



TESIS

**HUBUNGAN ANTARA STATUS AKREDITASI RUMAH SAKIT, IMPLEMENTASI
BENAR PEMBERIAN OBAT DAN PERSEPSI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**

PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN RUMAH SAKIT



Oleh :

Saptono Putro

NIM. 156070200111003

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018**

MANUSKRIP

**HUBUNGAN ANTARA STATUS AKREDITASI RUMAH SAKIT, IMPLEMENTASI
BENAR PEMBERIAN OBAT DAN PERSEPSI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**

PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN RUMAH SAKIT



Oleh :
Saptono Putro
NIM. 15607020011003

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018**



TESIS

Hubungan antara Status Akreditasi Rumah Sakit, Implementasi Benar Pemberian Obat dan Persepsi Insiden Keselamatan Pasien

Oleh :

Saptono Putro

Dipertahankan di depan penguji

Pada Tanggal : 30 Juli 2018

Dan dinyatakan memenuhi syarat

Komisi Pembimbing,


Dr. dr. Siswanto, MSc
Ketua


dr. Viera Wardhani, MKes
Anggota

Komisi Penguji,


dr. Rohma Mulyaningsari, MMRS
Anggota

Malang, 30 Juli 2018
Universitas Brawijaya
Fakultas Kedokteran
Dekan,



Dr. dr. Sri Andarini, MKes
NIP. 195804141987012001

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 30 Juli 2018

Mahasiswa,



6000
ENAM RIBU RUPIAH

Nama : Saptono Putro

NIM : 156070200111003

PS : Manajemen Rumah Sakit

PPSFKUB

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karuniaNya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul **“Hubungan antara Status Akreditasi Rumah Sakit, Implementasi Benar Pemberian Obat dan Persepsi Insiden Keselamatan Pasien”**. Penulisan tesis ini merupakan salah satu prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. dr. Siswanto, M.Sc dan dr. Viera Wardhani, MKes selaku pembimbing, yang telah membimbing, mengarahkan, memberikan saran dan dorongan dengan penuh perhatian dan kesabaran kepada penulis. Serta semua pihak yang telah membantu dalam kelancaran proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu bimbingan, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan, sehingga penulis dapat membenahi diri dan menjadi lebih baik. Semoga tesis ini memberikan manfaat kepada penulis dan juga pihak yang lainnya.

Malang, Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

SAPTONO PUTRO, 15607020011003, Magister Manajemen Rumah Sakit, Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, Hubungan antara Status Akreditasi Rumah Sakit, Implementasi Benar Pemberian Obat dan Persepsi Insiden Keselamatan Pasien, Komisi Pembimbing, Ketua: DR. dr. Siswanto, M.Sc, Anggota: dr. Viera Wardhani, MKes.

Akreditasi rumah sakit memberikan panduan implementasi standar manajemen mutu termasuk manajemen pengelolaan obat untuk mengurangi insiden keselamatan pasien (IKP). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan implementasi benar pemberian obat dan persepsi IKP berdasar status akreditasi rumah sakit. Penelitian ini menggunakan metode survei dengan pendekatan analitik *cross sectional*, yang membandingkan implementasi benar obat dan persepsi IKP pada 2 rumah sakit tipe D yang berbeda status akreditasinya di wilayah Malang Raya. Pengukuran implementasi benar pemberian obat dan persepsi IKP dilakukan menggunakan kuesioner tertutup pada 36 perawat dan 99 pasien rumah sakit perdana serta 41 perawat dan 96 pasien rumah sakit paripurna. Analisis dilakukan dengan uji *Mann Whitney Z test* dan uji *Rank Spearman test*. Kedua rumah sakit menunjukkan tingkat implementasi benar pemberian obat yang baik dan persepsi IKP yang rendah meskipun rumah sakit terakreditasi perdana menunjukkan gambaran yang lebih baik dibandingkan rumah sakit terakreditasi paripurna. Pada rumah sakit dengan akreditasi perdana menunjukkan bahwa semakin baik implementasi benar pemberian obat maka semakin rendah persepsi IKP menurut perawat maupun pasien. Tidak didapatkan hubungan serupa pada rumah sakit dengan status akreditasi paripurna, dimana tidak ada perbedaan tingkat implementasi benar pemberian obat dan persepsi IKP menurut perawat maupun pasien.

Kata kunci : Status akreditasi rumah sakit, implementasi benar pemberian obat, persepsi insiden keselamatan pasien

Abstract

SAPTONO PUTRO, 156070200111003, Postgraduate Program in Hospital Management, Faculty of Medicine, University of Brawijaya, Malang, *The Association between Hospital Accreditation Status, Implementation of Right Medication Procedure, and Perceived Patient Safety Incident*. Supervisor: DR. dr. Siswanto, M.Sc. Co-supervisor: dr. Viera Wardhani, MKes.

Hospital accreditation provides guidelines for implementing quality management standards including drug management management to reduce the incidence of patient safety (IPS). This study aims to determine the difference between the right implementation of drug administration and the perceived of IPS based on hospital accreditation status. This research using a survey method with cross sectional analytical approach, which compares the correct implementation of the drug and IPS perception in 2 type D hospitals with different accreditation status in the Greater Malang area. Measurements of the correct implementation of drug administration and IPS perceptions were carried out using a closed questionnaire on 36 nurses and 99 primary hospital patients and 41 nurses and 96 full hospital patients. Analysis was carried out by Mann Whitney Z test and Rank Spearman test. Both hospitals showed the correct level of implementation of good drug delivery and low IPS perception even though the first accredited hospital showed a better picture than plenary accredited hospitals. In hospitals with initial accreditation shows that the better the right implementation of drug administration, the lower the perception of IPS according to nurses and patients. There was no similar relationship in the hospital with full accreditation status, where there was no difference in the level of true implementation of drug administration and IPS perception according to nurses and patients.

