

# Analisis Penerapan Prinsip Keselamatan Pasien Dalam Pemberian Obat Terhadap Terjadinya *Medication Error* di Rawat Inap Rumah Sakit X Tahun 2018

## *An Analysis of the Application on Patient Safety in Giving a Medicine to Prevent Medication Error for Hospitalized Patient at X Hospital 2018*

Lediana Tampubolon<sup>1</sup>, Pujiyanto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia

\*Email: drledianatampubolon@gmail.com

---

### ABSTRAK

Kesalahan medikasi adalah kejadian pemberian obat yang dapat menimbulkan cedera kepada pasien yang seharusnya dapat dicegah selama dalam kontrol tenaga kesehatan, dan pasien itu sendiri. Dari 10 fakta WHO mengenai *patient safety* pada negara berkembang tahun 2017 disebutkan bahwa 1 dari 10 pasien yang dirawat di rumah sakit berisiko terhadap terjadinya *medical error* dan kesalahan obat yang merugikan. Dari data insiden keselamatan pasien di rumah sakit X tahun 2015 - 2016 tercatat ada 30 kasus insiden keselamatan pasien yang 12 kasus diantaranya adalah kasus kesalahan pemberian obat di rawat inap. Hal ini tidak sesuai dengan standar yang diatur oleh Kemenkes RI tahun 2008 yang menyatakan bahwa insiden di rumah sakit seharusnya *zero accident*. Desain penelitian yang dipilih adalah penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menganalisa faktor faktor apakah yang mempengaruhi penerapan prinsip keselamatan pasien dalam proses pemberian obat oleh perawat di rawat inap rumah sakit X. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi penerapan prinsip keselamatan pasien dalam pemberian obat antara lain kurangnya supervisi dari pimpinan, kurangnya jumlah SDM perawat, tingginya *turnover* perawat, tidak tersedianya SPO pemberian obat dengan prinsip 7 benar, sosialisasi yang tidak dilakukan secara kontinyu dan tidak adanya program diklat atau pelatihan di rumah sakit X.

**Kata kunci:** unit rawat inap; kesalahan pengobatan; perawat; keamanan pasien.

### ABSTRACT

*Medication error is the incident of a drug provision that can inflicting injury to the patient with should be able to prevent as long as in control of a trained health professional, and of patients itself. From the 10 fact from World Health Organization on patient safety for the developing country in 2017 mentioned that 1 of 10 patients treated at hospital runs the risk against an onset of medical error and drug mistakes that may cause adverse effect. From the data of patient safety incident in hospital X performed from 2015 until 2016 there were 30 cases of patient safety incidents there were 12 cases of them was the case of error in administering medicine in inpatient unit. It is not conforming to standard of which are regulated by the Ministry of Health of Indonesia in 2008 which states that the incident at the hospital supposed to be zero accident. A design of this research is the qualitative study that aimed to analyze factors affecting patient safety in the process of administering medication by nurses in the X hospital for inpatient unit. The result shows that factors affecting the application of patient safety in administering medication are the lack of supervision of leaders, the lack of human resources, nursing turnover, absence of standard procedure of 7 right principle in administering medication, absence of training program for nurses, and also the lack of socialization.*

**Keywords:** inpatient unit; medication error; nurse; patient safety.

## PENDAHULUAN

Pengobatan merupakan salah satu unsur penting dalam upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pemberian obat yang aman merupakan perhatian utama ketika memberikan obat kepada pasien (Kuntarti, 2005). Kesalahan medikasi adalah setiap kejadian yang dapat dicegah, yang mengakibatkan penggunaan obat-obatan yang tidak seharusnya diberikan atau yang dapat menimbulkan cedera kepada pasien saat berada dalam kontrol tenaga kesehatan, pasien dan *consumer* (World Health Organization, 2016)

Kasus kesalahan obat tidak jarang menjadi tuntutan hukum dan berakhir di pengadilan. mengingat dampak yang ditimbulkan antara lain bertambahnya biaya perawatan, hari rawat inap yang memanjang bahkan yang terburuk adalah kehilangan nyawa pasien. Salah satu aspek yang khas dalam kejadian *medication error* adalah tingkat kejadiannya yang cukup sering namun masih bersifat *under report* yang diakibatkan oleh sistem pelaporan yang belum baik (Ramya, 2014)

Data tentang kesalahan pemberian obat di Indonesia masih belum banyak ditemukan dan tidak terdata secara jelas karena kejadian tersebut lebih banyak ditutupi. Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien dari Komite Keselamatan Pasien – Rumah sakit (KKP-RS) pada 2010, insiden akibat kesalahan medikasi mencapai 11,11% atau menempati urutan ketiga insiden setelah insiden akibat kesalahan proses atau prosedur klinis dan pasien jatuh (Indracahyani, 2007)

Dari 10 fakta mengenai *patient safety* dari WHO, disebutkan bahwa di negara berkembang, 1 dari 10 pasien yang dirawat di rumah sakit berisiko terhadap terjadinya *medical error* dan kesalahan obat yang merugikan (World Health Organization, 2017). Dalam sebuah studi mengenai kejadian tidak diharapkan (KTD) akibat kesalahan medikasi yang dilaksanakan di beberapa rumah sakit di United States of America (USA) ditemukan fakta bahwa 34% kesalahan medikasi yang timbul disebabkan oleh salah satunya adalah peran perawat (Bates et al 1995 dalam Indracahyani, 2007)

