

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. LANDASAN TEORI**

##### **1. Pengetahuan**

###### **a. Pengertian**

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Pengetahuan merupakan khasanah kekayaan mental secara langsung atau tidak langsung turut memperkaya kehidupan kita. Setiap pengetahuan mempunyai ciri-ciri yang spesifik mengenai apa (ontologi), bagaimana (epistologi) dan untuk apa (aksiologi). Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap, menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencapai penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalaman. Adanya unsur-unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa sehingga tercapai suatu konsistensi sehingga sikap

berfungsi sebagai suatu skema, suatu cara strukturisasi agar dunia disekitar tampak logis dan masuk akal untuk melakukan evaluasi tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan tentang keselamatan pasien yang harus dimiliki oleh petugas kesehatan antara lain latar belakang, pengertian, tujuan dan istilah dalam keselamatan pasien, standar keselamatan pasien rumah sakit, tujuh langkah penerapan keselamatan pasien rumah sakit, pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi (Irga, 2009). Pengetahuan pemberian obat yang harus dimiliki perawat meliputi aksi dan efek samping obat, farmakokinetik obat, perkembangan dan pertumbuhan, nutrisi dan penghitungan dosis (Potter dan Perry, 2007).

Manusia ketika kemudian dihadapkan pada suatu masalah maka informasi-informasi yang tersimpan dalam neuron-neuronnya dan yang terkait dengan permasalahan tersebut, akan saling terhubungkan dan tersusun secara sistematis sehingga ia memiliki model untuk memahami atau memiliki pengetahuan yang terkait dengan permasalahan yang dihadapinya. Kemampuan memiliki pengetahuan atas obyek masalah yang dihadapi sangat ditentukan oleh pengalaman, latihan atau proses belajar (proses berfikir).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin

kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan (Notoatmodjo, 2007).

b. Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. Contoh : hanya dapat menyebutkan pengertian *patient safety*

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

#### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

#### 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formula-formula yang sudah ada.

#### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

### c. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2003).

1) Faktor Internal

a) Kesehatan

Sehat berarti keadaan fisik, mental dan sosial seseorang berfungsi secara optimal dan seimbang. Keseimbangan ini akan terganggu jika seseorang sakit. Proses belajarpun akan terganggu jika seseorang berada dalam keadaan yang tidak optimal baik fisik, mental maupun sosial.

b) Intelegensi

Intelegensi merupakan kemampuan yang dibawa sejak lahir, yang memungkinkan seseorang berbuat sesuatu dengan cara tertentu. Orang berpikir menggunakan inteleknnya atau pikirannya. Cepat atau tidaknya dan terpecahkan tidaknya suatu masalah tergantung kemampuan intelegensinya. Salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan pesan dalam komunikasi adalah taraf intelegensi seseorang. Secara *common sense* dapat dikatakan bahwa orang-orang yang lebih intelegen akan lebih mudah menerima suatu pesan. Intelegensi sangat besar sekali pengaruhnya terhadap pengetahuan seseorang. Orang yang mempunyai tingkat intelegensi yang tinggi akan lebih berhasil daripada yang mempunyai intelegensi rendah.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa orang yang mempunyai taraf intelegensi tinggi akan mempunyai pengetahuan yang baik dan sebaliknya.

c) Perhatian

Perhatian adalah keaktifan jiwa yang tinggi yang semata-mata tertuju pada suatu obyek. Jika perhatian seseorang rendah/kurang terhadap suatu materi, maka pemahaman terhadap materi tersebut akan berkurang/menurun.

d) Minat

Minat adalah kecenderungan yang tetap untuk memperhatikan dan mengenang berbagai kegiatan. Kegiatan yang diminati seseorang, diperlukan terus-menerus serta disertai rasa senang. Berbeda dengan perhatian yang sifatnya sementara.

e) Bakat

Bakat adalah kemampuan untuk belajar, kemampuan itu akan terealisasi menjadi kecakapan nyata sesudah belajar atau berlatih.

2) Faktor Eksternal

a) Keluarga dan masyarakat

Keluarga sangat menentukan dalam pendidikan karena keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama. Masyarakat merupakan faktor eksternal yang juga

mempengaruhi belajar seseorang. Pengaruh ini terjadi karena keberadaannya dalam masyarakat. Adapun bentuk kegiatan seseorang dalam masyarakat adalah hubungan dengan media masa, teman bergaul dan bentuk kehidupan masyarakat.

b) Metode pembelajaran dan pendidikan

Metode mengajar adalah suatu cara yang harus dilalui didalam mengajar. Untuk menghindari pelaksanaan cara belajar yang salah perlu suatu pembinaan. Dengan metode belajar yang tepat dan efektif akan efektif pula hasil belajar seseorang.

Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sifat positif, serta memberikan atau meningkatkan kemampuan masyarakat atau individu tentang aspek-aspek yang bersangkutan, sehingga dicapai suatu masyarakat yang berkembang (Notoatmodjo, 2003). Jadi tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu objek sangat ditentukan olehtingkat pendidikan.