Keywords: *Hospital accreditation, right medication implementation, perceived patient safety incident*



Abstract

SAPTONO PUTRO, 156070200111003, Postgraduate Program in Hospital Management, Faculty of Medicine, University of Brawijaya, Malang, *The Association between Hospital Accreditation Status, Implementation of Right Medication Procedure, and Perceived Patient Safety Incident*. Supervisor: DR. dr. Siswanto, M.Sc. Co-supervisor: dr. Viera Wardhani, MKes.

Hospital accreditation provides guidelines for implementing quality management standards including drug management management to reduce the incidence of patient safety (IPS). This study aims to determine the difference between the right implementation of drug administration and the perceived of IPS based on hospital accreditation status. This research using a survey method with cross sectional analytical approach, which compares the correct implementation of the drug and IPS perception in 2 type D hospitals with different accreditation status in the Greater Malang area. Measurements of the correct implementation of drug administration and IPS perceptions were carried out using a closed questionnaire on 36 nurses and 99 primary hospital patients and 41 nurses and 96 full hospital patients. Analysis was carried out by Mann Whitney Z test and Rank Spearman test. Both hospitals showed the correct level of implementation of good drug delivery and low IPS perception even though the first accredited hospital showed a better picture than plenary accredited hospitals. In hospitals with initial accreditation shows that the better the right implementation of drug administration, the lower the perception of IPS according to nurses and patients. There was no similar relationship in the hospital with full accreditation status, where there was no difference in the level of true implementation of drug administration and IPS perception according to nurses and patients.

Keywords: *Hospital accreditation, right medication implementation, perceived patient safety incident*



DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Pengesahan	
Halaman Identitas Tim Penguji	
Halaman Pernyataan Orisinalitas Tesis	
Halaman Lembar Persembahan	
Halaman Riwayat Hidup	
Halaman Ucapan Terima Kasih	
Abstrak	i
<i>Abstract</i>	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Lampiran	x
Daftar Singkatan	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8



BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 9

2.1 Akreditasi Rumah Sakit 9

2.2 Keselamatan Pasien 10

2.3 Insiden Keselamatan Pasien dan Jenisnya..... 11

2.4 Manajemen dan Penggunaan Obat..... 13

2.5 Prinsip benar dalam Pemberian Obat..... 13

2.6 Peran Perawat dalam Pemberian Obat 15

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN 17

3.1 Kerangka Konsep Penelitian 17

3.2 Hipotesis Penelitian 17

BAB IV METODE PENELITIAN 19

4.1 Desain Penelitian 19

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian..... 19

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian 20

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional 21

4.5 Instrumen dan Materi Penelitian 24

4.6 Prosedur Penelitian 25

4.7 Analisis Data 27

BAB V HASIL PENELITIAN..... 28

5.1 Gambaran Karakteristik Responden..... 28

5.2 Gambaran Implementasi Benar Pemberian Obat 31

5.3 Gambaran Persepsi Insiden Keselamatan Pasien..... 34

5.4 Hubungan Implementasi Benar Pemberian Obat, Insiden

Keselamatan Pasien dan Status Akreditasi Rumah Sakit menurut

Persepsi Perawat dan Pasien..... 35

5.5	Hubungan Implementasi Benar Pemberian Obat dengan Insiden Keselamatan Pasien	38
BAB VI PEMBAHASAN.....		40
6.1	Karakteristik Responden	40
6.2	Implementasi Benar Pemberian Obat	41
6.2.1	Implementasi benar pemberian obat menurut perawat	41
6.2.2	Implementasi benar pemberian obat menurut pasien	47
6.3	Persepsi Insiden Keselamatan Pasien menurut perawat	49
6.4	Perbedaan Implementasi Benar Pemberian Obat, Insiden Keselamatan Pasien dan Status Akreditasi Rumah Sakit menurut Persepsi Perawat dan Pasien.....	53
6.5	Hubungan Implementasi Benar Pemberian Obat dengan Insiden Keselamatan Pasien	57
6.6	Implikasi Penelitian.....	59
6.7	Keterbatasan Penelitian	60
BAB VII PENUTUP		61
7.1	Kesimpulan	61
7.2	Saran	61
DAFTAR PUSTAKA.....		63
LAMPIRAN.....		69

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien semakin menjadi isu yang penting dalam pelayanan kesehatan dengan tingginya insiden keselamatan pasien. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) didefinisikan sebagai kejadian atau situasi yang berakibatkan atau berpotensi menimbulkan penyakit, cedera, cacat, kematian, yang tidak semestinya terjadi (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008).

Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999 melaporkan Kejadian tidak diharapkan pada penderita rawat inap di Amerika Serikat (Simamora, 2011).

Di Amerika Serikat sekitar 98.000 orang meninggal karena IKP dan 7.000 kasus diantaranya karena *medication error*. Pada tahun 2000 IOM Amerika melansir bahwa di Utah dan Colorado dilaporkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dimana 6,6% meninggal dunia. Menurut Komite Keselamatan

Pasien Rumah Sakit (2008) yang mengutip dari Kohn LT, et al (2000) di New York didapatkan KTD sebesar 3,7% dengan angka kematian sebesar 3,6%.

Angka ini akibat KTD pasien yang dirawat inap di seluruh Amerika ini sejumlah 33,6 juta setiap tahun. Pada tahun 2004 WHO melaporkan angka penelitian di rumah sakit beberapa negara yaitu Australi, Denmark, Amerika Serikat, Inggris, didapatkan KTD dengan bentang nilai 3,2% – 16,6% (KPRS, 2008).

Dalam proses pelayanan farmasi, *medication error* menempati kelompok urutan pertama insiden keselamatan pasien (Depkes, 2008). Konggres Persi (2007) dalam Laporan Peta Nasional IKP menunjukkan bahwa *medication error* merupakan kejadian yang paling sering terjadi (24,8%) diantara 10 besar IKP yang dilaporkan (Depkes, 2008). Penelitian yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa *medication error* terjadi pada proses peresepan (5%-19%), *dispensing* oleh farmasis (2,1% - 11%), pemberian obat kepada pasien (5% - 19%) (Alimin, 2012). Angka tersebut lebih tinggi dari standar Departemen Kesehatan untuk kejadian kesalahan pemberian obat yaitu 0% (Depkes, 2007).