Penerapan keselamatan pasien dalam pemberian obat bukanlah hal yang mudah untuk dilaksanakan, hal ini

disebabkan oleh beban kerja perawat yang tinggi, jumlah perawat yang tidak sesuai standar, perbedaan latar belakang pendidikan, pengalaman, dan kompetensi yang dimiliki oleh perawat, sehingga layanan keperawatan terkadang masih mendapat komplen dari penerima layanan kesehatan, seperti terjadinya kesalahan pemberian obat kepada pasien atau disebut juga *medication error*.

Salah satu peran penting perawat di layanan kesehatan yaitu memperhatikan prinsip tujuh benar obat saat memberikan obat kepada pasien. Tujuh benar itu terdiri dari, benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute pemberian, benar waktu, benar dokumentasi dan benar dalam informasi (Sri Lestari, 2016).

Rumah sakit X, adalah rumah sakit umum kelas C berlokasi di Jakarta Selatan yang sudah berdiri 25 tahun dan sudah menjalani akreditasi rumah sakit. Rumah sakit X memiliki kapasitas 67 bed dan memiliki 2 lantai ruang perawatan. Dalam waktu dekat rumah sakit X akan bergabung dengan BPJS Kesehatan. Dari data insiden keselamatan pasien di rumah sakit X tahun 2015 sampai 2016 terdapat 30 kasus insiden di rumah sakit, yang 12 diantaranya adalah kasus kesalahan pemberian obat di rawat inap. Dari jumlah kasus tersebut terlihat bahwa angka insiden kesalahan pemberian obat masih cukup tinggi dimana hal ini tidak sesuai dengan peraturan Kemenkes RI tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit yang menyatakan bahwa angka insiden keselamatan rumah sakit seharusnya 0% atau *zero accident* (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008)

Rumah sakit X sudah berdiri lama, dan sudah terakreditasi tetapi prevalensi insiden keselamatan pasien terutama *medication error* masih cukup tinggi di unit rawat inap dan tidak sesuai dengan angka standar yang diterapkan oleh pemerintah. Sehingga perlu diteliti lebih lanjut hal-hal apakah yang mempengaruhi penerapan prinsip keselamatan pasien terhadap terjadinya kejadian *medication error* di unit rawat inap tersebut.

## TINJAUAN PUSTAKA

Definisi keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan

pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Menkes RI, 2017)

Insiden keselamatan pasien (IKP) / *Patient safety incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain yang tidak seharusnya terjadi (Komite Keselamatan Pasien, 2015)

Istilah *Medication error* (ME) diartikan oleh National Coordinating Council for Medication error Reporting and Prevention sebagai berikut :

*"A medication error is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing, order communication, product labeling, packaging, and nomenclature, compounding, dispensing, distribution, administration, education, monitoring, and use."* (NCC MERP, 2001)

Dari definisi di atas dapat di simpulkan bahwa suatu kesalahan yang terjadi tidak hanya tertuju kepada satu orang saja. Hal ini tentu dapat saja dilakukan oleh semua petugas kesehatan baik itu dokter, perawat, petugas farmasi, maupun petugas lainnya.

Menurut (Guwandi, 2005) *Medical error* terjadi karena ada 2 unsur, yaitu manusia dan sistemnya. Umumnya *medical error* terjadi disebabkan oleh suatu kegagalan pola sistem dimana suatu mata rantai peristiwa yang terjadi memberi peluang untuk memungkinkan terjadinya suatu 'error'.

Dalam keterangan yang tertulis di dalam patient safety network (PSNet) di dalam Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) analisa akar masalah

terjadinya 'error' meliputi (1) kegagalan menjalankan SPO, (2) lemahnya kepemimpinan, (3) komunikasi atau kerja tim yang terpecah pecah, (4) tidak memperdulikan kekeliruan individu, dan (5) kehilangan tujuan atau sasaran dari organisasi (Mitchell, 2008)

Menurut (Avery et al., 2012) dalam WHO, 2016 disebutkan bahwa ada beberapa faktor utama yang berpengaruh terhadap terjadinya *medication error* antara lain, provider, pasien, *team care*, lingkungan kerja, tugas, sistem komputerisasi, dan penghubung layanan primer – sekunder (ditampilkan dalam tabel 1)

Menurut Choo et al 2010 dalam (Edwards & Axe, n.d.) penyebab utama kesalahan pemberian obat dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu kegagalan dari faktor manusia, kegagalan dari sistem serta yang ketiga adalah kegagalan dari faktor lingkungan (ditampilkan dalam tabel 2)

### **Peran Perawat Dalam Pemberian Obat**

Dalam menjalankan perannya perawat menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan memperhatikan prinsip benar pada pemberian obat. Prinsip 7 benar dalam pemberian obat tersebut adalah benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute pemberian, benar waktu, benar dokumentasi dan benar informasi (Sri Lestari, 2016)

#### **A. Benar Pasien**

Perawat memastikan klien dengan memeriksa gelang identifikasi dan membedakan dua klien dengan nama yang sama.

