

**HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT DENGAN
MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM PEMBERIAN OBAT
KEWASPADAAN TINGGI DI RUMAH SAKIT MENTENG MITRA AFIA,
JAKARTA, 2013**

TESIS

Diajukan guna Memenuhi Salah Satu Syarat untuk Melakukan

Penelitian dalam Rangka Penulisan Tesis Pascasarjana

Program Studi Ilmu Administrasi, Sekolah Tinggi Ilmu

Administrasi Mandala Indonesia



Disusun Oleh

Siswani Marianna

MIA. MIA1101010544

Konsentrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja

**PROGRAM PASCASARJANA MAGISTER ILMU ADMINISTRASI
SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MANDALA INDONESIA**

JAKARTA

2013

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT
DENGAN MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM
PEMBERIAN OBAT KEWASPADAAN TINGGI DI RUMAH SAKIT
MENTENG MITRA AFIA JAKARTA 2013



TESIS

Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Administrasi (M.Si) Program Studi Ilmu Administrasi
Telah Disetujui Oleh Tim Pembimbing dan Direktur Program
Pada Tanggal Seperti Tertera di Bawah Ini

Jakarta, Oktober 2013

Menyetujui,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Azrul Azwar", written over a light blue circular stamp.

Prof. DR. dr. Azrul Azwar, MPH
Pembimbing

Menyetujui,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Hasim A. Abdullah", written over a light blue circular stamp.

Dr. Hasim A. Abdullah, M.M
Direktur Program

HUBUNGAN PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT
DENGAN MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM
PEMBERIAN OBAT KEWASPADAAN TINGGI DI RUMAH SAKIT
MENTENG MITRA AFIA JAKARTA 2013



TESIS

Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Administrasi (M.Si) Program Studi Ilmu Administrasi
Telah Disetujui Oleh Tim Penguji dan disahkan oleh Rektor
Pada Tanggal Seperti Tertera di Bawah Ini

Jakarta, Oktober 2013

1. Dr. Hasim A. Abdullah, MM
Ketua Penguji

2. Dr. Hartono, MM
Penguji Ahli

3. Prof. DR. dr. Azrul Azwar, MPH
Dosen Pembimbing

Mengesahkan,
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Administrasin Mandala Indonesia

Prof. Dr. Ir. Wahyuddin Latunreng, M.M
NIP1953123119790210004

LEMBAR PERNYATAAN

Karya tulis saya, Tesis ini adalah asli belum diajukan untuk mendapatkan gelar atau akademik (Magister) baik di STIAM I maupun di perguruan tinggi lain.

Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Pembimbing.

Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Jakarta, 06 Oktober 2013

Yang membuat pernyataan

Siswani Marianna

MIA. 1101010544

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Siswani Marianna
Tempat/tgl lahir : Kabanjahe, 01 April 1976
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Status : menikah
Alamat : Jl.Kranggan Raya Gg. Masjid Al Abror No. 18 Rt 03
RW 06. Jatiranggon, Jatisampurna Bekasi Selatan.
Telepon : 08129393760

PENDIDIKAN

1. SDN 02 Kabanjahe,, SUMUT 1983 - 1989
2. SMP St. Xaverius Kabanjahe, SUMUT 1989 - 1991
3. SMAN 01 Kabanjahe, SUMUT 1991 - 1994
4. AKPER St Carolus, Jakarta 1996 – 1998
5. STIKes St. Carolus, Jakarta 2001 – 2004
6. Pasca Sarjana, STIAMI, Jakarta 2011 - 2013

Pengalaman Kerja

1. Perawat RS St Carolus, Jakarta 1998 - 2004
2. Dosen di STIKes Binawan, Jakarta 2004 - Sekarang

ABSTRAK

Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat dengan Manajemen Keselamatan Pasien dalam Pemberian Obat Kewaspadaan Tinggi di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia (RS MMA) Jakarta. Siswani Marianna MIA.1101010544.

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Perilaku dan Manajemen Keselamatan dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui seberapa erat hubungan karakteristik dengan penerapan manajemen keselamatan pasien, pengetahuan dengan manajemen keselamatan pasien, sikap dengan manajemen keselamatan pasien dan perilaku dengan manajemen keselamatan pasien.

Penelitian ini menggunakan metode korelasi untuk melihat seberapa erat hubungan variable bebas dan variable terikat. Populasi penelitian ini adalah perawat pelaksana di rumah sakit Menteng mitra Afia Jakarta yang berjumlah 60 orang dan dijadikan total sampel dalam penelitian ini. Setiap responden diberikan sebanyak 34 pertanyaan dengan menggunakan skala Likert.

Berdasarkan hasil pengolahan data menunjukkan bahwa hubungan pengetahuan dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi adalah bermakna, artinya bahwa kedua variable tersebut memiliki hubungan yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat maka semakin baik penerapan manajemen keselamatan pasien. Hubungan perilaku dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi adalah bermakna, artinya bahwa kedua variable tersebut memiliki hubungan yang positif.

Sedangkan sikap dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi tidak memiliki hubungan yang bermakna, artinya hubungan kedua variable tersebut negative. Demikian juga halnya dengan Karakteristik dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi tidak memiliki hubungan yang bermakna, artinya hubungan kedua variable tersebut negative.

ABSTRACT

The correlation between Nurse Knowledge, Attitude, and Behavior with Management Practices pasien safety in given high-alert medication at Hospital Menteng Mitra Afia, Jakarta. Siswani Marianna, MIA. 1101010544

The problem In this study is how the nurse practices of patient safety program proceed in a hospital x? what is the correlation between nurse characteristics and the patient safety knowledge? what is the correlation between nurse characteristics and the practice in a hospital x? Which are the most associated with patient safety practice program in a hospital x?

The purpose this research was to know the correlation between the nurse characteristics with the nurse knowledge of patient safety and the nurse practices in hospitals.

This study is descriptive survey design. The descriptive survey design can see the distribution and frequency of 2 similar variables. This design was chosen to look at the distribution and frequency of the characteristics, the knowledge about patient safety and the patient safety practices in a hospital X Bekasi.

This study has proved that there is a relationship between the nurse knowledge and the practice. The higher level of nurse knowledge about the patient safety is true. The correlation between the knowledge and the practices have a positive relation.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PERSETUJUAN SIDANG TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Identifikasi Masalah.....	12
C. Pembatasan masalah dan Perumusan Masalah	6
D. Manfaat penelitian.....	7
E. Tujuan Penelitian.....	14
F. Maanfaat Penelitian.....	15

BAB II. KAJIAN LITERATUR, KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS

A. Kajian Literatur.....	18
1. Konsep Administrasi Rumah Sakit.....	18
2. Konsep keselamatan Pasien.....	20
3. Keselamatan Pasien terkait Pengelolaan dan Pemberian Obat.....	42
4. Keselamatan Pasien Pemberian Obat Kewaspadaan Tinggi (High-Alert Medications).....	46
5. Pengetahuan.....	50
6. Sikap.....	54
7. Perilaku.....	57
8. Budaya.....	59
9. Lingkungan.....	61
10. Infrastruktur.....	62
B. Kerangka Pemikiran (Konseptual).....	63
C. Hipotesis	66

BAB III. METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Penelitian.....	68
B. Dimensi-dimensi Penelitian.....	68
C. Operasionalisasi Variabel.....	69
D. Tehnik Pengumpulan Data.....	71
E. Tehnik Sampling.....	72
F. Tehnik Analisa Data.....	73

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Objek Penelitian	74
---	----

B. Hasil Responden Penelitian.....	76
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	104
B. Saran	105
DAFTAR PUSTAKA.....	106
LAMPIRAN.....	107

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sistem manajemen keselamatan kesehatan kerja (SMK3) adalah bagian dari sistem manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur, dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian, dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja dalam pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman efisien dan produktif (Ramli:2010:46).

Pengelolaan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assessment risiko, dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjut dilakukan pelayanan kepada pasien sehingga pasien merasa lebih aman yang meliputi perencanaan, dan tindakan implementasi solusi untuk

meminimalkan timbulnya risiko dan terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan akibat melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya demi keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap tindakan tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian yaitu kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian cedera (Depkes RI, 2006).

