

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kesalahan Medis (*Medical Error*)

Kelalaian rumah sakit terutama petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dapat mengakibatkan dampak yang negatif pada pasien. Dampak tersebut mulai dari cedera, cacat fisik, cacat permanen, bahkan sampai kematian. Kesalahan atau kelalaian yang terjadi dapat disebabkan oleh kesalahan manusia, kesalahan prosedur, salah diagnosa, dan juga salah dalam memberikan obat. KKP-RS (Kesehatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit) mendefinisikan kesalahan medis sebagai kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien (Yahya, 2006).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya 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. Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi

yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), adalah terjadinya insiden namun belum sampai terpapar secara langsung ke pasien
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC), merupakan suatu insiden yang sudah terpapar kepada pasien namun tidak menimbulkan cedera
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC), adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden, sedangkan kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius pada pasien (Kepmenkes RI, 2011).

KTD sangat rentan terjadi di rumah sakit. Kemungkinan kecelakaan yang terjadi di rumah sakit adalah 1:300, lebih besar dibandingkan dengan kemungkinan kecelakaan penerbangan sebesar 1:3.000.000 hal ini menunjukkan bahwa kemungkinan kecelakaan di rumah sakit lebih besar dibandingkan dengan kemungkinan kecelakaan akibat penerbangan (WHO, 2009).

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya *medical error*. Permasalahan ini tidak hanya menjadi tanggung jawab dari petugas medis yang berhubungan langsung dengan pasien atau kesalahan per orang. Permasalahan ini menjadi tanggung jawab manajemen yang telah gagal membangun sistem mutu pelayanan yang berbasis pada keselamatan pasien.

Penyebab terjadinya KTD yang dikemukakan Reason (2005) dapat dilakukan melalui dua pendekatan yaitu pendekatan dari faktor manusia (*human factor approach*) dan pendekatan sistem (*system factor approach*). Dari faktor manusia *medical error* biasanya dipengaruhi oleh keadaan psikologis petugas medis, sedangkan tingkat sistem biasanya disebabkan oleh lingkungan kerja dan fasilitas yang buruk. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *medical error* adalah sebagai berikut :

- a. Organisasi dan manajemen
 - 1) Sumber dan keterbatasan keuangan.
 - 2) Struktur organisasi.
 - 3) Standar dan tujuan kebijakan.
 - 4) *Safety culture*
- b. Lingkungan pekerjaan
 - 1) Kualifikasi staf dan tingkat keahlian.
 - 2) Beban kerja dan pola shift.
 - 3) Desain, ketersediaan dan pemeliharaan alat kesehatan.
 - 4) Dukungan administratif dan manajerial
- c. Tim kerja (unit kerja)
 - 1) Komunikasi verbal.
 - 2) Komunikasi tertulis.
 - 3) Supervisi dan pemanduan.
 - 4) Struktur tim.
- d. Individu (petugas medis)

- 1) Kemampuan dan keterampilan.
- 2) Motivasi.
- 3) Kesehatan mental dan fisik.

e. Penugasan

- 1) Desain penugasan dan kejelasan struktur penugasan.
- 2) Ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada.
- 3) Ketersediaan dan akurasi hasil tes.

f. Karakteristik pasien

- 1) Kondisi (keparahan dan kegawatan).
- 2) Bahasa dan komunikasi.
- 3) Faktor sosial dan personal.

2. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien menurut KKP-RS adalah suatu sistem yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Yahya,2006). Keselamatan pasien menurut Sunaryo (2009) adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien perlu dikembangkan menjadi suatu budaya kerja dalam rumah sakit bukan hanya suatu ketentuan atau aturan. Nursalam berpendapat bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan (Triwibowo, 2013).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien yang lebih aman. Sistem tersebut meliputi: *assessment*

risiko, 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 salah melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Kemenkes RI Nomor 1691 tentang Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, 2011).

Dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 ayat 1 tentang rumah sakit menyebutkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu proses dalam pemberian layanan rumah sakit terhadap pasien yang lebih aman. Pelaksanaan keselamatan pasien di Indonesia secara jelas telah diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1 yang menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Keselamatan pasien saat ini menjadi fokus utama dari pelayanan kesehatan di rumah sakit baik oleh manajemen sebagai pengambil kebijakan, tenaga medis sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan pada pasien. Tujuan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk mengurangi risiko cedera pada pasien akibat struktur dan proses pelayanan kesehatan.

3. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit adalah (Depkes RI, 2008) :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya KTD di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

Menurut *Institute of Medicine* (IOM, 2001), keselamatan pasien didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Ada 6 tujuan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, yaitu :

- a. *Safety* (aman), yaitu menghindari kecelakaan pada pasien akibat pelayanan yang diberikan kepada mereka.
- b. *Effectiveness* (efektif), yaitu menyediakan pelayanan yang berbasis pada ilmu pengetahuan kepada seseorang yang mendatangkan manfaat dan pembelajaran bagi penyedia pelayanan (menghindarkan *underuse* dan *oversuse*).
- c. *Patient-centeredness* (fokus pada pasien), yaitu menyediakan pelayanan yang menghargai dan menanggapi kebutuhan, nilai dan menjamin bahwa semua keputusan klinis itu untuk kepentingan pasien.
- d. *Timeliness* (tepat waktu), yaitu mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan yang membahayakan bagi penerima maupun pemberi pelayanan.
- e. *Efficiency* (efisiensi), yaitu menghindari barang sisa, khususnya barang sisa dari bagian peralatan, suplai, ide-ide, dan energi.

- f. *Equity* (patut), yaitu menyediakan pelayanan yang tidak bervariasi dalam kualitas kerana karakteristik personal seperti jenis kelamin, etnis, lokasi geografi, dan satatus ekonomi-sosial.

Dalam mendukung keselamatan pasien ini *Joint Commission International* (JCI), mengeluarkan standar yang merujuk pada peranan penting dari pimpinan rumah sakit dalam menjamin integrasi, dukungan dan penerimaan usaha-usaha keselamatan di rumah sakit (JCI, 2004).

4. 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 pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient safety* (2007) yang digunakan juga oleh KK-PRS dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk 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. Enam sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal berikut (Kemenkes RI Nomor 1691 tentang Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, 2011) :

- a. Sasaran I: Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak

sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, dan adanya kelainan sensori. Sasaran ini dimaksudkan 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.

Elemen penilaian sasaran I:

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif, 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. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon ke unit pelayanan.

Elemen penilaian sasaran II:

- 1) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- 2) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- 4) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

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*).

Elemen penilaian sasaran III :

- 1) Kebijakan dan prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- 2) Implementasi kebijakan dan prosedur.

- 3) 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.
 - 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- d. Sasaran IV: Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.

Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, *assesment* 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.

Elemen penilaian sasaran IV

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- 2) 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.

- 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi/*time-out* tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
- 4) 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.

e. Sasaran V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan besar 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.

Elemen penilaian sasaran V :

- 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
- 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- 3) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI: Pengurangan risiko pasien jatuh

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.

Elemen penilaian sasaran VI :

- 1) Rumah sakit menerapkan proses assesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan assesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil assesmen dianggap berisiko jatuh.
- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

5. Identifikasi pasien

Menurut Suharsono dalam Fendhi (2012) identifikasi adalah proses pengenalan, menempatkan obyek atau individu dalam suatu kelas sesuai dengan karakteristik tertentu. Poerwadarminta (2007) berpendapat bahwa identifikasi adalah penentuan atau penetapan identitas seseorang atau benda.

Identifikasi merupakan penerapan atau penentu ciri-ciri atau keterangan lengkap seseorang (Hamzah, 2008). Menurut Sudarsono (1999) identifikasi memiliki tiga arti, yaitu : bukti diri 1). penentuan atau penerapan seseorang, benda, dan sebagainya, 2). Proses secara kejiwaan yang terjadi pada seseorang karena secara tidak sadar membayangkan dirinya seperti orang lain yang dikaguminya, 3). Penentu seseorang berdasarkan bukti-bukti sebagai petunjuknya.

