAMIN tapi yang diberikan RENOSAN	√	INTERNA	Fungsi cecker di Depo Farmasi tidak jalan. Perawat tidak mencocokkan kembali apakah obat yang datang dari depo sudah sesuai dengan instruksi dokter	Proses pengambilan obat di depo farmasi cecker harus berjalan. Perawat sebelum memberikan obat ke pasien harus mencocokkan obat yang akan dimasukkan sesuai dg instruksi dokter.

11	20-Jun-09	UGD	Pasien kecelakaan lalu lintas meninggal karena kurang maksimalnya penanganan	√		BEDAH	Pasien lambat mendapat penanganan karena pasien lambat datang ke rumah sakit.	Standarisasi alat dan SDM
							Penanganan pasien di rumah sakit belum maksimal	
12	6 Juli 09	FARMA SI	Pasien seharusnya tidak dapat obat Metrix, tapi obat itu diberikan oleh Farmasi	√		OBGYN	Fungsi cecker di Depo Farmasi tidak jalan.	Amprahan obat ke depo farmasi harus dengan resep
							Dengan tenaga 2 orang yang stand by di depo farmasi, petugas masih kewalahan untuk mendistribusikan obat ke ruangan	Sebelum menyerahkan obat ke ruangan, petugas depo harus mengecek kembali apakah obat yang akan diserahkan sudah sesuai dengan permintaan.
13	Juli 09	RAWAT INAP	Kesalahan ganti infuse. Seharusnya diberikan Aminoplasma 5%, tapi diberikan Aminosteril 5%	√		INTERNA	Perawat tidak mengecek kembali les pasien sebelum mengamprah obat ke depo farmasi	Pastikan obat yang diamprah sudah sesuai dengan obat yang diinstruksikan dokter
							Saat ngamprah obat ke depo farmasi tidak ada catatan/resep	Amprahan obat harus tertulis, untuk mencegah salah dengar kalau pertelpon
							Saat memberikan obat/infuse ke pasien perawat tidak melihat kembali etiket nama obat yg akan diberikan pasien	Obat baru diserahkan oleh depo farmasi bila permintaanya tertulis/ada resep/
14	9 Juli 09	OK	Pasien menderita luka bakar saat operasi TURP, karena terkena couter	√		BEDAH	Ada kerusakan pada alat couter/konsleting	Bila curiga ada alat yang rusak segera diperbaiki/ order alat yang baru
15	Ags 09	OK	Pasien menderita luka bakar saat operasi TURP, karena terkena couter	√		BEDAH	Ada kerusakan pada alat couter/konsleting yang tidak segera diperbaiki /diganti	Bila curiga ada alat yang rusak segera diperbaiki/ order alat yang baru
							Alat yang diamprah lama mendapatkannya	Evaluasi supplier alat
16	10 Agst 09	RAWAT INAP	Pasien post SC MRS berulang (3x)	√		OBGYN	KIE pasien oleh dokter yang masih kurang.	Dokter memberikan KIE yang lebih lengkap dan dicatat dalam buku KIE.
							Pasien pulang atas permintaan sendiri	
							Saat dilakukan tranfusi pasien tidak dikonsulkan ke dokter internis.	Setiap pasien PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI harus ada tanda tangan pasien/keluarga.
							Ketepatan hasil lab masih diragukan	Setiap pasien (dws)tranfusi hendaknya dikonsulkan ke internis.
								Kalibrasi alatlaboratorium.
17	12 Agst 09	RAWAT INAP	MRS kembali sehari setelah dipulangkan oleh dokter	√		INTERNA	Belum ada protap kriteria pemulangan pasien	Disusun protap kriteria pemulangan pasien