Smallman and Jhon (2001) menemukan bahwa penerapan K3 merupakan konsep penting yang berdampak positif bagi pelayanan pelanggan (pekerja, pasien dan pengunjung), berarti akan menjadi keuntungan dan reputasi tersendiri bagi perusahaan atau industri Rumah Sakit ideal dan dapat dijadikan unggulan jika telah memiliki performansi K3 (*safety performance*) yang baik, yaitu telah mampu mengendalikan, memproteksi, mereduksi, mengeliminasi, atau mengisolasi semua risiko dari paparan potensi sumber bahaya tersebut secara menyeluruh yang menyatu dengan proses pelayanan pelanggan, serta didukung oleh budaya K3. Performansi K3 dalam hal ini terdiri dari performansi tugas dan kontekstual (Ferraro, 2002), yang dimoderatori oleh pemahaman terhadap prosedur dan kesedian yang merupakan bagian dari

intense (niatan) mengikuti serta selanjutnya berperilaku untuk meningkatkan pelaksanaan peraturan K3 dalam rangka mengendalikan sumber potensi bahaya tersebut diatas.

Penerapan keselamatan pasien di rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan, namun keberhasilannya merupakan tanggung jawab seluruh karyawan rumah sakit, baik medis maupun non medis. Namun peran perawat boleh dikatakan menjadi utama keberhasilan keselamatan pasien, dikarenakan jumlah perawat yang cukup dominan dan keberadaannya selama 24 jam. Dalam memberikan asuhan keperawatan kesalahan medik dapat saja terjadi dalam tindakan *pasient safety* yang dilakukan oleh perawat sehari-hari kepada pasien. Sehingga dibutuhkan suatu investasi untuk mencegah atau mengurangi kesalahan selama proses asuhan keperawatan (Sumijatun, 2009).

Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai tempat pelayanan kesehatan modern menjunjung tinggi prinsip keselamatan sebagai hal yang fundamental, seperti yang diungkapkan oleh Hippocrates sebagai "*Primum non nocere*" yang berarti pelayanan tidak mendatangkan cedera bagi pasien. Dalam perkembangannya rumah sakit saat ini merupakan organisasi yang sangat kompleks dan padat resiko sehingga terdapat peluang untuk

terjadinya kesalahan pelayanan yang dapat berakibat cedera atau kematian pada pasien. Kesalahan yang berpotensi antara lain kesalahan diagnosis, kesalahan terapi, keterlambatan mencegah, kegagalan komunikasi, kesalahan sistem lain.

Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999 dalam *to err is human: Building a safer health system*. mengartikan keselamatan pasien adalah mencegah cedera dan kematian yang disebabkan oleh tindakan pada pasien dan bukan disebabkan oleh perjalanan penyakit pasien. IOM menyatakan angka cedera atau kematian pasien mencapai 2,9% sampai dengan 3,7% yang artinya 44.000 sampai dengan 98.000 pasien di USA mengalami kesalahan medis. IOM memperkirakan telah terjadi 100.000 kematian akibat kesalahan medis sampai laporan tersebut dipublikasikan. Diperkirakan biaya kesalahan medis untuk satu rumah sakit sekitar 5 juta dolar Amerika.

Setiap tindakan medik menyimpan potensi resiko. Banyaknya jenis obat, dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar terutama untuk tenaga perawat yang memiliki jumlah terbesar dalam jumlah kepegawaian rumah sakit, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Menurut *Institute of Medicine* (1999),

medical error didefinisikan sebagai: *The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*. Kesalahan medis (didefinisikan sebagai suatu kegagalan tindakan medis yang sebelumnya telah direncanakan. Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau cedera pada pasien, bisa berupa *Near Miss* atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD).

Tabel 1. Kesalahan pemberian obat

No	Jenis kesalahan dalam pemberian obat	
1	Diagnosa	Salah mendiagnosa
2	Keputusan pengobatan	Prematur discharge
3	Obat – obatan	Ketidaktepatan dosis
4	Prosedur yang kompleks	Kesalahan tehnik
5	Kesalahan komunikasi	Gagal untuk menginformasikan pasien pindah.
6	Tidak adekuat supervisi	Gagal untuk mereview perencanaan perawatan

Sumber: Wu Aw McPhee, and Christensen JF. Mistakes Practice Chapter 32 in Behavioral Medicine in Primary Care, 1997. Apleton and Lange, Stanford, JF Christensen

Tabel 2. Kesalahan obat yang terdeteksi

No	Jenis Kesalahan obat yang terdeteksi				
	Jenis Kesalahan	Jumlah dan total kesalahan	% total kesalahan	Jumlah signifikan kesalahan	% signifikan kesalahan
1	Overdosis	260	28,7	203	38,9
2	Kesalahan informasi	202	22,3	0	0
3	Underdosis	161	17,8	133	25,5
4	Kesalahan saat mengorder obat	66	7,3	19	3,6
5	Alergi	61	6,7	61	11,7
6	Duplikat terapi	50	5,5	30	3,7
7	Kesalahan pemesanan obat	50	5,5	38	7,3
8	Kesalahan rute pemberian obat	31	3,4	23	4,4
9	Kesalahan pasien	10	1,1	10	1,9
10	Kesalahan lain-lain.	14	1,5	5	10
Total		905	100%	522	100%

Sumber: Lesar TS Bricelame, LL, Delcoure k, Parmalee, JC. Masta Jornic V and Pohl H (1999). Medication prescribing error in teaching hospital, JAMA, 263:17

Tenaga perawat merupakan tenaga profesional yang berperan penting dalam fungsi rumah sakit. Hal tersebut didasarkan atas jumlah tenaga perawat sebagai porsi terbesar didalam pelayanan rumah sakit. Dalam menjalankan fungsinya, perawat merupakan staf yang memiliki kontak terbanyak dengan pasien. Perawat juga merupakan bagian dari suatu tim, yang didalamnya terdapat berbagai profesional lain seperti dokter. Luasnya peran perawat memungkinkannya terjadinya risiko kesalahan pelayanan.

Dalam kode etik keperawatan disebutkan bahwa perawat memiliki tanggung jawab agar senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Dalam hubungannya dengan teman sejawat, perawat berkewajiban melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

Hal-hal tersebut menempatkan peran perawat sebagai komponen penting dalam pelaporan kesalahan pelayanan dalam pengembangan program keselamatan pasien di rumah sakit. Oleh

karena itu perlu digali berbagai faktor yang dapat mempengaruhi perawat dalam melaporkan kesalahan pelayanan.

Menurut Suhatman Ramli dalam bukunya Sistem Manajemen K3 bahwa manajemen pengendalian resiko termasuk juga pencegahan kesalahan yang dilakukan pekerja yaitu perawat. Kecelakaan yang ditimbulkan dapat dipengaruhi oleh faktor dari manusia, sarana, proses, dan prosedur. Di RS MMA pelayanan yang mengarah kepada keselamatan pasien banyak berhubungan peran perawat sebagai pemberi pelayanan. Kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasien dipengaruhi oleh kepedulian pimpinan, pelatihan, komunikasi, konsultasi, dan kompetensi. (Ramli:81:2010).

Situasi pelayanan di RS MMA Jakarta didapatkan keterangan dari keluarga pasien. Ditanyakan kepada beberapa keluarga pasien, ada tiga pengunjung dari enam di RS MMA Jakarta mengeluhkan pelayanan yang belum sesuai dengan yang diharapkan. Keluarga pasien mengeluhkan kejadian kesalahan pemberian obat, kemampuan perawat yang masih belum dapat memberikan rasa nyaman dan belum dapat memberikan rasa puas, karena keterampilan yang masih belum maksimal. Menurut salah

satu keluarga pasien keterampilan yang kurang dikarenakan pengetahuan perawat yang masih belum maksimal.

Karena RS MMA merupakan rumah sakit yang baru dan type C, Maka masih banyak tenaga perawat yang masih muda. Beberapa pasien juga merasa bahwa tenaga perawat muda belum berpengalaman sehingga dalam memberikan pelayanan belum maksimal.

Menurut Informasi dari Direktur RS MMA Jakarta, menyampaikan bahwa rumah sakit telah melaksanakan /menerapkan manajemen keselamatan pasien sejak Juni 2010 dan telah membuat organisasi keselamatan pasien. Sudah melaksanakan pelatihan keselamatan pasien tahun 2011 dan 2012. Menurut kepala bagian keperawatan, telah dilakukan pelatihan keselamatan pasien sekitar bulan Februari 2013 kepada seluruh perawat dan bidan.

