

TESIS

**ANALISIS PENERAPAN STANDAR PEMBERIAN OBAT
OLEH STAF FARMASI DI RSUP DR. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

***ANALYSIS OF APPLICATION WITH STANDARD OF DRUG
ADMINISTRATION BY PHARMACY STAFF AT RSUP DR.
TADJUDDIN CHALID MAKASSAR***

PARAMITA KURNIA WIGUNA

K012181097



**MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

HALAMAN PENGANTAR

**ANALISIS PENERAPAN STANDAR PEMBERIAN
OBAT OLEH STAF FARMASI DI RSUP DR.
TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

PARAMITA KURNIA WIGUNA

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS**ANALISIS PENERAPAN STANDAR PEMBERIAN OBAT OLEH STAF FARMASI
DI RSUP DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

PARAMITA KURNIA WIGUNA
Nomor Pokok K012181097

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 27 November 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat



MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT,

Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc
Ketua

Dr. Hasnawati Amqam, SKM, M.Sc
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Paramita Kurnia Wiguna
Nomor Pokok : K012181097
Program Studi : Kesehatan Masyarakat/Administrasi RS.

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Paramita Kurnia Wiguna

PRAKARTA

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya dan salawat serta salam tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul **“Analisis Penerapan Standar Pemberian Obat Oleh Staf Farmasi Di RSUP Dr. Tadjuddin Chaliq Makassar”**. Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Bapak Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc** selaku pembimbing I dan **Ibu Dr. Hasnawati Amqam, SKM.,M.Sc.**, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk, arahan dan motivasinya. ibu **Dr. Fridawaty Rivai., SKM.,M.Kes**, ibu **Dr. dr. A. Indahwaty Sidin., MHSM**, dan Bapak **Prof. Dr. drg. Andi Zulfikli., M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA.**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak **Prof. Dr. Ir Jamaluddin Jompa, M.Sc** selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin
3. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M. Med.Ed**, dan para Wakil Dekan serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
4. Ibu **Dr. Masni. Apt., MSPH** selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
6. Seluruh **Dosen Bagian Manajemen Rumah Sakit** yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
7. Kepada Staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS (**K'Fuad, Ibu Ija dan Arifah Maharany Nur**) terima kasih atas

segala bantuanya selama penulis menjadi mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.

8. **Direktur RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**, telah memberikan izin penelitian serta **para staf Farmasi** yang bersedia menjadi responden yang sangat membantu dalam proses penelitian berlangsung.
9. Tidak lupa pula penulis haturkan setulus jiwa, rasa terima kasih sedalam-dalamnya dan penghargaan atas segala bentuk dukungan atas segala pengorbanan, kesabaran, doa yang tiada henti-hentinya terkhusus kepada kedua orang tua tercinta ayahanda **Kliwon Sutomo., SE** dan Ibunda **Suwitri., S.Pd** yang telah menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan tesis ini, serta memberi semangat dalam hidup penulis.
10. Seluruh teman-teman Pascasarjana FKM angkatan 2018 terkhusus kepada teman-teman **MARS 19** terima kasih untuk segala bantuan dan dukungannya.
11. Teruntuk **Rima Naziria, Afni Widadari, Annisa Utami Rauf, Ratna Dwi Puji Astuti, Andi Niartiningsih, Anis Khairunnisa, Vinani Fajariani, A. Zulfaidah Putri Delima, Nurfitriani, Noviani Munsir** terima kasih atas dukungan, bantuan, semangat dan loyalitas sejak awal perkuliahan sampai pada proses penyusunan \mendengar segala keluh kesah, menjadi tempat *sharing*, memberi

doa dan berbagi doa, memberi dukungan dan semangat sehingga membuat saya lebih tangguh menghadapi semua.

12. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Kepada Keluarga Saya **ayah toto, ibu sisi, mas ari, adik upi, adik arkan dan adik Icha** yang telah memberi Bantuan Semangat moril maupun materil, memberi motivasi, dan Doa sehingga penulis mampu menyelesaikan studi ini.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan tesis ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Makassar, November 2020

Penulis

ABSTRAK

PARAMITA KURNIA WIGUNA. Analisis Penerapan Standar Pemberian Obat Oleh Staf Farmasi Di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar (Dibimbing oleh **Noer Bahry Noor** dan **Hasnawati Amqam**).

Kesalahan pengobatan dapat terjadi dalam menentukan obat dan regimen dosis, yang pertama kesalahan dalam peresepan; resep tidak rasional, resep yang tidak tepat dan tidak efektif, kelebihan dosis, kekurangan dosis, dalam menuliskan resep.

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. yang bertujuan untuk menganalisis penerapan standar pemberian obat oleh staf farmasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Informan penelitian ini adalah staf farmasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Teknik pengambilan informan dalam penelitian ini yaitu menggunakan *Purposive Sampling*

Hasil penelitian Penerapan standar pemberian obat telah dilaksanakan berdasarkan SNARS edisi 1 tahun 2018, yaitu tepat identitas pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu, dan tepat cara/rute baik karena sudah sesuai dengan SPO yang ada dirumah sakit mereka. Pelaksanaan standar pemberian obat berdasarkan ketersediaan SDM bahwa rumah sakit telah menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat, Penerapan standar pemberian obat ditinjau dari pelaksanaan sosialisasi diketahui bahwa kegiatan sosialisasi telah dilaksanakan pada seluruh staf farmasi atau apoteker agar menyadari pelaksanaan identifikasi pasien yang dilakukan tidak benar akan berakibat kerugian fisik dan psikis pada pasien dan berdampak pada aspek hukum, Penerapan standar pemberian obat ditinjau dari pelaksanaan audit, rumah sakit telah melakukan audit operasional. Disarankan kepada pihak Rumah Sakit agar memberikan pelatihan khusus *patient safety* terkait pemberian obat, perekrutan staf farmasi agar jumlah tenaga kerja di instalasi farmasi memadai, memberikan sanksi kepada pihak yang bertanggung jawab terhadap pemberian obat dan Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana.

Kata Kunci: Obat, Keselamatan Pasien, Instalasi Farmasi, Rumah Sakit, Audit



ABSTRACT

PARAMITA KURNIA WIGUNA Analysis of application wit standard of drug administration **by pharmacy staff at RSUP dr Tadjuddin Chaliq Makassar** (Supervised by **Noer Bahry Noor** and **Hasnawati Amqam**).

Medication errors can occur in determining drugs and dosage regimens, the first being errors in prescribing; irrational prescriptions, inappropriate and ineffective prescriptions, overdose, under-dosage, in prescribing.

This type of research uses qualitative research methods. which aims to analyze the application of drug administration standards by the pharmacy staff at Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Central Hospital. The informants of this research were the pharmacy staff of Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Central Hospital. The technique of taking informants in this study is using purposive sampling

The results of the study The application of standard drug administration has been carried out based on SNARS edition 1 of 2018, namely the right identity, the right drug, dose, time, and method / route both because it is in accordance with the SPO in their hospital. Implementation of the standard of presenting medicines from human resources that the hospital has assigned competent staff and has provided drugs, The application of the standard of giving drugs, reviewing the implementation of the socialization, it is known that socialization activities have been carried out to all nurses so that they realize that the patient is not causing harm physical and psychological aspects of the patient and have an impact on legal aspects. Implementation of the standards given from the implementation of the audit, the hospital has conducted an operational audit. It is recommended that the hospital provide special patient safety training related to drug administration, recruitment of pharmacy staff so that the number of workers in the pharmacy installation is adequate, impose sanctions on those responsible for drug administration and improve the indication of facilities and infrastructure.

Keywords: Drug, Patient Safety, Pharmacy Installation, Hospital, Audit



DAFTAR ISI

	Halaman
TESIS.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PRAKARTA	v
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Kajian Masalah.....	9
C. Rumusan Masalah	15
D. Tujuan Penelitian.....	16
E. Manfaat Penelitian.....	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	18
A. Tinjauan Umum tentang Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>).....	18
B. Tinjauan Umum Standar Pemberian obat.....	21
C. Tinjauan Umum Staf Farmasi	31
D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan	32
E. Tinjauan Umum Tentang Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Kepatuhan Penerapan Standar Pemberian Obat.....	34
F. Tinjauan Umum Rumah Sakit.....	43
G. Penelitian Terdahulu.....	47
H. Mapping Teori.....	57
J. Kerangka Konsep	60
K. Definisi Konseptual	61
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	66

A. Rancangan Penelitian	66
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	67
C. Informan Penelitian	67
D. Sumber Data	70
E. Teknik Pengumpulan Data	71
F. Keabsahan Data.....	72
G. Pengolahan data dan analisis data	73
H. Alur Penelitian.....	74
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	79
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	79
B. Hasil Penelitian	84
C. Pembahasan.....	138
D. Implikasi Manajerial	172
E. Keterbatasan Penelitian	175
BAB V PENUTUP.....	173
A. Kesimpulan	173
B. Saran	174
DAFTAR PUSTAKA.....	176
LAMPIRAN	184

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Data Insiden Keselamatan Pasien Di Instalasi Farmasi RSUP Tajuddin Chalid Makassar Tahun 2016-2019	6
Tabel 2 Faktor Keselamatan Pasien Pengembangan (2010)	36
Tabel 3 Matriks Penelitian Terdahulu.....	47
Tabel 4 Definisi Konseptual	61
Tabel 5 Karakteristik Informan yang di Wawancarai	70
Tabel 6 Checklist Observasi Berdasarkan Ketepatan Identitas Pasien	87
Tabel 7 Checklist Observasi Berdasarkan Tepat Obat dalam pemberian obat.....	93
Tabel 8 Checklist Observasi Berdasarkan Tepat Dosis dalam pemberian obat.....	100
Tabel 9 Checklist Observasi Berdasarkan Tepat waktu dalam pemberian obat.....	105
Tabel 10 Checklist Observasi Berdasarkan Tepat Cara/Rute dalam pemberian obat	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kajian Masalah	11
Gambar 2 Mapping teori Standar pemberian obat	57
Gambar 3 Kerangka Teori	58
Gambar 4 Kerangka Konsep	60
Gambar 5 <i>Flow Chart</i> Metode Penelitian	76
Gambar 6 Skema hasil wawancara dengan informan tentang prosedur tepat pasien dalam pemberian obat	86
Gambar 7 Skema hasil wawancara dengan informan tentang kendala tepat pasien dalam pemberian obat	89
gambar 8 Skema hasil wawancara dengan informan tentang prosedur tepat obat dalam pemberian obat.....	93
Gambar 9 Skema hasil wawancara dengan informan tentang kendala tepat obat dalam pemberian obat.....	95
Gambar 10 Skema hasil wawancara dengan informan tentang prosedur tepat dosis dalam pemberian obat	99
Gambar 11 Skema hasil wawancara dengan informan tentang kendala tepat dosis dalam pemberian obat	101
Gambar 12 Skema hasil wawancara dengan informan tentang prosedur tepat waktu dalam pemberian obat	104
Gambar 13 Skema hasil wawancara dengan informan tentang kendala tepat waktu dalam pemberian obat	107
Gambar 14 Skema hasil wawancara dengan informan tentang prosedur tepat rute/cara dalam pemberian obat.....	110
Gambar 15 Skema hasil wawancara dengan informan tentang kendala tepat cara/rute dalam pemberian obat.....	112
Gambar 16 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Ketersediaan SDM.....	114
Gambar 117. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Masalah terkait kepatuhan	117

