

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TELAAH PUSTAKA**

##### **1. Keselamatan pasien**

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana 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 No 1691, 2011).

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah

pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera. (Permenkes No 1691, 2011). Tujuan keselamatan pasien adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di RS, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya KTD di RS, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD (Depkes RI 2006). Untuk itu rumah sakit perlu menerapkan standar keselamatan untuk pasien yang dirawat.

Setiap rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien rumah sakit meliputi hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang

keselamatan pasien, komunikasi adalah kunci untuk keselamatan pasien (Permenkes No 1691, 2011).

Selain standart keselamatan pasien, rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi ketepatan identifikasi pasien; peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes No 1691, 2011).

Asosiasi perumah sakitan dan organisasi profesi kesehatan juga wajib berperan serta dalam persiapan penyelenggaraan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Permenkes No 1691, 2011). Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, yang terdiri dari membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko,

mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Permenkes No 1691, 2011).

Menurut Rockville (2003), akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain :

- a. *Communication problems* (masalah komunikasi),
- b. *Inadequate information flow* (arus informasi yang tidak memadai),
- c. *Human problems* (permasalahan manusia),
- d. *Patient-related issues* (isu-isu yang berkenaan dengan pasien),
- e. *Organizational transfer of knowledge* (transfer pengetahuan organisasi),
- f. *Staffing patterns/work flow* (pola pengaturan kerja staf/alur kerja),

g. *Technical failures* (kesalahan teknis), *Inadequate policies and procedures* (kebijakan dan prosedur yang tidak memadai).

## 2. *Medication error*

*Medication error* menurut *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (2016) adalah suatu kejadian yang dapat di cegah yang menyebabkan atau mengarah pada pemakaian obat yang tidak sesuai atau membahayakan pasien dimana pengobatan tersebut berada di bawah pengawasan petugas kesehatan profesional, pasien, atau konsumen. Peristiwa tersebut bisa terkait dengan praktik profesional, produk perawatan kesehatan, prosedur, dan sistem, termasuk peresepan, komunikasi order, label produk, kemasan, tata-nama, peracikan, pengeluaran, distribusi, administrasi, pendidikan, monitoring, dan penggunaannya. 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.

Kejadian *medication error* dapat terjadi pada fase *prescribing, transcribing, dispensing* dan *administration* (Kemenkes, 2011). *Prescribing error* meliputi kesalahan prosedural dan administratif yaitu resep tidak terbaca, aturan pakai tidak jelas, resep tidak lengkap penggunaan singkatan yang tidak lazim; kesalahan dosis seperti dosis yang tidak tepat; dan kesalahan terapeutik yaitu duplikasi pengobatan. Penyebab *prescribing error* adalah faktor lingkungan kerja yaitu gangguan dan interupsi keluarga pasien; faktor petugas kesehatan yaitu pengetahuan, tulisan dokter yang buruk, beban kerja yang berlebihan; faktor pasien yaitu pasien yang tidak kooperatif. *Dispensing error* meliputi *content error* yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat. Penyebab *dispensing error* seperti prosedur pengelolaan obat yang belum

maksimal; faktor lingkungan kerja yang tidak nyaman dan beban kerja yang berlebihan. *Labeling error* yaitu kesalahan penulisan aturan pemakaian obat. *Administration error* meliputi kesalahan pada saat pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar dengan pasien yang namanya sama (*right drug for wrong patient*). Penyebab *administration error* adalah faktor petugas kesehatan yaitu budaya kerja; faktor lingkungan kerja yaitu kesibukan kerja; faktor pasien yaitu keluarga pasien yang tidak kooperatif dan pemahaman keluarga pasien mengenai prosedur pengambilan obat (Bayang, 2013).

*WHO Collaborating Center For Patient Safety* dimotori oleh *Joint Commissions International*, suatu badan akreditasi Amerika Serikat, pada tahun 2007 menerbitkan ‘*Nine Live Saving Patient Solutions*’ (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Adapun sembilan solusi keselamatan pasien tersebut adalah (Depkes RI, 2008) :

- a. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike, Medication Names*).
  - b. Pastikan Identifikasi Pasien
  - c. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima/Pengoperan Pasien.
  - d. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar
  - e. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*)
  - f. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.
  - g. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*).
  - h. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.
  - i. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.
3. Prinsip Pemberian Obat

Perawat bertanggung jawab dalam pemberian obat-obatan yang aman. Perawat juga harus mengetahui semua komponen dari perintah pemberian obat dan

mempertanyakan perintah tersebut jika tidak lengkap atau jelas/dosis yang diberikan diluar batas yang direkomendasikan.