Peningkatan pengetahuan merupakan dampak yang diharapkan dari adanya pelatihan. Dalam lingkup mutu dan keselamatan, pelatihan merupakan salah satu sarana untuk menambah kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja system (Henriksen & Dayron, 2006). Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa

program pengembangan staf melalui pelatihan dan pendidikan merupakan program yang efektif untuk meningkatkan produktivitas perawat. Dukungan yang adekuat dalam bentuk pelatihan professional dan pengembangan pengetahuan merupakan salah satu upaya untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif bagi perawat agar asuhan yang aman dapat diberikan (ICN, 2007)

Sikap dapat dianggap suatu predisposisi umum untuk berespon atau bertindak secara positif atau negatif terhadap suatu obyek atau orang disertai emosi positif atau negatif. Dengan kata lain, sikap perlu penilaian, ada penilaian positif, negatif dan netral tanpa reaksi afektif apapun (Maramis, 2009).

Berkaitan dengan pengertian diatas pada umumnya pendapat yang banyak diikuti ialah bahwa sikap itu mengandung 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 (Muchlas, 2008).

Perawat harus menunjukkan sikap yang positif dalam mendukung program keselamatan pasien sehingga melaksanakan praktik keperawatan secara aman. Sikap mendukung pencegahan kesalahan pemberian obat dengan memperhatikan obat-obatan yang memiliki kewaspadaan tinggi (*high-alert medication*), penularan penyakit. 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 merupakan salah satu cara dalam bentuk mencegah risiko kontak dengan *pathogen* (WHO, 2007).

Perilaku perawat tentang manajemen keselamatan pasien ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan lain sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Seorang perawat yang tidak mau menerapkan keselamatan pasien disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat dari program keselamatan pasien bagi dirinya (*predisposing factors*). Tetapi barangkali juga karena fasilitas yang disediakan tidak ada dan peralatan yang tidak lengkap (*enabling factors*). Sebab lain mungkin karena manajemen

pimpinan rumah sakit belum melaksanakan pelatihan tentang program keselamatan pasien (reinforcing factor).

Berdasarkan laporan ronde keselamatan pasien tahun 2011-2012 Unit Keselamatan Pasien RS MMA bahwa penerapan 7 langkah keselamatan pasien yang diterapkan yaitu, (1) memperbaiki identitas pasien sudah baik, (2) meningkatkan komunikasi diantara petugas belum optimal, (3) Menurunkan resiko infeksi nosokomial belum optimal, (4) menurunkan kesalahan pemberian obat sudah baik, (5) menurunkan resiko pasien cedera karena jatuh sudah baik (6) memperbaiki pengisian formulir timbang terima pasien operasi belum optimal, (7) terdapatnya alogaritme syok anafilaktik sudah tersedia di nurse station.

Lumenta (2008), kejadian yang tidak di inginkan dari pengobatan sebesar 38% akibat ketidaktepatan dalam pengelolaan obat-obatan yang sebagian besar diperankan oleh perawat.

Kelalaian perawat dalam bekerja seperti yang telah diuraikan diatas dapat diakibatkan kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap keselamatan pasien, sehingga membahayakan perawat dan pasien. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti ingin mengetahui “Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat dengan Keselamatan Pasien terkait

Manajemen Pemberian Obat Kewaspadaan Tinggi (High Alert medication) di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia Jakarta”.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, masalah penelitian dapat diidentifikasi antara, lain:

- a. Belum tersedianya data tingkat keselamatan pasien terkait manajemen pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- b. Belum diketahuinya karakteristik perawat dengan keselamatan pasien terkait manajemen pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- c. Belum diketahuinya pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien terkait pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- d. Belum diketahuinya sikap perawat terkait manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- e. Belum diketahuinya perilaku perawat terkait manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- f. Belum diketahuinya Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (SMK3RS) terkait keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.

- g. Belum diketahuinya Kebijakan manajemen rumah sakit terkait penerapan keselamatan pasien.
- h. Belum diketahuinya peran pimpinan rumah sakit terkait manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- i. Belum diketahuinya sarana dan prasarana rumah sakit terkait manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
- j. Belum diketahuinya pengorganisasian Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS) terkait manajemen keselamatan pasien.

C. Pembatasan Masalah dan Perumusan Masalah

Dalam penelitian ini hanya membahas hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku perawat dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS Menteng Mitra Afia Jakarta.

Berdasarkan identifikasi dan pembatasan masalah di atas, maka masalah penelitian dapat di rumuskan sebagai berikut :

1. Seberapa erat hubungan karakteristik perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta?
2. Seberapa erat hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta?
3. Seberapa erat hubungan sikap perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta?
4. Seberapa erat hubungan perilaku perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik, pengetahuan, sikap dan perilaku perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik perawat dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA.
- b. Diketuainya pengetahuan perawat dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA.
- c. Diketuainya sikap perawat dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA.
- d. Diketuainya perilaku perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien di RS MMA.
- e. Diketuainya analisis hubungan pengetahuan perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta
- f. Diketuainya analisis hubungan sikap perawat dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta
- g. Diketuainya analisis hubungan perilaku perawat dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta .

h. Diketuinya analisis hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku perawat secara bersama dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dapat di tinjau dari berbagai aspek, antara lain sebagai berikut :

1. Aspek Kebijakan

- a. Sebagai sumbangan informasi bagi RS MMA sebagai usaha untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan keselamatan kepada pasien (patient Safety) dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di RS MMA Jakarta.
- b. Memberikan gambaran yang lebih konkrit dan dapat dijadikan sumber pijakan atau masukan dalam memberikan alternatif dalam memecahkan masalah dan mengelola mutu pelayanan

kesehatan melalui pelaksanaan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.

- c. Penelitian ini dijadikan pengantar untuk melakukan survey yang lebih besar di seluruh unit atau departemen RS MMA.
- d. Penerapan keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di rumah sakit, diharapkan informasi ini terutama yang menyangkut tingkat pengetahuan sikap dan perilaku perawat bermanfaat bagi pihak manajemen rumah sakit untuk bahan pembinaan kinerja perawat dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan asuhan keperawatan, khususnya dalam pengembangan asuhan keperawatan dalam praktek keselamatan pasien di rumah sakit.
- e. Sebagai tolok ukur tentang keberhasilan program keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi yang sedang dilaksanakan di rumah sakit, serta dijadikan bahan evaluasi selanjutnya.

2. Aspek Praktis

Mendapatkan pengalaman yang sangat berharga dalam melakukan penelitian dan menerapkan ilmu pengetahuan khususnya bidang manajemen K3 secara langsung di lapangan.

3. Aspek Akademik

- a. Diharapkan dapat menjadi tambahan untuk kajian tentang mutu pelayanan keperawatan rumah sakit dibidang manajemen keselamatan pasien.
- b. Sebagai bahan informasi dan pengembangan keilmuan yang berkelanjutan di lembaga pendidikan khususnya pada penelitian sejenis.

BAB II

KAJIAN LITERATUR, KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESIS

A. Kajian Literatur

1. Konsep Administrasi / Manajemen Rumah Sakit

a. Defenisi Administrasi / Manajemen

Administrasi diartikan sebagai hal yang berhubungan dengan pelaksana kebijakan-kebijakan. (Toha:1998:68). Administrasi

dalam arti luas adalah kegiatan sekelompok orang yang bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditentukan. (Bahtiar: 2006:17)

Manajemen adalah pencapaian tujuan yang telah ditentukan dengan menggunakan orang lain (Terry:2006:2).

Manajemen adalah suatu proses merancang dan memelihara suatu lingkungan dimana orang-orang yang bekerjasama di dalam suatu kelompok dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan seefisien mungkin (Weinrich dan Koontz).