18	31 Agst 09	RAWAT INAP	MRS kembali sehari setelah pulang dengan sakit yang sama.	√		ANAK	Ada keraguan dengan keakuratan hasil lab. BS	Kalibrasi alat pemeriksaan BS
19	14-Sep-09	RAWAT INAP	Salah cara pemberian obat injeksi	√		BEDAH	Dokter tidak menulis cara pemberian obat tsb.	Setiap dokter memberikan instruksi obat harus jelas menulis nama obat, dosis, kemasan, dan cara pemberiannya.
							Perawat tidak jelas cara pemberian obat dan belum berpengalaman menggunakan obat tsb.	Bila ada instruksi obat yang belum jelas, perawat hrs menanyakan langsung ke dokter yang memberikan instruksi. Membaca kembali protap cara pemberian obat.
20	30-Sep-09	FARMASI	Tertukar memberikan obat dengan pasien yang lainnya.	√		INTERNA	Sebelum menyerahkan obat, petugas tidak menanyakan kembali nama pasien yang akan diberikan obat dan juga tidak mencocokkan dengan nama pasien yang tertulis dalam etiket obat.	Setiap mau menyerahkan obat ke pasien, petugas hendaknya menanyakan kembali identitas pasien dengan pertanyaan terbuka " Siapa nama bapak/ibu?"
								Sebelum menyerahkan obat , dicocokkan lagi nama pasien yang tertulis di etiket obat dengan nama pasien yang dipanggil.
21	5 Okt 09	POLIKLINIK	Obat yang diberikan tidak sesuai dengan instruksi dokter. Instruksinya seharusnya KALNEX inj. tapi yang diberikan KALMET inj.	√		BEDAH	Tulisan dokter tidak terbaca dengan jelas, dan perawat yang menerima instruksi tidak menanyakan kembali ke dokter yang memberikan instruksi.	Setiap instruksi dokter yg tertulis di CM harus jelas dan lengkap ( nama obat, dosis, dan cara pemberian)
								Setiap instruksi dokter yang ditulis dibaca ulang didepan dokter yang menulis sehingga terjadi persamaan persepsi (tidak terjadi salah baca)
22	6 Okt 09	RONTGEN	Foto rontgen tidak sesuai dengan Permintaan	√		INTERNA	Petugas tidak membaca secara lengkap form permintaan foto rontgen ( permintaannya foto thorak lateral tapi yang dilakukan foto thorak AP.	Sebelum melakukan tindakan rontgen, hendaknya form permintaan rontgen dibaca secara hati-hati .
							Stressor fisik dan mental karena pada saat itu pasiennya banyak	Verifikasi pengetahuan dan ketrampilan karyawan baru.
23	Okt 09	PLIKLINIK	Pasien dg penyakit jantung + HT yg memerlukan penanganan	√		INTERNA	Pasien sebelumnya menolak dirujuk ke UGD SHH, tapi surat penolakan tidak ada Dokter dalam	Setiap pasien emergency harus dirujuk ke UGD
								Bila pasien menolak dirujuk/diambil tindakan, harus ada surat penolakan.