Gambar 18 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Penyebab Masalah	120
Gambar 19 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Penanganan Masalah	122
Gambar 20 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pihak Yang Terlibat Dan Bertanggung Jawab dalam Masalah	123
Gambar 21 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang banyaknya sosialisasi yang dilakukan	125
Gambar 22 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang saran mengenai sosialisasi standar pemberian obat agar lebih baik dan mudah dimengerti	128
Gambar 23 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sosialisasi Hasil Dari Proses Analisis dan Evaluasi Sebuah Insiden Yang Telah Terjadi	129
Gambar 24 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Peran Tim Komite Keselamatan Pasien dalam Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien	132
Gambar 25 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Jumlah Dilakukannya Audit Internal Dan Eksternal	134
Gambar 26 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang kesiapan dalam menghadapi audit	136
Gambar 27 Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Saran Kepada Auditor yang Melakukan Audit	138

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES	:	Departemen Kesehatan
DINKES	:	Dinas Kesehatan
GPP	:	<i>Good Pharmacy Practice</i>
ICU	:	<i>Instalation Care Unit</i>
IFRS	:	Instalasi Farmasi Rumah Sakit
IOM	:	<i>Institut of Medicine</i>
IRJA	:	Instalasi Rawat Jalan
IRNA	:	Instalasi Rawat Jalan
JCAHO	:	<i>The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
KARS	:	Komisi Akreditasin Rumah Sakit
KEMENKES	:	Kementerian Kesehatan
KKP-RS	:	Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNC	:	Kejadian Nyaris Cidera
KTD	:	Kejadian Tidak Diharapkan
RS	:	Rumah Sakit
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
RSUP	:	Rumah Sakit Umum Pusat
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SNARS	:	Standar Akreditasi Rumah Sakit
SPM	:	Standar Pelayanan Minimum
SPO	:	Standar Operasional Prosedur
UGD	:	Unit Gawat Darurat
UU	:	Undanf Undang
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara Penelitian	184
Lampiran 2. Kuesioner.....	187
Lampiran 3. Matriks Hasil Wawancara.....	189
Lampiran 4. Dokumentasi	198
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian	200
Lampiran 6 Surat Pertujuan Penelitian di rumah sakit.....	201

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan isu global yang penting saat ini, dimana sekarang banyak dilaporkan tuntutan pasien atas yang terjadi pada pasien. Rumah Sakit sebagai salah satu organisasi pelayanan kesehatan dengan ratusan macam obat, tes dan prosedur, alat dengan teknologinya, beragam jenis tenaga profesi dan non-profesi yang siap memberikan pelayanan pasien selama 24 jam terus – menerus, memiliki risiko terjadinya kesalahan medis (*Medical Error*) yang dapat berdampak pada meningkatnya biaya perawatan dan keselamatan pasien. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2008)

Medication error merupakan kejadian yang merugikan pasien akibat penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (human error) yang sebetulnya dapat dicegah. *Medication error* dapat diklasifikasikan menjadi *dispensing errors*, *prescribing errors*, dan *Administration errors* (Simamora et al, 2011). Secara umum, faktor yang paling sering mempengaruhi *Medication Error* adalah faktor individu, berupa persoalan pribadi, pengetahuan tentang obat yang kurang memadai, dan kesalahan perhitungan dosis obat (Mansouria et al., 2014).

Kesalahan pengobatan dapat terjadi dalam menentukan obat dan regimen dosis, yang pertama kesalahan dalam peresepan; resep tidak rasional, resep yang tidak tepat dan tidak efektif, kelebihan dosis,

kekurangan dosis, dalam menuliskan resep. Yang kedua penulisan resep: kesalahan dalam mengartikan resep. Yang ketiga manufaktur dalam formulasi: salah dosis, kontaminan atau keliru kemasan. Yang keempat kesalahan memformulasi : salah obat, formulasi yang salah, label yang salah. Yang kelima pemberian atau pengambilan obat: salah dosis, salah rute, frekuensi yang salah, durasi yang salah. (Aronson, 2009).

Institut of Medicine (IOM, 1999) melaporkan bahwa sekitar 44.000-98.000 orang meninggal karena *Medical Error* dan medication error, dan jenis medical error merupakan kasus yang banyak terjadi. Sekitar 7.000 orang per tahun di Amerika meninggal karena *Medication Error* (Colpaert, *et al* 2005). Dari laporan IOM tersebut di sadari bahwa kejadian tidak diharapkan dari penggunaan obat bukan hanya disebabkan oleh sifat farmakologi dari obat tersebut, melainkan melibatkan semua proses dalam penggunaan obat. Setelah laporan IOM tersebut dipublikasikan, berbagai institusi mulai melakukan penelitian untuk mengungkapkan kejadian medication error di semua penggunaan obat. Hasil dari penelitian tersebut membuktikan bahwa *Medication Error* terjadi di berbagai tahap penggunaan obat, dari proses penggunaan obat mulai dari peresepan (1,5-15%), dispensing oleh farmasi (2,1-11%), pemberian obat kepada pasien (5-19 %), dan ketika pasien menggunakan obat (Dean, *et al*, 2000).

Berdasarkan penelitian dari *Auburn University* di 36 rumah sakit di *Colorado* dan *Georgia USA* pada tahun 2012 dari 3216 jenis pemberian

obat 43% diberikan pada waktu yang salah, 30% tidak diberikan, 17% diberikan dengan dosis yang salah, dan 4% diberikan obat yang salah, telah tercatat menyebabkan lebih dari satu juta cedera dan 98.000 kematian yang terjadi dirumah sakit setiap tahun yang disebabkan oleh kesalahan medis.

Insiden keselamatan pasien ditemukan di Indonesia pada tahun 2011 Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan insiden keselamatan pasien sebanyak 145 insiden. DKI Jakarta merupakan provinsi yang menempati urutan tertinggi yaitu 37,9 %, Jawa Tengah yaitu 15,9 %, DI Yogyakarta yaitu 13,8 %, Jawa Timur yaitu 11, 7 %, Sumatera Selatan yaitu 6,9 %, Jawa Barat yaitu 2,8 %, Bali yaitu 1,4 %, Kalimantan timur yaitu 0,69 %, dan Aceh yaitu 0,68 %. Data lain mengenai insiden keselamatan pasien di Indonesia menunjukkan bahwa kejadian nyaris cedera (KNC) lebih banyak dilaporkan daripada kejadian tidak diinginkan (KTD). Pelaporan kejadian nyaris cedera sebesar 47,6 % sedangkan kejadian tidak diinginkan sebesar 46,2 %. Di Indonesia, meskipun publikasi tentang malpraktik cukup sering muncul di media massa, namun data resmi insiden keselamatan pasien masih jarang ditemui. (Muhammad Zulkani, 2017).

Penelitian di wilayah Sulawesi Selatan, insiden kesalahan pemberian obat yang dilaporkan di RSUD Anwar Makkatutu Bantaeng yaitu sebanyak 18 kasus (0.038% dari total 46.660 lembar resep yang dilayani) pada tahun 2010, 16 (0,031 % dari total 51.513 lembar resep

yang dilayani) kasus pada tahun 2011, kejadian ini antara lain disebabkan karena pemberian obat yang salah, dosis tidak rasional, kesalahan rute pemakaian, penulisan aturan pakai yang tidak lengkap (Bayang, Pasinringi, & Sangkala, 2010)

Staf farmasi berperan utama dalam meningkatkan keselamatan dan efektifitas penggunaan obat karena berada dalam posisi strategis untuk meminimalkan medication errors, baik dilihat dari keterkaitan dengan tenaga kerja kesehatan lain maupun dalam proses pengobatan. Kontribusi yang memungkinkan dilakukan antara lain dengan meningkatkan pelaporan, pemberian informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain, meningkatkan keberlangsungan rejimen pengobatan pasien, peningkatan kualitas dan keselamatan pengobatan pasien di rumah. (Depkes, 2008). Dalam menurunkan insiden keselamatan pasien, staf farmasi harus mematuhi prinsip – prinsip dasar dalam pemberian obat. Kepatuhan adalah ketaatan seseorang pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan merupakan suatu permasalahan bagi semua disiplin kesehatan, salah satunya pelayanan perawatan di rumah sakit. Tingkat kepatuhan adalah kepatuhan petugas dalam pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2004). Kepatuhan dibutuhkan dalam menerapkan prinsip-prinsip dalam pemberian obat guna mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien yang berkaitan dengan pemberian obat.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017) menyebutkan bahwa sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No 34 Tahun 2017 standar akreditasi rumah sakit disusun sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi. Selain itu akreditasi juga disusun untuk menjalankan amanah Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang diwajibkannya rumah sakit untuk melaksanakan akreditasi dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sekali (Depkes RI, 2009).

Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar merupakan Rumah sakit Khusus Kusta Ujung Pandang yang dibangun pada tanggal 24 Desember 1982. Pada tahun 2017 Rumah sakit Kusta Ujung Pandang berganti nama menjadi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid, MPH. Setahun kemudian Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid mengalami peningkatan kelas pelayanan, sejalan dengan peningkatan fasilitas dan pembangunan yang terus meningkat.

Penerapan *patient safety* di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid, MPH sudah berlangsung sejak tahun 2011, tetapi baru berjalan secara efektif pada tahun 2012. Dengan adanya *patient safety* maka seluruh permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan medis disampaikan untuk mencari pemecahannya yang harus dibahas secara bersama-sama

dengan seluruh unit di Rumah Sakit. Dari semua kasus *patient safety* ternyata kesalahan dalam pemberian obat ke pasien menjadi penyumbang terbanyak insiden keselamatan pasien. Sedangkan penerapan *patient safety* RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sejak di Berlakukannya KARS tetapi berdasarkan data laporan kasus *patient safety* masih di temui kasus kesalahan dalam pemberian obat.

Dari hasil observasi dan pengambilan data yang telah dilakukan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar didapatkan hasil sebagai berikut dibawah ini.

Tabel 1 Data Insiden Keselamatan Pasien Di Instalasi Farmasi RSUP Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2016-2019

No.	Insiden	2016	2017	2018	2019	persentase	SPM Farmasi Tahun 2012
1	Salah obat	3	2	4	3	25%	0
2	Salah dosis	4	5	3	2	35,7%	0
3	Obat Kedaluarsa	5	3	1	2	45%	0
4	Salah etiket	-	3	1	-	50%	0
5	Salah sediaan	-	-	2	1	33,3%	0
	Total	12	13	11	8	37,8%	0

Sumber : Data sekunder insiden keselamatan pasien RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Tahun 2020

Berdasarkan data masalah diatas, dapat disimpulkan bahwa data kejadian kesalahan pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada 4 Tahun terakhir yaitu dari tahun 2016 sebanyak 12 kasus (0,32%), pada tahun 2017 sebanyak 13 kasus (0,28%), kasus pada tahun 2018 sebanyak 11 kasus (0,16%), dan kasus pada tahun 2019 yaitu sebanyak 8 kasus (0,10%), kejadian ini antara lain disebabkan karena

pemberian obat yang salah, dosis tidak rasional, obat kedaluarsa, salah rute pemakaian dan salah penulisan aturan pakai yang tidak lengkap.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hartati, et al 2014) menunjukkan bahwa kejadian *Medication Error* di RSUD Kota Baubau berupa administration error dengan 144 kejadian (46,91%), kemudian dispensing error dengan 119 kejadian (38,76%), dan kejadian terkecil adalah prescribing error dengan 44 kejadian (14,33%). Demikian pula pada pasien ICU di RS Santa Anna Kendari, angka kejadian medication error tertinggi berupa administration error, yaitu 81 kejadian (42,6%), diikuti prescribing error, yaitu 71 kejadian (37,4%), dan dispensing error, yaitu 38 kejadian (20%). Faktor-faktor yang turut mempengaruhi kejadian medication error adalah persoalan sistem (minimnya kelengkapan fasilitas di rumah sakit), profesional (sumber daya manusia, meliputi dokter, tenaga farmasis, serta perawat), dan dokumentasi.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Kung et al. (2013) di Rumah Sakit *Universitas Bern, Switzerland* selama kurun waktu satu bulan yang melaporkan sebanyak 288 kejadian *medication errors* dari total 24.617 dosis pengobatan yang diberikan pada pasien kardiovaskular, di mana sebanyak 29% dari *medication errors* berupa *presribing error*, 13% *transcription error*, dan 58% berupa *administration error*. Selain itu, berdasarkan hasil studi pada tahun 2011-2013 yang dilakukan oleh

Bagian Farmakologi Universitas Gajah Mada diperoleh bahwa medication error terjadi pada 97% pasien (Depkes RI, 2018)

Di rumah sakit seharusnya tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat baik jenis obat, dosis obat, penerima obat, dan jumlah obat. Dengan berpedoman pada instrumen akreditasi rumah sakit tahun 2012 tentang standar pemberian obat dalam manajemen penggunaan obat, kemudian melakukan pencegahan dengan menerapkan standar pemberian obat. Penerapan standar pemberian obat dimulai sejak tahun 2012 yang disepakati oleh unit keperawatan dan unit farmasi sebagai unsur yang berhubungan langsung dengan masalah tersebut.