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2002) ada dua macam cara untuk memperoleh pengetahuan.

1) Cara Tradisional

a) Cara Coba-Salah (*Trial and Error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila

kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat terpecahkan.

b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa apa yang dikemukakannya sudah benar.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

d) Melalui Jalan Pikiran

Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi, sedangkan deduksi adalah pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

2) Cara Modern

Diadakan penggabungan antara proses *berpikir deduktif-induktif-verifikatif* seperti yang dilakukan oleh Newton dan

Galileo. Akhirnya lahir suatu cara melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan metode penelitian ilmiah (*scientific research method*).

## **2. Keselamatan Pasien**

### **a. Pengertian**

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 analisis 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 (Permenkes RI No. 1691 tahun 2011).

### **b. Standar Keselamatan Pasien**

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi

Rumah Sakit. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1) Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden. Kriteria hak pasien meliputi :

- a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c) 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 insiden.

2) Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriteria pada standar ini adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit 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 :

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
  - b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
  - c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
  - d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
  - e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
  - f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
  - g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
- 3) Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Kriteria pada standar ini adalah :

- a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- b) 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.

- c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
  - d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
- 4) Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi, dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria pada standar ini adalah:

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, 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 Rumah Sakit”.
- b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
  - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Pada standar ini :

- a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.

e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria pada standar ini adalah :

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

7) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

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 pada standar ini adalah :

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal - hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Keselamatan adalah hak pasien, dan para profesional pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman. Karena itu upaya meningkatkan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama para pemimpin pelayanan kesehatan (Saptorini, 2010 ).

Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang terdiri dari : (1) membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien; (2) Memimpin dan mendukung staf; (3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko; (4) Mengembangkan sistem pelaporan; (5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;

- (6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien; dan
- (7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Permenkes RI No. 1691, 2011).

c. Sasaran Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007)* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*.

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

### 1) Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

#### Standart sasaran I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

#### Maksud dan Tujuan Sasaran I :

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/ lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien

dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas.

Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen penilaian sasaran I :

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
  - b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
  - c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
  - d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
  - e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
- 2) Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif

Standar sasaran II :

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II :

- a) Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon.
- b) Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik *cito* melalui telepon ke unit pelayanan.
- c) Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat (atau memasukkan ke komputer) perintah yang lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan dan/atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan

seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian Sasaran II :

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
  - b) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
  - c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
  - d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
- 3) Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Standar sasaran III :

Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai adalah rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Maksud dan Tujuan Sasaran III

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi

kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Soun Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit

dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian Sasaran III :

Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.

- a) Implementasi kebijakan dan prosedur.
  - b) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
  - c) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- 4) Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi

Standar sasaran IV :

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat - prosedur, dan tepat- pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran IV :

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di

rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*.

Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada

semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk:

- a) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- b) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- c) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (*Time out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV :

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5) Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Standar sasaran V :

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan Sasaran V :

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand*

*hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Elemen Penilaian Sasaran V :

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari *WHO Patient Safety*).
  - b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
  - c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- 6) Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh.

Standar SKP VI :

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan Sasaran VI :

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil

tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program tersebut harus diterapkan rumah sakit.

#### Elemen Penilaian Sasaran VI

- a) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
  - b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
  - c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
  - d) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.
- d. Faktor – faktor yang mempengaruhi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien (*patient safety*)

Akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain : permasalahan komunikasi, kurangnya

informasi, masalah manusia, pasien yang berhubungan dengan isu – isu, kegagalan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur ( Dwi Arif, 2011 ).

e. Peran perawat dalam menerapkan keselamatan pasien

Dalam memberikan pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standar pelayanan dan SPO yang ditetapkan antara lain dengan : (1) Menerapkan prinsip – prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan; (2) Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan; (3) Menerapkan sistem kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan; (4) Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya; (5) Proaktif dalam penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan; (6) mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.(Dwi Arif, 2011; Candra Dewi, 2011).

### 3. *Nursing Error*

a. Definisi

*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, Silveira, 2008). *Nursing error* meliputi pasien jatuh, *medication error*, gagal untuk memberikan keamanan dan

perawatan tepat, pengobatan tidak cukup, tidak cukup tepat dokumentasi, berhubungan dengan dan benar informasi, pengkajian tidak tepat, tidak melaporkan perubahan status pasien (Medismart, 1999-2004 cit, Sampurna, 2005). *Nursing error* meliputi kegagalan mengidentifikasi label obat, kesalahan membaca dan menghitung dosis, kesalahan mengidentifikasi klien, kesalahan dalam mengencerkan konsentrasi obat, kesalahan rute atau cara pemberian obat (Kozier *et al.*, 1995).

b. Kategori

Kategori *nursing error* adalah kurang perhatian, kurang pengaruh atau kurang hubungan perwalian, keputusan tidak tepat, *medication error*, kurang intervensi untuk kepentingan pasien, kurang pencegahan, kesalahan persiapan dokter atau pemberian perawatan kesehatan *documentation error* (Woods&Jonhson, 2002).