Angka *medication error* yang sangat bervariasi didapatkan juga di negara lain. Sebanyak 45 penelitian yang dilakukan di negara Timur Tengah menemukan variasi angka kesalahan *prescribing* (peresepan) sebesar 7,1% sampai 90,5%, kesalahan administrasi sebesar 9,4% sampai 80%. Kesalahan paling sering pada peresepan adalah dosis obat yang tidak tepat (0,15% - 34,8%), frekuensi pemberian obat yang tidak tepat (Alsulami et al., 2013). Penelitian lain yang dilakukan oleh Dedefo di Ethiopia mendapatkan *medication error* 175 dari 225 kasus (75,1%). *Medication error* (kesalahan pengobatan) terdiri dari salah dosis (23,0%), diikuti oleh salah obat (21,2%) dan salah jadwal (15,4%) (Dedefo et al., 2016).

Jenis *prescribing error* dapat berupa kesalahan dosis dan penulisan dosis, ketidakjelasan dan ketidaklengkapan penulisan resep serta ketidaklengkapan administrasi. Jenis *dispensing error* yang ditemukan antara lain salah baca resep obat karena *Looks Alike Sounds Alike* (LASA), kesalahan jumlah obat, ketidaksesuaian obat dengan resep, ketidaktepatan dosis yang diberikan dan kesalahan bentuk sediaan obat. *Administration error*, dapat berupa cara dan

waktu pemberian yang tidak tepat, serta obat yang diberikan pada pasien lain yang bernama sama (Alimin, 2012).

Banyak penyebab *prescribing error* diantaranya pengetahuan dokter, tulisan susah terbaca, serta intervensi keluarga. Intervensi keluarga pasien dalam keadaan marah, mendesak minta untuk segera dilayani dokter dapat menyebabkan dokter melakukan kesalahan dalam penulisan resep. Unsur yang berpengaruh terhadap *administration error* diantaranya ialah karakter individu, bebann kerja, kerja sama dengan anggota keluarga, serta taraf pemahaman keluarga yang kurang terhadap prosedur pengambilan obat (Alimin, 2012).

Secara khusus, anak-anak dengan beberapa obat-obatan yang tinggal di rumah sakit lebih lama, dan mereka dengan komorbiditas yang tinggal di rumah sakit lebih lama, berada pada risiko lebih besar untuk kesalahan pengobatan dan kejadian efek samping obat (Dedefo et al., 2016).

Medication error merupakan kejadian yang bisa dicegah (Putri, 2015), salah satunya dengan penerapan standar Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO) yang baik. Salah satu bagian dari MPO adalah Implementasi benar pemberian obat yang menjadi bagian penting dalam pengobatan simptomatis, preventif, paliatif, dan kuratif terhadap penyakit dengan bervariasi keadaan. Komponen MPO terdiri dari proses dan sistem yang dipakai rumah sakit dalam melayani farmakoterapi kepada pasien. Hal tersebut merupakan usaha multidisipliner dan terkoordinasi dari para staf rumah sakit dalam mempraktekkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi serta peningkatan seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan / peresepan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian obat, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Peranan para pemberi asuhan

kesehatan didalam implementasi benar pemberian obat sangatlah berbeda antar satu negara dengan negara lainnya, tetapi proses pengelolaan penggunaan obat yang baik untuk keselamatan pasien bersifat umum.

Akreditasi rumah sakit di Indonesia versi KARS 2012 menghendaki adanya penerapan standar MPO yang bertujuan untuk keselamatan pasien. Komponen dalam MPO yang penting ditekankan dalam standar akreditasi terdiri dari: 1) pengorganisasian obat secara efektif dan efisien, 2) penetapan daftar obat yang disiapkan oleh rumah sakit untuk pelayanan, 3) penyiapan mekanisme monitoring untuk seluruh tempat di mana obat tersimpan. 4) peresepan, pemesanan dan pengadministrasian ditentukan oleh kebijakan dan prosedur, 5) *dispensing*, obat disiapkan dan dikeluarkan ke tempat yang bersih serta aman, 6) rumah sakit mendata petugas berkualifikasi memadai yang diperbolehkan dalam pemberian obat. 7) efek obat terhadap pasien dimonitor (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012). Dengan implementasi MPO tersebut diharapkan insiden kesalahan pengobatan dapat dikendalikan.

Pengorganisasian obat secara efektif dan efisien diantaranya adalah pendistribusian obat kepada pasien. Tugas pendistribusian obat kepada pasien di ruang rawat inap tidak semuanya dikerjakan oleh petugas teknis kefarmasian tapi masih menyertakan perawat di ruang perawatan (Hidayat, 2011). Menurut Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 proses distribusi atau penyerahan obat kepada pasien seharusnya dilaksanakan oleh apoteker, dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian. Pelaksanaannya yang umum terjadi tenaga teknis farmasi tidak terlibat serta dalam proses menyerahkan obat kepada pasien di bangsal perawatan dikarenakan jumlah tenaganya masih terbatas. Perawat sebagai pelaksana dalam memberikan obat sesuai dengan resep dokter melakukan

pengecekan ulang apabila ada keraguan terhadap instruksi tersebut. Proses pemberian obat menggunakan prinsip benar pada pemberian obat meliputi: 1) benar pasien, 2) benar obat, 3) benar rute, 4) benar dosis, 5) benar waktu pemberian, 6) benar informasi, 7) benar dokumentasi (Kesehatan, 2008).

Hingga Desember 2017 ini sudah tercatat 1.205 rumah sakit di Indonesia yang terakreditasi dengan standar KARS versi 2012. Di Jawa Timur tercatat 240 rumah sakit, dimana 21 rumah sakit di antaranya berada di Malang Raya

(http://akreditasi.kars.or.id/accreditation/report/report_accredited.php diakses 24 Desember 2017). Status akreditasi tersebut merupakan pengakuan bahwa rumah sakit sudah memenuhi standar termasuk didalamnya standar MPO pada rumah sakit dengan status akreditasi paripurna.