#### **B. Benar Obat**

Untuk menghindari kesalahan sebelum memberi obat kepada pasien, label obat harus dibaca tiga kali, yaitu pertama saat melihat botol atau kemasan obat, kedua saat sebelum menuang/menghisap obat dan ketiga setelah menuang/menghisap obat.

#### **C. 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 perawat ragu ragu dalam perhitungan dosis mengenai rasio dan proporsi maka dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain.

- D. Benar Rute  
Perawat diharapkan mampu menilai kemampuan klien untuk menelan obat sebelum memberikan obat per oral dan juga memberikan obat pada tempat yang sesuai. Perawat juga harus tetap bersama klien sampai obat oral telah ditelan. Pada pemberian obat dengan rute parenteral maka dibutuhkan tehnik steril.
- E. Benar Waktu  
Pemberian obat harus benar benar sesuai dengan waktu yang diprogramkan karena berhubungan dengan kerja obat yang dapat menimbulkan efek terapi dari obat.
- F. Benar Dokumentasi  
Dalam hal terapi, setelah obat 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.
- G. Benar Informasi  
Perawat memberikan informasi yang benar tentang obat untuk menghindari kesalahan dalam menerima obat, memberikan informasi cara kerja dan efek samping obat yang diberikan.

### Pencegahan Medication Error

Seorang psikolog Inggris bernama James Reason mengatakan bahwa faktor yang memicu terjadinya kesalahan medikasi terdiri dari 2 hal yaitu kondisi laten, dan kegagalan aktif (Hughes & Blegen, 2008). James Reason membuat satu ilustrasi yang menunjukkan bahwa kegagalan sistem juga berpengaruh terhadap timbulnya kejadian *medication error*. Ilustrasi ini dikenal dengan „*swiss cheese model*” (ditampilkan dalam gambar 1).

Yang termasuk ke dalam kondisi laten antara lain, proses organisasi, keputusan manajemen, elemen elemen di dalam sistem seperti kurangnya jumlah staff, *turnover*, dan protokol pemberian obat (SOP) yang digambarkan sebagai ujung tumpul. Faktor yang kedua yaitu kegagalan aktif, adalah segala sesuatu yang kontak langsung dengan pasien meliputi kesalahan pengucapan, ketidakmampuan mengingat, serta kesalahan pemilihan

objek yang dapat disebabkan oleh beberapa pelayan kesehatan seperti dokter, perawat, teknisi dan lain lain yang dikenal sebagai ujung tajam.

Dalam model ini tiap potongan digambarkan sebagai pertahanan, *barrier* terhadap terjadinya *error*. Kekurangan yang terjadi akibat tidak berfungsinya komponen sistem pertahanan digambarkan sebagai ‘lubang-lubang’ pada tiap lapisan pertahanannya. Idealnya seluruh penjagaan saling intak, tetapi kenyataannya justru berlubang lubang. Makin banyaknya lapisan terbentuk, maka makin kecil juga kemungkinan terjadinya *error* (Smith, 2004)

Dari ilustrasi *swiss cheese model* ini terlihat bahwa potensi terjadinya suatu insiden keselamatan pasien sudah jauh terjadi sebelum dilakukan pelayanan kesehatan pada pasien, dan perawat sebagai pertahanan terakhir dari terjadinya suatu insiden tersebut.

Kemampuan manusia untuk bekerja dengan sistem serta kompetensi yang dimiliki justru akan lebih baik dalam mencegah terjadinya kesalahan. Pemahaman terhadap predisposisi kondisi apa yang menyebabkan terjadinya *error* dan membangun sistem pertahanan diharapkan dapat mencegah terjadinya *error*.

### METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian ini dipilih dengan dasar pertimbangan bahwa penelitian ini memerlukan data dan informasi lengkap, lebih mendalam dan bermakna serta dapat mendeskripsikan secara komprehensif dengan konteks yang sebenarnya dan dapat menerangkan fenomena secara keseluruhan.

Area yang akan diteliti dalam penelitian ini terbagi ke dalam area input yaitu faktor leadership, pengetahuan, jumlah SDM pelayan kesehatan, beban kerja, lingkungan tempat kerja, kasus kompleks, SPO (standar prosedur operasional), komunikasi, sosialisasi dan program pelatihan. Dalam area proses penulis ingin melihat proses pemberian obat dengan prinsip 7 benar dan alur distribusi obat yang terjadi di rawat inap rumah sakit X untuk melihat output penerapan prinsip keselamatan pasien dalam mencegah terjadinya *medication error*.

Teknik pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam kepada 10 orang informan yang terdiri dari Dokter DPJP, perawat penanggung jawab *shift* di 2 lantai ruang perawatan, petugas farmasi meliputi apoteker dan apoteker pendamping, serta 2 orang dari level manajemen yaitu Kepala bidang keperawatan dan Direktur rumah sakit serta data dari kegiatan observasi.

