

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana sebuah organisasi membuat perawatan pasien menjadi lebih aman, sistem tersebut meliputi pengkajian resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko terkait pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI No. 1691 tahun 2011).

Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Dalam menjalankan perannya, perawat bisa melakukan kesalahan. *Nursing error* adalah kegagalan merencanakan tindakan keperawatan menjadi lengkap seperti yang diharapkan atau penggunaan rencana keperawatan yang salah untuk mencapai tujuan (*Institute of Medicine, 1999 cit.Selviera, 2008*).

Rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyelamatkan pasien. Untuk mencapai tujuannya ini, rumah sakit melakukan kegiatan asuhan pasien yang begitu kompleks diantaranya terlihat dari berbagai jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, berbagai jenis interaksi serta jumlah

pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar. Di rumah sakit juga terdapat bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat mengakibatkan Kejadian Tidak Diharapkan / KTD (Depkes RI, 2008).

Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak. TO ERR IS HUMAN, *building a Safety Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York ditemukan KTD (*Adverse Event*), sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD adalah sebesar 3,7%, dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004 mengumpulkan angka – angka penelitian rumah sakit di berbagai negara , Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6% (DepKes RI, 2008).

Adanya kekhawatiran mengenai keselamatan pasien, meningkat secara signifikan selama dekade terakhir (Silverstone, 2013), sehingga organisasi kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2011 mengembangkan dan mempublikasikan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (*Keselamatan Pasien Curriculum Guide*), yang menyoroti kebutuhan di seluruh dunia untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) dan untuk mengajarkan ketrampilan yang berorientasi pada keselamatan pasien, sikap dan perilaku untuk semua profesional kesehatan, begitu juga bagi perawat (Tingle, 2011).

*Nursing error* bisa terjadi baik di negara maju maupun negara berkembang. Menurut Bare (2000) cit, Simpon (2000) di seluruh negara lima tahun yang lalu sekurang-kurangnya 1.720 pasien rumah sakit telah terbunuh secara tidak sengaja dan 9.584 terluka dari tindakan atau kelambanan perawat. *Nursing error* meliputi pasien jatuh, *medication error*, gagal untuk memberikan keselamatan, perawatan tepat, pengobatan tidak cukup, tidak cukup tepat dokumentasi, berhubungan dengan benar informasi, pengkajian tidak tepat, tidak melaporkan perubahan status pasien (Medismart, 1999 – 2004 cit. Sampurna, 2005).

Tujuh kriteria *nursing error* meliputi kesalahan memberikan obat , menghitung dosis, pasien, waktu dan cara pemberian, pasien jatuh, cairan infus kehabisan, salah mempersiapkan pasien untuk suatu tindakan, tidak melakukan suatu pengobatan atau tindakan sesuai yang direncanakan, mengambil sampel pemeriksaan salah pasien, melakukan pengobatan atau tindakan salah pasien yang dilaporkan oleh perawat teridentifikasi sebanyak 29 *nursing error* atau 10,3 per 1.000 *nursing-hour worked* (Aulawi, 2007)

*Nursing error* dilakukan oleh perawat yang bekerja 12,5 jam *single shift* beresiko 3 kali lebih besar dibandingkan dengan perawat yang bekerja 8,5 jam. Dalam penelitiannya juga disebutkan bahwa dari 393 perawat yang bekerja lebih dari 5.000 jam berisiko membuat kesalahan *medication error* 58%, *prosedural error* 18%, *chart related mistake* 12% dan *transcription error* 7% (Nancy Bonilla at Law, 2010).