Status akreditasi rumah sakit versi KARS 2012 berdasarkan tingkatan kelulusan dan kategorinya ialah sebagai berikut. Akreditasi tingkat dasar, harus lulus pada empat standar mayor dengan nilai minimum 80, serta 11 standar golongan minor yang memiliki nilai minimum 20. Akreditasi tingkat madya harus lulus pada 8 standar mayor dengan nilai minimal 80, serta 7 standar golongan minor yang memiliki nilai minimum 20. Tingkat utama harus lulus pada 12 golongan mayor dengan nilai minimum 80, serta 3 standar golongan minor yang memiliki nilai minimum 20. Tingkat paripurna harus lulus pada 15 golongan mayor dengan nilai minimum 80 (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012). Daftar selengkapnya kriteria kelulusan akreditasi dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Kriteria tingkat kelulusan akreditasi rumah sakit versi KARS 2012.

No	Kelompok Kerja	Dasar	Madya	Utama	Paripurna
1	Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)				
2	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)				
3	Asesmen Pasien (AP)				
4	Pelayanan Pasien (PP)				
5	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)				

Tabel 1. Kriteria tingkat kelulusan akreditasi rumah sakit versi KARS 2012 (Lanjutan)

No	Kelompok Kerja	Dasar	Madya	Utama	Paripurna
6	Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)				
7	Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)				
8	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)				
9	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)				
10	Tata kelola Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)				
11	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)				
12	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)				
13	Manajemen Komunikasi dan Infomasi (MKI)				
14	Standar Keselamatan Pasien (SKP)				
15	Millenium Development Goals (MDGs)				

Sumber : KARS 2012 diolah

Menurut skema standar akreditasi KARS 2012, pada status tingkat Dasar dan Madya, penerapan standar MPO belum menjadi kewajiban untuk lulus penilaian, sedangkan pada tingkat Utama dan Paripurna MPO dipersyaratkan lulus dengan nilai minimum 80.

Pemenuhan status akreditasi seharusnya mencerminkan mutu dan luaran pelayanan, namun review menunjukkan hal sebaliknya. Akreditasi rumah sakit versi 2012 sudah mulai dilaksanakan, namun belum seluruh rumah sakit terakreditasi. Masih tingginya insiden keselamatan pasien pada beberapa laporan di Indonesia juga mengindikasikan lemahnya hubungan status akreditasi dan keselamatan pasien. Al Awa (2011) menyatakan dalam penelitiannya bahwa 28 dari 81 (34,57%) indikator keselamatan pasien meningkat secara signifikan selama proses akreditasi di Rumah Sakit King Abdulaziz University (Al-Awa et al., 2011). Brubakk et al (2015) dalam artikel kajian akreditasi rumah sakit menyimpulkan bahwa akreditasi dan sertifikasi RS tidak mempunyai kaitan dengan perubahan dalam kualitas pelayanan yang diukur dengan metrik dan standar kualitas. Sebagian besar kajian tidak mencantumkan konteks intervensi,

implementasi, atau biaya. Standar akreditasi RS seharusnya mengimplementasikan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan hasil organisasi terkait dengan komponen akreditasi dan sertifikasi rumah sakit. (Brubakk et al., 2015)

Review tersebut menunjukkan masih pentingnya kajian tentang tingkat implementasi standar akreditasi dan pengaruhnya terhadap luaran pelayanan termasuk didalamnya keselamatan pasien. Secara spesifik, implementasi benar pemberian obat diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien yang merupakan fokus standar akreditasi 2012. Penelitian ini dilakukan untuk melihat apakah status akreditasi mencerminkan implementasi salah satu bagian MPO yaitu benar pemberian obat dan dampaknya pada IKP. Dua rumah sakit dengan akreditasi yang berbeda (Paripurna dan Dasar) dan dengan tipe rumah sakit D dipilih sebagai subjek kajian.

1.2 Perumusan Masalah

1. Apakah terdapat perbedaan implementasi benar pemberian obat menurut persepsi perawat dan pasien menurut status akreditasi rumah sakit ?
2. Apakah terdapat perbedaan Insiden Keselamatan Pasien menurut persepsi perawat dan pasien menurut status akreditasi rumah sakit ?
3. Apakah terdapat korelasi implementasi benar pemberian obat dengan IKP menurut persepsi perawat maupun pasien ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui adakah perbedaan antara status akreditasi rumah sakit dengan implementasi benar pemberian obat serta IKP.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Membuktikan apakah ada perbedaan implementasi benar pemberian obat menurut persepsi perawat dan pasien berdasarkan status akreditasi rumah sakit.
2. Membuktikan apakah ada perbedaan IKP menurut persepsi perawat dan pasien berdasarkan status akreditasi rumah sakit.
3. Membuktikan apakah ada hubungan antara implementasi benar pemberian obat menurut persepsi perawat dan pasien dengan IKP menurut persepsi perawat dan pasien.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan pihak manajemen rumah sakit menerapkan benar pemberian obat sehubungan dengan keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan penelitian tentang peranan benar pemberian obat dalam Insiden Keselamatan Pasien.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Permenkes No.12/ 2012, status akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan pemerintah kepada rumah sakit atas pelayanannya kepada masyarakat. Pengakuan ini ditetapkan oleh lembaga penyelenggara akreditasi yang independen atas nama menteri kesehatan, Status ini berlaku setelah rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit untuk memenuhi mutu pelayanan rumah sakit yang berkesinambungan.