Menurut Hardawinati (2003) identifikasi adalah 1).Tanda kenal diri, 2).Penentu atau penetapan identitas seseorang, 3).Pengenalan tanda-tanda atau karakteristik suatu hal berdasarkan pada tanda pengenal. Proses identifikasi terjadi apabila individu meniru perilaku seseorang atau sikap kelompok lain dikarenakan sikap tersebut sesuai dengan apa yang dianggapnya sebagai bentuk hubungan yang menyenangkan antara dia dengan pihak lain termaksud. Azwar (2005) menjelaskan pada dasarnya proses identifikasi merupakan sarana atau cara untuk memelihara hubungan yang diinginkan dengan orang atau kelompok lain dan cara untuk menopang pengertiannya sendiri mengenai hubungan tersebut.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa identifikasi adalah penempatan atau penentu identitas seseorang atau benda pada suatu saat tertentu.Salah satu alat yang digunakan di rumah sakit terkait identifikasi berupa gelang identitas.Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.Gelang identitas adalah suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien selama dirawat di rumah sakit.Ada beberapa tindakan/prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien, yaitu pemberian obat-obatan, prosedur pemeriksaan radiologi, intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya, tranfusi darah, pengambilan sampel, transfer pasien, dan konfirmasi kematian (Anggraini, 2014).

g. Macam-macam gelang identifikasi menurut Angraini, 2014:

Gelang identifikasi ini dibedakan dalam beberapa warna dengan tujuan yang berbeda-beda, yaitu :

- 1) Gelang warna merah muda/ *pink* : pasien dengan jenis kelamin perempuan.
- 2) Gelang warna biru : pasien dengan jenis kelamin laki-laki.
- 3) Gelang warna merah : semua pasien yang memiliki alergi obat tertentu.
- 4) Gelang warna kuning : semua pasien dengan risiko jatuh.

Ada 3 hal yang wajib ada pada gelang pengenalan pasien (biru dan *pink*) untuk mengidentifikasi pasien, yaitu: nama lengkap pasien, tanggal lahir, dan nomor rekam medis. Sedangkan untuk gelang alergi (merah) ada 4 hal yang wajib dicantumkan, yaitu : nama lengkap, umur, nomor rekam medis, dan jenis alergi pasien (Anggraini, 2014).

6. Pemberian Obat Oral

Obat merupakan sediaan atau paduan bahan-bahan yang siap digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan, kesehatan dan kontrasepsi. Pemberian obat oral merupakan pemberian obat yang diberikan atau dimasukkan melalui mulut, Contoh: serbuk, kapsul, tablet, sirup (Kebijakan Obat Nasional, 2005).

Kesalahan pemberian obat dapat terjadi jika petugas kesehatan termasuk perawat tidak menerapkan prinsip benar dalam pemberian

obat. Menurut Tambayong, 2005 pemberian obat ada prinsip 10 benaryaitu obat, dosis, pasien, rute, waktu, informasi, kadaluarsa, pengkajian, evaluasi dan dokumentasi. Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam menerapkan prinsip benar ini untuk meningkatkan keselamatan pasien.

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian dilakukan oleh Fatma Siti Fatimah pada tahun 2013 dengan judul: “Efektivitas Pelatihan Patient Safety : Komunikasi S-BAR Pada Perawat dalam Menurunkan Kesalahan Pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”. Metode penelitian yang digunakan adalah *pre experiment* dengan rancangan *one group pretestposttest design*. Responden diambil dengan teknik *purposive sampling*, yaitu sebanyak 32 orang perawat yang memenuhi kriteria inklusi. Instrumen menggunakan lembar observasi prinsip 10 benar pemberian obat injeksi. Uji analisis menggunakan *wilcoxon*. Didapatkan hasil bahwa setelah pelatihan *patient safety* : komunikasi SBAR pada perawat diberikan ternyata ada perbedaan bermakna kesalahan pemberian obat injeksi berdasarkan prinsip benar pasien, rute, obat, waktu, pengkajian, informasi dan evaluasi ($p < 0,05$), namun tidak ada perbedaan bermakna pada prinsip benar dosis, kadaluarsa dan dokumentasi ($p > 0,05$).
2. Penelitian dilakukan oleh: Sumarsi pada tahun 2011 dengan judul : “Studi kasus penerapan *patient safety* di ruang rawat inap Wijaya Kusuma RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo”. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Dari penelitian