*Medication error* meliputi setiap fase yaitu peresepan, penulisan, pembagian, administrasi, dan *monitoring* (Harding and Petrick, 2008). Menurut Lepe et al, (1995) cit, Brown (2001) kesalahan pengobatan yang diinterpretasikan oleh perawat selama fase peresepan 39%, dan fase pemberian 38%. Sedangkan kesalahan pada tingkat pengobatan adalah pada pemesanan sebanyak 61%, monitoring 25% dan pemberian 13% (Neeker et al, 2005)

*Medication error* dapat dilakukan oleh setiap individu yang terlibat dalam proses pengobatan. Tipe *medication error* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik dokter, apoteker maupun perawat adalah salah dosis 35,1% dan salah obat 26,4% (Tang *et al*, 2007). Menurut Konkloski, Wrigt & Hammert (2001) cit, Harding (2008) penyebab terjadinya kesalahan pemberian obat adalah tidak adanya keterikatan dengan metode yang benar. Metode yang benar adalah benar pasien, benar obat, benar dosisi, benar waktu, benar rute pemberian, benar alasan dan benar dokumentasi.

Pemberian obat dapat dilakukan dengan berbagai rute, salah satunya adalah pemberian obat dengan rute injeksi. Hasil observasi di ruang pavillium Cendrawasih II RSUP DR Sardjito, selama satu minggu dilakukan pemberian injeksi sebanyak 117 dari 95 seluruhtindakan pemberian obat. Sebanyak 40% perawat tidak melakukan prinsip enam benar terutama benar waktu dan dokumentasi. Pada pemberian obat injeksi benar waktu dan dokumentasi hanya 10 dari 22 tindakan (Pujiastuti, 2007).

Untuk dapat memberikan obat secara benar dan efektif, perawat harus mengetahui tentang indikasi, dosis, cara pemberian dan efek samping yang

mungkin terjadi dari setiap obat yang diberikan. Jika seorang perawat kurang mempunyai pengetahuan tentang respon obat tersebut pada pasien dan cara pemberiannya serta aspek hukum atas tindakannya maka tidak menutup kemungkinan kesalahan dalam pemberian obat dapat terjadi. Pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien atas tindakan yang dilakukannya dan cara pelaksanaan terapi dalam hal ini pemberian obat penting untuk dikaji agar tidak terjadi kejadian yang tidak diharapkan (Priharjo, 1994).

Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta adalah rumah sakit swasta tipe B di Surakarta yang memiliki tingkat hunian (*Bed of Record/BOR*) sebanyak 80% pada tahun 2013, dan pelayanan keperawatan diberikan oleh 252 perawat. Dengan berbagai latar pendidikan perawat yang ada, sangat berpotensi terjadinya kesalahan dalam hal pemberian obat, khususnya obat injeksi. Untuk itu akan dilakukan penelitian tentang kejadian *nursing error* pemberian obat injeksi di bangsal perawatan agar dapat dilakukan antisipasi sebelumnya maupun di buat standar operasional upaya pencegahannya.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang akan diteliti adalah “adakah hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi di RS. Kasih Ibu Surakarta”

### C. TUJUAN PENELITIAN

#### 1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi di RS. Kasih Ibu Surakarta.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mendiskripsikan tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety* di bangsal perawatan RS. Kasih Ibu Surakarta.
- b. Mendiskripsikan angka kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi di RS. Kasih Ibu Surakarta.
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan kejadian *nursing error* di RS. Kasih Ibu Surakarta.

### D. MANFAAT PENELITIAN

#### 1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah pengetahuan tentang kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi.

#### 2. Manfaat praktis

##### a. Bagi penulis

Agar memperoleh pengalaman dalam melakukan penelitian dan meningkatkan pemahaman tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien dengan angka *nursing error* dalam pemberian obat

b. Bagi rumah sakit

Sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya pemberian obat injeksi.

a. Bagi Profesi Perawat

Mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan mempengaruhi setiap tindakan dan menyadari bahwa setiap tindakan yang dilakukan akan membawa dampak bagi pasien sehingga akan menambah ketelitian, kehati-hatian dan kepatuhan perawat dalam setiap tindakan.