Penentuan informan dalam penelitian ini mengacu pada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) Kesesuaian artinya sampel dipilih berdasarkan pengetahuan mengenai input proses dan output dari penerapan prinsip keselamatan pasien di rawat inap serta dianggap dapat memberikan informasi yang sesuai dengan topik penelitian. Kecukupan artinya jumlah sampel yang dipilih disesuaikan dengan jenis dan kedalaman informasi yang dibutuhkan peneliti.

Lokasi penelitian ini adalah ruang rawat inap perawatan umum lantai 2 dan ruang perawatan umum lantai 3 rumah sakit X. Waktu penelitian dilaksanakan 1 bulan dari bulan April – Mei 2018 dengan melakukan pengamatan terhadap cara pemberian obat pada pasien rawat inap.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### *Leadership*

Pengetahuan yang dimiliki pimpinan atau atasan di setiap ruang rawat inap menurut informan sudah cukup paham mengenai prinsip prinsip keselamatan pasien yang diterapkan di rumah sakit X ini, begitu juga dengan peran dari atasan baik atasan langsung maupun atasan tidak langsung, seperti disebutkan oleh beberapa informan yang dikutip dalam petikan wawancara di bawah ini

“...kepala ruangan yaa paham, suka mengingatkan sih, pasang label, gambar risiko jatuh. Suka diingatkan kadang kadang juga pas operan shift...” (informan 6)

“...atasan sangat mendukung patient safety, malah atasan langsung yang mengusulkan agar saat shift 3 harus ada penambahan 1 orang lagi supaya safety...” (informan 8)

Namun dari hasil wawancara mendalam dari informan lain, ada yang mengatakan bahwa pimpinan belum sepenuhnya meninjau pelaksanaannya secara langsung, hanya meninjau saat dilaporkan ada insiden atau keluhan dari pasien, seperti dikutip dari petikan wawancara sebagai berikut

“...Saat ini sih belum terlalu membantu ya, kadang beliau ingetin aja sih untuk tetap pake patient safety, itu gak terlalu sering banget dan gak turun langsung liat kondisi di lapangan, hanya via lisan aja ingetinya, gak ngecek lagi...” (informan 4)

### Pengetahuan

Dari proses wawancara didapati bahwa pengetahuan dan pemahaman mengenai prinsip keselamatan pasien rata-rata cukup baik, walaupun tidak semua mengetahui persis 6 hal yang menjadi standar utama keselamatan pasien yang sudah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien terlihat dalam petikan wawancara berikut ini

“...keselamatan pasien ada 6, pertama kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan tentang komunikasi efektif misalnya dokter memberi instruksi dilakukan read back dan segalanya, yang ketiga hati hati dengan obat high alert, keempat hand hygiene, risiko jatuh, satu lagi site marker pada pasien pasien yang mau operasi...” (informan 9)

### Jumlah SDM Pelayan Kesehatan

Hampir seluruh informan mulai dari pelaksana hingga level tertinggi mengeluhkan hal yang sama yaitu kurangnya jumlah sumber daya manusia terutama keperawatan yang minim di rumah sakit X baik jumlah maupun kualifikasi dari perawat yang kurang memadai serta *turnover* perawat yang cukup tinggi. Hal ini tercermin pada petikan wawancara berikut

“...kalau idealnya untuk keperawatan dibentuk tim untuk asuhan keperawatannya, tetapi di rumah sakit ini agak sulit untuk dijalankan. Yang saat ini baru mampu dilaksanakan adalah dengan sistem fungsional... Di lapangan kalau dilihat dari SDM yang tersedia baik itu komposisi jumlah maupun dari kualifikasi perawat yang

*ada belum mampu untuk menjalankan pola asuhan secara tim atau primary, sehingga baru bisa menerapkan secara fungsional itu...” (informan 2)*

*“...perawat kita memang kurang, banyak yang resign. Turnovernya tinggi banget karena banyak faktor, mungkin salah satunya adalah kita kalah dari apa yang rumah sakit bisa berikan kepada karyawannya... Kita sebetulnya gak butuh banyak, tapi kualitasnya yang baik ...” (informan 1)*

Adapun sumber daya di unit farmasi juga mengalami kekurangan sehingga belum bisa menjalankan kegiatan farmasi klinis yang harus dilakukan seorang apoteker di rumah sakit.

*“...menurut saya farmasi klinisnya emang harus jalan sih dokter, tapi apoteker disini baru 2 orang dok dan terbagi di 2 shift dan harus tanggung jawab 2 outlet...” (informan 8)*

### **Beban Kerja**

Dari keterangan yang disampaikan para informan, terlihat bahwa beban kerja yang dimiliki perawat saat ini tidak berlebihan walaupun perawat masih melakukan pekerjaan tambahan seperti pengambilan sampel darah untuk laboratorium dan harus menurunkan dan mengambil resep dari dokter ke bagian farmasi.