Manajemen akan selalu berhubungan dengan administrasi. Administrasi dalam arti secara sempit adalah clerical works atau ketatausahaan, surat-menyurat, pembukuan, arsip, dan lain-lain.

manajemen dapat diartikan sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, pergerakan dan pengontrolan sumber daya yang lain guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. (Sugiono:2006:43)

Hubungan administrasi dan manajemen ada beberapa bagian yang menjadi dasar dalam hubungan administrasi dan manajemen. Tiap bagian mempunyai posisi masing-masing, tetapi pada intinya terdapat dalam satu ruang lingkup.

b. Fungsi manajemen, terdiri dari :

- 1) **Planning** (Perencanaan)
Menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai suatu masa yang akan datang dan buat agar dapat mencapai tujuan-tujuan tertentu.
- 2) **Organizing** (Pengorganisasian)
Mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting dan memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan itu.
- 3) **Staffing**
Menentukan keperluan-keperluan sumber daya manusia, pengerahan, penyaringan, latihan dan pengembangan tenaga kerja.
- 4) **Directing** (Pengarahan)
Mengarahkan perilaku manusia kearah tujuan-tujuan.
- 5) **Coordinating** (Pengkoordinasian)
Mengukur pelaksanaan dengan tujuan-tujuan, menentukan sebab-sebab, penyimpangan-penyimpangan dan mengambil tindakan-tindakan korelatif bila mana di perlukan.

2. Konsep Keselamatan Pasien

a. Pengertian

Keselamatan menurut persepsi pasien seperti yang dikemukakan oleh IOM (1999, dalam Kohn et al., 2000, hal. 18) adalah "*freedom from accidental injury*". Sedangkan Dep.Kes. R.I. mendefinisikan keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan

belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. (Dep.Kes. R.I., 2006). Komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) PERSI mendefinisikan KTD/ *adverse event* merupakan suatu kejadian yang tak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*). Sedangkan Kejadian Nyaris Cedera/*near miss* merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat menciderai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringatan.

Banyak istilah yang dipadankan dengan keselamatan pasien, misalnya adalah hasil yang merugikan pasien (*adverse outcome*). Dalam kebanyakan kasus, *adverse outcome* seringkali terjadi sebagai akibat kesalahan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dibandingkan akibat dari penyakit itu sendiri (Hickam, et al., 2003).

Taylor, et al. (1993) mengungkapkan bahwa keperawatan merupakan profesi yang berfokus kepada pelayanan dan

bertujuan membantu pasien mencapai kesehatannya secara optimal. Oleh karena itu pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat harus mampu memastikan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan mengedepankan keselamatan. Perawat harus memiliki kesadaran akan adanya potensi bahaya yang terdapat di lingkungan pasien melalui pengidentifikasian bahaya yang mungkin terjadi selama berinteraksi dengan pasien selama 24 jam penuh, karena keselamatan pasien dan pencegahan terjadinya cedera merupakan salah satu tanggung jawab perawat selama pemberian asuhan keperawatan berlangsung.

Taylor, et al. (1993) menjelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman, terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pada pasien, antara lain tahapantumbuh kembang pasien, gaya hidup yang dianut pasien, mobilitas, persepsi sensori, pengetahuan, kemampuan untuk berkomunikasi, status kesehatan pasien dan status psikososial.

b. Indikator keselamatan pasien

Laporan IOM tahun 1999 menyangkut masalah keselamatan pasien yang menghebohkan dunia kesehatan mendorong banyak pihak berupaya melakukan hal untuk memperbaiki kualitas pelayanan terutama yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Mulai dari mendefinisikan secara tepat apa itu keselamatan pasien sampai merumuskan apa yang seharusnya diukur sebagai indikator. Walau telah banyak penelitian yang dilakukan dan banyak agensi maupun lembaga yang berupaya untuk mengembangkan alat ukur yang tepat dalam mengevaluasi kualitas dan keamanan dalam pemberian perawatan, sampai dengan saat ini hasilnya masih sulit untuk dinilai validitasnya dan biasanya dilakukan pada populasi yang terbatas sehingga hasilnya sulit untuk digeneralisasi (Berenholtz dan Pronovost, 2007).

Semejak tahun 2001, AHRQ berusaha menyusun indikator keselamatan pasien (IKP)/*patient safety indicators* (PSI) yaitu satu set alat ukur yang digunakan pada data pasien pulang setelah dirawat untuk mendapatkan perspektif insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Secara lebih khusus, IKP digunakan untuk menyaring masalah yang dihadapi oleh pasien sebagai akibat terpapar terhadap sistem pelayanan kesehatan,

dimana masalah tersebut sebenarnya dapat dicegah melalui perubahan sistem rumah sakit (AHRQ, 2007).

Sampai dengan saat ini, AHRQ telah mengembangkan alat ukur beserta piranti lunaknya yang dikemas dalam *e-book* berjudul *Guide to patient safety indicators version 3.1. (2007)* dan *Patient safety indicators : technical specification version 3.2. (2008)* dan masih terus dilakukan penyempurnaan. Alat ini merupakan salah satu alat yang dapat digunakan untuk menghitung kejadian insiden keselamatan pasien dan populasi pasien (Kovner, et al., 2002).

IKP menggunakan data administratif rumah sakit yang merupakan data rutin dan berisi informasi mengenai diagnosa medis, usia, prosedur, jenis kelamin, alasan datang ke rumah sakit, dan status kepulangan pasien. Penggunaan data ini memungkinkan diketahuinya gambaran pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Walaupun data administrative rumah sakit tidak dapat dijadikan alat ukur terhadap kualitas pelayanan kesehatan, namun data tersebut dapat digunakan sebagai indikator dalam kualitas pelayanan. Data rumah sakit ini merupakan titik awal dalam investigasi selanjutnya.

Health grades® (2004) melakukan studi terhadap data *medicare* periode 2000 – 2002 di seluruh rumah sakit di Amerika dengan menggunakan aplikasi piranti lunak *Patient safety indicators* (PSI) *versi 2.1., revision 1, March 2004* yang dibuat oleh AHRQ tahun 2004 dan menemukan hasil bahwa insiden keselamatan pasien terbesar per 1000 hospitalisasi yang ditemukan pada periode tersebut antara lain *failure to rescue*, ulkus dekubitus dan sepsis post operasi. Jumlah keseluruhan ketiga insiden tersebut sebesar 60% dari total insiden keselamatan pasien di seluruh rumah sakit di Amerika. Ulkus dekubitus, emboli paru post operasi atau thrombosis vena dalam dan infeksi yang berhubungan dengan perawatan medis merupakan insiden yang menghabiskan biaya paling banyak atau sebesar 66% total biaya seluruh pengobatan pasien pada periode tersebut.

Para peneliti dalam bidang keperawatan berusaha mengembangkan indikator mutu pelayanan keperawatan yang potensial bersifat sensitive terhadap *staffing*. Blegen, et al. (1998) menemukan adanya hubungan antara lima indikator mutu pelayanan keperawatan yaitu *medication error*, dekubitus, mortalitas, infeksi dan keluhan pasien (*patient complaint*) dengan proporsi perawat. Dari penelitian ini diduga kelima indikator

tersebut bersifat *adverse outcome* yang sensitif terhadap *staffing*.

Needleman, et al. (2006) melakukan penelitian mengenai *staffing* dan *adverse outcomes*. Pada penelitian tersebut dilakukan analisis regresi untuk mengetahui hubungan variabel-variabelnya dan ditemukan adanya hubungan antara (1) lama tinggal/*lengths-of-stay*, infeksi saluran kemih, pneumonia yang diperoleh di rumah sakit, perdarahan saluran pencernaan atas, renjatan, atau henti jantung pada pasien-pasien penyakit dalam, dan (2) *failure to rescue*, yang didefinisikan sebagai kematian pasien yang disebabkan oleh salah satu komplikasi yang mengancam kehidupan yaitu pneumonia, renjatan atau henti jantung, perdarahan saluran pencernaan atas, *sepsis* atau thrombosis vena dalam pada pasien-pasien bedah.

Penelitian yang dilakukan oleh Hickam, et al. (2003) terhadap 115 literatur mengenai pengaruh kondisi beban kerja terhadap insiden keselamatan pasien menemukan bahwa kejadian merugikan yang paling sering dialami oleh pasien adalah ulkus dekubitus, infeksi yang diperoleh di rumah sakit dan pasien jatuh. Kesemua literatur mengemukakan bahwa kejadian merugikan yang dialami pasien berhubungan dengan kurangnya jumlah

perawat (*nurse-sensitive patient outcomes*) antara lain pneumonia, perdarahan saluran pencernaan atas, *shock*/henti jantung, infeksi saluran kemih, ulkus dekubitus dan *failure to rescue*.