Kesalahan pemberian obat (*medication error*) masih menjadi salah satu tren isu keselamatan pasien. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan pemberian obat yaitu faktor organisasi, faktor manajemen unit, dan faktor individu (WHO, 2009). Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku perawat dalam pemberian obat dan pada akhirnya akan memberikan dampak pada *outcomes* keselamatan pasien. Menurut Green (2013) ada lima faktor yaitu kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, kebijakan dan motivasi sedangkan Henriksen (2008) menyatakan faktor yang mempengaruhi adalah beban kerja, komunikasi, pengalaman, kemampuan dan sosialisasi. Adapun virawan (2012) ada tiga faktor yaitu kebijakan, prosedur pelayanan dan audit. Adapun teori yang digunakan oleh peneliti yang menjadi faktor dalam kepatuhan penerapam standar

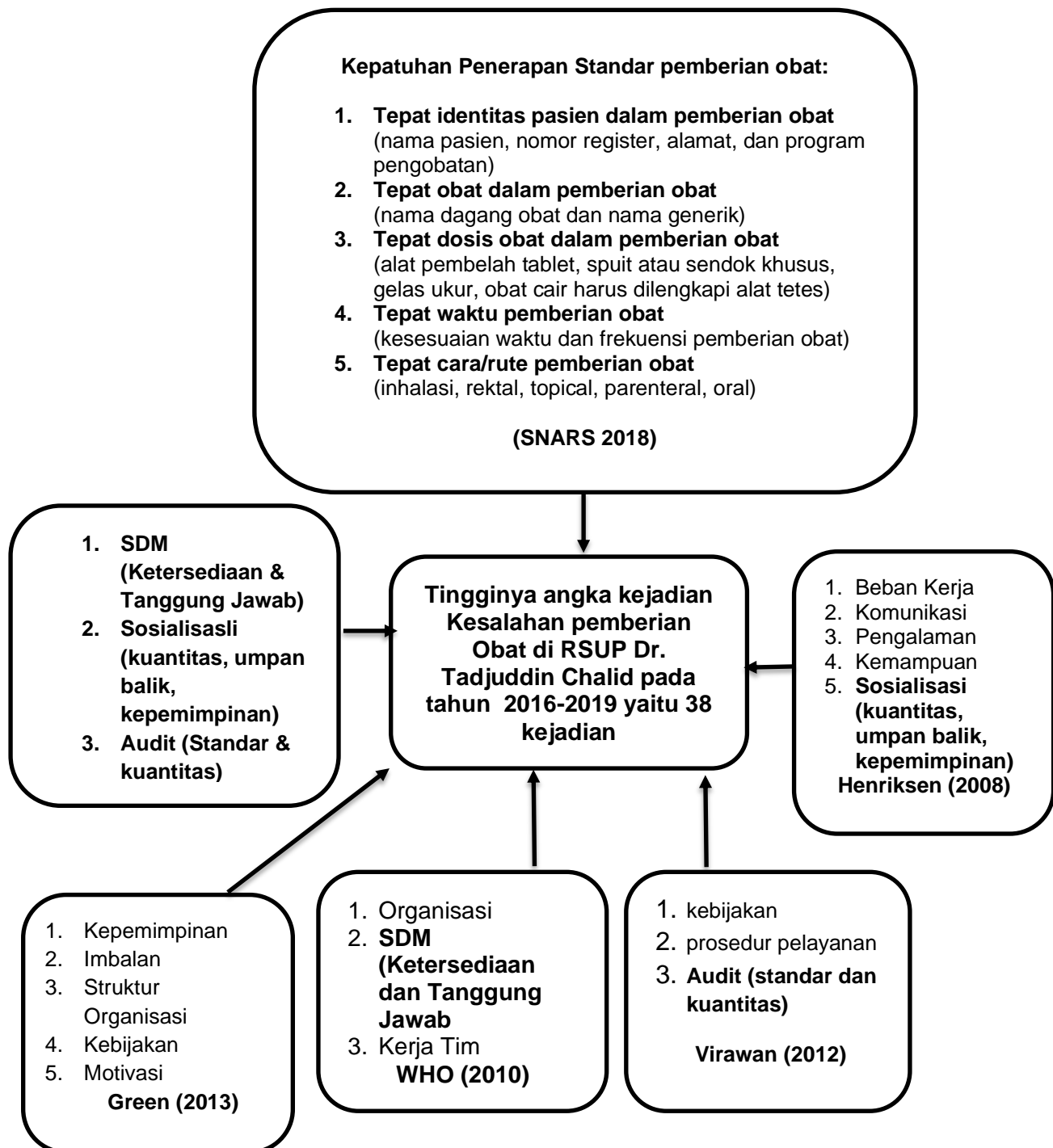
pemberian obat yaitu WHO (2010) adalah SDM. Teori Virawan (2012) adalah audit, teori Heinreksen (2008) adalah sosialisasi.

Melihat jumlah data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian staf farmasi tidak menerapkan standar dalam pemberian obat kepada pasien. Namun seringkali dalam pelaksanaannya staf farmasi belum maksimal dalam melaksanakan tahapannya. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk menganalisis kepatuhan staf farmasi dalam menerapkan standar pemberian obat di RSUP Tadjuddin Chalid Makassar.

B. Kajian Masalah

Kesalahan pemberian obat (*medication error*) masih menjadi salah satu tren isu keselamatan pasien. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan pemberian obat yaitu faktor organisasi, faktor manajemen unit, dan faktor individu (WHO, 2009). Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku apoteker dalam pemberian obat dan pada akhirnya akan memberikan dampak pada *outcomes* keselamatan pasien. Menurut Green (2013) ada lima faktor yaitu kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, kebijakan dan motivasi sedangkan Henriksen (2008) menyatakan faktor yang mempengaruhi adalah beban kerja, komunikasi, pengalaman, kemampuan dan sosialisasi. Adapun virawan (2012) ada tiga faktor yaitu kebijakan, prosedur pelayanan dan audit.

Kepatuhan Penerapan Standar Pemberian Obat dalam SNARS (2018) yaitu Tepat identitas pasien dalam pemberian obat, Tepat obat dalam pemberian obat, Tepat dosis obat dalam pemberian obat, Tepat waktu pemberian obat dan Tepat cara/rute pemberian obat. Di rumah sakit pemberian obat adalah langkah akhir dalam proses multi disiplin yang profesional yang harus bekerja sama untuk memastikan bahwa berbagai tahapan terintegrasi dengan baik sehingga obat yang benar diberikan dengan aman kepada pasien. Dalam manajemen penggunaan obat, pemberian obat termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah sesuai berdasarkan pesanan obat meliputi jenis obat, waktu dan frekuensi pemberian obat, jumlah dosis obat, route pemberian obat, dan identitas pasien (SNARS,2012). Adapun kajian masalah penelitian sebagai berikut :



Gambar 1 Kajian Masalah

Tingginya angka kejadian Kesalahan pemberian Obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid pada tahun 2016-2019 yaitu sebanyak 38 kasus, melihat jumlah data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian staf farmasi tidak menerapkan standar dalam pemberian obat kepada pasien.

Kesalahan pemberian obat (*medication error*) masih menjadi salah satu tren isu keselamatan pasien. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan pemberian obat yaitu faktor organisasi, faktor manajemen unit, dan faktor individu (WHO, 2009). Ketiga faktor tersebut mempengaruhi perilaku apoteker dalam pemberian obat dan pada akhirnya akan memberikan dampak pada *outcomes* keselamatan pasien. Menurut Green (2013) ada lima faktor yaitu kepemimpinan, imbalan, struktur organisasi, kebijakan dan motivasi sedangkan Henriksen (2008) menyatakan faktor yang mempengaruhi adalah beban kerja, komunikasi, pengalaman, kemampuan dan sosialisasi. Adapun Virawan (2012) ada tiga faktor yaitu kebijakan, prosedur pelayanan dan audit. Adapun teori yang digunakan oleh peneliti yang menjadi faktor dalam kepatuhan penerapan standar pemberian obat yaitu WHO (2010) adalah SDM. Teori Virawan (2012) adalah audit, teori Heinriksen (2008) adalah sosialisasi. Menurut Virawan (2012), faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan standar pemberian obat yaitu sumber daya manusia (pendidikan, lama kerja, beban kerja, jenis kelamin, umur, dan status perkawinan), dan kebijakan dan prosedur pelayanan (jumlah sosialisasi dan jumlah audit).

Menurut Tissot, *et al* (2005), Faktor penyebab terjadinya kesalahan pemberian obat meliputi faktor individu, Faktor lingkungan, Faktor komunikasi, melibatkan komunikasi antar staff, perawat dengan farmasis, dan perawat dengan dokter. Faktor kurangnya pelatihan bagi apoteker dan pasien yang tidak kooperatif juga berkontribusi dalam administration error. Faktor tugas, yang terlibat adalah tidak tersedianya prosedur untuk penanganan beberapa obat yang khusus atau berbeda dengan yang lainnya. Faktor supervisi, yang terlibat antara lain kurangnya pengawasan yang ketat sehingga terjadi pelanggaran prosedur yang terus-menerus sehingga menjadi praktek yang biasa.

Sedangkan Menurut Cohen (1999) dan Smith (2009) faktor penyebab *Medication Error* yaitu Faktor Lingkungan kerja yang terdiri dari Faktor Lingkungan fisik untuk menghindari kesalahan maka lingkungan kerja harus di desain dengan tepat sesuai dengan alur kerja yang didukung dengan pencahayaan yang cukup serta temperature yang nyaman. Kesibukan kerja dan intensitas pekerjaan yang tinggi dapat mengakibatkan kelelahan fisik dan penurunan konsentrasi petugas, sehingga hal ini dapat berkontribusi terhadap kasus *Medication Error*. Tingkat stress yang tinggi dan kelelahan mempengaruhi terjadinya kesalahan dalam pengobatan. Kurangnya focus dan pengalaman kerja adalah factor personal lainnya yang berhubungan dengan *Medication Error*.

Dalam manajemen penggunaan obat di rumah sakit harus melakukan penerapan standar pemberian obat yang termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah sesuai berdasarkan pesanan obat, yang meliputi : Tepat pasien dalam pemberian obat maksudnya obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mengidentifikasi kebenaran obat dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien (Deniza, 2012)

Tepat obat atau Benar obat berarti menerima obat yang telah diresepkan. Obat mempunyai nama dagang dan nama generik, jadi apabila ada obat dengan nama dagang yang asing ditemui, harus diperiksa nama generiknya. Bila ada keraguan, hubungi dokternya (Tambayong., 2012). Staf farmasi harus tanggap dan memperhatikan dengan teliti terhadap beberapa obat yang bila disebutkan terdengar mirip dan ejaan yang terlihat sama, contoh: digoxin dengan digitoxin. Staf farmasi harus membaca label obat dengan hati-hati (Deniza, 2012). Menurut (Tambayong., 2012). Untuk menghindari kesalahan pemberian obat dan agar perhitungan obat benar untuk diberikan kepada pasien maka ketepatan dosis atau penentuan dosis harus diperhatikan dengan menggunakan alat standar seperti alat untuk membelah tablet, spuit atau sendok khusus, gelas ukur, obat cair harus dilengkapi alat tetes.