			emergency dirujuk ke pol. Spesialis, meninggal di r. observasi poliklinik				memberikan KIE ke pasien kurang kuat Pasien dirujuk ke poliklinik bukan ke UGD	Pada pasien emergency, dokter dalam memberikan KIE harus kuat (mengharuskan pasien dan tidak ada pilihan lain)
24	15 Okt 09	Farmasi	Salah dosis obat	√		INTERNA	Fungsi cecker di Farmasi tidak jalan.	Setiap resep yang diterima harus dibaca oleh AA secara teliti, kemudian obat diambil oleh petugas yang lain. Sebelum obat diserahkan dilakukan cek ulang lagi.
25	28 Okt 09	Intermediate	Rawat inap berulang	√		ANAK	Sebelum memulangkan pasien tidak dilakukan pemeriksaan DL ulang karena KU pasien saat itu sudah bagus	Sebelum memulangkan pasien perlu dipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan lab. uang Hendaknya memulangkan pasien sesuai dengan indikasi bukan krn permintaan pasien
26	22 Nop 09	LAB	Salah pasien saat mengambil sampel lab.	√		ANAK	Petugas lab tidak menanyakan ulang ke pasien untuk mencocokkan identitasnya saat mengambil sampel (ada dua pasien anak dg nama depan sama (Agus))	Di pengantar lab hrs ditulis lengkap identitas pasien termasuk no. kamar dan no. RM
							Di pengantar lab tidak dicantumkan nomor kamar. Yg ada nama pasien, umur dan no. RM	Petugas lab hrs mencocokkan identitas pasien yg tertulis di form permintaan lab. dengan pertanyaan terbuka "Namanya siapa?" Pengadaan gelang identitas pasien
27	Nop 09	FARMASI	Dosis obat yang diminta (spt yg tertulis dlm resep) tidak sesuai dg dosis obat yang diberikan petugas farmasi	√		INTERNA	Fungsi cecker di Depo Farmasi tidak jalan.	Proses pengambilan obat di depo farmasi cecker harus berjalan.
28	20 Des 09	OK	Setelah ± 3jam pasien sudah dianestesi, operator belum datang/belum ada di kamar operasi	√		BEDAH	Operator merasa tidak dihubungi bahwa pasien ACC dilakukan operasi	Satu jam sebelum rencana tindakan operasi dilakukan/sebelum masuk OK, perawat wajib mengingatkan operator tentang jadwal OK
							Sebelum pasien masuk OK tidak ada perawat yang mengingatkan operator	Sebelum operasi dimulai hendaknya dilakukan time out
29	25 Des 09	Rawat inap	Pasien meninggal (karena kurang ketajaman menegakkan diagnose kurang)	√		INTERNA	Anamnesa kurang lengkap	Setiap menangani pasien harus dilakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik yang lengkap dan dicatat di CMDan didukung dengan pemeriksaan penunjang yang diperlukan.
							Pemeriksaan fisik dan penunjang medis	

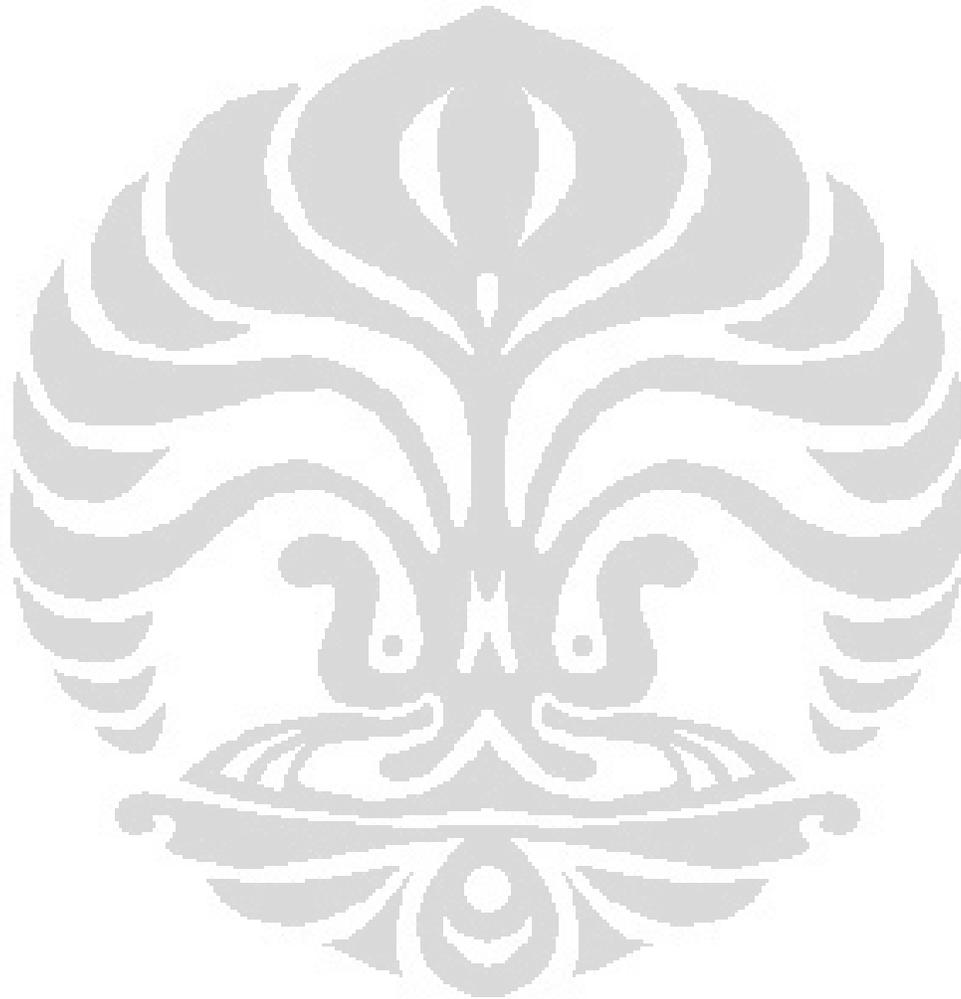
							masih kurang	Pelatihan ATLS, ACLS, SHELL dipercepat
30	27 Des 09	Rawat inap	Salah memberikan dosis obat	√		ANAK	Resep ditulis oleh perawat, bukan oleh dokter Didalam resep perawat salah menuliskan takaran sirup yang diberikan	Resep harus ditulis oleh dokter dan tidak boleh diwakilkan ke perawat.
<p>Dari hasil di tahun 2009 didapatkan 11 kasus patient safety (37 %) dari 30 kasus karena masalah pemberian obat kepada pasien</p>								