Penemuan insiden keselamatan pasien yang sensitif terhadap kondisi pelayanan keperawatan (*nursing-sensitive adverse outcome*) tersebut menurut Needleman (2002) hendaknya tidak dianggap sebagai alat ukur keselamatan pasien, tetapi harus dianggap sebagai indikator atau kejadian sentinel yang dapat terjadi sebagai akibat dari tidak imbangnya jumlah perawat dengan pasien.

c. Langkah-Langkah *Patient Safety*

Pelaksanaan *patient safety* meliputi:

1. Sembilan solusi keselamatan Pasien di RS yaitu (Daud, 2007):
 - a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*).

Nama obat yang mirip dan membingungkan merupakan salah satu penyebab terjadinya kesalahan obat.

Rekomendasinya adalah memperbaiki penulisan resep dengan cara memperbaiki tulisan tangan atau membuat resep elektronik. Obat yang ditulis adalah nama dagang dan nama generik, dosis, kekuatan, petunjuk pemakaian, dan indikasinya untuk membedakan nama obat yang terdengar atau terlihat mirip.

b. Pastikan identifikasi pasien.

Cek ulang secara detail identifikasi pasien untuk memastikan pasien yang benar sebelum dilakukan tindakan. Libatkan pasien dalam proses identifikasi. Pada pasien koma, kembangkan Standar Prosedur Operasional (SPO) pendekatan *non-verbal biometric*.

c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien.

Alokasi waktu yang cukup pada patugas untuk bertanya dan memberi respon. *Repeat back* dan *read back* yaitu penerima informasi membacakan ulang informasi yang telah ditulisnya untuk memastikan bahwa informasi telah diterima secara benar.

d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Verifikasi pada tahap pre-prosedur untuk pasien yang dimaksud, prosedur, sisi dan jika ada *implant* atau *protesis*. Tugas petugas dalam memberikan tanda agar tidak terjadi salah persepsi serta harus melibatkan pasien. Melakukan *time out* pada semua petugas sebelum memulai prosedur.

e. Kendalikan cairan elektrolit pekat.

Memonitor, meresepkan, menyiapkan, mendistribusi, memverifikasi, dan memberikan cairan pekat seperti *Potassium Chloride* (KCL) sesuai rencana agar tidak terjadi KTD. Standarisasi dosis, unit pengukuran, dan *terminology* merupakan hal yang penting dalam penggunaan cairan pekat. Hindari pencampuran antar cairan pekat.

f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan yang sering timbul adalah saat peresepan dan pemberian obat. Rekonsiliasi obat adalah salah satu proses yang dirancang untuk mencegah kesalahan pemberian obat saat pengalihan pasien.

- g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang.

Solusi terbaik adalah mendesain alat yang mencegah salah sambung dan tepat digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik.

- h. Gunakan alat injeksi sekali pakai.

Salah satu kekhawatiran adalah tersebarnya virus HIV, virus hepatitis B, virus hepatitis C akibat penggunaan jarum suntik yang berulang. Kembangkan program pelatihan untuk petugas kesehatan mengenai prinsip pengendalian infeksi, penyuntikan yang aman, dan manajemen limbah benda tajam.

- i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Bukti nyata bahwa kebersihan tangan dapat menurunkan insiden infeksi nosokomial. Kebijakan yang mendukung adalah tersedianya air secara terus menerus dan tersedianya cairan cuci tangan yang mengandung alkohol pada titik-titik pelayanan pasien.

d. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien RS sebagai panduan bagi staf Rumah Sakit (DepKes RI, 2006):

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Pimpin dan dukung staf RS, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan penilaian hal yang potensial bermasalah.
4. Kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf dapat dengan mudah melaporkan kejadian/insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

e. Sasaran Keselamatan pasien rumah sakit.

Sasaran Keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Sasaran mengacu kepada *Nine Life_Saving Patient Safety Solution dari WHO Pasien Safety (2007)* yang digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI).

Tujuan 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 instrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam (6) sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut:

1. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien

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

Maksud dan tujuan :

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 sensory atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi 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 pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-coded* 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 kebijakandan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

Elemen Penilaian Sasaran I

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

2. Sasaran II: Peningkatan komunikasi yang efektif

Standar keselamatan pasien II.

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

Maksud dan Tujuan Sasaran II

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

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

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

3. Sasaran III: Memperrbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwasadai (*high-alert*)

Standar keselamatan pasien III.

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 terjadinya kesalahan/kesalahan serius (*sentinel even*), 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 Sound Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebut 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 tidak kontrak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien,

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

Elemen penilaian sasaran adalah sebagai berikut:

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

- 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 keselamatan pasien 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 WrongSite, 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:

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;

- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
- 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 di dokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*.

Elemen Penilaian Sasaran IV

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

- Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- 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 Resiko Infeksi Terkait

Standar keselamatan pasien 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

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

6. Sasaran VI: Pengurangan Resiko Jatuh

Standar Keselamatan Pasien 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 telah 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

- 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.

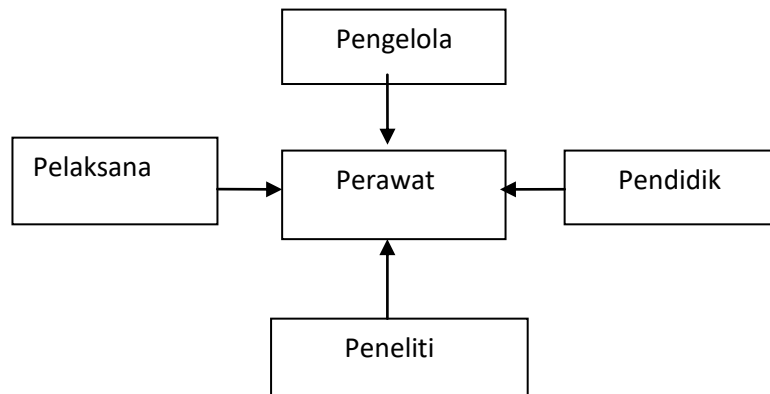
- Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

3. Keselamatan Pasien terkait Pengelolaan dan Pemberian

Obat

Obat adalah substansi yang berhubungan fungsi fisiologis tubuh dan berpotensi mempengaruhi status kesehatan (Potter and Perry"s, 2005). Pengobatan / medikasi adalah obat yang diberikan untuk tujuan terapi/ menyembuhkan.

Peran perawat dalam pengelolaan dan pemberian obat dapat tergambarkan pada bagan di bawah ini :



Gambar 1: Bagan Peran Perawat dalam Pemberian Obat

Dalam pemberian obat, perawat harus memperhatikan hal berikut :

- Interpretasikan obat dengan tepat resep obat yang dibutuhkan
- Hitung dengan tepat dosis obat yang diberikan sesuai resep
- Gunakan prosedur yang sesuai dan aman, ingat prinsip 6 benar dalam pengobatan
- Setelah memvalidasi dan menghitung dosis obat dengan benar, pemberian obat dengan akurat dapat dilakukan berdasarkan prinsip 6 benar.

Prinsip 6 benar pemberian obat adalah :

1. Benar klien

- ❖ Pastikan dengan memeriksa identitas klien, dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri
- ❖ Hak klien untuk mengetahui alasan pemberian obat
- ❖ Hak klien untuk menolak penggunaan sebuah obat
- ❖ Membedakan dua klien dengan nama yang sama

2. Benar Obat

- ❖ Periksa apakah instruksi pengobatan benar dan sah
- ❖ Ketahui alasan mengapa klien menerima obat tersebut
- ❖ Klien menerima obat sesuai resep
- ❖ Hindari kesalahan, label obat harus dibaca tiga kali :
(1) pada saat melihat botol atau kemasan obat (2) sebelum menuang / menghisap obat (3) setelah menuang / menghisap obat.

3. Benar Dosis Obat

- ❖ Dosis yang diberikan untuk klien tertentu.
- ❖ Dosis diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan.
- ❖ Perawat harus menghitung setiap dosis obat secara akurat.

- ❖ Tersedianya obat dan dosis obat yang diresepkan (diminta).