*“...perawat masih dibebankan tugas lain seperti mengambil sampel lab dan obat, sehingga waktu untuk melakukan tugas utamanya menjadi lebih sedikit. Namun karena jumlah pasien saat ini hanya sedikit, kegiatan itu masih bisa mereka tangani sendiri...” (informan 2)*

Kondisi ini tidak mempengaruhi para perawat untuk tetap menerapkan prinsip keselamatan pasien dalam melakukan tanggung jawab pekerjaannya di ruang rawat inap termasuk saat melakukan proses pemberian obat seperti terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut,

*“...kalau untuk beban kerja saya rasa gak berlebihan sih dok, pasien sekarang soalnya lagi gak banyak dok ...” (informan 3)*

*“...saat ini beban kerja gak berlebih kok cuma kalau pasiennya lagi banyak pasti makan waktu sih untuk nyiapin dan kasih obatnya ...” (informan 5)*

Pada wawancara yang dilakukan di unit farmasi, petugas farmasi merasa beban kerja cukup berat terutama dia waktu waktu sibuk pelayanan, terlihat dari petikan wawancara berikut ini

*“...kalau saat ini beban kerja kita cukup banyak dok, apalagi kalau pas jam ramai pasien, kadang resep suka keteteran belum lagi konfirmasi ke pihak asuransi, ke dpjp juga kalau pas obat banyak yang kosong, makanya perlu tambahan personil juga sih dok supaya gak ada yang kelewat...” (informan 8)*

### **Lingkungan Tempat Kerja**

Informan mengatakan bahwa di ruang perawatan umum lantai 2 belum memiliki ruangan khusus untuk menyiapkan obat. Karena ruangnya terbatas, maka tempat menyiapkan obat bergabung di area *nurse station*

*“...di unit kami gak ada ruang khusus menyiapkan obat dok, menyiapkan obat terbagi dengan ruangan yang lain ...” (informan 3)*

Sedangkan di lantai perawatan umum lantai 3 rumah sakit X, sudah ada satu ruangan khusus yang disiapkan untuk tempat persiapan obat. Informasi yang disampaikan informan mengatakan bahwa fasilitas pendukung yang berada di ruang obat PU Lt 3 rumah sakit X saat ini banyak yang mengalami kerusakan sehingga dianggap bisa mengganggu konsentrasi perawat dalam memberikan obat juga mempengaruhi kondisi obat yang diterima pasien

*“...ruangan menyiapkan obat ada, cuman karena banyak yang udah lama jadi banyak yang udah rusak...kadang AC tidak dingin cahaya kurang terang menurut saya kurang ideal untuk memberikan obat yang aman ke pasien...” (informan 5)*

### **Kasus Kompleks**

Informan mengatakan bahwa kasus kompleks tidak mempengaruhi perawat untuk menerapkan prinsip keselamatan pasien terutama dalam pemberian obat

*“...kasus kompleks ada tapi jarang deh dok. biasanya karena udah rutin tau obat obat yang biasa dokter kasih, jadi tinggal lanjutin aja...”*  
(informan 6)

### **SPO (Standar Prosedur Operasional)**

Dari SPO yang diterapkan di rumah sakit X mengenai pemberian obat terbagi ke dalam beberapa kategori sesuai dengan cara pemberian obatnya, antara lain SPO pemberian obat oral, SPO pemberian obat intravena, SPO pemberian obat *intramuscular*, *subcutan* dan *intracutan* serta juga SPO mengenai perhitungan dosis obat namun belum ada SPO khusus tentang proses 7 benar pemberian obat yang terlihat dari hasil wawancara berikut ini.

*“...SPO mengenai obat di rumah sakit ini ada. Dibedakan berdasarkan cara pemberiannya...”*  
(informan 2)

### **Komunikasi**

Dari wawancara diketahui bahwa proses komunikasi antara perawat dengan DPJP (dokter penanggung jawab pasien) sudah terjalin dengan baik dan tidak mengalami hambatan atau kesulitan begitu juga komunikasi antar sesama perawat.

*“...Komunikasi antar dokter dan perawat cukup baik, instruksi tersampaikan...”* (informan 9)

*“...komunikasi dengan dpjp tidak masalah dok, pemberian obat juga selalu dioperin juga dengan shift berikutnya ...”* (informan 3)

### **Sosialisasi**

Dari proses wawancara kepada informan terlihat bahwa kegiatan sosialisasi mengenai pemberian obat dan prinsip keselamatan pasien di rumah sakit X belum dilakukan menyeluruh dan tidak rutin dilakukan kepada semua bagian.

*“...sosialisasi dulu pernah dok pas mau akreditasi, tapi setelah itu tidak ada lagi. Paling hanya pas*

*ada kasus atau saat rapat koordinator “*  
(informan 4).

Di rumah sakit X terkadang sosialisasi mengenai keselamatan pasien juga disisipkan pada saat laporan pagi kepada Direktur yang dihadiri oleh perawat maupun dokter. Bila terjadi suatu insiden juga dilakukan rapat khusus pembahasan insiden, dan rapat rutin manajemen untuk membahas masalah yang terjadi namun untuk rapat unit pelayanan belum berjalan rutin.

### **Program Pelatihan**

Dari kegiatan wawancara kepada beberapa informan mengenai program pelatihan, semua informan memiliki jawaban yang sama yaitu bahwa program pelatihan atau diklat keperawatan maupun diklat umum lainnya belum berjalan rutin dan kontinyu.