### DATA PATIENT SAFETY TAHUN 2010

NO	WAKTU KEJADIAN	KASUS	UNIT KERJA	NRM	KASUS	USIA
1	1/2/2010	ANAK	Poli Umum_RJ		Kesalahan pemberian dosis obat	> 1-5 th
2	1/7/2010	INTERNA	RI		Tdk konsul ke sub spesialis (gastroenterohepatologi)	>30-65th
3	1/12/2010	BEDAH	RI Lt III		Px menjalani tindakan operasi sebanyak 3x dalam waktu yang berbeda	>30-65th
4	1/28/2010	INTERNA	RI Lt IV		Px mengalami phlebitis akibat pemasangan infuse sehingga dilakukan incise	>30-65th
5	1/30/2010	THT	RI Lt III		Pasien mendapatkan tetes mata, bukan tetes telinga, saat pasien mau pulang	>1-5 th
6	2/7/2010	INTERNA	RI Lt IV		Px mengalami phlebitis akibat pemasangan infuse sehingga dilakukan incise	>30-65th
7	2/15/2010	ANAK	RI Lt IV		Terjadi kesalahan dalam pemberian dosis obat karena tidak melihat instruksi selanjutnya.	>1-5 th
8	Mar-10	BEDAH	RI Lt III		Terjadi pembatalan operasi karena ruang OK dipakai oleh dokter lain	>30-65th
9	3/3/2010	ANAK	UGD		Terjadi kesalahan dalam pemberian dosis obat di UGD	>1-5 th
10	3/24/2010	NEUROLOGI	RI		Tidak dirawat di Intermediate	>30-65th
11	4/1/2010	INTERNA	Poli Umum_RJ		Kesalahan pemberian obat	>30-65th
12	4/26/2010	NEUROLOGI	RI Lt IV		Obat tertukar saat pemberian kepada pasien	>30-65th
13	5/14/2010	INTERNA			MRS berulang dengan kasus yang sama dalam waktu kurang dari 24 jam	>15-30th
14	5/19/2010	ANAK	RI		Kesalahan pemberian tetesan cairan infuse (seharusnya tetesan makro tapi yang diberikan tetesn mikro)	>1-5 th
15	5/24/2010	INTERNA	Poli Umum_RJ		Under diagnosis	>30-65th
16	5/26/2010	OBGYN	VK		Perpanjangan waktu untuk dilakukan tindakan operasional	>15-30 th
17	6/23/2010	INTERNA	RI Lt III		Kelebihan dosis	>30-65th
18	6/29/2010	BEDAH	OK		Kelebihan dosis obat anastesi, sehingga pasien tertidur panjang	>5-15 th
19	7/4/2010	INTERNA	RI Lt IV		Pasien jatuh	
20	7/20/2010	MATA	RI Lt III		Obat tertukar karena mirip	>5-15 th
21	8/15/2010	ANAK	UGD	092354	Infus set instruksi dokter adalah mikro, yang dipasang makro	>1-5 th
22	8/18/2010	ANAK	Farmasi		Nama px di etiket obat berbeda dengan nama di resep	>1-5 th
23	8/18/2010	INTERNA	Laboratorium	016182	Identitas pasien tidak lengkap pada print out hasil lab	>15-30 th
24	8/19/2010	ANAK	Laboratorium	006230	Salah identitas pasein pada lembar hasil lab	>5-15 th
25	8/23/2010	ANAK	RI Lt III		Salah nama Px dan salah obat	1bln - 1th
26	8/29/2010	NEUROLOGI	RI Lt IV	-	Salah dosis	> 65th
27	9/3/2010	INTERNA	Laboratorium		Pemeriksaan Lab tidak dikerjakan	>15-30 th