4. Benar Waktu Pemberian

- ❖ Saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan.
- ❖ Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari seperti *b.i.d* (dua kali sehari), *t.i.d* (tiga kali sehari), *q.i.d* (empat kali sehari), *q6h* (setiap 6 jam) sehingga kadar obat dalam plasma dapat dipertahankan.
- ❖ Jika obat mempunyai waktu paruh ($t_{1/2}$) yang panjang, maka obat-obat dengan waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari pada selang waktu tertentu.
- ❖ Beberapa obat diberikan sebelum makan dan yang lainnya diberikan pada saat makan atau bersama makanan.

5. Benar Cara Pemberian

- ❖ Oral (melalui mulut) : cairan, suspensi, pil, kaplet atau kaplet
- ❖ Sublingual (dibawah lidah atau absorpsi vena)
- ❖ Topikal (dipakai pada kulit)

- ❖ Inhalasi (semprot aerosol)
- ❖ Instilasi (pada mata, hidung, telinga, rektum dan vagina)
- ❖ Empat rute parental : intradermal, subkutan, intramuskular, dan intravena.

6. Benar Dokumentasi.

- ❖ Catat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan.
- ❖ Respon klien dalam pengobatan.
- ❖ Pemberian obat sesuai dengan standar prosedur yang berlaku dirumah sakit.

Pengetahuan perawat tentang manfaat dan efek samping obat sangat penting untuk dimiliki perawat. Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan dengan mendorong klien untuk proaktif jika membutuhkan pengobatan. Dengan demikian, perawat membantu klien membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengkonsultasikan setiap obat yang dipesankan, dan turut bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama tenaga lainnya.

4. Keselamatan Pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi (*High Alert-Medication*).

Salah satu penyebab utama kesalahan yang tidak dapat dihindarkan dalam organisasi perawatan adalah kesalahan pengobatan. Pengobatan dengan risiko yang paling tinggi yang menyebabkan luka melalui penyalahgunaan (meliputi kemoterapi, konsentrasi cairan elektrolit, heparin, IV digoxin, dan adrenergic agonist) adalah dikenal sebagai "*high-alert medications*".(Depkes, 2006)

Kemungkinan kesalahan lebih besar terjadi pada pemberian obat kewaspadaan tinggi dibandingkan obat lainnya. Pada tahun 1999, sekitar 160 organisasi perawat kesehatan melalui *United States-based Institute for Safe Medications Practices* (ISMP), lima pengobatan yang sering terjadi dan hasilnya membawa masalah serius sampai kematian adalah Insulin, Opiates dan Narcotics, Injectable potassium chloride/phosphate concentrate, intravenous anticoagulants (heparin) dan sodium chloride 0,9%. Obat-obatan adalah salah satu bagian yang terpenting dalam penanganan pada pasien untuk memastikan pasien safety. Seperti, potassium chloride (2 mEq/ml atau dengan konsentrasi yang lebih), potassium

phosponate, sodium chloride (0,9%) atau dengan konsentrasi lebih, dan magnesium sulfat(50% atau lebih). Kesalahan ini dapat muncul ketika anggota staf tidak dengan benar mengorientasikan ke unit perawatan pasien, ketika perawat baru tidak dilakukan orientasi dengan benar, atau selama keadaan gawat darurat.

Pendidikan yang dapat diberikan pada staf perawat dapat dicegah dengan "*Look-Alike, Sound Alike Errors*" mengajarkan staf untuk mencegah bunyi kedengarannya sama tetapi berbeda dengan menggunakan :

- a. Menuliskan dengan benar dan mengucapkan ketika mengkomunikasikan informasi dalam pengobatan. Buat pendengar tersebut mengulang kembali pengobatan tersebut untuk meyakinkan mereka mengerti dengan benar.
- b. Mengingatkan merek tersebut dan nama obat generik yang biasa diucapkan dan seperti terlihat.
- c. Memperhatikan potensial untuk kesalahan-kesalahan pembagian ketika menambahkan obat.
- d. Kelompokkan obat dengan kategori dari pada alphabet.

- e. Mengingatnkan menempatkan dalam sistem komputer dan diatas label pada tempat pengobatan untuk tanda dokter, perawat dan farmasi pada masalah yang potensial.
- f. Meliputi indikasi pada pengobatan dalam menolong farmasi mengidentifikasi masalah potensial
- g. Melakukan cek tempat atau label pengobatan selain label pasien sebelum memberikan dosis kepada pasien (Joint Commision International, 2007).

Adapun untuk memberikan obat dengan tepat terdapat 6 tepat yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Tepat obat: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum atau setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang disiapkan oleh diri sendiri.
- b. Tepat dosis: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain, mencampur/mengoplos obat.

- c. Tepat waktu: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit.
- d. Tepat pasien: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/kardeks dan gelang identitas pasien.
- e. Tepat cara pemberian: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat.
- f. Tepat dokumentasi: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat (Kozier& Blais, 1997).

5. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo, (2010) pengetahuan adalah hasil dari hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya).

Menurut David Krech (1962) tingkat pengetahuan pekerja diperoleh dari pendidikan formal, lama kerja, pelatihan,

pengamatan serta bacaan. Pekerja yang memiliki sikap baik salah satunya dipengaruhi oleh pengetahuan karena menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan salah satu bentuk operasional dari perilaku manusia dengan sendirinya selain faktor lainnya maka faktor pengetahuan mempengaruhi sikap pekerja (Notoatmodjo, 2003)

Di dalam kegiatan belajar terdapat 3 (tiga) persoalan pokok, yaitu input (masukan), proses, output atau keluaran. Masukan meliputi subjek atau sasaran belajar (peserta didik) dengan latar belakangnya. Proses meliputi perubahan kemampuan dari subjek belajar, pengajar, sarana belajar, dan metode yang digunakan. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yang merupakan kemampuan baru atau perubahan perilaku baru pada subjek belajar. Perubahan itu berdasarkan adanya penambahan pengetahuan, sikap dan keterampilannya. Perubahan atau penambahan tersebut sangat dipengaruhi oleh pengalaman, keyakinan, fasilitas, sarana dan sosial budaya. Selain itu faktor motivasi, psikologi, imbalan serta karakteristik dari individu yang berperan dalam perubahan perilaku tersebut (Gibson dkk, 1991)

(Notoatmodjo (1993), Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yang bergerak dari yang sederhana sampai yang kompleks.

- a. Tahu (Know). Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menyatakan (Notoatmodjo, 1993).
- b. Memahami (Understanding). Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk memahami dan menjelaskan secara benar arti suatu bahan pelajaran atau tentang obyek yang diketahui dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar, seperti menafsirkan, menjelaskan, meringkas tentang sesuatu. Kemampuan semacam ini lebih tinggi dari pada tahu (Notoatmodjo, 1993).
- c. Penerapan (Application). Penerapan adalah kemampuan menggunakan atau menafsirkan suatu bahan yang sudah dipelajari ke dalam situasi baru atau konkrit, seperti menerapkan suatu dalil, metode, konsep, prinsip, dan teori. Kemampuan ini lebih tinggi nilainya daripada pemahaman (Notoatmodjo, 1993).
- d. Analisis (Analysis). Analisis adalah kemampuan untuk menguraikan atau menjabarkan sesuatu ke dalam komponen atau bagian-bagian sehingga susunannya dapat dimengerti. Kemampuan ini meliputi mengenal masalah-masalah, hubungan antar bagian, serta prinsip yang digunakan dalam organisasi materi pelajaran (Bestable, 2002).
- e. Sintetis (Synthetic). Kemampuan sintetis merupakan kemampuan untuk menghimpun bagian ke dalam suatu keseluruhan, seperti merumuskan tema, rencana, atau melihat hubungan/abstrak dari berbagai informasi atau fakta. Jadi kemampuan merumuskan suatu pola atau struktur baru berdasarkan informasi dan fakta (Bestable, 2002).
- f. Evaluasi (Evaluation). Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk menggunakan pengetahuan untuk membuat suatu penilaian terhadap sesuatu berdasarkan maksud atau kriteria tertentu. Kriteria yang digunakan

dapat bersifat internal dan dapat bersifat relevan dengan maksud tertentu.

Cara mengukur pengetahuan seseorang yaitu dengan cara orang yang bersangkutan mengungkapkan hal-hal yang diketahuinya dalam bentuk bukti atau jawaban.