ini diperoleh hasil bahwa secara umum RSUD Wates baru mulai menerapkan *patient safety*, sehingga masih banyak hal yang perlu mendapat perhatian serius. Hasil penelusuran dokumen di RSUD Wates sudah ada kebijakan penerapan keselamatan pasien, melalui SK Direktur RSUD Wates Nomor: 30.1/tahun 2011, tanggal 2 Mei 2011 tentang pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Memperbaiki identitas pasien diperoleh hasil 0 %, masuk kriteria tidak baik karena belum dilaksanakan, meningkatkan komunikasi efektif 80%, masuk kriteria sangat baik, mengurangi kesalahan pemberian obat 95,46%, masuk dalam kriteria sangat baik. Pencegahan infeksi nosokomial 66,42%, masuk dalam kriteria baik. Dan mencegah pasien jatuh 25%, termasuk dalam kriteria kurang baik.

3. Penelitian dilakukan oleh: Anita Apriliawati pada tahun 2010 dengan judul: “Manfaat Tehnologi eMAR (*Electronic Medication Administration Record*) dengan Barcode dalam Medikasi yang Aman”. Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan rancangan deskriptif studi kasus. Dari penelitian ini diperoleh hasil Penggunaan tehnologi eMAR dengan *bar coding* ini sangat membantu perawat dalam melaksanakan tugasnya khususnya dalam prosedur medikasi. eMAR dengan bar coding dapat mencegah dan menurunkan kesalahan dalam pemberian obat dengan memberikan informasi ketepatan prinsip 5 benar dalam pemberian obat. Diperlukan persiapan yang optimal dalam penerapan tehnologi ini, mulai dari sosialisasi eMAR (*Electronic Medication Administration Record*)

dengan *bar coding* kepada personel yang akan terlibat, pertimbangan kebijakan rumah sakit, pengadaan perangkat, sistem komunikasi, pedoman kerja dan lain-lainya.

Persamaan dari ketiga penelitian di atas dengan penelitian yang akan dilakukan adalah sama-sama mendukung penerapan *patient safety*. Sedangkan perbedaannya adalah pada penelitian pertama bertujuan untuk mengetahui diterapkan atau tidak program *patient safety* di suatu rumah sakit, penelitian kedua menganalisis manfaat teknik identifikasi pemberian obat dengan eMAR, penelitian ketiga lebih fokus kepada penerapan budaya keselamatan pasien. Sedangkan penelitian yang akan dilakukan lebih berfokus pada evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien dalam proses transfuse darah di rumah sakit. Selain itu terdapat perbedaan variabel, tempat, dan metode penelitian.