1) Kurang perhatian

Keamanan pasien tergantung pada seberapa besar perhatian perawat terhadap kondisi klinis pasien maupun respon pasien terhadap terapi baik risiko potensial atau kesalahan dalam perawatan. Kurang perhatian dapat disebabkan oleh permasalahan pada tingkat sistem seperti kekurangan tenaga, mutasi atau rotasi staf terlalu cepat, atau adanya peningkatan jumlah pasien tanpa peningkatan jumlah perawat.

Perbedaan *monitoring* kondisi tidak dapat diprediksi dengan dapat diprediksi sudah disepakati karena masing-masing mempunyai implikasi pada upaya untuk menurunkan angka kesalahan. Contohnya komplikasi kesalahan yang dapat diprediksi seperti perdarahan *post* operasi, menunjukkan kurang pengawasan dan penilaian akurat terhadap pasien *post* operasi ataupun juga menunjukkan kekurangan pada komunikasi pengawasan pasien. Deteksi dini pada kondisi tidak dapat diprediksi seperti infark miokard akut atau kecelakaan *cerebrovaskuler* (CVA) pada pasien lama (kronis), memerlukan strategi yang berbeda dan juga penilaian secara tertentu terhadap pasien (Woods and Johnson, 2002).

## 2) Kurang pengaruh atau hubungan perwalian

Setiap perawat mempunyai hubungan perwalian kepada pasien karena kerentanan dan ketidakmampuan pasien dan keluarga. Dan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap pengetahuan, ketrampilan, perawatan perawat. Pengaruh yang dimaksud adalah pengaruh moral perawat. Yang intinya adalah kepercayaan perawat dalam bekerja untuk kepentingan baik pasien atau keluarga.

Pengaruh moral dianggap tidak cukup ketika perawat tidak mendukung untuk kepentingan pasien atau keluarga, ketika perawat tidak berhasil untuk bertanya terhadap resep dokter yang

tidak sesuai, atau tidak berhasil menghubungi dokter jika ada pasien yang kritis, atau tidak berhasil memperhatikan pasien atau keluarga meminta bantuan, perawat kurang hubungan perwalian dan pengaruh moral ini dapat membahayakan pasien.

Pelanggaran rahasia adalah pelanggaran hubungan perwalian pada privasi dan martabat pasien. Tidak sengaja melanggar rahasia terjadi ketika perawat diskusi tentang kondisi pasien di *Nurse's station* dan keluarga, pasien, atau pengunjung yang menangkap komunikasi. Sengaja melanggar rahasia, contohnya ketika perawat sengaja memberikan informasi pasien kepada media berita atau sengaja memeriksa laporan pasien pada informasi personal tentang pasien (Woods and Jonhson, 2002).

### 3) Keputusan tidak tepat

Keputusan klinik adalah keputusan dari alasan ilmiah. Dan keputusan klinik menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi unuk membuat keputusan klinik.

Kesalahan terjadi karena dokter salah identifikasi situasi. Macam-macam tipe ketidaktepatan keputusan meliputi ketidakcukupan pengkajian, kegagalan logika karena menggunakan tindakan kebiasaan tidak beralasan, atau kegagalan intervensi seperti memberikan banyak obat nyeri atau memberikan obat meskipun pasien alergi, dan harapan yang tidak masuk akal pada tenaga yang kurang terlatih, seperti ketika perawat menyerahkan

tindakan di luar lingkup praktek, pelatihan, dan pengalaman lain anggota staf (Woods and Jonhson, 2002).

Keputusan tidak tepat sangat dipengaruhi oleh tidak terbiasa dengan keadaan, *treatment*, dan kurang pengeahuan atau ketrampilan pada peranan perawat (Benner et al., 2006).

#### 4) *Medication error*

*Medication error* menurut *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* cit. Bannang (2005), adalah suatu kejadian dapat di cegah yang menyebabkan atau mengarah pada pemakaian obat yang tidak sesuai dan menyebabkan bahaya pada pasien yang mana pengobatan tersebut berada di bawah pengawasan petugas kesehatan, pasien, atau konsumen.

Kejadian tersebut terkait dengan praktek petugas kesehatan, produk pelayanan kesehatan, prosedur dan sistem meliputi persepan, komunikasi, dispensasi, distribusi, administrasi, edukasi, monitoring serta pemakaian. Dalam surat keputusan menteri kesehatan RI nomor 1027/MENKES/SK/IX/2004 disebutkan bahwa pengertian *medication error* adalah angka kejadian yang merugikan pasien, akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah.