Menurut amanah Undang-undang nomor 44 tahun 2009 pasal 40 (1) tentang Rumah Sakit, dinyatakan bahwa, rumah sakit wajib mengikuti akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Rumah sakit umum milik pemerintah maupun rumah sakit umum milik swasta/BUMN diwajibkan melaksanakan akreditasi untuk meningkatkan mutu pelayanan secara berkala setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Dengan mengikuti akreditasi rumah sakit menjadikan masyarakat meningkat kepercayaannya terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Pegawai rumah sakit akan merasa memiliki karena tempat kerja yang kondusif, nyaman dan efisien. Petugas bisa mendengarkan pasien dan keluarganya, melibatkannya sebagai mitra dalam proses pelayanan kesehatan. Petugas bisa belajar dari laporan insiden keselamatan pasien

Status akreditasi rumah sakit versi KARS 2012 berdasarkan urutan tingkat kelulusan dan kriterianya mulai bawah adalah sebagai berikut. Akreditasi tingkat Dasar, lulus pada empat standar mayor dengan nilai minimal 80, serta 11 standar golongan minor yang memiliki nilai minimal 20. Akreditasi tingkat Madya lulus pada 8 standar mayor dengan nilai minimum 80, serta 7 standar golongan minor yang memiliki nilai minimum 20. Tingkat Utama lulus pada 12 golongan mayor dengan nilai minimum 80, serta 3 standar golongan minor yang memiliki nilai minimum 20. Tingkat Paripurna lulus pada 15 golongan mayor dengan nilai minimum 80. Daftar selengkapnya kriteria kelulusan akreditasi dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Kriteria nilai kelulusan akreditasi rumah sakit versi KARS 2012

No	Tingkat kelulusan	Nilai Golongan mayor < 80	Nilai Golongan minor < 20
1	Tingkat Dasar	SKP, HPK, PPK, PMKP	MDGs, APK, AP, PP, PAB, MPO, MKI, KPS, PPI, TKP, MFK
2	Tingkat Madya	SKP, HPK, PPK, PMKP, MDGs, APK, AP, PP	PAB, MPO, MKI, KPS, PPI, TKP, MFK
3	Tingkat Utama	SKP, HPK, PPK, PMKP, MDGS, APK, AP, PP, PAB, MPO, MKI, KPS,	PPI, TKP, MFK
4	Tingkat Paripurna	SKP, HPK, PPK, PMKP, MDGS, APK, AP, PP, PAB, MPO, MKI, KPS, PPI, TKP, MFK	

Pada akreditasi tingkat Dasar dan Madya, MPO belum menjadi kewajiban untuk lulus penilaian, sedangkan pada tingkat Utama dan Paripurna MPO sudah harus lulus dengan nilai minimum 80.

2.2 Keselamatan Pasien

Menurut penjelasan UU 44/2009 tentang Rumah Sakit pasal 43 keselamatan pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai proses di rumah sakit dengan

pemberian pelayanan pasien yang aman (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) mendefinisikan keselamatan pasien adalah keadaan terbebas dari bahaya atau risiko cedera (*hazard*). Definisi lain menyebutkan Keselamatan pasien adalah pasien terbebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang berpotensi bisa terjadi (misalnya penyakit, cedera fisik, cedera sosial, cedera psikologi, kecacatan, sampai meninggal), yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan (Bea et al., 2013).

Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua profesi yang menangani pasien secara langsung dalam memberikan asuhannya yang dilakukan di rumah sakit. Identifikasi pasien, asesmen resiko penyakit, manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis kejadian, kemampuan untuk belajar dan mengevaluasi kejadian, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisasi munculnya resiko termasuk dalam area keselamatan pasien.

Keselamatan pasien rumah sakit bertujuan agar budaya keselamatan pasien tercipta di rumah sakit. Akuntabilitas rumah sakit meningkat menurut pasien dan masyarakat, dan KTD di rumah sakit menurun serta terlaksananya program-program pencegahan yang berdampak tidak terjadi lagi kejadian tidak diharapkan yang berulang (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008).

2.3 Insiden Keselamatan Pasien dan Jenisnya

Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident*) adalah suatu kejadian, kondisi yang bisa menimbulkan ataupun yang berpotensi menimbulkan *harm* misalnya penyakit, cedera, kecacatan, atau bahkan kematian yang tidak sepatutnya terjadi. Wardhani, V (2017) menyebutkan dalam laporan

KKPRS di Indonesia melaporkan adanya KTD sebesar 14,41%, sedangkan KNC sebesar 18,53%.

Jenis – jenis insiden dalam keselamatan pasien adalah :

1) Kondisi Potensial Cidera (KPC) adalah kondisi yang berpotensi dapat menimbulkan cedera namun belum sampai terjadi cedera dan kondisi atau situasi ini termasuk yang perlu untuk dilaporkan contohnya di ruangan *Intensive Care Unit* yang sangat sibuk, namun jumlah personil tidak memadai (*understaffed*), penempatan defibrilator di IGD ternyata diketahui bahwa alat tersebut rusak, walaupun belum diperlukan,

2) Kejadian Nyaris Cidera (*near Miss*) adalah kondisi insiden yang belum sampai terpapar atau terkena pasien, contohnya kantong transfusi darah sudah terpasang pada pasien yang salah tetapi kesalahan tersebut segera diketahui sebelum transfusi dimulai sehingga tidak terjadi hal yang tidak diinginkan,

3) Kejadian Tidak Cidera (*No Harm Incident*) adalah suatu insiden yang sudah terjadi pada pasien namun tidak menimbulkan cedera, contohnya darah yang salah sudah transfusikan namun tidak menimbulkan reaksi inkompatibilitas,

4) Kejadian Tidak Diharapkan (*Harmful incident/adverse event*) adalah kejadian yang berakibat pasien cedera. Contohnya pemberian transfusi darah yang salah menjadikan pasien syok karena reaksi hemolysis. Setelah keempat jenis insiden di atas dapat dimengerti, maka ada satu kejadian lagi yang sangat fatal dan penting untuk dilaporkan dalam keselamatan pasien yaitu kejadian

5) Sentinel (*sentinel event*) merupakan bentuk Kejadian Tidak Diharapkan yang berakibat cedera serius bahkan menyebabkan kematian (Komite Keselamatan

Pasien Rumah Sakit, 2008)

2.4 Manajemen dan Penggunaan Obat

Manajemen obat merupakan unsur yang penting dalam pengobatan paliatif, simptomatik, pencegahan dan kuratif terhadap penyakit dan berbagai keadaan.