Bukti atau jawaban tersebut merupakan reaksi dari suatu stimulus yang dapat berupa pertanyaan, baik lisan maupun tulisan. Pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk mengukur pengetahuan secara umum dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

1. Pertanyaan terbuka, misalnya jenis pertanyaan essay
2. Pertanyaan tertutup, misalnya jenis pertanyaan pilihan ganda, betul salah dan menjodohkan. (Soekidjo Notoatmodjo, 1993)

Pengetahuan tentang *patients safety* atau kognitif tentang *patients safety* mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Pengetahuan adalah fakta, keadaan atau kondisi tentang pengertian mencakup kombinasi dari kesadaran sederhana

tentang fakta dan pemahaman tentang bagaimana fakta itu berkaitan satu sama lain. Tingkatan pengetahuan ini ada yang baik dan kurang baik. Tingkat pengetahuan ini mempengaruhi hasil yang dicapai manajemen keselamatan pasien di rumah sakit karena tingkat pengetahuan bersifat individu dan memperlihatkan kemampuan individu dalam berperilaku sesuai teori Gibson dalam Ilyas (1999). Jadi apabila tingkat pengetahuan perawat baik maka diduga manajemen keselamatan pasien akan baik pula.

Pengetahuan yang harus dipahami oleh perawat tentang pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit untuk melandasi ketrampilan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang mengacu kepada keselamatan pasien di rumah sakit meliputi pengertian, tujuan dan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

6. Sikap

Campbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana yakni sikap itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), reaksi tertutup.

Sikap adalah juga respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik)

Komponen Sikap menurut Azwar (2005), komponen-komponen sikap adalah :

- a. Kognitif
Kognitif terbentuk dari pengetahuan dan informasi yang diterima yang selanjutnya diproses menghasilkan suatu keputusan untuk bertindak.
- b. Afektif
Menyangkut masalah emosional subyektif sosial terhadap suatu obyek, secara umum komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap suatu obyek.
- c. Konatif
Menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya.

Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2003) terdiri dari :

- a. Menerima (Receiving)
Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

- b. Merespon (Responding)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan sesuatu dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- c. Menghargai (Valuting)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan/mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap.
- d. Bertanggung jawab (Responsible)
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Macam Sikap menurut Heri Purwanto (1998)

- i. Sikap Positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan dan mengharapkan obyek tertentu.
- ii. Sikap negatif, terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci dan tidak menyukai obyek tertentu.

Sikap merupakan penentu dari perilaku karena keduanya berhubungan dengan persepsi, kepribadian, perasaan, dan motivasi. Sikap merupakan keadaan mental yang di pelajari dan di organisasikan melalui pengalaman, menghasilkan pengaruh spesifik pada respon seseorang terhadap orang lain, objek, situasi yang berhubungan. Sikap menentukan pandangan awal seseorang terhadap pekerjaan dan tingkat kesesuaian antar individu dan organisasi (Ivancevich, 2007).

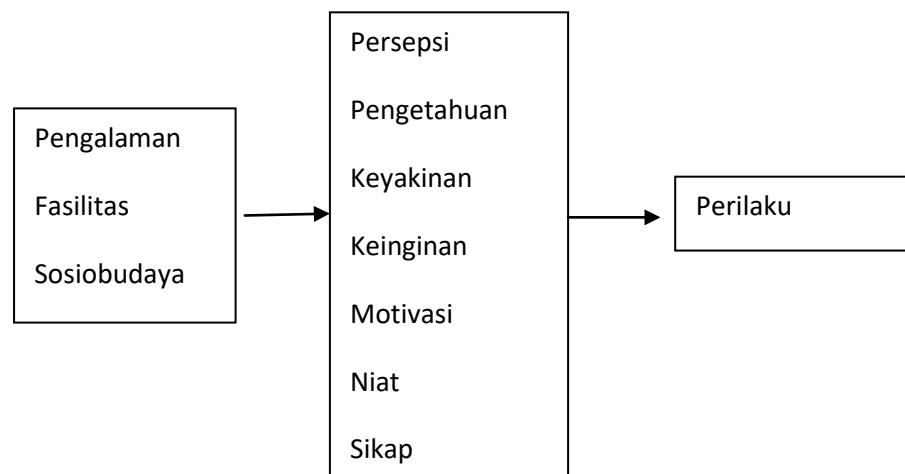
Perawat harus menunjukkan sikap yang positif dalam mendukung program keselamatan pasien sehingga melaksanakan praktik keperawatan secara aman. Sikap mendukung pencegahan penularan penyakit. Mencuci tangan

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).

7. Perilaku

Perilaku adalah merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. (Notoadmodjo, 2010).

Perilaku seseorang adalah sangat kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi Perilaku mencakup 3 domain, yakni : pengetahuan (knowledge), sikap (attitude) dan tindakan atau praktik (practice) (Notoatmodjo, 2010).



Gambar 2 : Bagan skema perilaku

Dari skema diatas dapat dijelaskan bahwa perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor diluar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Perilaku perawat tentang manajemen keselamatan pasien ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Seorang perawat yang tidak mau menerapkan keselamatan pasien disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat dari program pasien safety bagi dirinya (predisposing factors). Tetapi barangkali juga karena fasilitas yang disediakan tidak ada dan

peralatan yang tidak lengkap (enabling factors). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah memberi contoh / penyuluhan tentang program patient safety (reinforcing factors).

8. Budaya

Perubahan budaya adalah semboyan baru dalam keselamatan pasien. Tujuan utama dalam perubahan budaya adalah transparansi sistem, yang didefinisikan sebagai kesediaan penyedia dan pasien untuk secara terbuka dan nyaman mengekspresikan keprihatinan mereka tentang perawatan dengan cara mengidentifikasi kekurangan dan mengarah ke penghapusan kesalahan, mitigasi, atau manajemen yang tepat. Perubahan budaya, dan peningkatan dalam identifikasi hal itu penting dalam rangka untuk kemudian dapat mengidentifikasi dan memperbaiki sistem perawatan (Bates, Gandhi & Frankel, 2003).

Dalam arti negative masalah budaya merujuk pada profesional sikap dan perilaku yang organisasi biasanya ditandai dengan resistensi terhadap intervensi dengan otonomi klinis dan

kemampuan manajerial, dan antisipasi terhadap perubahan. Sebaliknya, budaya keselamatan suatu organisasi dapat digambarkan sebagai produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen untuk, dan kemampuan dari suatu organisasi manajemen kesehatan dan manajemen keselamatan. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan oleh komunikasi saling percaya, oleh persepsi bersama pentingnya keselamatan, dan oleh kepercayaan dalam keberhasilan langkah-langkah pencegahan (The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland, 2008).

Program *patient safety* dengan jelas didefinisikan dalam tujuan, personel rumah sakit, dan anggaran. Yang melatarbelakangi budaya *patient safety* adalah pembelajaran lingkungan tentang masalah kualitas dan *safety* pelayanan. Pembelajaran lingkungan ini harus didukung oleh semua sumber daya yang ada untuk memonitor dan mengevaluasi *error* atau ketidaksesuaian dalam pemberian pelayanan. Hal ini akan memerlukan komunikasi antar staf, termasuk pelaporan *error* atau kesalahan, kondisi bahaya, atau kendala lain dalam mutu pelayanan. Hal ini juga akan memunculkan inovasi dan

pembelajaran bersama melalui kolaborasi dan perbandingan (Kovner dan Neuhauser, 2004).

9. Lingkungan

Tidak mungkin untuk mempertimbangkan konsep perawatan yang aman dan efektif yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam isolasi dari lingkungan fisik dan pengaturan di mana perawatan diberikan. Dalam pencegahan infeksi, desain lingkungan perawatan pasien harus memenuhi persyaratan aman, perawatan berkualitas tinggi dengan mempertimbangkan hal berikut (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland*, 2008):

- a. Memaksimalkan kenyamanan dan martabat pasien.
- b. Menjamin kemudahan pelaksanaan perawatan profesional.
- c. Membuat ketentuan yang sesuai untuk anggota keluarga dan pengunjung.
- d. Meminimalkan risiko infeksi.
- e. Meminimalkan risiko efek samping lain seperti jatuh atau kesalahan pengobatan.
- f. Mengelola transportasi pasien.

- g. Memungkinkan untuk fleksibilitas penggunaan dari waktu ke waktu dan persyaratan perencanaan pelayanan selanjutnya.