*Medication error* dapat terjadi pada fase *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administration*. *Medication error* pada fase *prescribing* adalah error yang terjadi pada fase penulisan resep. Fase ini meliputi obat yang diresepkan tidak tepat indikasi, tidak tepat pasien atau kontra indikasi, tidak tepat obat atau ada obat yang tidak ada indikasinya, tidak tepat dosis dan aturan pakai. Pada fase *transcribing*, *error* terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses *dispensing*, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas, salah dalam menerjemahkan order pembuatan resep dan *signature* juga dapat terjadi pada fase ini.

*Error* pada fase *dispensing* terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan resep oleh petugas apotek. Salah satu kemungkinan terjadinya *error* adalah salah dalam mengambil obat dari rak penyimpanan karena kemasan atau nama obat yang mirip atau dapat pula terjadi karena berdekatan letaknya. Selain itu, salah dalam menghitung jumlah tablet yang akan diracik, ataupun salah dalam pemberian informasi. Sedangkan *error* pada fase *administration* adalah *error* yang terjadi pada proses penggunaan obat. Fase ini dapat melibatkan petugas apotek dan pasien atau keluarganya.

Tipe *medication error* adalah salah dosis obat, salah waktu pemberian obat, lebih sering atau kurang sering dari peresepan, rute IV sangat cepat; memberikan banyak obat, konsentrasi salah

atau dosis obat diberikan IV, salah rute pemberian atau obat salah diberikan, obat salah diberikan karena kesalahan identifikasi pasien (Woods and Johnson, 2002). Kategori *medication error* adalah obat tidak sah, kelebihan dosis, salah dosis, penghilangan salah rute, salah bentuk, salah teknik, salah waktu (Barker *et al.*, 2002).

Menurut Philips *et al.*(2002) penyebab *medication error* adalah faktor manusia, komunikasi, bingung nama, *labeling*, kemasan dan design. Menurut Cohen (1991) dari fase-fase *medication error* di atas, dapat dikemukakan bahwa faktor penyebabnya dapat berupa : komunikasi yang buruk, baik secara tertulis (dalam resep maupun secara lisan antar pasien, dokter dan apoteker), sistem distribusi obat yang kurang mendukung (sistem komputerisasi, sistem penyimpanan obat, dan lain sebagainya), sumber daya manusia (kurang pengetahuan, pekerjaan yang berlebihan), edukasi pada pasien kurang, peran pasien dan keluarganya kurang.

##### 5) Kurang intervensi untuk kepentingan pasien

Perawat melakukan intervensi terapeutik terus-menerus terhadap kebutuhan pasien. Kegagalan waktu meliputi waktu dan intervensi keperawatan yang tepat sehingga dapat menjadi pelanggaran yang serius untuk keamanan pasien dan dapat

dihubungkan dengan banyak masalah sistem seperti kepercayaan dalam *memory*, komunikasi kurang, beban kerja berlebih.

*Nursing error* berhubungan terhadap kegagalan atau kekurangan tingkat intervensi pasien dengan resiko tinggi bahaya atau kematian. Tipe kegagalan praktik dalam kategori ini adalah kesalahan dalam tindakan intervensi dan kurang waktu intervensi (Benner et al., 2006).

#### 6) Kurang pencegahan

Pencegahan komplikasi pasien, kesalahan, dan ancaman keamanan pasien adalah tujuan penting dari perawatan yang baik. Untuk itu penting mengetahui kegagalan pencegahan untuk meningkatkan pencegahan komplikasi pasien dan menurunkan resiko keamanan. Kesalahan tindakan pencegahan infeksi adalah salah satu ancaman keamanan pasien di rumah sakit dan fasilitas perawatan jangka lama. Kegagalan mencegah resiko *immobilisasi* atau mobilitas menurun, perlindungan jangka panjang komplikasi pasien seperti luka tekan, stasis pneumonia, dan pasien jatuh. Kurang menetapkan keamanan lingkungan meliputi bahaya potensial resiko lingkungan pasien seperti shock yang berhubungan listrik, pasien terbakar jatuh dilantai, ketiak cukup bantuan atau pengawasan dengan ambulasi pasien (Woods and Johnson, 2002).

Perawat bisa melakukan tindakan mencegah resiko, resiko atau komplikasi karena operasi atau sakit. Meliputi resiko

keamanan tingginya peralatan teknis dan prosedur, statis pneumonia. Resiko pencegahan kepada pasien gagal karena perawat tidak mengikuti tindakan untuk resiko pencegahan atau komplikasi (Benner *et al.*, 2006).

7) Kesalahan pereseapan obat atau pemberi pelayanan kesehatan

Orang yang meresepkan obat salah meliputi ketidakcukupan resep medis atau kekeliruan resep mengakibatkan kesalahan intervensi (Woods and Jonhson, 2002).

Banyak kesalahan datang dari penafsiran resep dari dokter. Transisi ke komputersisasi resep dokter, maka tulisan tangan dan pereseapan lisan dihilangkan dari praktik untuk mengurangi kesalahan mengartikan resep dokter. Juga mengurangi kebingungan singkatan dan penempatan desimal dalam dosisi obat akan mengurangi banyak kesalahan terjadi akibat salah menginterpretasikan resep dokter.

Kesalahan mengartikan resep dokter seringkali karena kesalahan pereseapan dokter dan mungkin banyak terjadi selama rotasi 12 jam. Kesalahan atau kekeliruan resep dokter adalah masalah yang dapat dipecahkan dengan pereseapan otomatis dan dengan sistem bahaya pereseapan otomatis untuk perawat.

Kesalahan atau kekeliruan pereseapan berbahaya untuk pasien yang memerlukan obat atau terapi. Seringkali disebabkan oleh masalah sistem seperti pereseapan verbal atau telepon dan

tulisan tangan dokter yang kurang. Akan tetapi perawat bertanggung jawab untuk memahami dan membuktikan keamanan persepsian dokter (Benner *et al.*, 2006).

8) *Documentation error*

*Documentation error* meliputi pencatatan prosedur atau pengobatan belum lengkap. *Documentation error* dapat menyebabkan pasien salah dosis obat atau treatment dan dapat bingung, kesalahan menggambarkan, atau menutupi kondisi pasien sebenarnya. Kegagalan pencatatan observasi pasien menyebabkan bahaya serius ketika perawat gagal untuk mengenali tanda keburukan pasien, nyeri atau agitasi atau tanda komplikasi tertentu berhubungan dengan sakit atau terapi (Woods and Johnson, 2002).

Sedangkan menurut Benner *et al.* (2006) *documentation error* meliputi pencatatan tidak teliti dan penghilangan dokumentasi. Ketika terapi atau pengobatan tidak dengan segera di dokumentasi pada laporan pasien, resiko pasien penerima dua kali terapi. Terutama masalah pada nyeri dan obat sedasi.

Selain itu juga dapat terjadi *Near Miss* yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan obat. Menurut Aspden *et al.* *Near Miss* adalah kejadian memberikan tindakan atau penghilangan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak terjadi bahaya disebabkan hasil dari keberuntungan, dibatalkan (*prevention*), dan peringatan

(*mitigation*) (Cit.Wagner *et al.*, 2006). *Near Miss* atau Nyaris Cedera (NC) merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena keberuntungan (misalnya, pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), dan peringatan (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

#### 4. Pemberian Obat Secara Injeksi

Rute *parenteral* adalah memberikan obat dengan menginjeksikan ke dalam jaringan tubuh. Pemberian *parenteral* meliputi empat tipe utama injeksi berikut : *subcutan* (SC) injeksi ke dalam jaringan tepat di bawah lapisan dermis kulit, *intradermal* (ID) injeksi kedalam *dermis* tepat di bawah *epidermis* *intramuskular* (IM) injeksi ke dalam otot tubuh, *intravena* (IV) suntikan ke dalam vena. Beberapa obat diberikan ke dalam rongga tubuh selain empat tipe yang tertera di atas adalah *epidural*, *intratekal*, *intraoseosa*, *intraperitonal*, *intrapleura*, *intraarteri* (Pottery dan Perry, 2005).

Istilah *parenteral* mempunyai arti setiap jalur pemberian obat selain melalui enteral atau saluran pencernaan. Lazimnya, istilah parenteral dikaitkan dengan pemberian obat secara injeksi baik *intradermal*, *subkutan*, *intramuskular* atau *intravena* (Priharjo, 1993).

Rute *parenteral* mempunyai keuntungan dan kerugian, keuntungan rute parenteral yaitu rute ini digunakan jika rute oral dikontra indikasikan, absorpsi lebih cepat daripada rute topikal atau oral, infus IV memungkinkan pengantaran obat saat klien dalam kondisi kritis atau terapi jangka panjang, jika perfusi perifer buruk rute IV lebih dipilih daripada injeksi (Potter dan Perry, 2005). Sedangkan menurut Priharjo (1993) menyatakan bahwa pemberian obat secara parenteral mempunyai aksi kerja lebih cepat dibandingkan dengan secara oral.

Dan kerugian dari pemberian obat parenteral meliputi resiko injeksi dan obat mahal, klien berulang kali disuntik, rute SC, IM, ID dihindari dari klien yang cenderung mengalami perdarahan, resiko kerusakan jaringan pada injeksi SC, rute IM dan IV berbahaya karena absorpsi cepat, rute ini menimbulkan rasa cemas yang cukup besar pada bahaya klien khususnya anak-anak (Potter dan Perry, 2005). Pemberian secara *parenteral* mempunyai berbagai resiko antara lain merusak kulit, menyebabkan nyeri pada pasien, salah tusuk dan lebih mahal (Prihardjo, 1993).

a. Injeksi subkutan (SC)

Injeksi subkutan dilakukan dengan menempatkan obat ke dalam jaringan ikat longgar di bawah dermis. Karena jaringan SC tidak

dialiri darah sebanyak darah yang mengalir di otot, absorpsi di jaringan subkutan sedikit lebih lambat daripada absorpsi pada injeksi IM (Potter dan Perry, 2005).