Manajemen obat meliputi sistem, dan proses yang dipakai rumah sakit dalam pelayanan farmakoterapi kepada pasien. Manajemen ini biasanya merupakan usaha multidisiplin dan terkoordinasi dari para staf rumah sakit.

Hal yang dilakukan dalam manajemen obat adalah penerapan prinsip rancang proses yang efektif, pengimplementasian dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan / peresepan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, penyiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian serta pengawasan terapi obat. Peran para pemberi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi antara satu negara dengan negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat universal (*Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012*).

2.5 Prinsip benar dalam pemberian obat

Dokter menjadi penanggung jawab utama pada penggunaan resep obat bagi masing-masing pasien yang dirawat di rumah sakit. Kemudian apoteker memberikan obat yang sesuai dengan resep dokter kepada perawat. Perawat inilah sebagai pelaksana yang memberikan atau memasukkan obat kepada pasien, karena sebagai peran pemberi asuhan keperawatan (*Hidayat, 2011*).

Sedangkan cara dalam memberikan obat perlu disesuaikan prosedur dan bergantung dengan kondisi umum pasien, perubahan respon yang diinginkan, sifat farmakologis obat, dan titik kerja obat yang diinginkan serta pengawasan

dampak obat dan sesuai dengan SOP rumah sakit yang bersangkutan (Depkes, 2014).

Perawat sebagai pelaksana dalam memberikan obat hanya boleh memberikan obat menyesuaikan pada resep yang telah diresepkan oleh dokter dan melakukan pengecekan ulang apabila ada keraguan terhadap instruksi tersebut. Proses pemberian obat minimal menggunakan prinsip 7 benar dalam pemberian obat dengan cara membandingkan resep yang didapatkan terhadap label obat penting dalam upaya mengurangi *medication errors* yang dilakukan perawat (Adam & Koch, 2010). Prinsip benar pemberian obat ini meliputi :

1. Benar pasien.

Perawat harus memastikan sebelum memberikan obat apakah obat yang diberikan benar sesuai dari catatan keperawatan dengan identitas gelang klien. Identifikasi menggunakan dua identitas pasien dan penanda alergi pasien.

2. Benar dosis.

Selesai memastikan obat yang akan diserahkan pada pasien benar, perawat juga perlu memastikan dosis dengan jumlah yang benar. Semua perhitungan dosis obat harus diperiksa ulang agar tidak terjadi kesalahan pemberian obat.

3. Benar jenis obat

Sebelum memberikan obat pada klien, perawat memastikan kembali obat yang telah diresepkan oleh dokter dengan memeriksa label obat sebanyak tiga kali.

4. Benar waktu

Perawat perlu memastikan kapan waktu yang tepat untuk memberikan obat.

Sebagai contoh klien diberikan resep obat dokter yang diberikan 8 jam sekali dalam tiga kali sehari, misal dari pukul 6 pagi, 2 sore, dan jam 10 malam.

5. Benar cara pemberian

Sikap hati-hati sangat diperlukan agar perawat dapat memberikan obat yang benar. Perawat perlu memastikan apakah obat yang akan diberikan sudah dengan jalur yang tepat. Perawat juga perlu berkonsultasi pada dokter jika tidak disertakan jalur pemberian obat.

6. Benar informasi

Perawat sebagai orang yang bekerja di ruang keperawatan harus sesuai dengan perannya. Hal ini dapat dilihat antara kesesuaian perawat yang memberikan obat dengan informasi yang diperlukan oleh pasien. Tujuannya untuk memastikan penyerahan obat oleh petugas sesuai keperluannya.

7. Benar Dokumentasi

Setelah pemberian obat perawat harus mencatat tindakan yang telah diberikan segera setelah tindakan dengan mencatat nama klien, nama obat dan alergi, dosis obat, jalur obat, serta waktu pemberian obat.

2.6 Peran Perawat dalam Pemberian Obat .

Konsorsium ilmu kesehatan pada tahun 2010 (Hidayat, 2011) menyebutkan ada tujuh peranan perawat yaitu :

1. Memberikan asuhan keperawatan

Perawat hendaknya memperhatikan keperluan dasar pasien dengan melakukan pelayanan keperawatan. Salah satu contohnya adalah memberikan obat yang benar untuk membantu dalam proses kesembuhan.

2. Advokasi

Perawat berperan dalam memberikan keperluan informasi oleh pasien dan keluarganya serta mendukung klien dalam memilih keputusan tindakan terapi yang diberikan, juga berperan dalam melindungi hak pasien.

3. Edukasi

Perawat berperan memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit, tanda-tanda dan terapi yang diperlukan bagi pasien.

4. Koordinasi

Perawat mengoordinasi kegiatan pengasuhan keperawatan dalam pengelolaan obat selama pelayanan perawatan pada pasien. Waktu kerja dan sumber tenaga yang ada perlu dikoordinir dalam pelayanannya selama di rumah sakit.

5. Kolaborasi

Perawat perlu berkolaborasi dengan pemberi asuhan keperawatan lainnya, seperti dokter dan tenaga farmasis, guna menentukan pemberian obat yang tepat bagi penderita.

6. Konsultasi

Berkonsultasi dengan tim medis dalam memberikan obat yang meragukan berkaitan dengan tindakan keperawatan yang diberikan tidak ada salahnya dilakukan oleh perawat.