Ketepatan waktu dalam pemberian obat juga harus di perhatikan, Mengecek kesesuaian waktu dan frekuensi pemberian dengan resep atau

pesanan dengan mempertimbangkan lama kerja obat dan efektivitas obat. Edoprata, (2011), menyatakan bahwa jika obat diintruksikan harus diberikan pada interval waktu tertentu, pemberian obat oleh farmasis tidak boleh lebih dari 30 menit, jika pemberian lebih 30 menit dari waktu yang ditentukan maka bioavailabilitas (kemampuan kecepatan obat untuk menyerap ke dalam sirkulasi sistemik) dari obat mungkin terpengaruh.

Menurut (Perwitasari, 2012) staf farmasi juga harus memperhatikan cara pemberian obat (Tepat cara pemberian obat), memberikan obat pada rute yang telah diresepkan atau diintruksikan tetapi jika diresep tersebut tidak terdapat rute pemberian obat maka staf farmasi harus memberikan keterangan rute tersebut pada etiket obat, staf farmasi harus memahami perbedaan antara rute seperti tingkat penyerapan, sehingga apabila rute yang diintruksikan tidak sesuai dengan cara yang direkomendasikan, mereka dapat mengingatkan dan mengkonfirmasi ulang ke dokter.

Oleh karena itu, Untuk mencegah terjadinya peningkatan insiden keselamatan pasien, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar harus menerapkan standar pemberian obat antara lain Tepat identitas pasien dalam pemberian obat, Tepat obat dalam pemberian obat, Tepat dosis obat dalam pemberian obat, Tepat waktu pemberian obat, Tepat cara/rute pemberian obat.

C. Rumusan Masalah

1. Bagaimana penerapan standar pemberian obat berdasarkan Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) di RSUP Dr. Tadjuddin

Chalid Makassar Bagaimana standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari dimensi Ketersediaan SDM?

2. Bagaimana standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari dimensi pelaksanaan sosialisasi?
3. Bagaimana standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari dimensi pelaksanaan audit?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis penerapan standar pemberian obat oleh staf farmasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis penerapan standar pemberian obat berdasarkan Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
- b. Untuk menganalisis standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari Ketersediaan SDM.
- c. Untuk menganalisis standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari pelaksanaan sosialisasi.
- d. Untuk menganalisis standar pemberian obat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ditinjau dari pelaksanaan audit.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kepustakaan tentang manajemen mutu dan penerapan keselamatan pasien, serta dapat memberikan kontribusi terhadap ilmu perumahsakitannya khususnya mengenai keselamatan pasien.

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini berguna bagi rumah sakit untuk dapat lebih meningkatkan kinerja dan mutu pelayanannya. Karena patient safety dapat mempengaruhi mutu pelayanan sebuah rumah sakit. Juga sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dalam rangka peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dimiliki khususnya mengenai keselamatan pasien dan penelitian ini diharapkan mampu menjadi masukan untuk pihak manajemen dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penerapan keselamatan pasien di rumah sakit khususnya terkait kepemimpinan, sumber daya manusia, kebijakan, kerja tim dan komunikasi

3. Manfaat Praktisi

Hal ini merupakan salah satu bentuk tri darma perguruan tinggi yakni penelitian yang menjadi pengalaman berharga bagi peneliti dalam melatih diri menggunakan cara berpikir secara objektif, ilmiah, kritis, analitik untuk mengkaji teori dan realita yang ada di lapangan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

1. Definisi Keselamatan Pasien

a. Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien adalah suatu konsep yang tidak dapat dipisahkan dengan proses pengobatan pasien. Keselamatan pasien menjadi isu di berbagai negara pada saat Institute of Medicine (IOM) mengeluarkan pernyataan : *To Err is Human : Building a Safer Health Systems* di tahun 1999. Hal ini direspon oleh WHO dengan membentuk *World Alliance for Patient Safety* dengan tujuan memperkenalkan *Patient Safety Goal "First Do No Harm"* dan dengan tujuan menurunkan mortalitas dan morbiditas pasien. Indonesia melalui PERSI merespon pernyataan IOM dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit di tahun 2005.

Menurut (Kohn, 2003) *patient safety* adalah pencegahan terjadinya risiko yang tidak diharapkan pada pasien, dan berfokus pada :

- 1) mencegah terjadinya error
- 2) belajar dari error yang terjadi
- 3) membangun budaya *safety* dengan melibatkan seluruh staf kesehatan dan pasien (Kohn and Corrigan, 1999)

Menurut KKP-RS, keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, yang meliputi asesmen risiko, identifikasi risiko, pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak-lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko lain. Pengelolaan keselamatan pasien di Rumah Sakit dimulai dari perencanaan program keselamatan pasien Rumah Sakit, yang biasanya terwujud dalam :

- 1) Pembentukan Komite atau Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dalam penerapannya disusun sebuah program keselamatan pasien dengan indikator mutu keselamatan pasien
- 2) Pelaporan Insiden : Pelaporan insiden memiliki peran penting, yaitu:
 - untuk menjamin tanggung jawab penjual jasa dalam memberikan layanan, namun juga
 - menyediakan informasi dan melakukan peningkatan mutu keselamatan pasien (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008). Di Amerika, beberapa langkah pelaporan insiden telah diterapkan, diantaranya : Med Watch, Medication Errors Reporting (MER) Program, MedMARX Program

3) Monitoring dan evaluasi

b. Keselamatan Pasien dalam Farmasi

Thomas R. Brown dan The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2013) menetapkan ruang lingkup sistem keselamatan pasien, khususnya pelayanan farmasi meliputi : sistem seleksi, sistem penyimpanan sampai distribusi, sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (order & transcribing), sistem persiapan, labelisasi, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien serta edukasi, dan penggunaan obat oleh pasien (administration), dan monitoring (Brown, 2006). Ruang lingkup sistem keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik apabila dilakukan langkah-langkah yang menunjang operasional, khususnya di farmasi, yaitu berupa Standar Prosedur Operasional (SPO), agar kinerja dapat efektif dan efisien. Menurut Stup, SPO adalah rangkaian instruksi tertulis yang mendokumentasikan kegiatan atau proses rutin organisasi (Stup, 2011)

c. Keselamatan Pasien dan Sumber Daya Manusia

Reason (1997) mengemukakan bahwa kesalahan manusia (human error) dikategorikan dengan istilah :

- 1) *A mistakes* : kesalahan yang diakibatkan tidak melaksanakan aturan yang ada atau tidak menjalankan dengan benar sesuai rencana yang telah dibuat.
- 2) *A lapse* : kesalahan manusia dalam mengingat dan tidak selalu harus muncul dalam perilaku sehari-hari
- 3) *A Slips* : kurangnya perhatian yang mengakibatkan kesalahan dalam melakukan penerapan pekerjaan yang sudah ditentukan. Reason juga berpendapat bahwa kesalahan manusia juga berperan dalam terjadinya kecelakaan yang dapat berakibat kegagalan laten dan aktif. Kegagalan laten dapat terjadi akibat faktor organisasi, pola supervisi dan faktor prakondisi yang mendukung terjadinya tindakan tidak aman.

B. Tinjauan Umum Standar Pemberian obat

Standar pemberian obat merupakan suatu pedoman dalam pemberian terapi agar kesalahan pemberian tidak terjadi, efek samping dapat dicegah / ditanggulangi, dan reaksi yang tidak diinginkan dapat diatasi (Huges, 2008). Dalam pelaksanaannya ada beberapa standar dalam pemberian obat yang telah berkembang dalam dunia keperawatan sampai saat ini.

Menurut Fundamental of nursing (2010), prinsip pemberian obat 10 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan perihal medikasi

klien, benar hak klien untuk menolak, benar pengkajian, dan benar evaluasi, Adapun prinsip pemberian obat sesuai dengan prinsip 12 benar adalah prinsip pemberian obat yang berpedoman pada prinsip 12 benar pemberian obat yaitu benar klien, benar obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian, benar cara pemberian (rute), benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan perihal medikasi klien, benar hak klien untuk menolak, benar pengkajian, benar evaluasi, benar reaksi terhadap makanan, dan benar reaksi dengan obat lain. (Edoprata, 2011)

Dari beberapa teori diatas, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) menetapkan standar pemberian obat dengan memperhatikan :

1. Tepat pasien: Tepat pasien dalam pemberian obat maksudnya obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mengidentifikasi kebenaran obat dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien. Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain

seperti menanyakan langsung kepada keluarganya, bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya. (Deniza, 2012)

2. Tepat obat : Benar obat berarti menerima obat yang telah diresepkan, baik oleh dokter, dokter gigi, atau petugas kesehatan yang sudah mendapatkan izin seperti staf farmasi yang sudah berpengalaman yang berwenang untuk mengorder obat. Obat mempunyai nama dagang dan nama generik, jadi apabila ada obat dengan nama dagang yang asing ditemui, harus diperiksa nama generiknya. Bila ada keraguan, hubungi dokternya (Tambayong, 2012). Staf farmasi harus tanggap dan memperhatikan dengan teliti terhadap beberapa obat yang bila disebutkan terdengar mirip dan ejaan yang terlihat sama, contoh: digoxin dengan digitoxin. Staf farmasi harus membaca label obat dengan hati-hati (Deniza, 2012).
 - a. Cek permintaan obat dari segi kelengkapan dan dapat dibaca dengan jelas. Jika order tidak lengkap dan tidak terbaca, beritahu dokter penanggung jawabnya
 - b. Ketahui alasan kenapa pasien mendapatkan obat.
 - c. Cek label obat sebanyak tiga kali sebelum obat diberikan:
 - Lihat kemasan obat.
 - Membaca permintaan obat dan memperhatikan kemasan sebelum obat dituang.

- Mengembalikan kemasan setelah obat dituang ke lemari obat.
 - d. Mengetahui tanggal obat diorder dan tanggal akhir pemberian seperti: pemberian antibiotic (Tambayong., 2012)
3. Tepat dosis: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/mengoplos obat. Untuk menghindari kesalahan pemberian obat dan agar perhitungan obat benar untuk diberikan kepada pasien maka penentuan dosis harus diperhatikan dengan menggunakan alat standar seperti alat untuk membelah tablet, spuit atau sendok khusus, gelas ukur, obat cair harus dilengkapi alat tetes. Beberapa hal yang harus diperhatikan:
- a. Melihat batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu.
 - b. Farmasis harus teliti dalam menghitung secara akurat jumlah dosis yang akan diberikan dengan mempertimbangkan berat badan klien (mg/BB/hari), dan dosis obat yang diminta/ diresepkan, dan tersedianya obat. Jika ragu-ragu, dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain.
 - c. Dosis yang diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan.