28	10/5/2010	BEDAH	RI Lt III	096210	Pasien batal operasi	> 65 th
29	10/21/2010	MATA	Farmasi		Salah pemberian obat, karena nama obat yang mirip	>1-5 th
30	11/6/2010	INTERNA	RI Lt IV	098629	Salah obat, seharusnya salep mata, diberikan salep kulit	>15-30 th
31	12/10/2010	INTERNA	Poli Interna		Hasil rontgen tertukar	>30 - 65 th
32	12/7/2010	BEDAH	R Inap		Pasien jatuh	>30 - 65 th
Di tahun 2010 terdapat 16 kasus dari 32 kasus patient safety (50%) karena kesalahan pemberian obat.						



**Matrik: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Staf Perawat dan Staf Farmasi Menggunakan Enam Benar Dalam Menurunkan Kasus *KTD dan KNC* di Rumah Sakit Umum Surya Husadha Tahun 2011**

KELOMPOK	PERAWAT				FARMASI			
	1	2	3	4	1	2	3	4
PERTANYAAN	1	2	3	4	1	2	3	4
<p>Apa saran anda mengenai 6 Benar, agar bisa lebih baik dan lebih mudah dimengerti?</p>	<p>Kalau bisa sosialisasi 6B dilakukan pada saat kami operan jaga atau operan jaga saat pulang, sehingga tidak mengambil waktu kami disaat jaga</p>	<p>Saya ngak ngerti juga dengan sosialisasi 6B, habisnya sambil nulis asuhan disuruh dengerin, ya saya lebih mementingkan tugas, kalau ngak selesai saya ngak bisa pulang donk</p>	<p>Sosialisasi kalau bisa dijawabkan lebih dulu dalam kalaneder kerja</p>	<p>Sosialisasi jangan setengah-setengah, masa kami yang disuruh sosilisasikan ke teman teman</p>	<p>Sosialisasi 6B kan seharusnya membuat kami tahu, tapi karena kami dijelaskan juga buru buru, kami jadi banyak yang ngak ngerti</p>	<p>Saran saya kalau ada sosilisasi 6 B, dan dirasakan penting, seharusnya tim audit memberi kami materinya, dan jangan jam kerja, soalnya pasien ramai, apalagi kalau sore pasien rawat jalannya banyak, sehingga beban buat kami dan kami mengharap diberitahukan sebelumnya</p>	<p>Duh kalau bisa sosilisasi pada jam yang tepat</p>	<p>Sosialisasi kan direncanakan, kenapa ngak bilang ke kami? Sering mendadak kalau sosilisasi</p>
<p>Bagaimana kesiapan dalam menghadapi audit tentang 6 Benar?</p>	<p>Saya sebenarnya sudah siap, tapi saya kok ngak yakin ya</p>	<p>Tidak siap, karena saya harus mengutamakan tugas sehari saya, kalau ngak saya nanti kena omelan senior saya</p>	<p>Siap aja, soalnya saya tahu apa yang menjadi pekerjaan saya di ruangan</p>	<p>Siap, tapi bantu kami bila ada masalah</p>	<p>Tidak siap, kalau jamnya, jam ramai, resep keteteran ntar.....daripada pasien yang marah, lebih baik senior saya yang marahin karena ngak siap diaudit.</p>	<p>Siap aja dengan teman teman disini.</p>	<p>Siap, asal kompak dengan teman teman kan saling menutupi.</p>	<p>Siap ngak siap, yang penting kerjaan beres dulu deh</p>