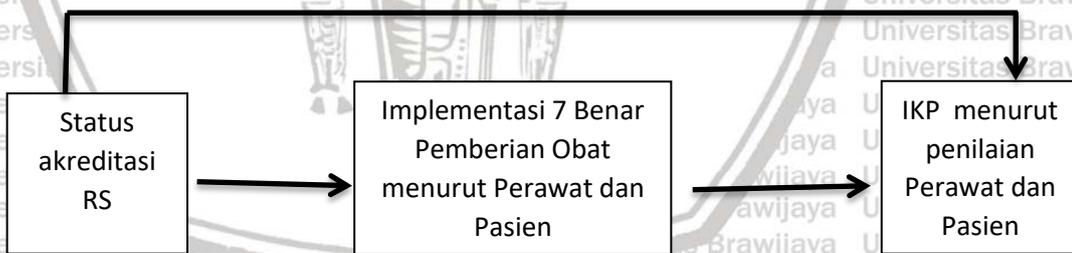
7. Pembaharu

Peran ini perawat sebagai pembaharu adalah membuat rencana pemberian obat menggunakan metode pelayanan keperawatan yang sudah dikoordinasikan dengan petugas asuhan lain. Disini perawat juga berperan melaksanakan pemberian obat. Perawat memerlukan keterampilan serta pengetahuan supaya perawat paham mengapa obat ini diberikan dan bagaimana kinerja obat di dalam tubuh agar tidak salah dalam pemberian obat. Perawat berkewajiban memeriksa dan yakin jika pasien mampu minum obat sendiri dengan benar (Potter & Perry, 2009).

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Dasar pemikiran yang melandasi penelitian ialah mengetahui bagaimanakah pengaruh MPO terhadap IKP pada pelayanan pasien di rumah sakit yang berbeda status akreditasinya. Dasar asumsinya adalah semakin baik MPO di rumah sakit dijalankan, maka semakin rendah IKP. *Medication error* sebagai salah satu penyebab Insiden Keselamatan Pasien dapat dicegah kejadiannya, yaitu dengan penerapan Manajemen dan Penggunaan Obat (Putri,2015).



Gambar 3.1. Kerangka konsep

3.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang diajukan. Hipotesis perlu diuji secara empirik untuk mengetahui kebenarannya.

Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

1. Rumah sakit dengan status akreditasi yang lebih tinggi mempunyai tingkat implementasi benar pemberian obat yang lebih baik
2. Rumah sakit dengan tingkat implementasi benar pemberian obat yang lebih baik mempunyai IKP yang lebih rendah.
3. Rumah sakit dengan status akreditasi yang lebih tinggi mempunyai IKP yang lebih rendah.



BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survei dengan pendekatan analitik *cross sectional*, dengan membandingkan 2 kelompok rumah sakit yang berbeda status akreditasinya. Pengambilan data implementasi benar pemberian obat dan insiden keselamatan pasien diambil pada satu waktu.

4.2 Tempat dan Waktu penelitian

4.2.1 Tempat

Tempat penelitian dilaksanakan di 2 rumah sakit yang berbeda status akreditasinya dan mempunyai tipe serta ukuran yang sebanding, di wilayah Malang Raya. Berdasarkan data yang ada dipilih RS perdana sebagai rumah sakit dengan status akreditasi Lulus Perdana dan RS dengan status akreditasi Paripurna.

Tabel 4.1 Daftar Status akreditasi rumah sakit di Malang Raya

No	Nama RS	status akreditasi	jml TT	kelas RS	Jml Perawat	Jenis RS
1	RSUD Dr. Saiful Anwar	Tingkat Paripurna	888	A	953	RSU
2	RSU Hermina Tangkubanprahu	Tingkat Paripurna	61	C	110	RSU
3	RSU Panti Waluya Sawahan	Tingkat Paripurna	214	B	248	RSU
4	RSU Islam Aisyiyah Malang	Tingkat Paripurna	140	C	106	RSU
5	RSU Panti Nirmala	Tingkat Paripurna	192	B		RSU
6	Rumkit Tk.II Dr. Soepraoen	Tingkat Paripurna	183	B		RSU
7	RSU Lavalette Malang	Tingkat Paripurna	175	B	146	RSU

Tabel 4.1 Daftar Status akreditasi rumah sakit di Malang Raya (Lanjutan)

No	Nama RS	status akreditasi	jml TT	kelas RS	Jml Perawat	Jenis RS
8	RS Islam Malang	Tingkat Paripurna	83	C	114	RSU
9	RSIA Puri Bunda	Tingkat Madya	71	C	69	RSIA
10	RSIA GALERI CANDRA	Lulus Perdana	43	C		RSAB
11	RSU Permata Bunda	Lulus Perdana	20	D		RSU
12	RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat	Tingkat Paripurna	699	A	274	RSK
13	RSUD Kanjuruhan Kepanjen	Tingkat Paripurna	264	B	232	RSU
14	RSU Prima Husada	Tingkat Paripurna	70	C		RSU
15	RSU Islam Madinah Kasembon	Tingkat Paripurna	63	D	60	RSU
16	RSU Prasetya Husada	Tingkat Paripurna	100	D		RSU
17	RSU Wava Husada	Tingkat Paripurna	224	B		RSU
18	RSUD Lawang	Lulus Perdana	122	C	103	RSU
19	RSU Mitra Delima	Lulus Perdana	64	D	40	RSU
20	RSIA Mutiara Bunda	Lulus Perdana	32	C	15	RSIA
21	RSK Bedah Hasta Husada	Lulus Perdana	50	C		RSK

sumber data : http://akreditasi.kars.or.id/accreditation/report/report_accredited.php

4.2.2 Waktu

Pengumpulan data serta pengolahan data mulai dilakukan pada 7 Januari 2018 sampai dengan 10 Februari 2018.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Perawat

Jumlah perawat di RS perdana 36 orang dan jumlah perawat RS paripurna 41 orang, diambil keseluruhannya sebagai subjek penelitian.

4.3.2 Pasien

Besar sampel untuk pasien rawat inap ditentukan dengan rumus Lemeshow:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel

Z_{α} = deviat baku alfa (untuk $\alpha=0,05$ adalah 1,96)

P = proporsi 50% (0,5)

$Q = 1-p$ (0,5)

d = akurasi presisi 10% (0,1)

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2} = 96$$

Berdasarkan perhitungan menurut rumus Lemeshow, didapatkan sampel sebesar 96 pasien rawat inap. Peneliti menambahkan 10% kelonggaran ketidaktekelitian sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan adalah sebesar 106 pasien rawat inap di masing-masing rumah sakit.