Kerja dari subkutan adalah efek sistemik, efek bertahan, terutama diserap melalui kapiler. Biasanya lebih lambat kerjanya daripada rute IM, dipakai untuk dosis kecil untuk obat-obat yang tidak mengiritasi, larut dalam air (Kee dan Hayes, 1996).

Lokasi untuk suntikan subkutan dipilih yang mana terdapat bantalan lemak dengan ukuran yang memadai yaitu meliputi pada abdomen, paha atas, punggung bagian atas, lengan atas sisi lateral, paha sisi lateral (Kee dan Hayes, 1996). Sedangkan menurut Priharjo (1993) menyatakan bahwa lokasi penyusukan yang lazim digunakan adalah lengan atas bagian luar, paha bagian depan, perut, area skapula, *ventrogluteal* dan *dorsogluteal*. Insersi penyusukan pada sudut 45 derajat. Apabila pasien gemuk insersi penyusukan pada sudut 45 sampai 90 derajat (Potter dan Perry, 2005).

b. *Intra Dermal* (ID)

*Intra dermal* atau intra kutan merupakan injeksi yang ditusukkan pada lapisan dermis atau dibawah epidermis atau permukaan kulit injeksi ini dilakukan secara terbatas, karena hanya sejumlah kecil obat yang dapat dimasukkan. (Prihanto, 1993).

Menurut Key Dan Hayes (1996) menyatakan bahwa kerja dari *intra dermal* adalah efek lokal, jumlah kecil diinjeksikan sehingga

volume tidak terganggu dengan pembengkakan atau menyebabkan reaksi sistemik, dipakai untuk pengamatan reaksi peradangan, (alergi) terhadap protein asing contohnya test tuberkulin. Test terhadap obat dan kepekaan alergi lainnya, beberapa macam *imunoterapy* lainnya, beberapa macam *imunoterapy* untuk kanker.

Lokasi ineksi *intra dermal* adalah yang tidak banyak mengandung pigmen, berkeratin tipis, dan tidak berambut seperti permukaan *ventral* dari lengan bawah, daerah *clavicula* pada dada, daerah skapula pada punggung, dan permukaan medial paha. Menurut (Potter dan Perry, 2005). Daerah ID harus terbebas dari luka dan relatif tidak berbulu. Sudut insersi adalah 5 sampai 15 derajat.

c. *Intra Muskuler (IM)*

Rute pemberian intra muskuler memungkinkan absorpsi yang lebih cepat daripada rute SC karena pembuluh darah lebih banyak di otot. Bahaya kerusakan jaringan berkurang ketika obat memasuki otot yang dalam, tetapi, bila tidak hati – hati ada resiko menginjeksi obat langsung ke dalam pembuluh darah (Potter dan Perry, 2005).

Kerja dari intra muskuler adalah efek sistemik, biasanya efek obat lebih cepat terjadi dari Subkutan, dipakai untuk obat yang mengiritasi, suspensi dalam air, dan larutan dalam minyak (Kee dan Hayes, 1996).

Lokasi penusukan yang dipilih pada daerah dengan ukuran otot yang memadai dan erdapat sedikit syaraf dan pembuluh darah yang

besar. Lokasi yang disukai adalah otot *Vastus Lateralis* (pada anak – anak), otot *ventrogluteal*, otot *dorsogluteus*, otot *deltoid*. Sudut insersi IM adalah 90 derajat. Metode pemberian injeksi IM yaitu metode *Z-Track* dan tehnik kunci udara.

Metode *Z-Track* meminimalkan iritasi jaringan dengan penyekat obat dalam jaringan otot. Perawat lebih memilih tempat injeksi IM di otot yang lebih besar dan lebih aman, misalnya otot *Ventrogluteus*.

Teknik kunci udara mengurangi iritasi pada jaringan SC ketika jarum ditarik keluar. Ketika sejumlah kecil udara disuntikkan setelah sebuah bolus obat, udara membersihkan jarum obat.

#### d. Intra Vena ( IV)

Kerja dari intravena adalah efek sistemik, lebih cepat daripada IM atau SC. Vena perifer yang mudah dicapai (*vena sefalika* atau *cubiti* dari lengan, *vena dorsalis* dari tangan) lebih disukai (Kee dan Hayes, 1996).

Pemberian obat intra vena dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu infus volume besar, bolus intra vena, infus volume terkontrol, pemberian *IV piggy bag* (Potter dan Perry, 2005).

##### 1) Infus volume besar

Merupakan cara yang paling mudah dan aman. Obat dilarutkan dalam cairan IV yang kompatibel dalam volume besar (500 ml atau 1000 ml), misalnya Normal Salin (NaCl) atau larutan

Ringer Laktat (RL). Karena obat yang tersedia tidak kental, resiko efek samping atau reaksi fatal berkurang. Vitamin dan NaCl adalah dua tipe obat yang biasa ditambahkan ke dalam cairan IV.