<p>Apa saran anda kepada auditor tentang audit yang telah dilaksanakan?</p>	<p>Saran saya, kami jujur aja bosan dengan audit, soalnya kami punya masalah, tapi kami juga yang mencarikan solusi, bukan mereka yang mencarikan solusi buat kami</p>	<p>Kalau bisa ngak usah deh ada audit, saling nyalahkan melulu, udah itu ngak ada solusi lagi</p>	<p>Auditor jangan juga ikut mengeluh baru kami ngak bisa jawab</p>	<p>Sulit se jadi auditor, tapi semangat ya, kan untuk kebaikan semuanya</p>	<p>Saya sarankan, Tim Audit yang lebih mumpuni, kalau cuman segitu, saya rasa bukan audit namanya, masih banyak masalah di lapangan yang kadang buat kami belum mampu untuk kami pecahkan sehingga kami menginginkan ada yang membantu kami</p>	<p>Masalah kami dilapangan sudah banyak, pasien lagi ramai, eh nyelonong Tim auditnya datang, mana ngak ada konfirmasi ke kami buat siap-siap, seharusnya ngomong dulu lah, biar kami siap dengan jawaban, siapa tahu apa yang ditanyakan bisa kami jawab, kalau ngak bisa....bantuin kami mencarikan solusinya yahhh</p>	<p>Auditor sering komunikasilah dengan kami, sehingga di lapangan kami menyampaikan masalah yang sulit dapat jawabannya</p>	<p>Tim Audit saat turun, kami udah ketakutan, semua diperiksa dan dipreteli, kayak KPK aja, seharusnya komunikasi dulu lah....biar kami ngak deg deg degan...</p>
---	--	---	--	---	---	---	---	---

## KUESIONER

Nama :

Tempat tugas :

No	Karakteristik responden	Jawaban
1	Umur	..... tahun
2	Pendidikan terakhir	1. SPK 2. D III/Asisten Apoteker 3. S1 Keperawatan /Apoteker 4. .... lain
3	Penghasilan perbulan (rata-rata)	Rp.....
4	Beban kerja perbulan (jam)	.....jam
5	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
6	Status perkawinan	1. Kawin 2. Tidak kawin
7	Lama kerja di Rumah Sakit ini	..... Tahun
8	Berapa kali sosialisasi 6 Benar dalam setahun ?	..... Kali
9	Berapa kali audit tentang 6 benar oleh manajemen dilaksanakan dalam setahun ?	..... kali