Adapun prinsip-prinsip pemberian obat yang benar meliputi 6 hal, yaitu : Benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute dan benar dokumentasi. Benar pasien dapat dipastikan dengan memeriksa identitas pasien dan harus dilakukan setiap akan memberikan obat. Benar obat memastikan pasien setuju dengan obat yang telah diresepkan berdasarkan kategori perintah pemberian obat, yaitu : perintah tetap (*standing order*), perintah satu kali (*single order*), perintah PRN (*pro renata*/jika perlu), perintah *stat* (segera) (Kee & hayes, 1993). Benar dosis adalah dosis yang diresepkan pada pasien tertentu. Benar waktu adalah saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan. Benar rute disesuaikan dengan tingkat penyerapan tubuh pada obat yang telah diresepkan. Benar dokumentasi meliputi nama, tanggal, waktu, rute, dosis

dan tanda tangan atau insial petugas. (Kee & hayes, 1993).

#### 4. Pengetahuan

Secara etimologi pengetahuan berasal dari kata dalam bahasa inggris yaitu *knowledge* dalam *encyclopedia of philosophy*.

Pengetahuan sangat penting untuk terbentuknya suatu perilaku seseorang. Perilaku yang terbentuk, yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Dalam lingkup keselamatan pasien, pengetahuan untuk mendukung *learning culture* yang ada dalam suatu organisasi sangat berhubungan dengan perubahan budaya keselamatan pasien. Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien (Cahyono, 2008).

KTD sangat berhubungan dengan faktor kesalahan manusia sebagai penyebabnya. Kesalahan manusia merupakan kesalahan yang terjadi saat seseorang melakukan aksi atau tindakan. Tindakan seseorang dipengaruhi oleh aktifitas kognitif. Tidak adekuatnya pengolahan sistem informasi dalam system kognitif merupakan penyebab kesalahan manusia yang mengancam keselamatan manusia (Cahyono, 2008). Tingkat pengetahuan yang baik memiliki empat kali peluang benar menerapkan prinsip benar pemberian obat dibandingkan dengan tingkat pengetahuan cukup.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang dan mempunyai 6 (enam) tingkatan, yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalamnya pengetahuan tingkatan ini adalah mengingat

kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, mencontohkan, meramalkan terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

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

d. Analisis (*analysis*)

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

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap

suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

Bakhtiar (2013), menjelaskan bahwa pengetahuan yang dimiliki manusia ada 4 (empat). Pertama, pengetahuan biasa adalah pengetahuan yang dalam filsafat dikatakan dengan istilah *common sense*, dan sering diartikan dengan *good sense*, karena seseorang memiliki sesuatu dimana dia menerima secara baik. Semua orang menyebutnya sesuatu itu merah karena memang itu merah, benda itu panas karena memang dikatakan panas, dengan *common sense* semua orang sampai pada keyakinan secara umum tentang sesuatu dimana mereka akan berpendapat sama semuanya. *Common sense* diperoleh dari pengalaman sehari hari seperti air dapat dipakai untuk menyiram bunga, makanan dapat dipakai untuk memuaskan rasa lapar, musim kemarau akan mengeringkan sawah tadah hujan, dan sebagainya. Kedua, pengetahuan ilmu yaitu ilmu sebagai terjemahan dari

*science* dalam pengertian yang sempit dapat diartikan untuk menunjukkan ilmu pengetahuan alam yang sifatnya kuantitatif dan objektif. Ilmu pada prinsipnya merupakan usaha untuk mengorganisasikan dan kriteria-kriteria yang mensistematisasikan *common sense*, suatu pengetahuan yang berasal dari pengalaman dan pengamatan dalam kehidupan sehari-hari. Ketiga, pengetahuan filsafat yakni pengetahuan yang diperoleh dari pemikiran yang bersifat kontemplatif dan spekulatif. Pengetahuan filsafat lebih menekankan pada universalitas dan kedalaman kajian tentang sesuatu. Keempat, pengetahuan agama adalah pengetahuan yang diperoleh dari Tuhan lewat para utusan-Nya. Pengetahuan agama bersifat mutlak dan wajib diyakini oleh para pemeluk agama..