10. Infrastruktur

Dua elemen penting untuk peningkatan *safety* dan mutu adalah desain proses pelayanan dan ketersediaan infrastruktur informasi. Pekerjaan dapat dirancang untuk menghindari ketergantungan pada memori dengan menggunakan fungsi yang memandu pengguna untuk tindakan yang tepat atau keputusan berikutnya, penataan tugas penting sehingga kesalahan tidak dapat dibuat, menyederhanakan proses dan standarisasi proses terjadi seluruh unit yang ada (Kovner dan Neuhauser, 2004).

Informasi berkualitas tinggi harus menjadi inti dari pengambilan keputusan kesehatan di semua tingkat, dari perawatan pasien individu untuk perencanaan dan pengelolaan pelayanan di tingkat lokal dan nasional. Namun, akses ke informasi dalam kesehatan sering terbatas dan terfragmentasi. Catatan pasien di banyak daerah perawatan yang berbasis kertas atau, jika komputerisasi, yang dalam format yang tidak dapat dibagi

dengan mudah antara penyedia layanan. Informasi manajemen dikumpulkan dalam kesehatan biasanya untuk tujuan keuangan atau administrasi bukannya diarahkan pada hasil perawatan klinis dan keselamatan dan kualitas pelayanan (*The Commission on Patient Safety and Quality Assurance of Ireland*, 2008).

B. Kerangka Pemikiran (konseptual)

Dari berbagai teori yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku perawat tentang manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di rumah sakit dalam asuhan keperawatan.

Pelaksanaan program keselamatan pasien yang dipengaruhi oleh berbagai faktor dilihat dari terlaksananya seluruh sasaran keselamatan pasien di rumah sakit oleh perawat.

Atas dasar uraian di atas, maka dalam penelitian ini variabel pengetahuan, sikap dan perilaku perawat sebagai variabel bebas, sedangkan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi sebagai variabel terikat.

Landasan konseptual yang dijadikan referensi untuk mengungkap variabel ini merupakan perpaduan dari teori perilaku dan kinerja Gibson (1987) dan teori Green (1980). Adapun berbagai faktor

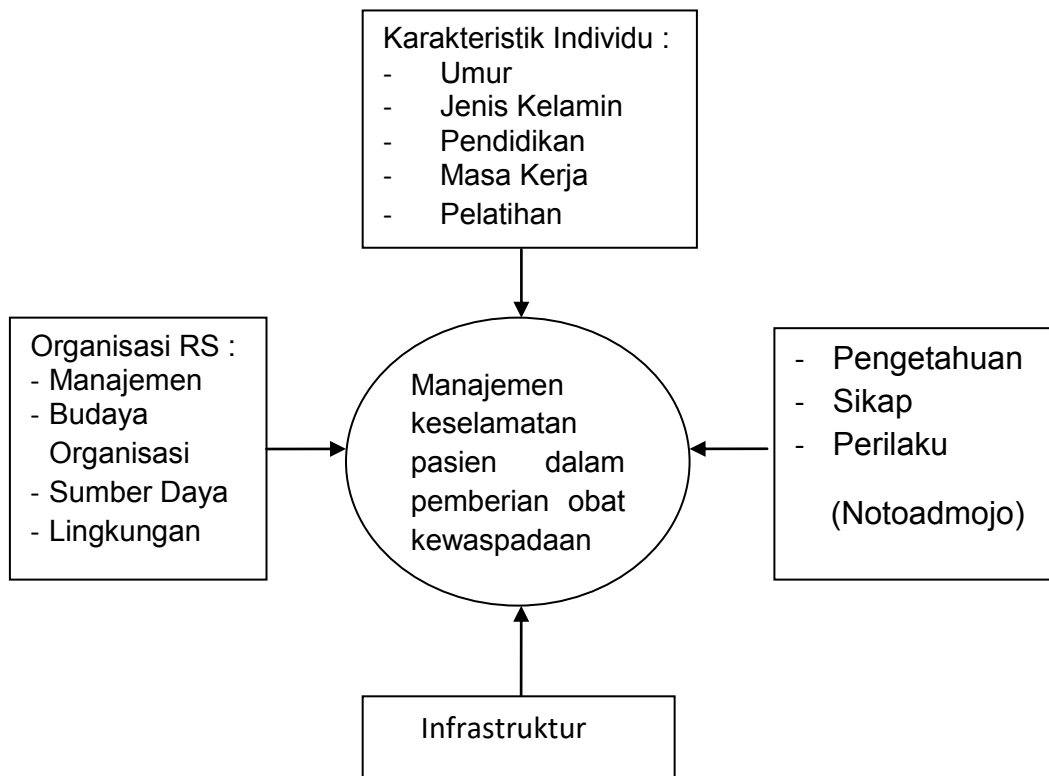
yang direkomendasikan dari kedua referensi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Teori perilaku dan kinerja menurut Gibson meliputi variabel individu; kemampuan, keterampilan, pengalaman, tingkat sosial, dan demografi. Variabel psikologis; persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel organisasi; sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerja.
2. Teori perilaku menurut Green dipengaruhi oleh faktor predisposisi; pengetahuan, pengalaman, sikap, keyakinan, persepsi, dan sosio demografi. Faktor pemungkin; sarana, dana, pedoman kerja. Faktor penguat; dukungan dari keluarga, teman sekerja, masyarakat, pimpinan, dan pemerintah.

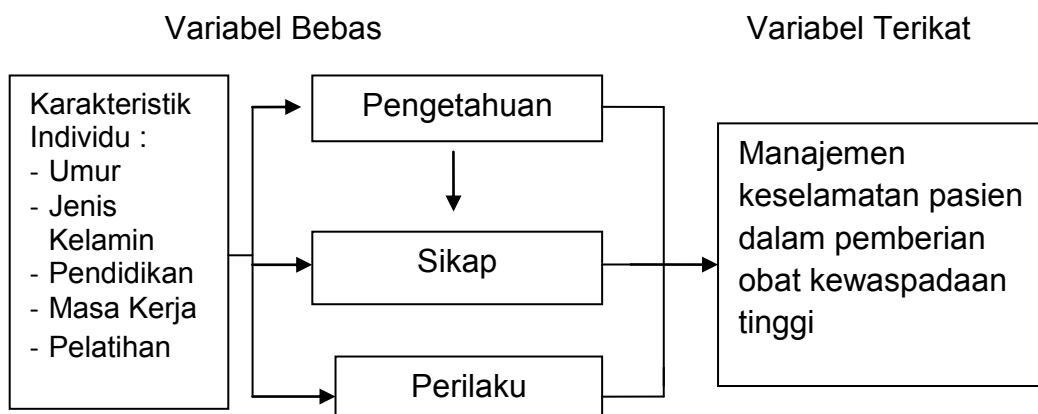
Berdasarkan pada kedua rujukan di atas maka faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan program keselamatan pasien dari segi individu yang diambil dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat tentang pengelolaan keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di rumah sakit. Adapun variabel lainnya yaitu variabel organisasi dan psikologi dari Gibson dan faktor pemungkin serta faktor penguat dari Green tidak diikuti sertakan dalam penelitian ini dengan pertimbangan bahwa variabel psikologi sudah masuk ke dalam faktor individu.

Alasan dipilihnya kedua referensi di atas adalah karena kedua teori tersebut mendasari perilaku kerja dan kinerja. Demikian juga pengelolaan keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi merupakan salah satu kegiatan kerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang merupakan kinerja. Melalui penggabungan kedua teori di atas diharapkan akan mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi di rumah sakit.

Sesuai dengan kerangka teori di atas, maka variabel yang akan diteliti melalui penelitian ini secara skematis penulis tuangkan kerangka konsep tersebut dalam bentuk bagan sebagai berikut:



Gambar 3. Bagan Kerangka konsep



Gambar 4 : Bagan Model Kerangka Penelitian

C. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban atas rumusan masalah dan pertanyaan penelitian (Nursalam, 2003). Hipotesis yang dapat dikemukakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik individu berhubungan positif dan signifikan dengan penerapan manajemen keselamatan pasiendalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
2. Pengetahuan berhubungan positif dan signifikan dengan penerapan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi
3. Sikap berhubungan positif dan signifikan dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi.
4. Perilaku perawat berhubungan positif dan signifikan dengan manajemen keselamatan pasien dalam pemberian obat kewaspadaan tinggi