## E. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian ini belum pernah dilakukan tetapi ada penelitian yang berhubungan dengan penelitian ini yaitu :

1. *Nursing Errors* di UPI RS. Dr. Oen Surakarta dilakukan oleh Budi Santoso pada tahun 2012. Tujuannya untuk mengidentifikasi nursing error, kategori cedera pada pasien, profil perawat yang melakukan dan faktor yang mempengaruhi menurut perspsi perawat di UPI RS. Dr. Oen Surakarta. Penelitian ini menggunakan metode diskriptif dengan observasi menggunakan instrumen TERCAP (modifkasi), terhadap praktek keperawatan di UPI. Hasil dari penelitian ini menunjukkan tercabutnya ETT (26,6%), jarum infus (20%), NGT (13,33%), salah dosis (13,33%), omission (6,67%), penusukan ulang pemeriksaan GDS (6,67%), dan plebitis karena salah rute (6,67%). Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah sama-sama meneliti kejadian *nursing error*.

Perbedaannya adalah jenis *nursing error*, tempat penelitian dan metode yang digunakan.

2. Perbedaan terjadinya Nursing error pada shift jaga perawat (Aulawi, 2007), menggunakan desain *Cross-Sectional*. Tujuannya untuk mengetahui adakah perbedaan antara shift pagi, siang dan malam.. Disimpulkan bahwa ada perbedaan *nursing error* antara shift pagi, siang dan malam baik yang dilaporkan perawat maupun hasil observasi, perbedaan yang paling bermakna terjadinya antara shift pagi dan shift malam. Persamaan penelitian ini adalah *nursing error* pada pemberian obat injeksi, perbedaannya adalah Aulawi membedakan *kejadian nursing error* pada shift pagi, siang dan malam sementara penelitian ini tidak.
3. Gambaran pemberian obat berdasarkan enam benar oleh perawat di Pavillium Cendrawasih II RSUP DR Sardjito Yogyakarta (Pujiastuti, 2007). Tujuannya adalah untuk mengetahui penerapan prinsip sepuluh benar pemberian obat secara parenteral dalam penyelenggaraan patient safety di RS. PKU Muhammadiyah Bantul. Metode menggunakan *cross sectional* dilakukan secara observasi. Hasilnya adalah didapatkan 195 tindakan dengan 117 (60%) dilaksanakan enam benar. Pelaksanaan pemberian obat dengan *suppositoria* 3 tindakan, *inhalasi* 4 tindakan, oral 71 tindakan, injeksi 17 tindakan. Pada observasi didapatkan bahwa yang tidak dilakukan enam benar pada benar waktu dan dokumentasi. Ada injeksi benar waktu dan dokumentasi hanya 10 dari 22 tindakan sedangkan pada oral benar waktu hanya 1 dari 55 tindakan, sedangkan dokumentasi



terdapat 48 tindakan saja. Persamaan dengan penelitian ini adalah jumlah kejadian *nursing error*. Perbedaannya adalah jenis tindakannya.

4. Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Liun Kendage Tahuna (Bawelle, 2012). Tujuannya adalah untuk mengetahui pengetahuan dan sikap perawat dalam pelaksanaan patient safety di RSUD Liun Kandage Tahuna. Desain Penelitian adalah survey analitik dengan rancangan *cross sectional* dengan menggunakan 65 responden. Hasil penelitian ini adalah ada hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*) di Ruang Rawat Inap RSUD Liun Kendage Tahuna,  $p=0,000$  ( $\alpha<0,05$ ).
5. Hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan penerapan prinsip "enam tepat" dalam pemberian obat di ruang rawat inap RS Dr. Kariadi Semarang (Yunie Armiyat,2007) menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan prinsip "enam tepat" dalam pemberian obat. Faktor lain seperti persepsi, motivasi dan tingkat pengetahuan,ketersediaan fasilitas pemberian obat, ketersediaan dan penerapan *Standart Operating Prosedure* untuk penerapan prinsip"enam tepat" serta gambaran supervisi dari ketua tim dan kepala ruang terkait dengan pemberian obat belum dapat teridentifikasi dalam penelitian tersebut.

Berdasarkan uraian data tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa penelitian ini bukan duplikasi maupun replikasi.