*“...waktu itu ada 2 kali pelatihan pemberian obat, Cuma udah lama.mestinya sering – sering , cuma disini jarang jadi kita suka lupa lagi ...”*  
(informan 6)

Di rumah sakit X sebetulnya sudah terbentuk divisi diklat keperawatan, namun kendala yang dialami adalah belum terbentuknya komitmen perawat yang ditunjuk pada bagian tersebut untuk memberikan pelatihan kepada seluruh perawat

*“...kami di rumah sakit ini belum memiliki diklat yang kuat dan terus menerus...dan juga terbentur dengan anggaran dana yang diperlukan “* (informan 2)

### **Proses Observasi Pemberian Obat Kepada Pasien**

Dari kegiatan observasi pada 12 orang perawat, kepada 32 orang pasien terlihat proses benar obat, benar dosis, benar rute dan benar waktu sudah dilakukan dengan baik. 33,3 % perawat sudah melakukan proses 7 benar, 41,6 % perawat tidak melakukan proses benar informasi, dokumentasi dan 25% perawat tidak melakukan proses benar pasien, benar dokumentasi dan benar informasi obat. Bentuk distribusi obat dari farmasi kepada pasien juga masih berupa resep individu karena rumah sakit X belum memiliki satelit farmasi dan tata ruangan serta sumber daya apoteker yang belum memadai untuk

menerapkan sistem distribusi obat dalam bentuk dosis unit.

Dari hasil penelitian yang disajikan di atas dan dihubungkan dengan ilustrasi “*swiss cheese model*” yang disajikan oleh James Reason terlihat bahwa faktor yang memicu terjadinya kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap rumah sakit X berasal dari kondisi laten bukan berasal dari kegagalan aktif.

Kondisi yang termasuk dalam kondisi laten antara lain, kurangnya jumlah staff keperawatan, *turnover* yang tinggi dan tidak tersedianya SPO 7 benar pemberian obat yang bisa dikategorikan sebagai ujung tumpul.

Sedangkan faktor lingkungan tempat kerja yang kurang memadai seperti fasilitas ruang obat yang tidak dimiliki di salah satu lantai perawatan maupun adanya pekerjaan tambahan perawat, kurangnya supervise dari pimpinan, panduan yang kurang jelas serta tidak adanya farmasi klinik, dan diklat yang belum berjalan serta belum dibentuknya sebuah program diklat merupakan faktor kontributor yang berperan dalam terjadinya suatu *error* walaupun pemahaman para karyawan rumah sakit X mengenai keselamatan pasien sudah cukup baik.

Dari hal hal tersebut terlihat bahwa kegagalan sistem yang ada berpengaruh terhadap timbulnya kejadian *medication error*. Kekurangan yang terjadi akibat tidak berfungsinya sistem pertahanan pada tiap lapisan yang terbentuk sehingga kemungkinan terjadinya *error* cukup besar.

Pada kegiatan observasi proses pemberian obat oleh perawat di unit rawat inap diketahui bahwa terdapat 25% perawat tidak melakukan benar pasien, benar informasi dan benar dokumentasi disebabkan karena rumah sakit X belum memiliki SPO 7 benar pemberian obat sehingga masih terdapat informasi yang tidak seragam mengenai proses pemberian obat.

Dari proses distribusi obat di rumah sakit X yang masih menggunakan sistem resep individu, hal ini cukup berisiko terhadap terjadinya *medication error* karena waktu yang dimiliki oleh perawat untuk menyiapkan

obat yang akan dikonsumsi pasien menjadi terbatas, serta memerlukan jumlah perawat yang cukup banyak.

Dari penelitian yang dilakukan (Armitage & Knapman, 2003), perawat menghabiskan hampir 40% waktunya untuk melakukan proses penyerahan obat ke pasien, sehingga apabila pasien yang dilayani lebih banyak maka waktu yang dibutuhkan perawat lebih panjang lagi, oleh karena itu rumah sakit X dalam persiapannya menuju kerjasama dengan BPJS Kesehatan diharapkan dapat mempertimbangkan sistem *unit dose dispensing* yang lebih berfokus kepada pasien.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Prinsip keselamatan pasien dalam pemberian obat di rumah sakit X secara umum sudah cukup baik, namun ada beberapa hal yang menjadi perhatian bagi manajemen untuk diperbaiki di kemudian hari agar lebih baik lagi.

Beberapa faktor yang mempengaruhi penerapan prinsip keselamatan pasien di rumah sakit X antara lain adalah faktor *leadership* yaitu kurangnya supervisi dari pimpinan, kurangnya jumlah SDM pelayan kesehatan baik perawat maupun tenaga farmasi, tingginya *turnover* perawat, faktor lingkungan tempat kerja yang kurang kondusif, tidak tersedianya SPO pemberian obat dengan prinsip 7 benar, sosialisasi yang tidak dilakukan secara konsisten dan kontinyu serta tidak berjalannya program diklat atau pelatihan.

