

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan berkembang sangat pesat, sehingga menimbulkan peluang sekaligus tantangan pada mutu pelayanan di rumah sakit. Persaingan antar rumah sakit merupakan faktor eksternal yang berpengaruh pada manajemen rumah sakit yang perlu diperhatikan karena tuntutan masyarakat semakin meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas.

Rumah sakit merupakan organisasi padat karya dikarenakan banyaknya jenis tenaga profesional maupun tenaga non-profesional yang terlibat dalam pelayanan di rumah sakit. Pelayanan di rumah sakit juga sarat dengan teknologi canggih dan kompleksitas prosedur diagnosis serta terapi ini sangat memungkinkan risiko mencederai pasien (Cahyono, 2008). Hampir di setiap tindakan medik terdapat

potensi risiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf rumah sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostik seperti kesalahan atau keterlambatan diagnosa, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap *preventive* seperti tidak memberikan terapi profilaktik serta monitor dan *follow up* yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau sistem yang lain (DepKes RI, 2006).

Dalam UU nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, materi Sistem Keselamatan Pasien termaktub dalam Bab II Asas dan Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit Pasal

2, Pasal 3 butir b. dan pasal 13 ayat (3). juga tercantum dalam bagian kelima pasal 43 yang terdiri atas 5 ayat. Dengan masuknya materi sistem keselamatan pasien di dalam undang-undang, maka implementasi sistem keselamatan pasien di rumah sakit di Indonesia diharapkan menjadi lebih kuat dan lebih meluas. Keselamatan pasien identik dengan kualitas pelayanan, karena semakin baik kualitas layanan maka keselamatan pasien akan semakin baik. Standar akreditasi rumah sakit versi 2012 mengacu pada *patient centered*, *patient safety*, *good governance*, dan MDGs, dengan 80% muatan standar adalah *patient safety*.

Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan “*TO ERR IS HUMAN*”, *Building a Safer Health System* yang mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9%, di mana 6,6% di antaranya meninggal. Sedangkan di New York KTD 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 penelitian rumah sakit di berbagai Negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6%. Dengan data-data tersebut, berbagai negara mulai berkonsentrasi melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Depkes RI, 2006).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2011 mengembangkan dan mempublikasikan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien (*Patient Safety Curriculum Guide*), yang menyoroti kebutuhan di seluruh dunia untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) dan untuk mengajarkan keterampilan yang berorientasi pada keselamatan pasien, sikap dan perilaku untuk semua profesional kesehatan, begitu juga bagi perawat (Tingle, 2011). Adanya kekhawatiran mengenai keselamatan pasien, meningkat secara signifikan selama dekade terakhir (Silverstone, 2013). Di Norwegia, berdasarkan monitoring selama 2 tahun, rata-rata *adverse*

*event* menurun secara signifikan dari 16.1% pada 2011 ke 13.0% pada 2013 (Deilkas, 2015).

Pelayanan keperawatan memiliki peran yang besar dalam pelayanan di rumah sakit, bukan hanya dari jumlah tenaga keperawatan yang banyak akan tetapi pelayanan yang terus menerus dan berkesinambungan. Kinerja perawat dalam penerapan keselamatan pasien berhubungan erat dengan upaya mencegah KTD terhadap pasien. Salah satu upaya yang dilakukan perawat dalam pencegahan KTD adalah peningkatan kemampuan perawat dalam melakukan pencegahan dini, deteksi risiko dan koreksi terhadap abnormalitas (Depkes RI, 2006).

Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Peran perawat dan tanggung jawab perawat dalam pemberian obat mengalami perubahan seiring dengan perubahan keperawatan dan sistem pelayanan kesehatan dalam menanggapi tuntutan masyarakat dan teknologi dalam

pelayanan kesehatan (Asperhiem *and* Eisenhauer, 2004, cit. Yani, 2012).

Dalam menjalankan perannya, perawat bisa melakukan kesalahan, kekeliruan dalam proses perawatan (*nursing errors*) meliputi : kurangnya perhatian dan kepedulian, keputusan yang tidak tepat, kekeliruan pemberian obat, tidak berani membela kepentingan pasien, tidak melakukan usaha preventif, tidak/salah menjalankan perintah dokter, dan kelalaian/kesalahan dokumentasi (Benner, 2002 cit. Santoso, 2012). Kurangnya pengetahuan dan informasi tentang keperawatan yang benar, jumlah staf yang kurang, perencanaan yang tidak tepat, pengaturan *shift*/dinas kerja yang tidak baik, peralatan yang tidak memadai, kurangnya waktu perawatan (misalnya akibat keharusan pendokumentasian yang terlalu banyak), merupakan faktor-faktor yang berkontribusi untuk terjadinya kekeliruan dalam perawatan pasien (Anooseh, 2008 cit. Santoso, 2012).

Kasus kesalahan dalam pemberian obat merupakan kesalahan utama dalam perawatan dan kejadian ini sering

tidak dilaporkan oleh perawat. Manajer keperawatan harus menunjukkan respon positif terhadap perawat yang melaporkan kesalahan pengobatan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien (Cheragi,2013). Dampak dari kekeliruan dalam pelayanan kesehatan bisa berupa terjadinya cedera pada pasien dari cedera ringan sampai ireversibel, bahkan kematian, dampak psikologis dan ekonomi/finansial, baik pada pasien dan keluarganya, dokter/perawat (praktisi), maupun sistem/organisasi (RS) dan profesi (Benner, 2002 cit. Santoso, 2012).

Tujuh kriteria *nursing error* meliputi kesalahan memberikan obat atau menghitung dosis pada pasien atau waktu dan atau 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).

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).

Penelitian yang dilakukan pada beberapa rumah sakit di Sydney yang dikumpulkan pada bulan September 2006 sampai dengan Februari 2007 serta November 2007 sampai dengan Maret 2008 menunjukkan akan tingginya kesalahan dalam pemberian obat yang khususnya adalah obat yang diberikan melalui injeksi intra vena. Dari 568 pemberian obat



intravenous, 69,7% memiliki sedikitnya satu masalah kesalahan klinis dan 25,5% dengan masalah serius. Terdapat 4 tipe kesalahan dalam pemberian obat intravena yang dilaporkan yaitu kesalahan pencampuran, kesalahan jumlah/dosis, kesalahan inkompaktibilitas obat dan kesalahan rerata waktu pemberian obat. Penelitian ini pula mempublikasikan bahwa pemberian obat melalui intravena memiliki risiko yang paling tinggi bila dibandingkan dengan pemberian obat melalui akses atau rute yang lain (Westbrook et al, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari sampai Juni tahun 2016 di seluruh ruangan rawat inap Rumah Sakit Islam Surakarta didapatkan angka kesalahan pemberian obat baik yang masuk kategori Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) maupun Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebanyak 94 kali kejadian dari 14.039 pelaksanaan pemberian obat injeksi, artinya masih ada 0,67% kejadian kesalahan pemberian obat. Kesalahan paling banyak secara berurutan adalah salah dosis 54 kali, salah waktu 28 kali, salah obat 7 kali, salah pasien 3 kali,

sedangkan salah rute, dan salah dokumentasi terjadi masing-masing 1 kali.

Untuk itu akan dilakukan penelitian tentang analisis pengetahuan dan sikap perawat terhadap kepatuhan penerapan 6 benar pada pemberian obat injeksi di Rumah Sakit Islam Surakarta.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang akan diteliti adalah bagaimana pengetahuan dan sikap perawat terhadap kepatuhan penerapan 6 benar pada pemberian obat injeksi di Rumah Sakit Islam Surakarta?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis penerapan 6 benar pada pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk :

- a. Mengetahui pengetahuan perawat tentang penerapan 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.
- b. Mengetahui sikap perawat dalam penerapan 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.
- c. Mengetahui kepatuhan perawat dalam penerapan 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.
- d. Menganalisis pengaruh secara bersama-sama pengetahuan dan sikap terhadap kepatuhan dalam penerapan 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.
- e. Menganalisis hambatan atau kendala dalam implementasi 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.

- f. Menyusun rekomendasi perbaikan dalam implementasi 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.

#### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi dan literatur mengenai pengaruh pengetahuan dan sikap perawat terhadap kepatuhan perawat dalam penerapan 6 benar pemberian obat injeksi di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surakarta.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk :

- a. Bagi institusi rumah sakit

- 1) Memberikan informasi tentang penerapan prinsip 6 benar pemberian obat secara parenteral di

instalasi rawat inap RS. Islam Surakarta sehingga dapat diketahui mutu *patient safety*.

- 2) Sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dalam pemberian obat injeksi.
- 3) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk meningkatkan kualitas profesionalisme perawat dalam penerapan 6 benar pemberian obat di rumah sakit.
- 4) Hasil penelitian ini diharapkan sebagai rujukan untuk menentukan kebijakan-kebijakan dalam hal pelayanan yang berhubungan dengan penerapan pemberian obat di rumah sakit.

b. Peneliti selanjutnya

Dapat menjadi data dasar untuk melakukan pengembangan penelitian terkait prinsip pemberian obat terhadap variabel lain yang belum diteliti dalam penelitian ini dan dengan metode yang berbeda.