- d. Dosis yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kondisi pasien
4. Tepat waktu: Mengecek kesesuaian waktu dan frekuensi pemberian dengan resep atau pesanan dengan mempertimbangkan lama kerja obat dan efektivitas obat. (Edoprata, 2011), menyatakan bahwa jika obat diintruksikan harus diberikan pada interval waktu tertentu, pemberian obat oleh farmasis tidak boleh lebih dari 30 menit, jika pemberian lebih 30 menit dari waktu yang ditentukan maka bioavailabilitas (kemampuan kecepatan obat untuk menyerap ke dalam sirkulasi sistemik) dari obat mungkin terpengaruh.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menerapkan benar waktu dan frekuensi pemberian obat :

- a. Perhatikan simbol tertentu, seperti "a.c atau ante cimum" (obat diminum satu jam sebelum makan) untuk memperoleh kadar yang dibutuhkan dan "p.c atau post cimum" (obat harus diminum sesudah makan) agar terhindar dari iritasi berlebihan pada lambung (contohnya, indometasin) atau supaya diperoleh kadar darah yang lebih tinggi (contohnya, griseofulvin bila diberi bersama makanan berlemak) (Tambayong., 2012)
- b. Perhatikan kontraindikasi pemberian obat. Hal ini berlaku untuk banyak antibiotik. Contoh: tetrasiklin dikhelasi

(berbentuk senyawa tidak larut) jika diberi bersama susu atau makanan tertentu, akan mengikat sebagian besar obat tersebut sebelum diserap (Tambayong., 2012)

- c. Antibiotika diberikan dalam rentang yang sama (misal, setiap 8 jam dalam 24 jam).
 - d. Periksa tanggal kadaluarsa. Obat baru (pengganti) diletakkan di belakang atau di bawah sehingga obat yang lama tetap terpakai dan tidak menjadi kadaluarsa. Bila obat dalam bentuk cairan, perhatikan perubahan warna (dari bening menjadi keruh) dan tablet menjadi basah (Tambayong., 2012)
5. Tepat cara pemberian: memberikan obat pada rute yang telah diresepkan atau diintruksikan tetapi jika diresep tersebut tidak terdapat rute pemberian obat maka staf farmasi harus memberikan keterangan rute tersebut pada etiket obat, staf farmasi harus memahami perbedaan antara rute seperti tingkat penyerapan, sehingga apabila rute yang diintruksikan tidak sesuai dengan cara yang direkomendasikan, mereka dapat mengingatkan dan mengkonfirmasi ulang ke dokter (Perwitasari, 2012). Faktor yang menentukan cara pemberian terbaik ditentukan oleh tempat kerja obat yang diinginkan, sifat fisik dan kimiawi obat, kecepatan respon yang diinginkan, dan keadaan umum pasien :

- Inhalasi yaitu pemberian obat melalui saluran pernafasan yang memiliki epitel untuk absorpsi yang sangat luas sehingga berguna untuk pemberian obat secara lokal pada salurannya
- Rektal yaitu pemberian obat melalui rektum yang berbentuk enema atau supositoria yang memiliki efek lebih cepat dibandingkan pemberian obat dalam bentuk oral. Pemberian rektal dilakukan untuk memperoleh efek lokal seperti pasien yang tidak sadar/kejang (stesolid supp), hemoroid (anusol), konstipasi (dulcolax supp).
- Topikal yaitu pemberian obat melalui membran mukosa atau kulit misalnya tetes mata, spray, krim, losion, salep.
- Parenteral yaitu pemberian obat yang tidak melalui saluran cerna atau diluar usus yaitu melalui vena (perinfus/perset).
- Oral adalah rute pemberian obat yang paling banyak dipakai karena aman, nyaman, dan ekonomis dan obat juga dapat diabsorpsi melalui rongga mulut seperti Tablet ISDN (Kozier, B. Erb, G. & Blais, K. (1997).

Menurut Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinis Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI (Direktoran Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, 2008), kategori salah dalam pemberian obat adalah :

1. Pasien mengalami reaksi alergi
2. Kontra-indikasi
3. Obat kadaluarsa
4. Bentuk sediaan yang salah
5. Frekuensi pemberian yang salah
6. Label obat salah / tidak ada . tidak jelas
7. Informasi obat kepada pasien yang salah / tidak jelas.
8. Obat diberikan kepada pasien yang salah
9. Cara menyiapkan obat yang salah.
10. Jumlah obat yang tidak sesuai
11. Rute pemberian yang salah
12. Cara penyimpanan yang salah
13. Penjelasan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah.

Pelayanan Farmasi juga memperhatikan adanya good pharmacy practice (GPP), dimana menurut Ali Mashuda, kerjasama antara Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia, Good Pharmacy Practice (GPP) yang baik, meliputi : (Mashuda, 2011):

1. Skrining Resep (oleh Apoteker)
 - a. Melakukan pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan resep yaitu nama dokter, nomor ijin praktek serta nama, alamat, tanggal penulisan resep, tanda-tangan atau paraf

dokter serta nama, alamat, umur, jenis kelamin, dan berat badan pasien.

- b. Melakukan pemeriksaan kesesuaian farmasetik, yaitu benar sediaan, frekuensi, dosis, kekuatan, stabilitas, cara dan lama pemberian obat.
- c. Mengkaji aspek klinis dengan cara melakukan asesmen pasien yaitu adanya alergi, efek samping, interaksi, kesesuaian, keluhan pasien dan hal lainnya yang terkait dengan kajian aspek klinis.
- d. Menetapkan ada tidaknya DRP dan membuat keputusan profesi
- e. Mengkomunikasikan ke dokter tentang masalah resep apabila diperlukan

2. Penyiapan sediaan Farmasi (oleh Apoteker)

- a. Menyiapkan sediaan farmasi dan alat kesehatan sesuai dengan permintaan pada resep
- b. Menghitung kesesuaian dosis dan tidak melebihi dosis maksimum
- c. Mengambil obat dan membawanya dengan menggunakan sarung tangan / spatula / sendok
- d. Menutup ulang tempat obat setelah pengambilan dan mengembalikan ke tempat semula
- e. Mencatat pengeluaran obat pada kartu stok

- f. Menyiapkan etiket warna putih untuk obat dalam atau warna biru untuk obat luar
- g. Menulis nama pasien, nomor resep, tanggal resep, cara pakai sesuai permintaan pada resep serta informasi informasi lainnya.

3. Penyerahan Sediaan Farmasi (oleh Apoteker)

- a. Melakukan pengecekan akhir sebelum dilakukan penyerahan pada pasien
- b. Membuat salinan resep sesuai dengan resep asli (bila perlu)
- c. Memanggil nama dan nomor tunggu pasien
- d. Memeriksa identitas dan alamat pasien
- e. Menyerahkan obat yang disertai pemberian informasi obat
- f. Meminta pasien untuk mengulang informasi yang telah disampaikan
- g. Menyimpan resep
- h. Mendokumentasikan tindakan apoteker
- i. Monitoring ke pasien tentang keberhasilan terapi, dsb.

C. Tinjauan Umum Staf Farmasi

Tenaga kefarmasian atau staf farmasi merupakan tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri dari apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Sedangkan tenaga teknis kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas serjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi, dan tenaga menengah farmasi/asisten apoteker (Peraturan Pemerintah No.51 Tahun 2009).

Untuk rumah sakit kelas B proporsi tenaga kefarmasian yang dibutuhkan paling sedikit terdiri atas :

- a. Satu orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit
- b. Empat orang apoteker yang bertugas di rawat inap yang dibantu paling sedikit delapan orang tenaga teknis kefarmasian
- c. Empat orang apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu paling sedikit delapan orang tenaga teknis kefarmasian
- d. Satu orang apoteker yang bertugas di instalasi gawat darurat yang dibantu paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian
- e. Satu orang apoteker yang bertugas di ruang ICU yang dibantu paling sedikit dua orang tenaga teknis kefarmasian

- f. Satu orang apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit
- g. Satu orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap dan rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 2014)

D. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan

Kepatuhan adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekuensinya dan menyetujui rencana tersebut serta melaksanakannya (KEMENKES, 2009).

Sedangkan menurut (Departemen Kesehatan RI, 2004) Kepatuhan adalah ketaatan seseorang pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan merupakan suatu permasalahan bagi semua disiplin kesehatan, salah satunya pelayanan perawatan dirumah sakit. Tingkat kepatuhan adalah kepatuhan petugas dalam pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Kepatuhan sebagai proses yang dinamis, dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak berdiri sendiri, memerlukan

suatu kombinasi strategi promosi, membutuhkan sebuah tim yang terdiri dari multidisiplin profesi yang terintegritas dan dapat bekerjasama dengan baik dalam memberikan perawatan yang komprehensif berkesinambungan.

Menurut Smith, (2004), faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan standar pemberian obat yaitu faktor lingkungan kerja (seperti lingkungan fisik, kesibukan kerja dan gangguan/interupsi); faktor petugas kesehatan (seperti beban kerja, komunikasi, pengetahuan, dan budaya kerja), dan faktor pasien.

Menurut O'shea E., (1999) faktor penyebab medication error yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan standar pemberian obat dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Kemampuan matematika perawat
2. Pengetahuan perawat mengenai obat-obatan
3. Lamanya pengalaman perawat
4. Lamanya waktu pergantian perawat
5. Beban kerja dan jumlah staff
6. Sistem pengantaran
7. Pemberian obat oleh perawat Kebijakan dan prosedur
8. Gangguan dan interupsi
9. Kualitas resep

Sedangkan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan standar pemberian obat dapat menurut Cohen (1999) adalah

1. Komunikasi yang buruk, baik secara tertulis (dalam resep) maupun a. secara lisan (antar pasien, dokter dan apoteker).
2. Sistem distribusi obat yang kurang mendukung (sistem komputerisasi, sistem penyimpanan obat, dan lain sebagainya).
3. Sumber daya manusia (kurang pengetahuan, pekerjaan yang berlebihan).
4. Edukasi kepada pasien kurang.
5. Peran pasien dan keluarganya Kurang

E. Tinjauan Umum Tentang Faktor – Faktor Yang Berpengaruh

Kepatuhan Penerapan Standar Pemberian Obat

Institute Of Medicine melalui laporannya *To Err Is Human : Building A Safer Health System* menekankan bahwa yang meningkatkan pencegahan terhadap insiden adalah berupa faktor yang sistemik artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat dokter, atau tenaga kesehatan lain (Dyer et al, 2008). Laporan tersebut juga memberi perhatian pada faktor komunitas manusia yang terlibat pada masalah pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing-masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan

bagaimana kebijakan serta tindakan yang diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya (Rosita Jayanti et al. 2017)

Berdasarkan penelitian Sunol et al (2009), mengatakan bahwa struktur dan rencana untuk keselamatan (termasuk tanggung jawab mengenai manajemen keselamatan pasien) perlu dikembangkan dengan baik. Dalam studi ini sebagian besar tidak mematuhi strategi keselamatan pasien dasar misalnya, menggunakan gelang untuk identifikasi pasien dewasa dan label obat yang benar. Hal ini juga menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terjadinya insiden.

Menurut (Depkes, 2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi. *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ* mengatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien adalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah SDM, hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat (Rosita Jayanti et al. 2017).

Selain itu dalam Buku Medical Management yang ditulis oleh Markar dan Sullivan (2012), *National Patient Safety Agency* menjelaskan bahwa faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien terdiri atas

faktor pasien, faktor individu, faktor tugas/pekerjaan, faktor komunikasi, faktor kelompok/tim, faktor pendidikan dan pelatihan, faktor peralatan dan sumber daya, faktor kondisi kerja, dan faktor organisasi. Faktor pasien meliputi kondisi klinik, faktor sosial, faktor fisik, faktor psikologis/mental, dan hubungan interpersonal. Faktor individu meliputi keadaan fisik, psikologi, sosial, dan kepribadian. Faktor tugas meliputi pedoman/prosedur, desain pekerjaan. Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal, non-verbal, tertulis, dan elektronik. Faktor tim meliputi peran, kesesuaian, kepemimpinan, dukungan. Faktor pendidikan dan pelatihan yaitu kompetensi. Faktor peralatan dan sumber daya meliputi pengadaan peralatan dan penggunaan. Faktor kondisi kerja meliputi lingkungan, desain lingkungan fisik, dan beban kerja. Faktor organisasi meliputi struktur organisasi, kebijakan, dan budaya keselamatan.