Menurut Notoatmojo (2007), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain :

- 1) Faktor internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.

- 2) Faktor eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- 3) Faktor pendekatan belajar, faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

## 5. Sikap

Definisi sikap menurut Thurstone yang dikutip Azwar (2006), adalah derajat afek positif atau afek negatif yang dikaitkan dengan suatu obyek psikologis. Sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari dan diatur yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang lain, obyek-obyek dan keadaan. Sikap merupakan bagian intrinsik dari kepribadian seseorang (Azwar, 2006).

Walgito (2001) mengemukakan tentang sikap dan ciri-ciri sikap sebagai berikut : sikap adalah faktor yang ada dalam diri manusia yang dapat mendorong atau menimbulkan perilaku tertentu. Adapun ciri-ciri sikap yaitu: tidak dibawa sejak lahir, selalu berhubungan

dengan obyek sikap, dapat tertuju pada satu obyek saja maupun tertuju pada sekumpulan obyek-obyek, dapat berlangsung lama atau sebentar, dan mengandung faktor perasaan dan motivasi.

Menurut Robbins (2007), tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu :

- a. Komponen kognitif (komponen perseptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, atau persepsi pendapat, kepercayaan.
- b. Komponen afektif (komponen emosional), yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap obyek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang adalah hal negatif.
- c. Komponen konatif (komponen perilaku, atau *action component*), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak atau berperilaku terhadap obyek sikap. Misalnya ramah, hangat,

agresif, tidak ramah atau apatis. Beberapa tindakan dapat diukur atau dinilai untuk memeriksa komponen perilaku sikap.

Sikap memiliki tingkatan seperti halnya pengetahuan (Notoatmojo, 2007), yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa subyek (orang) mau dan memperhatikan rangsangan (stimulus) yang diberikan (obyek).

b. Merespon (*responding*)

Sikap individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

c. Menghargai (*valuing*)

Sikap individu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan masalah.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap individu dalam bertanggung jawab dan siap menanggung segala risiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya.

Menurut Notoanmojo (2007), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

c. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Azwar (2007) antara lain :

a. Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi pernyataan kita terhadap stimulus sosial.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Diantara orang yang biasanya dianggap penting oleh individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya

lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, isteri dan suami pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang kompernis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting.

c. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan di mana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Kebudayaan adalah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

d. Sumber Informasi / Media Massa

Sumber informasi adalah suatu media yang dapat kita gunakan untuk menambah pengetahuan responden. Media pembawa pesan mempunyai peranan penting untuk menyebar luaskan informasi. Berhasil tidaknya pesan diterima dengan baik atau dimengerti oleh yang menerima, akan tergantung pada efektif tidaknya media yang digunakan untuk menyampaikan pesan.

e. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan dan lembaga Agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.

f. Pengaruh Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosional yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan mekanisme pertahanan ego.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai obyek sikap yang hendak diungkap. Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai obyek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada obyek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable*.

Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negatif mengenai obyek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap obyek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pernyataan yang tidak *favourable*. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favorable* dan tidak *favorable* dalam jumlah yang seimbang. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala memihak atau tidak mendukung sama sekali obyek sikap (Azwar, 2006).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan atau hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Muchlas (2008), ada tiga komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu komponen kognitif, yaitu komponen yang berisikan informasi yang dimiliki seseorang tentang orang lain atau benda (objek dari sikapnya) komponen afektif, yaitu komponen yang berisikan perasaan-perasaan seseorang terhadap suatu objek dan komponen perilaku, yaitu komponen yang berisikan cara yang direncanakan seseorang untuk bertindak atau berperilaku terhadap objek.

Perawat harus menunjukkan sikap yang positif dalam mendukung program *patient safety* sehingga melaksanakan praktik keperawatan secara aman. Sikap mendukung pencegahan penularan penyakit seperti mencuci tangan adalah salah satu komponen precaution standard yang efektif dalam mencegah transmisi infeksi. Selain itu penggunaan alat pelindung diri seperti sarung tangan dan masker untuk mencegah risiko kontak dengan pathogen (WHO, 2007).