## 2) Bolus intra vena

Dilakukan dengan memasukkan dosis obat yang kental langsung ke dalam sirkulasi sistemik. Bolus IV digunakan dalam situasi darurat, diberikan pada klien yang secara kritis tidak stabil, dan merupakan pemberian obat ketika diperlukan respons yang cepat dan dapat diperkirakan (Potter dan Perry, 2005). Sebuah bolus IV dapat dimasukkan langsung ke dalam sebuah vena, selang IV yang terpasang, melalui tempat injeksi, atau melalui *heparin lock* (kunci heparin).

Bolus IV adalah metode yang paling berbahaya dalam pemberian obat karena tidak ada waktu untuk mengoreksi kesalahan. Bolus juga dapat menyebabkan iritasi langsung pada daerah pembuluh darah. Obat tidak pernah boleh diberikan secara intravena jika insersi tampak bengkak atau edema, atau cairan iv tidak mengalir pada kecepatan yang sesuai. Kecepatan pemberian bolus IV standarnya adalah 1 ml/mnt, jika tidak ada kecepatan pemberian tertentu yang dianjurkan (Burman, Brkowitz, 1989 cit. Potter dan Perry, 2005).

## 3) Infus volume terkontrol

Pemberian obat IV adalah melalui sejumlah kecil (50 – 100ml) cairan IV yang kompatibel. Cairan berada dalam sebuah wadah cairan sekunder yang terpisah dari kantong cairan IV utama. Ada 3 tipe wadah yakni set pemberian volume terkontrol (misalnya Voluntrol atau Pediatrol), set *piggy back* dan mini infus.

Ada beberapa keuntungan penggunaan infus terkontrol yaitu mengurangi resiko infus dosis cepat dengan IV push, obat – obatan IV diencerkan dan diinfuskan dalam jangka waktu yang terbatas, memungkinkan kontrol masukan IV cairan IV. Set pemberian volume terkontrol adalah wadah kecil (100 – 150 ml) yang dipasang tepat dibawah kantong atau botol infus utama.

#### 4) Pemberian IV *piggyback*

Set *piggyback* adalah kantong atau botol IV kecil (50 – 100 ml) yang dihubungkan dengan selang pendek yang terhubung dengan *port-Y* atas selang infus utama atau akses intra vena intermitten. Selang *piggyback* ialah sebuah sistem tetes mikro atau tetes makro. Karena ada resiko cedera tertusuk jarum, perawat harus menghindari penggunaan jarum saat menghubungkan infus sekunder (Potter dan Perry, 2005).

Pada pasien yang tidak terpasang infus, obat diinjeksikan langsung pada vena. Bila cara ini yang digunakan maka biasanya dicari vena besar yaitu vena *basiliaka* atau vena *sefalika* pada lengan. Pada pasien yang ipasang infus, Obat yang diberikan

melalui botol infus atau melalui karet pada selang infus yang dibuat untuk memasukkan obat (Prihajo, 1993).

## 5. Prinsip Pemberian Obat

Pemberian obat dengan akurat dapat dilakukan berdasarkan prinsip lima benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian dan benar cara :

### a. Benar klien

Benar klien berarti bahwa obat yang diberikan memang benar dan sudah dipastikan harus diberikan kepada klien yang bersangkutan. Dapat dipastikan dengan memeriksa gelang identitas pasien dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri.

### b. Benar obat

Benar obat yang berarti obat yang diberikan adalah obat yang memang diminta untuk diberikan kepada klien tersebut sesuai dengan dosis yang diinginkan tim medis. Menurut Potter dan Perry, (2005), perawat membandingkan label pada wadah obat dengan format atau tiket obat. Perawat melakukan tiga kali yaitu sebelum memindahkan wadah obat dari laci atau almari, pada saat sejumlah obat yang diprogramkan dipindahkan dari wadahnya, sebelum mengembalikan wadah obat ke tempat penyimpanan.

### c. Benar dosis

Benar dosis berarti obat yang diberikan memang dosis yang diinginkan oleh tim medis dan dosis tersebut telah sesuai untuk klien.

Perawat harus teliti dalam menghitung secara akurat jumlah dosis yang akan diberikan dengan mempertimbangkan berat badan klien (mg/BB/hari), dosis obat yang diminta/diresepkan, dan tersedianya obat. Jika ragu-ragu, dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain.

d. Benar waktu pemberian

Benar waktu pemberian, artinya adalah memberikan obat sesuai dengan frekuensi dan waktu yang sudah ditetapkan. Menurut Potter dan Perry (2005), benar waktu adalah 30 menit sebelum atau setelah jadwal waktu pemberian yang ditentukan.