1. *World Health Organization*

Pada (WHO, 2010) mengembangkan 4 kategori faktor dengan 10 topik keselamatan pasien yang relevan.

Tabel 2 Faktor Keselamatan Pasien Pengembangan (2010)

Kategori	Topik
Organisasi/Managerial	1. Budaya Keselamatan 2. Kepemimpinan Manager 3. Komunikasi
Kerja Tim	4. Kerja Tim-Struktur/proses (Dinamika) 5. Team <i>Leadership</i> (Supervisor)
Individual Pekerja <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan Kognitif (berpikir) 	6. Kewaspadaan situasi 7. Pengambilan Keputusan 8. Stres

Kategori	Topik
• Sumber daya manusia	9. Kelelahan
Lingkungan Kerja	10. Lingkungan Kerja dan Bahaya

2. Henriksen

penelitian Henriksen (2008) juga menjelaskan bahwa insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh :

- a. faktor individu seperti beban kerja dan komunikasi
- b. Faktor sifat dasar pekerjaan seperti pengalaman dan kemampuan
- c. Faktor lingkungan fisik meliputi pencahayaan, temperatur
- d. Faktor manajemen seperti pengembangan karyawan yaitu dilakukannya sosialisasi ruti kepada karyawan.

3. Lawrence Green

Lawrence Green (2013) mengemukakan bahwa hal-hal yang berkaitan dan berpengaruh dalam suatu organisasi yang berjalan ialah :

- a. Kepemimpinan
- b. Imbalan
- c. Struktur Organisasi
- d. Kebijakan
- e. Motivasi

4. Virawan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan standar pemberian obat yaitu sumber daya manusia (pendidikan, lama kerja, beban kerja, jenis kelamin, umur, dan status perkawinan), dan kebijakan dan prosedur pelayanan (jumlah sosialisasi dan jumlah audit).

Berdasarkan uraian teori setelah di kolaborasikan, maka penelitian ini akan menggunakan teori (WHO, 2010) yang akan mengkaji tentang faktor sumber daya manusia, pada teori Henriksen (2008) yang dikaji adalah sosialisasi terhadap staf dan teori Virawan (2013) yang akan dikaji adalah kebijakan dilakukannya Audit.

1. Sumber Daya Manusia

Tujuan utama dari manajemen sumber daya manusia menurut Sedarmayanti (2009), adalah untuk meningkatkan kontribusi sumber daya manusia atau karyawan terhadap organisasi dalam rangka mencapai produktifitas organisasi yang bersangkutan. Hal ini dapat dipahami karena semua kegiatan organisasi dalam mencapai misi dan tujuannya, tergantung kepada manusia yang mengelola organisasi itu. Oleh sebab itu sumber daya manusia harus dikelola sedemikian rupa sehingga berdaya guna dan berhasil guna dalam mencapai misi dan tujuan organisasi (Mathis and Jackson 2006).

Dalam suatu organisasi, sumber daya manusia didalamnya yang memberikan reaksi atau respon terhadap kebijakan

ataupun budaya dalam organisasi tersebut. Ada sikap menerima dalam mengikuti segala aturan yang ada pada organisasi, serta sikap menghargai dalam memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek seperti mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Selain itu, seseorang juga mampu bertanggung jawab dalam suatu organisasi menaati ataupun mengikuti kebijakan dan budaya dalam suatu organisasi. Sikap seorang tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden terkait keselamatan pasien di rumah sakit sangatlah penting karena mampu menjadi acuan dalam pencapaian kinerja SDM tersebut (Annisa 2019).

Pengetahuan seorang tenaga kesehatan merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Selain itu, pengetahuan seseorang dijadikan sebagai penilaian terhadap obyek tertentu. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada sebelumnya. Pengetahuan dalam mengenai insiden keselamatan pasien untuk mengetahui bagaimana penerapan pencapaian keselamatan pasien (Annisa, 2019).

Menurut Kuncoro (2012) dalam menerapkan keselamatan pasien di rumah sakit ada beberapa aspek yang harus dibangun, salah satunya yakni aspek pengetahuan. Pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien sangat penting untuk mendorong

pelaksanaan program keselamatan pasien. Berdasarkan laporan FDA Safety (2001), mengungkapkan bahwa yang menjadi kesalahan yang berhubungan dengan faktor manusia antara lain berhubungan dengan kurangnya pengetahuan sebesar 12,3%. Hal yang sama disampaikan oleh Carayon and Alfrado (2007), bahwa tipe error dan bahaya diklarifikasikan menjadi tiga, salah satunya yakni *organizational failure*. Kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan salah satunya yaitu transfer pengetahuan. AHRQ tahun 2003 menyatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien, salah satunya yakni transfer pengetahuan di rumah sakit (WHO, 2009).

2. Sosialisasi

Untuk sosialisasi rumah sakit telah membuat suatu acuan tentang aturan dalam sosialisasi oleh management. Akan dilakukan pengulangan kembali setiap staf, dengan keluwesan dalam penyampaian agar makna dan arti apa yang disosialisasikan dapat dipahami yang akhirnya timbul kepatuhan, salah satunya adalah sosialisasi 6 Benar, dimana sosialisasi yang dilakukan Saat mereka pulang dengan mengambil waktu 10 menit, Ada waktu pada saat tukaran jaga, Saat mereka sedang istirahat makan, dengan tidak mengambil waktu yang banyak, Atau pada saat rapat karyawan di minggu ke 2 setiap bulannya (Virawan, 2013)

3. Audit

Audit klinik adalah suatu kegiatan berkesinambungan penilaian mutu pelayanan yang dilakukan para pemberi jasa pelayanan kesehatan langsung (oleh dokter, perawat, dan atau profesi lain) suatu Rumah Sakit untuk menghasilkan perbaikan-perbaikan jika hasil penilaian menunjukkan bahwa mutu pelayanan mereka ternyata dibawah optimal. Pengertian klinik dalam konteks ini meliputi kelompok medik dan keperawatan, dengan demikian audit klinik dapat merupakan audit medik, audit keperawatan, atau gabungan antara audit medik dan keperawatan. audit keperawatan secara khusus merujuk pada pengkajian kualitas keperawatan klinis yang merupakan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, dengan menggunakan rekam keperawatan dan dilaksanakan oleh profesi keperawatan. Audit keperawatan internal dilakukan oleh organisasi profesi di dalam institusi tempat praktik keperawatan, audit keperawatan eksternal dilakukan oleh organisasi profesi di luar institusi. Kebijakan audit medis di Rumah Sakit didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tanggal 5 April 2005 tentang Pedoman Audit Medis di RS, sedangkan untuk audit keperawatan belum ada kebijakan yang mengatur. Pelaksana Audit Keperawatan di

Rumah Sakit : Direktur Rumah Sakit membentuk tim pelaksana audit keperawatan beserta uraian tugasnya. Tim pelaksana dapat merupakan tim atau panitia yg dibentuk di bawah Komite Keperawatan atau panitia khusus untuk itu. Pelaksana audit keperawatan di RS dapat dilakukan oleh Komite Keperawatan, Sub Komite (Panitia) Peningkatan Mutu Keperawatan atau Sub Komite (Panitia) Audit Keperawatan Pelaksana audit keperawatan wajib melibatkan bagian rekam keperawatan Pelaksana audit wajib melibatkan SMF mulai dari pemilihan topik, penyusunan standar & kriteria serta analisa hasil audit keperawatan. Apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa hasil audit keperawatan & memberikan rekomendasi khusus. Untuk audit keperawatan dan farmasi dilakukan oleh auditor yang ditunjuk, sebelumnya harus melakukan komunikasi dulu dengan yang diaudit, karena saat audit belum tentu mereka akan bertemu kalau secara mendadak, disini jelas peran besar auditor untuk lebih komunikasi dengan yang akan diaudit sehingga tidak perlu harus mengulang audit apabila telah di informasikan sebelumnya.

F. Tinjauan Umum Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (*UU RI No.44, 2009*).

Menurut WHO, Rumah Sakit adalah bagian menyeluruh dari organisasi sosial dan medis berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap (komprehensif) yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative kepada masyarakat, dimana pelayanan keluarnya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan, serta merupakan pusat latihan tenaga kesehatan dan penelitian biososial. Milton Roemer dan Friedrian dalam buku *Doctor in Hospital (1971)* menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya punya lima fungsi. Pertama harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik, dan terapeutiknya serta meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi. Kedua : rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan. Ketiga: rumah sakit punya tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan. Keempat: rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan. Kelima: rumah sakit

b. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan sistem pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit, di abad ke 21, dalam rangka mengurangi angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan kesehatan, antara lain : (*Institute of Medicine*, 1999)

- a. *Safe*: pelayanan yang mengutamakan keselamatan, menghindari cedera pada pasien akibat perawatan.
- b. *Effective* : menyediakan pelayanan yang berbasis pada ilmu pengetahuan terbaru kepada seluruh pasien.
- c. *Patient-centered* : menyediakan pelayanan yang penuh dengan respek dan selalu tanggap akan kebutuhan pasien dan memastikan nilai-nilai pelayanan pasien.
- d. *Timely* : memberikan pelayanan secara tepat waktu dan mengurangi keterlambatan yang dapat membahayakan bagi pemberi layanan atau penerima layanan.
- e. *Efficient* : menggunakan semua peralatan untuk pelayanan secara cukup, menghindari produksi sampah berlebihan.
- f. *Equitable* : menyediakan perawatan yang tidak membedakan antara suku, jenis kelamin, geografis, dan status sosial ekonomi.

Menurut (KEMENKES, 2009) dalam UU No.44 Tahun 2009 Bab II, pasal 2, Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas,

manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Berdasarkan Pasal 4 dan 5, UU No.44 Tahun 2009, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, Rumah Sakit mempunyai fungsi antara lain:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

c. Ruang Lingkup Rumah Sakit

Ruang lingkup pelayanan rumah sakit terbagi menjadi 2, yaitu pelayanan kesehatan (klinik) dan pelayanan manajerial (administrasi)

(KEMENKES, 2009). Pada pelayanan kesehatan (klinik), pelayanan rumah sakit terbagi :

a) Pelayanan medik,

Pelayanan yang diberikan oleh seorang dokter, baik umum maupun spesialis. Contohnya : Pelayanan Rawat Jalan, rawat inap, gawat darurat, rehabilitasi medik.

b) Penunjang medik,

Pelayanan yang berfungsi membantu tim medis dalam memberikan pelayanan, contohnya : Laboratorium, farmasi, radiologi dan imaging, kamar operasi,

c) Penunjang non-medik.

Pelayanan pendukung yang berfungsi membantu kelancaran fungsi rumah sakit, contohnya : Gizi, laundry, sarana dan prasarana, logistik. Pada pelayanan manajerial, rumah sakit melakukan pelayanan dibidang informasi, pemasaran, mutu, sumbe daya manusia, logistik, kesehatan dan keselamatan kerja.