## 6. Kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melakukan sesuatu yang disarankan. Pengertian dari kepatuhan adalah menuruti suatu perintah atau suatu aturan. Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan perawatan, pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya (Bart, 2004). Kepatuhan perawat merupakan perilaku perawat terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati

Perilaku kepatuhan bersifat sementara karena perilaku ini akan bertahan bila ada pengawasan. Jika pengawasan hilang atau mengendur maka akan timbul perilaku ketidakpatuhan. Perilaku kepatuhan ini akan optimal jika perawat itu sendiri menganggap perilaku ini bernilai positif yang akan diintegrasikan melalui tindakan asuhan keperawatan. Perilaku keperawatan ini akan dapat dicapai jika manajer keperawatan merupakan orang yang

dapat dipercaya dan dapat memberikan motivasi (Sarwono, 2007).

a. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Nurbaiti (2004) dalam Rohimin (2007) kepatuhan dapat dipengaruhi oleh :

1) Usia

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati (Anonim, 2008). Semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2007).

2) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri,

kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat. Pendidikan meliputi pengajaran keahlian khusus, dan juga sesuatu yang tidak dapat dilihat tetapi lebih mendalam yaitu pemberian pengetahuan, pertimbangan dan kebijaksanaan. Salah satu dasar utama pendidikan adalah untuk mengajar kebudayaan melewati generasi (Anonim, 2008).

Menurut UU no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia terdiri atas :

a) Pendidikan vokasi

Pendidikan vokasi yang dimaksud, paling rendah adalah program Diploma Tiga Keperawatan.

b) Pendidikan akademik.

Pendidikan akademik sebagaimana dimaksud terdiri atas program sarjana keperawatan;

program magister keperawatan; dan program doktor keperawatan

c) Pendidikan Profesi

Pendidikan profesi sebagaimana dimaksud terdiri atas program profesi keperawatan; dan program spesialis keperawatan.

3) Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan 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*).

#### 4) Masa Kerja

Menurut Siagian (2000) menyatakan bahwa masa kerja merupakan keseluruhan pelajaran yang dipetik oleh seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dilalui dalam perjalanan hidupnya. Semakin lama masa kerja perawat semakin banyak pelajaran yang didapat. Pelajaran yang didapat mungkin dimanfaatkan sepenuhnya atau mungkin juga tidak.

Sementara Notoatmodjo (2005) dalam Rohimin (2007) mengemukakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah pendidikan, usia, dan motivasi. Sedang menurut Rahmawati (2008) kepatuhan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, lama kerja, ketrampilan, fasilitas dan prosedur. Menurut Potter dan Perry (2007) ketepatan dalam pemberian obat dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman, sikap dan prosedur.

## B. PENELITIAN TERDAHULU

Berdasarkan penelusuran pustaka, peneliti menemukan beberapa penelitian yang relevan dengan penelitian ini, diantaranya :

1. Sri Yani (2012), yang meneliti tentang “Evaluasi Penerapan Pemberian Obat Secara Parenteral Dalam Penyelenggaraan *Patient Safety* di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan prinsip sepuluh benar pemberian obat secara parenteral dalam penyelenggaraan *patient safety* di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul. Jenis penelitian ini merupakan penelitian *mix method* dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan metode kualitatif dengan rancangan penelitian *case study*. Populasi dan sampel penelitian ini adalah perawat di Instalasi Rawat Inap dan teknik pengambilan sampel *accidental sampling*. Pengumpulan data dengan metode observasi dan wawancara. Hasil penelitian penerapan prinsip sepuluh

benar pemberian obat di Instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul secara keseluruhan bisa dikatakan sudah baik, benar pasien sudah baik, benar obat, benar dosis, benar rute/cara, benar waktu, benar pengkajian/asesmen sudah baik, sedangkan benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan, hak untuk menolak, dan benar evaluasi kurang baik. Perbedaan penelitian ini terletak pada tujuan penelitian, tempat penelitian dan jumlah sampel.