Faktor pengetahuan, beban kerja dan kasus kompleks serta komunikasi dianggap tidak berpengaruh terhadap penerapan prinsip keselamatan pasien di rumah sakit X.

### Saran

Dengan demikian muncul beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan oleh rumah sakit X agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan sesuai dengan prinsip keselamatan pasien dalam pemberian obat, antara lain:



1. Agar manajemen rumah sakit X lebih meningkatkan fungsi supervisi terhadap proses pelayanan keperawatan dan juga farmasi agar terhindar dari kesalahan pemberian obat.
2. Melakukan proses rekrutmen ketenagaan yang kurang di keperawatan dan farmasi untuk mengantisipasi meningkatnya BOR pasien rawat inap saat akan bergabung dengan BPJS Kesehatan
3. Menyusun SPO pemberian obat dengan prinsip 7 benar dan melakukan sosialisasi yang kontinyu kepada perawat
4. Mempertimbangkan sistem distribusi obat yang lain seperti *Unit Dose Dispensing*
5. Melakukan perbaikan dan pemeriksaan berkala terhadap sarana dan fasilitas pendukung di ruang obat rawat inap agar terhindar dari kesalahan pemberian obat di kemudian hari
6. Mengaktifkan kembali unit diklat keperawatan dan membuat program kerja program diklat.

Semoga berbagai saran serta masukan yang diberikan dapat membantu rumah sakit X untuk memperbaiki diri dan dapat memberikan pelayanan yang optimal bagi pasien sesuai standar keselamatan pasien yang selama ini sudah diterapkan serta terhindar dari kejadian *medication error* di rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amitege, G., & Knapman, H. (2003). Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 11(2), 130-40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581401>
- Avey, T., Barber, N., Ghaleb, M., Franklin, D., Armstrong, S., Crowe, S., ... Takbi, O. (2012). Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: The PRACiCe Study (PRevalence And Causes of prescribing errors in general practice). Retrieved from [http://www.gmc-uk.org/investigating\\_the\\_prevalence\\_and\\_causes\\_of\\_prescribing\\_errors\\_in\\_general\\_practice\\_\\_The\\_PRACiCe\\_study\\_Report\\_May\\_2012\\_48605085.pdf](http://www.gmc-uk.org/investigating_the_prevalence_and_causes_of_prescribing_errors_in_general_practice__The_PRACiCe_study_Report_May_2012_48605085.pdf)
- Edwards, S., & Axe, S. (nd). The ten R's of safe multidisciplinary drug administration. Retrieved from <http://collections.crest.ac.uk/9407/1/Edwards%20Sharon%20Axe%20Sue%2010%20R's%20of%20safe%20multidisciplinary%20drug%20administration.pdf>
- Guwandi, J. (2005). *Medical Error dan Hukum Medis*. (G. J., Ed.). Jakarta: Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Hughes, R., & Blegen, M. (2008). Medication Administration Safety. *Source Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 397-457. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7817-4153-2-4004>
- Indrachyanti, A. (2007). Keselamatan pemberian medikasi.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit *Nomor Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355 Nomor Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324004>
- Komite Keselamatan Pasien. (2015). Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (lpp).
- Kuntarti. (2005). Tingkat penerapan prinsip "enam tepat" dalam pemberian obat oleh perawat di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9(1), 19-25.
- Menkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
- Mitchell, P. H. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328780>
- NCC MERP. (2001). About Medication Errors | NCC MERP. Retrieved March 26, 2017, from <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- Ramya. (2014). Nurses' Perceptions of Medication Errors in South India. *4(March)*, 20-25.
- Smith, J. (2004). Building a safer NHS for patients: improving medication safety. *Department of Health*, 180.
- Sri Lestari. (2016). Farmakologi dalam keperawatan. Retrieved December 1, 2017, from <http://bpsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Farmakologi-dalam-Keperawatan-Komprehensif.pdf>
- WHO. (2011). Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/269789241501958\\_ind.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/269789241501958_ind.pdf)
- World Health Organization. (2016). Technical Series on Safer Primary Care. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252274/1/9789241511643-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2017). WHO | Patient safety. *WHO*. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/en/>