e. Benar cara pemberian

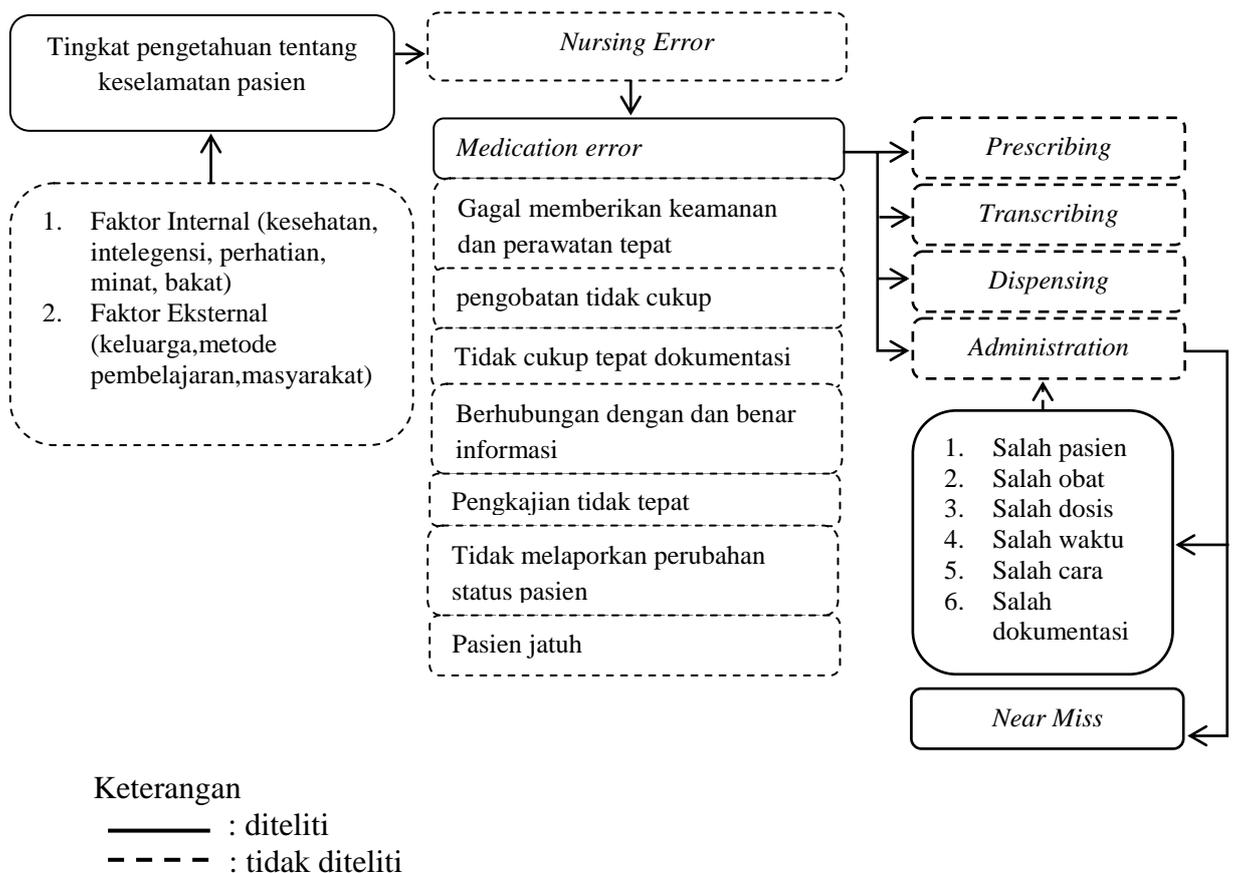
Benar cara pemberian adalah memberikan obat sesuai dengan pesanan medis dan cara tersebut aman dan sesuai untuk klien (Ramawati <http://www.oensoed.ac.id>)

f. Benar dokumentasi

Setelah obat itu diberikan, harus didokumentasikan, dosis, rute, waktu dan oleh siapa obat itu diberikan. Pemberian obat sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit. Dan selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respon klien terhadap pengobatan. Bila pasien menolak obatnya harus dicatat alasannya dan dilaporkan. Tindakan – tindakan dalam komponen benar dokumentasi ini adalah :

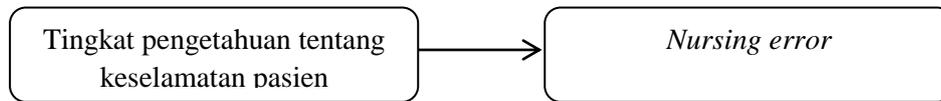
- 1) Mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara dan waktu pemberian obat
- 2) Mencantumkan nama/ inisial dan paraf
- 3) Mencatat keluhan pasien
- 4) Mencatat penolakan pasien
- 5) Mencatat jumlah cairan yang digunakan untuk melarutkan obat (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)
- 6) Mencatat segera setelah memberikan obat

## B. KERANGKA TEORI



Gambar 1.  
Kerangka Teori

### C. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2.

Kerangka Konsep Penelitian

### D. HIPOTESIS

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi.

Ho : Tidak ada hubungan pengetahuan perawat tentang *patient safety* dengan kejadian *nursing error* pada pemberian obat injeksi.