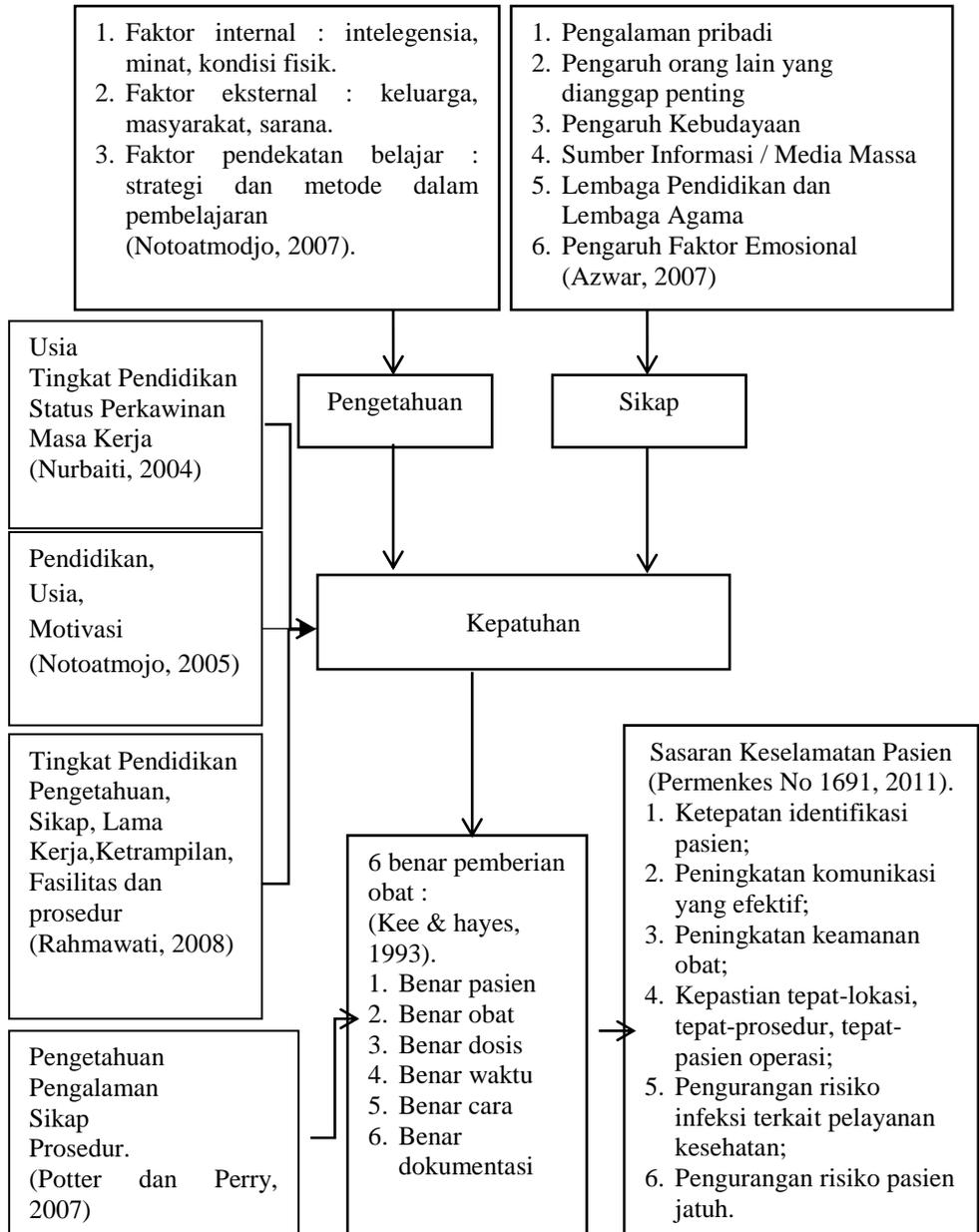
2. Sandramustika (2008), melakukan penelitian tentang “Gambaran Penerapan Prinsip Enam Benar Pemberian Obat Pada Tindakan Injeksi Di Instalasi Rawat Inap 1 RSUP DR SARDJITO Yogyakarta”. Hasil penelitian menunjukkan 63,05% dilaksanakan dengan enam benar, 15,68% yang benar waktu dan benar klien, benar rute, benar obat dilakukan 100% oleh perawat. Perbedaan penelitian ini adalah terletak pada variabelnya, sampelnya, wilayah penelitian dan metode penelitian sedangkan

persamaannya dengan penelitian ini adalah topiknya, yaitu sama-sama meneliti tentang pemberian obat.