## PENGAMATAN

**Nama** :

**Tempat tugas** :

Pengamatan ke 1

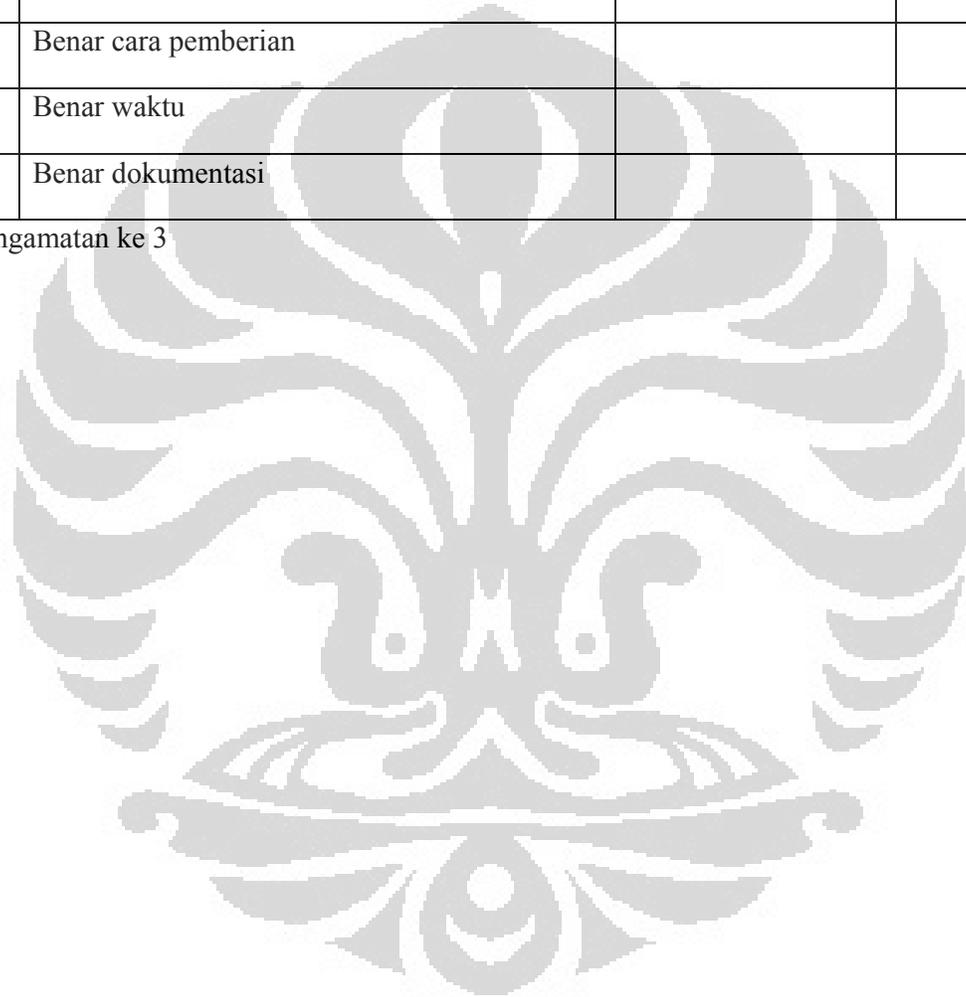
No	Pengamatan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Benar Pasien		
2	Benar Obat		
3	Benar dosis		
4	Benar cara pemberian		
5	Benar waktu		
6	Benar dokumentasi		

No	Pengamatan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Benar Pasien		
2	Benar Obat		
3	Benar dosis		
4	Benar cara pemberian		
5	Benar waktu		
6	Benar dokumentasi		

Pengamatan ke 2

No	Pengamatan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Benar Pasien		
2	Benar Obat		
3	Benar dosis		
4	Benar cara pemberian		
5	Benar waktu		
6	Benar dokumentasi		

Pengamatan ke 3



## WAWANCARA

**Nama** :

**Tempat tugas** :

1	Apa saran anda mengenai sosialisasi 6 Benar, agar bisa lebih baik dan lebih mudah dimengerti	
2	Bagaimana kesiapan dalam menghadapi audit tentang 6 Benar?	
3	Apa saran anda kepada auditor tentang audit yang telah dilaksanakan?	

Pengumpulan data dari responden terpilih dilakukan melalui wawancara langsung dengan responden. Sedangkan tingkat kepatuhan akan dilakukan pengamatan secara langsung oleh pengamat eksternal untuk mengurangi subjektivitas terhadap responden yang diamati.

1. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Surya Husadha, dengan mengambil responden seluruh perawat pelaksana dan staf pelaksana farmasi
2. Akan dilakukan pada tanggal 27 February 2012 sampai dengan tanggal 10 Maret 2012.
3. Tanggal 27 February 2012 akan dilakukan sosialisasi kepada perawat dan staf farmasi tentang penelitian yang dilakukan, dilanjutkan dengan pengisian kuesioner yang telah dipersiapkan, selanjutnya secara bertahap akan dilakukan kepada seluruh staf pelaksana keperawatan dan farmasi. Hari berikutnya tanggal 29 february 2012 akan dilakukan pengamatan yang dilakukan oleh observer sampai selesai tanggal 10 Maret 2012.
4. Karyawan diberi penjelasan mengenai kuesioner yang tidak berpengaruh pada konduite karyawan yang masih bekerja. Populasi dijelaskan pula tentang cara pengisian kuesioner (dalam hal ini peneliti dibantu oleh seseorang yang sebelumnya sudah mendapat pelatihan dari peneliti).
5. Pengamatan dilakukan secara obyektif dengan menggunakan observer dalam pelaksanaannya di lapangan, obeserver adalah orang yang independent dan diharapkan hasilnya lebih obyektif.
6. Untuk pengamatan maka akan dilakukan tiga kali pengamatan, dan yang dipakai adalah pengamatan yang ketiga.