G. Penelitian Terdahulu

Tabel 3 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
1.	(Virawan, 2012)	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Staff Perawat dan Staff Farmasi Menggunakan Enam Benar dalam Menurunkan Kasus Kejadian yang Tidak Diharapkan dan Kejadian Nyaris Cedera di RSUD Surya Husada	Variabel Independen Variabel dependen :	Analisa kuantitatif dan kualitatif	Hasil yang didapat adalah adanya hubungan yang bermakna antara benar dosis dengan pendidikan , jenis kelamin dan beban kerja, dan dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa sosialisasi dan audit seharusnya tidak dilakukan saat jam kerja.	-Respdnen staff farmasi -Menganalisis tentang kepatuhan penerapan standar pemberian obat	-Lebih berfokus ke faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan penerapan standar pemberian obat -responden penelitian staff perawat dan staff farmasi -penelitian berfokus pada menurunkan angka kejadian KNC dan KTD dengan menerapkan 6

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
							benar pemberian obat
2	(Retno, 2014)	Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaksanaan Prinsip 12 Benar Dalam Pemberian Obat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr.H.Koesnadi Kabupaten Bondowoso	Variabel Independen : Motivasi Variabel Dependen : 12 benar	Metode observational analitik dan pendekatan cross sectional dengan Uji validitas dan reliabilitas menggunakan Pearson Product Moment dan uji Alpha Cronbach	Mayoritas responden yang mempunyai motivasi rendah, kurang dalam melaksanakan prinsip 12 benar dalam pemberian obat. ada hubungan yang signifikan antara motivasi perawat dengan pelaksanaan prinsip 12 benar dalam pemberian obat.	Peneliti menggunakan variabel standar pemberian obat	-hubungan motivasi perawat dengan penerapan 12 prinsip pemberian obat -di instalasi rawat inap
3	Pratiwi sthepani, aryo dewanto, (2015)	Faktor Penghambat Pelaksanaan SPO 7 Benar dalam Pemberian Obat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit	Variabel Independen : Faktor Penghambat Variabel Dependen : 7 benar dalam pemberian Obat	Metode deskriptif cross sectional dengan form ODD (One Daily Dose), kuesioner, dan observasi dengan	Hasil kuesioner menunjukkan terdapat 89% perawat rawat inap RSPN memiliki pengetahuan yang baik tentang prinsip 7 benar. Perawat juga memiliki sikap yang	-Metode penelitian wawancara, observasi, dan telaah dokumen dan di analilis -peneliti menggunakan variabel standar	-Lebih berfokus ke faktor penghambat pelaksanaan 7 benar dalam pemberian obat -dilakukan di ruang rawat

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
		Panti Nirmala		checklist terhadap responden	baik dalam pelaksanaan pemberian obat berdasarkan tujuh benar dan mau menjalankan prinsip tujuh benar dalam pemberian obat. Hal tersebut disebabkan kurangnya komunikasi yang efektif pada perawat terhadap pasien maupun keluarga.	pemberian obat	inap
4.	Larry K. Golightly, Bonita A. Simendinger, Gerard R. Barber and Medication, (2015)	<i>Compliance With Hospital Medication Management Standards for Safety and Efficacy Information</i>	Variabel Independen : kepatuhan obat Variabel Dependen : keselamatan pasien dan informasi kemanjuran (khasiat)	Metode pada jurnal ini yaitu, deskriptif kualitatif dengan menggunakan data informasi yang tersirat dalam apoteker di Colorado serta keselarasanny	Hasil pada penelitian jurnal ini yakni beberapa produsen obat yang berafiliasi dengan rumah sakit di Colorado (tidak disebutkan), menyebutkan bahwa University Health System Consortium (UHC) dari rumah sakit terafiliasi	Persamaan pada jurnal penelitian ini yaitu mengacu pada penggunaan kepatuhan SOP distribusi obat pada pelayanan kesehatan terkait keselamatan dan keamanan pasien.	Perbedaan pada jurnal penelitian ini dengan penelitian utama yaitu, pada jurnal ini, mengarah pada kepatuhan pihak farmasi dalam mengkonfirmasi informasi

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
				<p>a dengan data jurnal publikasi yang didapatkan secara online dan akses website produsen obat terkait.</p>	<p>yang dipasang pada awal proyek penelitian ini, mengungkapkan bahwa 1 (9%) dari 11 responden secara rutin melakukan pencarian terbatas literatur medis peer-review untuk keselamatan dan informasi kemanjuran. Hal ini memberikan kesimpulan bahwa standar TJC menuntut upaya yang harus dilakukan untuk memenuhi persyaratan untuk ulasan rutin tentang keamanan obat dan informasi kemanjuran.</p>		<p>keamanan serta kemanjuran atau khasiat obat yang pada dasarnya dapat dilihat secara langsung lewat website-website produsen obat terkait. Sedangkan pada penelitian utama ini, mengacu pada prinsip 7 benar dalam pemberian obat pada instalasi farmasi.</p>
5.	Hanna pirinen, (2015)	<i>Registered Nurses'</i>	Independen: pengalaman	deskriptif kualitatif,	Hasil penelitian menunjukkan bahwa	Persamaan penelitian sama-	Penelitian ini hanya

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
		<i>Experiences with the Medication Administration Process</i>	perawat Dependen: Tahapan pemberian obat	dengan sampel purposive yang melibatkan wawancara	RN menghadapi banyak masalah seperti resep samar-samar, masalah dengan teknologi informasi (TI), tidak tersedianya atau ketidakcocokan obat-obatan, sejumlah besar pengganti generik, dan perubahan merek obat. Gangguan dan gangguan mengalir melalui setiap tahapan pemberian obat	sama menggunakan metode penelitian kualitatif dengan wawancara, observasi dan telaah dokumen yang berkaitan dengan pemberian obat	menggambarkan berbagai tahapan pemberian obat dari persepektif perawat, sedangkan penelitian saya menganalisis kepatuhan pemberian obat oleh staf farmasi
6.	Hidayah Karuniawati, Ika Gilar Hapsari, Marwiani Arum and Wahyono, (2016)	Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Farmasi Kategori Lama Waktu Tunggu Pelayanan	Variabel Tunggal : Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Farmasi Dengan atribut waktu tunggu.	Metode pada penelitian ini yaitu non eksperimental dengan rancangan deskriptif (penelitian	Menurut Kepmenkes No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang pelayanan resep baik obat jadi maupun obat racikan yaitu lama waktu tunggu obat	Persamaan penelitian pada jurnal ini dengan penelitian utama yaitu turut menelaah pelayanan obat pada pasien rawat jalan di Rumah	Namun perbedaan jurnal penelitian ini dengan penelitian utama yaitu, pada jurnal ini hanya berpusat pada penebusan obat

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
		Resep Pasien Rawat Jalan Di Rsud Kota Salatiga		survey) terhadap pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Salatiga, teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling dengan total 225 resep yang terdiri dari 78 resep obat racikan dan 147 resep obat jadi atau non racikan.	jadi ≤ 30 menit dan obat racikan ≤ 60 menit , sedangkan hasil pada penelitian ini mengemukakan bahwa waktu tunggu rata-rata obat racikan adalah 9,18 menit dan rata-rata waktu tunggu obat jadi atau obat non racikan adalah 5,70 menit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelayanan resep rawat jalan di RSUD Kota Salatiga sudah memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM)	Sakit.	rawat jalan, sedangkan pada penelitian utama yakni meneliti staf cakupan pelayanan farmasi rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Stella Maris, Makassar.
7.	Shera, Andayani and W, (2017)	Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal	Variabel Tunggal : Pelaksanaan Standar Pelayanan	Metode pada penelitian ini yakni non eksperimental deskriptif	Hasil pada penelitian ini yakni, atribut waktu tunggu telah memenuhi standar (≤ 30 menit dan obat	Persamaan penelitian pada jurnal ini dengan penelitian utama yakni, sama-sama	Perbedaan pada penelitian ini yaitu berdasarkan atribut Standar

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
		Rumah Sakit Bidang Farmasi Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Pemangkat	Minimal Rumah Sakit Variabel Dependen : Keamanan pasien	dengan pendekatan secara kualitatif dan kuantitatif yang diperoleh menggunakan observasi dan wawancara.	racikan adalah ≤ 60 menit), atribut kejadian kesalahan pemberian obat juga telah memenuhi standar dengan hasil 100% tidak adanya kesalahan, dan atribut tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan farmasi juga telah memenuhi standar namun untuk kesesuaian penulisan resep dengan formularium belum memenuhi standar yakni $>80\%$.	berkonsep pada Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Bidang Farmasi.	Pelayanan Minimal Rumah Sakit Bidang Farmasi yang digunakan, jurnal ini menggunakan atribut waktu tunggu, kesalahan pemberian obat, serta kepuasan pelanggan dan penulisan resep sesuai formularium, sedangkan penelitian utama lebih berpusat pada penilaian penerapan 7 benar dalam pemberian obat pada instalasi farmasi.
8.	Saputera, <i>et al</i>	Evaluasi	Variabel	Metode pada	Hasil penelitian pada	Persamaan pada	Perbedaan

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
	(2017)	Pemberian Obat Dalam Penerapan Patient Safety Di RSD Idaman Kota Banjarbaru	Independen : Pemberian obat dengan prinsip <i>patient safety</i> . Variabel Dependen : Keamanan pasien	penelitian ini yakni deskriptif dengan melakukan Pengamatan terkait evaluasi penerapan patient safety	jurnal menunjukkan bahwa penerapan patient safety dalam pemberian obat di RSD Idaman Kota Banjarbaru telah dilaksanakan 100% pada prinsip 5 (benar pasien, obat, dosis, rute, waktu dan frekuensi), dengan pengecualian benar dosis sejumlah 91,2%, angka 91,2% diperoleh karena masih ada faktor Hambatan komunikasi antara petugas farmasi dengan dokter serta masih minimnya sosialisasi terkait SOP serta prinsip benar dalam pemberian obat.	penelitian ini yakni ide utama terkait pengaruh SOP serta prinsip benar dalam pemberian obat diketahui merupakan indikator yang penting bagi keselamatan pasien.	antara jurnal ini dengan penelitian utama yakni, pada jurnal ini, hanya menggunakan 5 prinsip benar, sedangkan pada penelitian utama yakni menggunakan prinsip 7 benar dengan penambahan benar dokumentasi serta informasi.

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
9	Stephan, (2018)	<i>Understanding how nurses experience their responsibility for administering medication according to the 5 right</i>	Variabel Independen : Pengalaman Variabel Dependen : Tanggung jawab penerapan 5 benar	Menggunakan metode deskriptif, kualitatif, semiterstruktur , dan Metode wawancara mendalam	Hasil penelitian : penelitian ini menjelaskan bahwa pengalaman memberi kontribusi dalam menjalankan tanggung jawab penerapan 5 benar. Kepuasan kerja juga berpengaruh dalam penerapan 5 benar dalam administrasi obat.	Peneliti menggunakan variabel 5 benar dalam pemberian obat menggunakan metode penelitian kualitatif, wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.	Peneliti berfokus ke pengalaman perawat dalam penerapan 5 benar dalam pemberian obat
10	Smith <i>et al.</i> , (2019)	<i>Pharmacist Compliance With Therapeutic Guidelines on Diagnosis and Treatment Provision</i>	Variabel Independen : kepatuhan apoteker Variabel Dependen : ketentuan perawatan	Metode penelitian pada jurnal ini yaitu deskriptif analitik yang bersifat kualitatif dengan pengambilan sampel sejumlah 34 untuk mengisi kuesioner yang	Hasil pada penelitian jurnal ini yakni dalam skenario 1 terkait permasalahan hormon darurat kontrasepsi dari staf farmasi. Sedangkan dalam skenario 2, terkait diagnosa yang mengindikasikan bakteri konjungtivitis. Dalam	Persamaan penelitian jurnal ini terhadap penelitian utama yakni masing-masing penelitian berlandaskan pada konsep kepatuhan pihak apoteker dalam mengimplementasi kan pedoman standar pemberian	Sedangkan perbedaan yang cukup signifikan yakni terkait pedoman yang digunakan, jurnal ini menggunakan Pedoman Terapi dan Australian Medicines Handbook, dan

No	Peneliti	Judul penelitian	Variabel	Metode Penelitian	Hasil	Persamaan penelitian	Perbedaan penelitian
				sudah diselaraskan dengan Pedoman Terapi dan Australian Medicines Handbook untuk membuat 2 skenario manajemen kepatuhan obat terhadap ketentuan perawatan.	skenario 1, pengeluaran kontrasepsi hormonal darurat hanya diberikan ketika klien atau pembeli memiliki rujukan dokter, sedangkan 47,7% apoteker diperkirakan telah melanggar rekomendasi tersebut dengan menjual obat hormonal secara bebas. Untuk skenario 2, masing-masing bakteri dan virus konjungtivitis overtreatment terjadi sejumlah 31,3% kasus melibatkan beberapa bentuk overtreatment atau overselling obat.	atau penjualan obat. Pada penelitian jurnal ini, meskipun pasar untuk meracik obat digolongkan sebagai tindakan bebas di Australia, namun penyebarannya harus menunjukkan kelayakan intervensi regulasi yang pada akhirnya berkenaan dengan standar protokol profesional.	pada penelitian utama yakni menggunakan SOP Rumah Sakit Stella Maris, Makassar.