**Tabel 1. Faktor Risiko Terjadinya Medication Error**

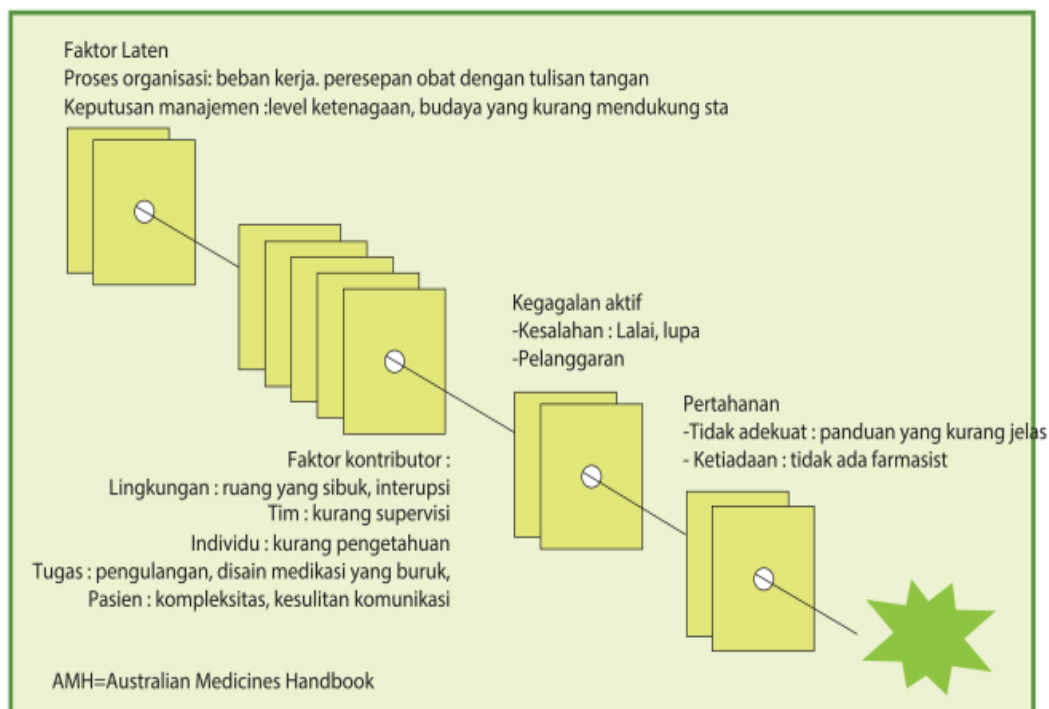
<p><b>Faktor Profesional Pelayanan Kesehatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Komunikasi yang kurang baik antara pasien dan pemberi layanan profesional</li><li>• Kurangnya pelatihan terapeutik</li><li>• Pengetahuan dan pengalaman tentang obat yang tidak adekuat</li><li>• Kurangnya pengetahuan tentang pasien</li><li>• Kurangnya pemahaman terhadap risiko yang muncul</li><li>• Lelahnya pemberi layanan profesional</li></ul>
<p><b>Faktor Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Karakteristik pasien ( contohnya kepribadian, kendala bahasa, buta huruf)</li><li>• Kasus pasien yang kompleks, meliputi polifarmasi dan pemakaian obat-obat risiko tinggi.</li></ul>
<p><b>Faktor Lingkungan Pekerjaan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beban kerja dan tekanan pekerjaan</li><li>• Gangguan dan interupsi baik dari sesama staf maupun dari pasien</li><li>• Tidak adanya standar prosedur operasional dan protokol kerja yang jelas</li><li>• Kurangnya sumber daya</li><li>• Masalah fisik lingkungan kerja (seperti pencahayaan, suhu udara dan ventilasi)</li></ul>
<p><b>Faktor Obat – obatan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nama obat itu sendiri</li><li>• Proses <i>labelling</i> dan pengemasan</li></ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan dengan tugas pekerjaan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sistem pemesanan, proses dan pengecekan yang berulang ulang</li><li>• Monitoring pasien</li></ul>
<p><b>Faktor sistem informasi komputerisasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kesulitan mengoperasikan sistem yang ada</li><li>• Kurangnya informasi data pasien yang akurat</li><li>• Desain sistem yang kurang adekuat, berpotensi terjadinya <i>human error</i></li></ul>
<p><b>Faktor penghubung layanan primer – sekunder</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Komunikasi yang terbatas dengan pelayanan kesehatan sekunder</li></ul>

Sumber: (World Health Organization 2016b)

**Tabel 2. Penyebab Terjadinya Medication Errors**

<b>Faktor Kegagalan Manusia (Human Errors)</b>	<b>Kegagalan Sistem (Faulty system errors)</b>	<b>Kegagalan Lingkungan (Environmental errors)</b>
Kurang kompetensi atau kurang percaya diri	Proses pelaporan kejadian kesalahan yang tidak jelas	Gangguan dari perawat lain atau dari pasien yang sulit dicegah
Tidak patuh terhadap aturan /protokol pemberian obat	Sumber akses data obat2an yang terbatas, contohnya database obat2an secara elektronik	Kurang peduli kapan dan dimana kejadian <i>error</i> tersebut terjadi
Kurangnya pengetahuan terhadap obat-obatan	Kurangnya SDM, lemahnya pengawasan oleh pimpinan	Kurangnya pencahayaan teruatam saat dinas malam hari
Intrpretasi obat yang tidak benar	Protokol atau aturan peresepan dan pemberian obat yang ambigu	Kondisi bangsal yang penuh dan sibuk
Kesalahan pembacaan informasi pada sediaan obat	Kemasan obat yang tidak ditandai dengan label yang jelas	Lingkungan sekitar tempat kerja berisik
Kelelahan, kurangnya komunikasi	Kurangnya pelatihan rutin terhadap pemberian obat	Waktu yang terbatas
Penulisan resep dokter yang tidak jelas	Lemahnya kerja sebuah tim	Meningkatnya beban kerja perawat

Sumber : *The ten R's of safe multidisciplinary drug administration* (Edwards & Axe, n.d.)



**Gambar 1. Pencegahan Error Dengan Swiss cheese Model**

Sumber : Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien (WHO, 2011)