C. Landasan Teori

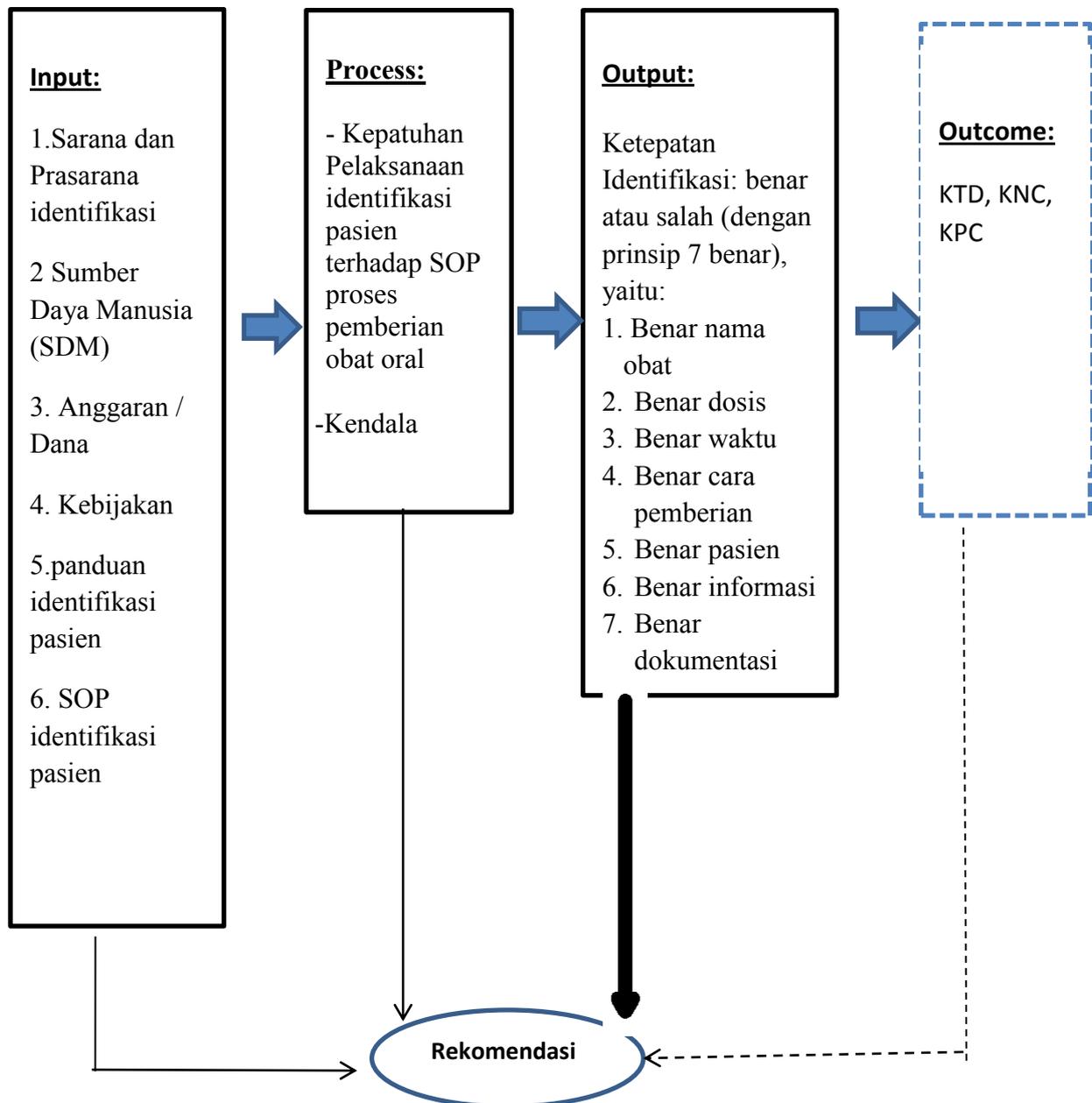
Model Evaluasi Input, Proses, Output (Pendekatan Sistem)

Ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien yang merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient safety* (2007) yang digunakan juga oleh KK-PRS dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Identifikasi pasien membutuhkan suatu ketepatan dalam implementasinya, yang meliputi input, proses, dan output. Adapun yang termasuk dalam proses identifikasi pasien yaitu pemberian obat-obatan, prosedur pemeriksaan radiologi, intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya,

tranfusi darah, pengambilan sampel, transfer pasien, dan konfirmasi kematian (KARS, 2012).

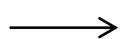
Metode evaluasi dikelompokkan menjadi tiga kategori: 1) evaluasi struktur (*input*), meliputi: SDM, sarana dan prasarana, serta pembiayaan, 2) evaluasi proses kegiatan yang dilaksanakan, dan 3) evaluasi *outcome*: terhadap dampak pelayanan yang diberikan berkaitan dengan status kesehatan (Donabedian, 1988).

D. Kerangka Konsep

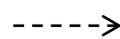


Gambar 2.1 Kerangka konsep

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan identifikasi pasien pada proses pemberian obat oral dilihat dari unsur *input, proses, output* di ruang rawat inap Anden Gedang RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser?
2. Apa saja masalah dan hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien ada proses pemberian obat oral di ruang rawat inap Anden Gedang RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser?
3. Bagaimana rekomendasi dalam pelaksanaan identifikasi pasien pada proses pemberian obat oral di ruang rawat inap Anden Gedang RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser

