

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Di era globalisasi, perkembangan ilmu dan teknologi sangat pesat termasuk ilmu dan teknologi kedokteran. Peralatan kedokteran yang baru, serta obat baru banyak ditemukan. Keadaan tersebut berdampak terhadap pelayanan kesehatan karena pada masa lalu pelayanan kesehatan sangat sederhana, kurang efektif namun lebih aman. Saat ini pelayanan kesehatan sangat kompleks, lebih efektif namun ketika memberikan pelayanan kurang hati-hati sehingga berpotensi terhadap kejadian yang tidak diharapkan atau *adverse event* (PERSI, 2007).

Rumah sakit sebagai mata rantai pelayanan kesehatan mempunyai fungsi utama penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Rumah sakit harus mampu menjalankan manajemen yang berprinsip pada *customer oriented* dan *patient safety* agar dapat menjalankan fungsi tersebut (Sumarsi, 2011).

Rumah sakit di Indonesia saat ini sedang giat-giatnya melaksanakan program peningkatan mutu berbasis keselamatan pasien dengan mencanakan "Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit". Hal ini didukung dengan dikeluarkannya keppres nomor 1691/Menkes/Per/V111/2011, tentang kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan buku panduan keselamatan pasien Rumah sakit. Di dalam undang-undang Rumah Sakit No 44 tahun 2009, pada pasal 40 juga menuangkan bahwa rumah sakit wajib terakreditasi, dan dalam pasal 43 rumah sakit

wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Program keselamatan pasien merupakan domain utama kualitas pelayanan kesehatan, saat ini menjadi perhatian yang serius pada pelayanan dirumah sakit (Sumarsi, 2011).

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Depkes, 2008).

*Patient safety* adalah sebuah konsep pendekatan sistematis pada mutu pelayanan kesehatan. Penerapan *patient safety* dirumah sakit berdampak pada pasien, pengunjung, petugas rumah sakit klinis, kebijakan dan profit rumah sakit(Sudarwaty,2011).Menurut Surya (2012), tujuan dilakukannya kegiatan *patient safety* dirumah sakit adalah untuk menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit, menurunkan KTD di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan. Dengan demikian, akan meningkatkan keselamatan pasien dirumah sakit, kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat (Sudarwaty, 2011; Surya, 2012).

Komunikasi merupakan alat yang efektif untuk mempengaruhi tingkah laku manusia, sehingga dikembangkan dan dipelihara terus-menerus. Komunikasi merupakan keterampilan yang harus dimiliki oleh perawat. Perawat mampu membangun hubungan dengan pasien dan membuat memenuhi perilaku sehat melalui komunikasi. Perawat akan mampu mengkomunikasikan ide-idenya secara efektif, ketika ia mampu mengidentifikasi faktor yang berpengaruh dalam proses pengiriman dan penerimaan serta mampu mempersepsikan secara tepat pesan yang disampaikan kepada pasien (Nurjannah, 2005). Interaksi perawat klien ditunjukkan untuk menumbuhkan kesan-kesan yang baik dan menimbulkan percaya klien terhadap perawat, sehingga dapat terjalin hubungan yang terapeutik antara perawat dan klien guna melancarkan kegiatan pemberian pelayanan keperawatan (Nurjannah, 2005).

Salah satu masalah yang sering menimbulkan ketidakpuasan pasien adalah komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien dan keluarganya, atau antara petugas kesehatan sendiri. Semakin banyak jenis komunikasi yang ada pada suatu organisasi kesehatan, kemungkinan terjadi gangguan komunikasi juga lebih besar. Ada 3 penyebab yang dapat berdampak terhadap hubungan antara petugas kesehatan, yakni : (1) *role stress*, (2) *lack of, interprofesional understanding*, dan (3) *autonomy struggles*. Konflik antara petugas kesehatan sangat penting karena pada gilirannya akan mempengaruhi komunikasi antara petugas serta kualitas pelayanan kepada pasien (Basuki, 2008).