## PRINSIP 6 BENAR

### 1. Benar Pasien

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

- Untuk observer di Keperawatan jawaban Benar apabila perawat menanyakan kesesuaian identitas di tempat tidur dengan pasien yang ditanyakan secara langsung atau keluarganya, sedangkan di ruang bayi dengan melihat langsung gelang identitas pada lengan bayi.
- Untuk observer di Apotek jawaban Benar apabila petugas farmasi menanyakan langsung nama pasien sesuai dengan resep saat memberikan obat.

### 2. Benar Obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang kita asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi.

Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

- Baik observer Keperawatan maupun Apotek jawaban Benar apabila melakukan pemeriksaan tiga kali, pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat.

### 3. Benar Dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya. Misalnya ondansentron 1 amp, 1 amp ondansentron dosisnya ada 4 mg, ada juga 8 mg. ada antibiotik 1 vial dosisnya 1 gr, ada juga 1 vial 500 mg. Jadi harus tetap hati-hati dan teliti !

- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali dosisnya dengan melihat instruksi dokter pada medical record.
- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali dosisnya dengan melihat pada resep dokter.

### 4. Benar Cara/Rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, sublingual, parenteral, topikal, rektal, inhalasi.

- **Oral**, adalah rute pemberian yang paling umum dan paling banyak dipakai, karena ekonomis, paling nyaman dan aman. Obat dapat juga diabsorpsi melalui rongga mulut (sublingual atau bukal) seperti tablet ISDN.
- **Parenteral**, kata ini berasal dari bahasa Yunani, *para* berarti disamping, *enteron* berarti usus, jadi parenteral berarti diluar usus, atau tidak melalui saluran cerna, yaitu melalui vena (perset / perinfus).
- **Topikal**, yaitu pemberian obat melalui kulit atau membran mukosa. Misalnya salep, losion, krim, spray, tetes mata.
- **Rektal**, obat dapat diberi melalui rute rektal berupa enema atau supositoria yang akan mencair pada suhu badan. Pemberian rektal dilakukan untuk memperoleh efek lokal seperti konstipasi (dulkolax supp), hemoroid (anusol), pasien yang tidak sadar / kejang (stesolid supp). Pemberian obat perektal memiliki efek yang lebih cepat dibandingkan

pemberian obat dalam bentuk oral, namun sayangnya tidak semua obat disediakan dalam bentuk supositoria.

- **Inhalasi**, yaitu pemberian obat melalui saluran pernafasan. Saluran nafas memiliki epitel untuk absorpsi yang sangat luas, dengan demikian berguna untuk pemberian obat secara lokal pada salurannya, misalnya salbutamol (ventolin), combivent, berotek untuk asma, atau dalam keadaan darurat misalnya terapi oksigen.

- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali cara pemberiannya dengan melihat instruksi dokter pada medical record.
- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali cara pemberiannya dengan melihat pada resep dokter.

#### **5. Benar Waktu**

Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali waktu pemberiannya dengan melihat instruksi dokter pada medical record.
- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien diperiksa kembali waktu pemberiannya dengan melihat pada resep dokter.

#### **6. Benar Dokumentasi**

Setelah obat itu diberikan, harus didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Bila pasien menolak meminum obatnya, atau obat itu tidak dapat diminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan.

Hal ini diperlukan oleh perawat sebagai pertanggunggugatan secara legal tindakan yang dilakukannya. Mengingat di ruang rawat inap seorang perawat harus memberikan berbagai macam obat kepada beberapa pasien yang berbeda.

- Untuk observer Keperawatan jawaban Benar apabila obat yang diberikan kepada pasien didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan pada medical record (asuhan keperawatan).
- Untuk observer Apotek jawaban Benar apabila apabila obat yang diberikan kepada pasien didokumentasikan berupa tanda tangan di belakang resep dokter.