H. Mapping Teori

Mapping Teori Ketepatan Standar Pemberian Obat dalam penelitian ini adalah :

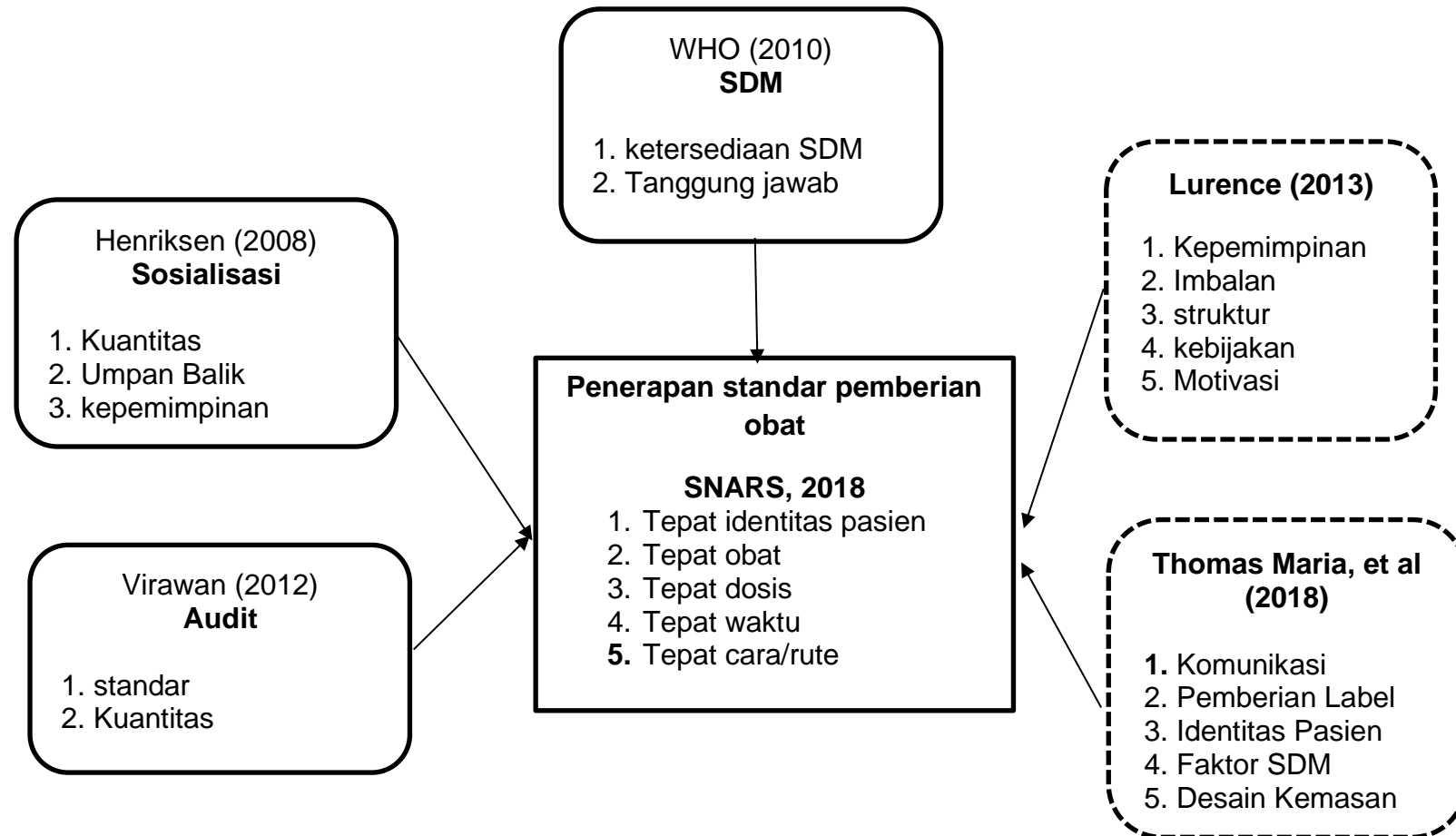


Gambar 2 Mapping teori Standar pemberian obat

I. Kerangka Teori

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini adalah :

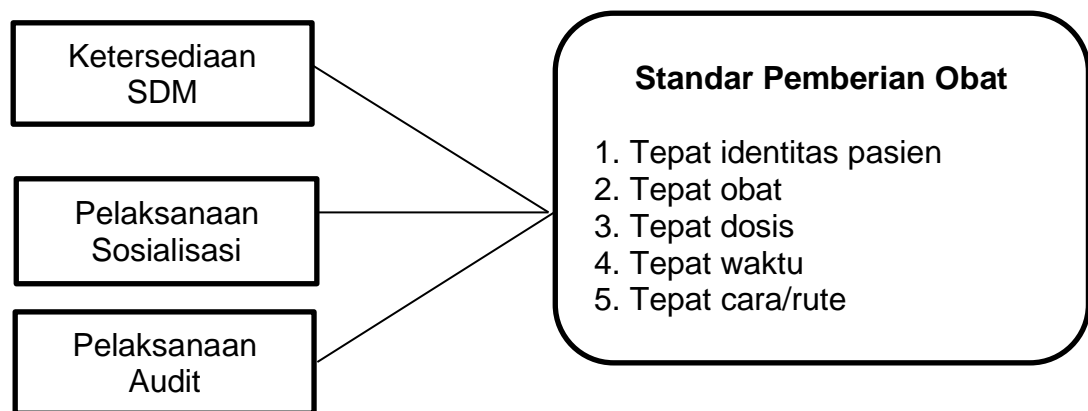
Gambar 3 Kerangka Teori



Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka teori gabungan beberapa teori dan peneliti terdahulu yaitu WHO, 2010; Virawan, 2013; Vhenriksen, 2013 dari teori tersebut disimpulkan bahwa terjadinya kesalahan pemberian obat yang tidak sesuai dengan SNARS 2018 dipengaruhi oleh SDM, pelaksanaan Sosialisasi, dan pelaksanaan Audit.

J. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini, variabel ketersediaan SDM, pelaksanaan Sosialisasi dan pelaksanaan Audit sebagai variabel independen. sedangkan standar pemberian obat sebagai variabel dependen. Hubungan Variabel-variabel tersebut dapat dilihat melalui bagan sebagai berikut :



Gambar 4 Kerangka Konsep

K. Definisi Konseptual

Tabel 4 Definisi Konseptual

DEFINISI KONSEPTUAL				
No.	Variabel	Devinisi Teori	Definisi Konseptual	Alat dan cara pengukuran
1	Standar Pemberian Obat (SNARS 2018)	<p>a. Tepat identitas pasien dalam pemberian obat maksudnya obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mengidentifikasi kebenaran obat dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien (KARS, 2018)</p> <p>b. Tepat obat dalam pemberian obat yaitu menerima obat yang telah diresepkan, baik oleh</p>	<p>mengecek kesesuaian identitas pasien pada resep dengan mencocokkan nama, nomor register, alamat dan program pengobatan pada pasien</p> <p>apabila obat yang diberikan telah diverifikasi sesuai dengan jenis obat dan nama</p>	<p>a. Wawancara mendalam</p> <p>b. Telaah dokumen</p> <p>c. observasi</p>

		<p>dokter, dokter gigi, atau petugas kesehatan yang sudah mendapatkan izin seperti staf farmasi yang sudah berpengalaman yang 30 berwenang untuk mengorder obat (KARS, 2018)</p> <p>c. Tepat dosis obat dalam pemberian obat merupakan Proses Mengecek program terapi pengobatan dari dokter, Mengecek hasil hitungan dosis dengan staf lain (double check), dan Mencampur/ mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/ kemasan obat. (KARS, 2018)</p> <p>d. Tepat waktu dalam pemberian</p>	<p>obat yang terdapat pada resep obat pasien dan label obat.</p> <p>Tepat dosis diperhatikan melalui penulisan resep dengan dosis yang disesuaikan dengan keadaan pasien atau dengan mengecek kesesuaian jumlah obat dengan resep atau pesanan</p> <p>Obat-obatan harus diberikan</p>	
--	--	---	---	--

		<p>obat merupakan Proses Mengecek tanggal kadaluarsa obat dan Memberikan obat dalam rentang 30 menit sebelum sampai 30 menit setelah waktu yang diprogramkan. (KARS, 2018)</p> <p>e. Tepat cara/rute obat dalam pemberian obat merupakan Proses Mengecek cara pemberian pada label/ kemasan obat, Pemberian per oral: mengecek kemampuan menelan, menunggu pasien sampai meminum obatnya dan Pemberian melalui intramuskular: tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan</p>	<p>pada waktu yang tepat untuk memastikan lama kerja obat dan efektivitas obat . Pemberian pada waktu yang salah juga dapat dikategorikan kesalahan dalam pemberian obat</p> <p>Tepat cara pemberian obat adalah apabila obat yang diberikan telah diverifikasi sesuai dengan cara pemberian pada label/kemasan obat</p>	
--	--	---	--	--

		(KARS, 2018)		
2	Ketersediaan SDM	Sumber daya manusia adalah untuk meningkatkan kontribusi sumber daya manusia atau karyawan terhadap organisasi dalam rangka mencapai produktifitas organisasi yang bersangkutan. Oleh sebab itu sumber daya manusia harus dikelola sedemikian rupa sehingga berdaya guna dan berhasil guna dalam mencapai misi dan tujuan organisasi (Mathis & Jackson, 2006).	Analisis kualitas SDM yang dapat menunjang produktivitas Penerapan standar pemberian obat di rumah sakit yang dapat menunjang prduktivitas penerapan keselamatan pasien dalam hal ini mencakup kompetensi SDM dan pelatihan-pelatihan dalam peningkatan kualitas SDM di rumah sakit.	Wawancara
3	Pelaksanaan Sosialisasi	sosialisasi rumah sakit telah membuat suatu acuan tentang aturan dalam sosialisasi oleh management. Akan dilakukan pengulangan kembali setiap staf,	Pelaksanaan sosialisasi standar pemberian obat dirumah sakit yang telah disampaikan kepada staf farmasi oleh komite mutu	Wawancara

		dengan keluwesan dalam penyampaianya agar makna dan arti apa yang disosialisasikan dapat dipahami yang akhirnya meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya kepatuhan (Virawan, 2013)	rumah sakit	
4	Pelaksanaan Audit	Audit adalah suatu kegiatan berkesinambungan penilaian mutu pelayanan yang dilakukan para pemberi jasa pelayanan kesehatan langsung (oleh dokter, perawat, dan atau profesi lain) suatu Rumah Sakit untuk menghasilkan perbaikan-perbaikan jika hasil penilaian menunjukkan bahwa mutu pelayanan mereka ternyata dibawah optimal (Vhenriksen, 2013)	Pelaksanaan audit yang dilakukan oleh manajemen untuk melakukan pengawasan kepada staf.	Wawancara