Penyebab *medication error* yang pertama adalah kesalahan komunikasi (*failed communication*) yang didalamnya meliputi, penulisan, *Zeros and decimal points*, singkatan, kemiripan nama obat, perintah yang ambigu (perintah yang tidak lengkap). Penulisan yang jelek dapat menyebabkan kesalahan pembacaan order terutama untuk obat yang mempunyai kemiripan nama. Kesalahan interpretasi nama obat yang di order juga dapat terjadi melalui order via telepon, karena kemiripan pengucapan beberapa nama obat (IOM, 2004).

Faktor penyebab dari *medication error* dapat berupa komunikasi yang buruk baik secara tertulis (dalam resep) maupun secara lisan (antara pasien, dokter dan pasien), sistem distribusi obat yang kurang mendukung (sistem komputerisasi, sistem penyimpanan obat dan lain sebagainya), sumber daya manusia (kurang pengetahuan, pekerjaan yang berlebihan), edukasi kepada pasien kurang, dan peran pasien dan keluarga (Potter & Perry, 2009).

*WHO collaborating center for patient safety* pada 2 Mei 2007 menerbitkan *Nine life saving patient safety solutions* yang disusun oleh pakar *patient safety* yang terdiri atas lebih dari 100 negara. Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat agar dapat mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Sembilan solusi tersebut merupakan panduan yang sangat bermanfaat bagi rumah sakit dalam memperbaiki proses asuhan pasien dan berguna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah (KKP-RS, 2007).

Sembilan solusi *life saving* keselamatan pasien rumah sakit tersebut sebagai berikut :1)Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan Mirip (*Look-Alike, sound-Alike, Medication Names* ), 2) Memastikan identifikasi pasien, 3)Komunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien, 4) Memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, 5) Mengendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), 6) Memastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, 7) Menghindari salah kateter dan salah sambung slang (*rube*), 8) Menggunakan alat injeksi hanya untuk sekali pakai,9) Meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk mencegah infeksi nosokomial(Pramesona, 2012).Sasaran keselamatan pasien ada 6 diantaranya : 1) Ketepatan identifikasi pasien, 2) Peningkatan komunikasi yang efektif, 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai (*HIGH-ALERT*), 4) Kepastian tepat lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi, 5) Pengukuran risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 6) Pengukuran pasien jatuh (Depkes, 2005).

Kesalahan pengobatan (*medical error*) merupakan isu global yang menyangkut keselamatan pasien dalam proses penyembuhan. Kejadian kesalahan pengobatan banyak terjadi pada saat penyuntikan di ICU. Menurut *Institute Of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat, dilaporkan bahwa setiap tahun minimal terdapat 48-100 ribu pasien meninggal akibat *medical error*. Pusat pelayanan kesehatan mulai kehilangan kepercayaan dari masyarakat setelah terdapat isu tersebut (WHO, 2004). Kesalahan obat dapat memicu atau menyebabkan obat yang tidak tepat atau bahkan bahaya untuk klien. Kesalahan obat meliputi resep yang

tidak akurat, pemberian obat yang salah, memberikan obat melalui jalur dan interval waktu yang salah, serta memberikan dosis yang salah atau gagal dalam memberikan obat (Potter & Perry, 2009).

Kesalahan pengobatan bisa di artikan sebagai kegagalan dari suatu rencana yang akan dicapai atau keliruan dalam perencanaan untuk mencapai tujuan tertentu. Kesalahan tersebut bisa terjadi pada berbagai tahapan dalam proses pengobatan mulai dari diagnosis, penetapan terapi (dalam hal ini berwujud penulisan resep oleh dokter), penyiapan obat dan penyerahan obat oleh apoteker (*drug dispensing*), serta penggunaannya oleh pasien. Masing-masing tahap tersebut berpeluang untuk terjadinya kesalahan (Isnaini, 2010*cit* shah dkk, 2001).

Valentin dan koleganya, mengidentifikasi adanya 861 kesalahan dalam pengobatan yang melibatkan 441 pasien. Penelitian tersebut dilakukan di Amerika. Hasil dari penelitian tersebut adalah terjadi kejadian kesalahan pengobatan pada 250 pasien (19%) mengalami satu bentuk kesalahan, 191 pasien (14%) mengalami lebih dari satu kesalahan pengobatan. Kesalahan tersebut tidak hanya terjadi karena kesalahan tenaga medis tetapi juga peserta latihan medis yang melakukan 8 dari 15 kesalahan pengobatan (Valentin, 2007).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan setiap tahun ada antara 12-16 milyar injeksi (suntikan) digunakan di dunia, 40 persen diantaranya tidak aman dan membahayakan pasien. Ashok gurubesar dan senior program *consultant International Clinical Epidemiology Network* (INCLEN), menyebutkan injeksi

(suntikan) yang tidak aman mengakibatkan 80-160 ribu orang terinfeksi virus HIV 2,3 sampai 4,7 juta orang tertular hepatitis C dan 8 sampai 16 juta orang tertular hepatitis B. Injeksi yang tidak aman juga dipengaruhi oleh dosis yang tidak tepat, serta penggunaan jarum suntik lebih dari satu kali (Ashok, 2007).

Ashok juga menyatakan jika pemberian obat secara injeksi (suntik) dikatakan tidak aman karena kebersihan dan keadaan serum yang tidak baik. Serum yang akan digunakan untuk proses pengobatan sudah terkontaminasi sehingga tidak bersih lagi. Hal tersebut dapat menimbulkan terjadi kesalahan pengobatan. Pemberian obat melalui injeksi (suntikan) cukup efektif dalam proses pengobatan, jika diberikan secara benar dan tetap menjaga kebersihan serum sampai diberikan kepada pasien (Ashok, 2007).

Indikator kesalahan pemberian obat salah pasien; salah nama tidak sesuai dengan *medical record*; salah waktu seperti terlambat pemberian obat (30 menit setelah jadwal), terlalu cepat (30 menit sebelum jadwal), obat stop tetap di lanjutkan; salah cara (*route*); oral, IV, IM, SC, Supp, drip; salah dosis: dosis yang diberikan menjadi berlebih atau kurang dari yang diresepkan dokter; salah obat: obat yang di berikan tidak sesuai dengan resep dokter; salah dokumentasi karena dokumentasi tidak sesuai dengan yang dilaksanakan (Nursalam, 2011).

Menurut data dari *quality and safety in health care* (2006) dari 1010 *medication error* 298 (30%) merupakan kesalahan resep (*prescribing error*), 245 (24%) merupakan frekuensi pemberian keliru (*dispensing error*), 410 (41%)

merupakan administrasi *error*, 57 (6%) melibatkan *administration records* (MAR). Studi yang dilakukan oleh bagian farmakologi FK UGM antara tahun 2001 sampai 2003 menunjukkan bahwa *medication error* terjadi pada 97 % pasien ICU, antara lain dalam bentuk dosis berlebihan atau kurang, frekuensi pemberian keliru dan cara pemberian yang tidak tepat. *Error* yang umumnya sering terjadi antara lain adalah pemberian obat yang tidak sesuai indikasi, dosis yang tidak tepat atau frekuensi pemberian yang keliru, cara pemberian yang kurang benar, tidak mengenali adanya kemungkinan interaksi obat, hingga tidak jelas komunikasi antara dokter, perawat, farmasi dan pasien. (Hermawati, 2008)

Seminar nasional keperawatan menyampaikan dari survei keperawatan di rumah sakit Sanglah Denpasar dari 236 tenaga keperawatan dirawat inap, sekitar 57 orang atau 24% mengalami kesalahan pemberian obat pada pasien. Kesalahan terjadi dalam hal salah waktu, sisa obat pasien yang pulang tidak dikembalikan ke farmasi, atau kesulitan membaca tulisan dokter. Salah satu hal yang menyebabkan munculnya kesalahan adalah minimnya budaya melapor dan budaya menulis (Ginting, 2007). Berdasarkan hasil survei pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Bantul, belum diterapkan komunikasi S-BAR (Studi Pendahuluan, 10 Januari 2013).