3. Penelitian Teguh Kuncoro (2012) “Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Kualitas Kehidupan Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Sistem Keselamatan Pasien di Rumah Sakit”. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Tujuan penelitian untuk mengetahui bagaimana gambaran pengetahuan, sikap, kualitas kehidupan kerja dan kinerja perawat dalam penerapan sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian dari 57 perawat tentang materi sistem keselamatan pasien menunjukkan nilai pengetahuan subyek klasifikasi baik lebih banyak dibanding klasifikasi kurang, demikian pula sikap perawat menunjukkan klasifikasi baik lebih banyak dibanding klasifikasi kurang, tetapi kualitas kehidupan kerja menunjukkan nilai hampir sama antara klasifikasi baik dengan klasifikasi kurang. Kinerja perawat menunjukkan klasifikasi baik jauh lebih banyak dibanding klasifikasi

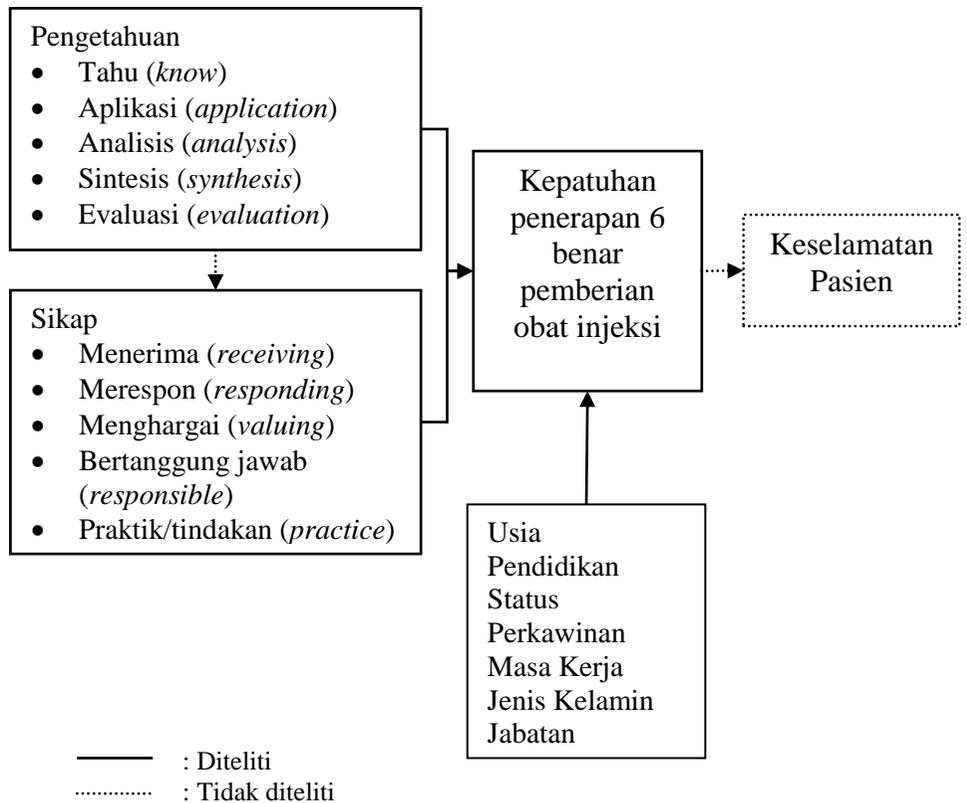
kurang. Hasil uji statistik dengan *Chi-Square Test* menunjukkan tidak ada korelasi secara signifikan antara pengetahuan, sikap dan kualitas kehidupan kerja dengan kinerja perawat dalam penerapan Sistem Keselamatan Pasien (SKP) di rumah sakit. Dengan uji *Fisher Exact Test* menunjukkan ada korelasi secara Signifikan antara komponen partisipasi dengan kinerja perawat. Direkomendasikan untuk meningkatkan kualitas kehidupan kerja rumah sakit dengan memperbaiki cara-cara penyelesaian masalah dengan tidak menyalahkan dan menghukum.

### C. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1  
Kerangka Teori

#### D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2.2  
Kerangka Konsep Penelitian

#### E. HIPOTESIS

Berdasarkan landasan teori diatas, hipotesis penelitian ini adalah :

- $H_0$  : Tidak ada pengaruh antara pengetahuan dan atau sikap terhadap kepatuhan 6 benar pemberian obat.
- $H_1$  : Ada minimal salah satu dari sikap atau pengetahuan yang berpengaruh terhadap kepatuhan penerapan 6 benar pemberian obat.