Berdasarkan latar belakang di atas banyak masalah yang terjadi terkait dengan kurangnya komunikasi antar perawat yang menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemberian obat, oleh karena itu penulis berminat untuk melakukan penelitian terkait efektivitas komunikasi S-BAR antar perawat dalam



menurunkan angka kejadian salah pemberian obat di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana efektifitas komunikasi S-BAR antara perawat dalam menurunkan angka kejadian salah pemberian obat injeksi di RS PKU Muhammadiyah Bantul?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui efektifitas komunikasi S-BAR antara perawat dalam pemberian obat injeksi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis perbedaan angka kejadian kesalahan pemberian obat injeksi sebelum dilakukan intervensi komunikasi S-BAR antara perawat.
- b. Menganalisis perbedaan angka kejadian kesalahan pemberian obat injeksi setelah dilakukan intervensi komunikasi S-BAR antara perawat.
- c. Menganalisis efektifitas komunikasi S-BAR antara perawat dalam menurunkan angka kejadian salah pemberian obat injeksi.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan dalam upaya meningkatkan komunikasi S-BAR yang efektif saat pemberian obat secara benar tepat, sehingga meminimalkan terjadinya resiko kesalahan pemberian obat.

##### 2. Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan pembelajaran ilmu keperawatan tentang pentingnya komunikasi S-BAR yang efektif dalam pemberian obat.

##### 3. Bagi Instansi Terkait

Diharapkan hasil penelitian ini sebagai masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan rumah sakit.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Elvia. Z., (2009) melakukan penelitian tentang "Evaluasi Program Keselamatan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan". Penelitian ini mengevaluasi pelaksanaan dan pengawasan program 5 *goals* dari 6 *goals* keselamatan pasien di IGD RSUP persahabatan, dengan tujuan khusus mengevaluasi pelaksanaan dan pengawasan terhadap masing-masing program 5 *goals* keselamatan pasien di IGD persahabatan. Menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal holistik, dimana pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara dan telaan dokumen.

Data dianalisa dengan menggunakan metode analisis kualitatif. Pelaksanaan program 5 *goals* keselamatan pasien di IGD RSUP nilai baik dan sangat baik; *goals* memperbaiki identitas pasien 1,04%, *goals* meningkatkan komunikasi efektif 6,77% (hasil dari 30 sampel dengan 5 item observasi terpenuhi adalah 86,6), *goals* mengurangi kesalahan pemberian obat 0%, goal pencegahan infeksi nosokomial 32,03%, *goals* mencegah pasien jatuh dari tempat tidur 9,89%. Pengawasan program 5 *goals* keselamatan pasien tidak berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor SDM pelaksana dan pengawas, faktor sarana dan prasarana, faktor sistem operasional IGD RSUP persahabatan. Persamaan penelitian ini adalah kesalahan pemberian obat.

2. Khasanah (2009) yang meneliti tentang “Kejadian *Nursing Error* Pada Pemberian Obat Injeksi Di Bangsal Perawatan Rumah Sakit”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode *cross-sectional*. Hasil penelitian ini menunjukkan 99,29% *nursing error* merupakan kejadian salah waktu.

Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang pemberian obat sedangkan perbedaanya dengan penelitian ini adalah metode .

3. Sulistiani (2010), melakukan penelitian tentang “Perbedaan Ketaatan Dalam Penerapan Prinsip Enam benar Pemberian Obat di Antara Mahasiswa Profesi Program A dan B Fakultas Kedokteran UGM”. Penelitian ini merupakan penelitian komparatif dengan metode observasional dan wawancara. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan ketaatan dalam penerapan prinsip

enam benar pemberian obat antara mahasiswa profesi program A dan B FK UGM.

Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang pemberian obat dan perbedaan penelitian ini adalah metode dan tempat penelitian.