4.3.3 Teknik pengambilan sampel

Responden pasien diambil dengan cara *consecutive sampling*, yaitu pengambilan sampel hingga memenuhi kriteria dan kuota. Pasien yang dapat menjadi responden adalah pasien dewasa yang berusia lebih dari 18 tahun, telah menjalani rawat inap lebih dari dua hari, bisa berkomunikasi dengan lancar, dan setuju untuk menjadi sampel dalam penelitian ini.

4.4 Variabel penelitian dan definisi operasional

4.4.1 Variabel penelitian

Variabel bebas (*independent*) pada penelitian ini yaitu status akreditasi rumah sakit.

Variabel antara yaitu Implementasi benar pemberian obat yang dikerjakan oleh perawat ruangan serta oleh penilaian pasien.

Variabel terikat (*dependent*) pada penelitian ini yaitu IKP rumah sakit menurut persepsi perawat dan persepsi pasien.

4.4.2 Definisi operasional variabel penelitian

1. Status akreditasi rumah sakit

Status akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan yang diberikan oleh Komisi Akreditasi Rumah sakit kepada rumah sakit yang telah disurvei. Penilaian yang diberikan berupa Tingkat Dasar, dan Tingkat Paripurna. Variabel Status akreditasi rumah sakit dalam penelitian ini menggunakan Status akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh KARS pada rumah sakit yang dipilih sebagai rumah sakit penelitian.

2. Benar pemberian obat

Manajemen penggunaan obat merupakan pengelolaan pemberian obat oleh perawat kepada pasien rawat inap yang sesuai dengan pedoman benar pemberian obat. Persepsi pasien tentang implementasi benar yang dilakukan oleh perawat kepada pasien ketika melakukan prosedur pemberian obat. Variabel ini diukur dengan 15 daftar pertanyaan kepada perawat ruangan dan 9 pertanyaan kepada pasien dengan skala ukur 1-4.

3. Insiden keselamatan pasien

Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan kerugian yaitu seperti, cedera, cacat, atau bahkan kematian yang tidak seharusnya terjadi akibat penggunaan obat yang diberikan. IKP ini diukur dengan pemberian 15 pertanyaan kuisioner kepada perawat dan 9 pertanyaan kuesioner kepada pasien.

Tabel 4.2 Tabel definisi operasional

Variabel	Definisi operasional	Dimensi dan item	Skala ukur
Status akreditasi rumah sakit	Pengakuan KARS terhadap rumah sakit yang melakukan survei penilaian terhadap rumah sakit		Nominal:
			Tingkat Dasar
			Tingkat Paripurna
Implementasi benar pemberian obat oleh perawat	Tingkat pelaksanaan prosedur 7 benar menurut pengakuan perawat.	Benar identitas : 2 item (soal no. 1,2) Benar obat : 3 item (soal no. 3,4,5) Benar dosis : 1 item (soal no. 6) Benar jadwal : 2 item (no soal. 8,9) Benar cara : 1 item (soal no. 7) Benar informasi : 2 item (soal no.10,11) Benar dokumen : 4 item (soal no. 12,13,14,15)	Interval
			Jumlah skor
			setiap item diukur dalam 4 skala, minimal 1 dan maksimal 4. Skor akhir adalah jumlah skor pada semua item dengan skor minimal 15 dan skor maksimal 60
Implementasi benar pemberian obat menurut pasien	Tingkat pelaksanaan prosedur 7 benar menurut pengakuan pasien.	Benar identitas : 2 item (soal no. 1,2) Benar obat : 1 item (soal no.3) Benar dosis : 2 item (soal no. 4,5) Benar jadwal : 2 item (soal no. 6,7) Benar informasi :2 item (soal no. 8,9)	Interval
			Jumlah skor
			setiap item diukur dalam 4 skala, minimal 1 dan maksimal 4. Skor akhir adalah jumlah skor disemua item dengan minimal skor 9 dan maksimal skor 36
IKP pengobatan menurut perawat	Tingkat kejadian insiden keselamatan pasien menurut pengakuan perawat.	KNC: 2 item (soal no. 7,8) KTC: 7 item (soal no. 1-6) KTD: 4 item (soal no. 12-15)	Interval
			Jumlah skor
			Setiap item diukur dalam 4 skala, minimal 1 dan maksimal 4. Skor akhir adalah jumlah skor disemua item dengan minimal skor 15 dan maksimal skor 60

Tabel 4.2 Tabel definisi operasional (Lanjutan)

Variabel	Definisi operasional	Dimensi dan item	Skala ukur
IKP pengobatan menurut pasien	Tingkat kejadian insiden keselamatan pasien menurut pengakuan pasien.	KNC: 4 item (soal no. 1-4)	Interval
		KTC: 3 item (soal no. 5-7)	Jumlah skor
		KTD: 2 item (soal no. 8,9)	setiap item diukur dalam 4 skala, minimal 1 dan maksimal 4. Skor akhir adalah jumlah skor disemua item dengan minimal skor 9 dan maksimal skor 36

4.5 Instrumen dan materi penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Kuesioner

Kuesioner implementasi benar pemberian obat kepada responden perawat diajukan 15 pertanyaan dan kepada pasien 9 pertanyaan. Hasil jawaban diukur menggunakan skala Likert dengan *rating scale* 1-4 tingkat: tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu.

Kuesioner IKP diberikan kepada perawat dengan 15 pertanyaan, dan kepada pasien dengan 9 pertanyaan. Hasil jawaban diukur dengan menggunakan skala Likert dengan *rating scale* 1-4 tingkat: Tidak pernah, Kadang-kadang, Sering, Selalu.

2. Sertifikat status akreditasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh KARS.

Metode Pengumpulan data

Data yang dibutuhkan ada dua sumber, yaitu :

1. Data Primer

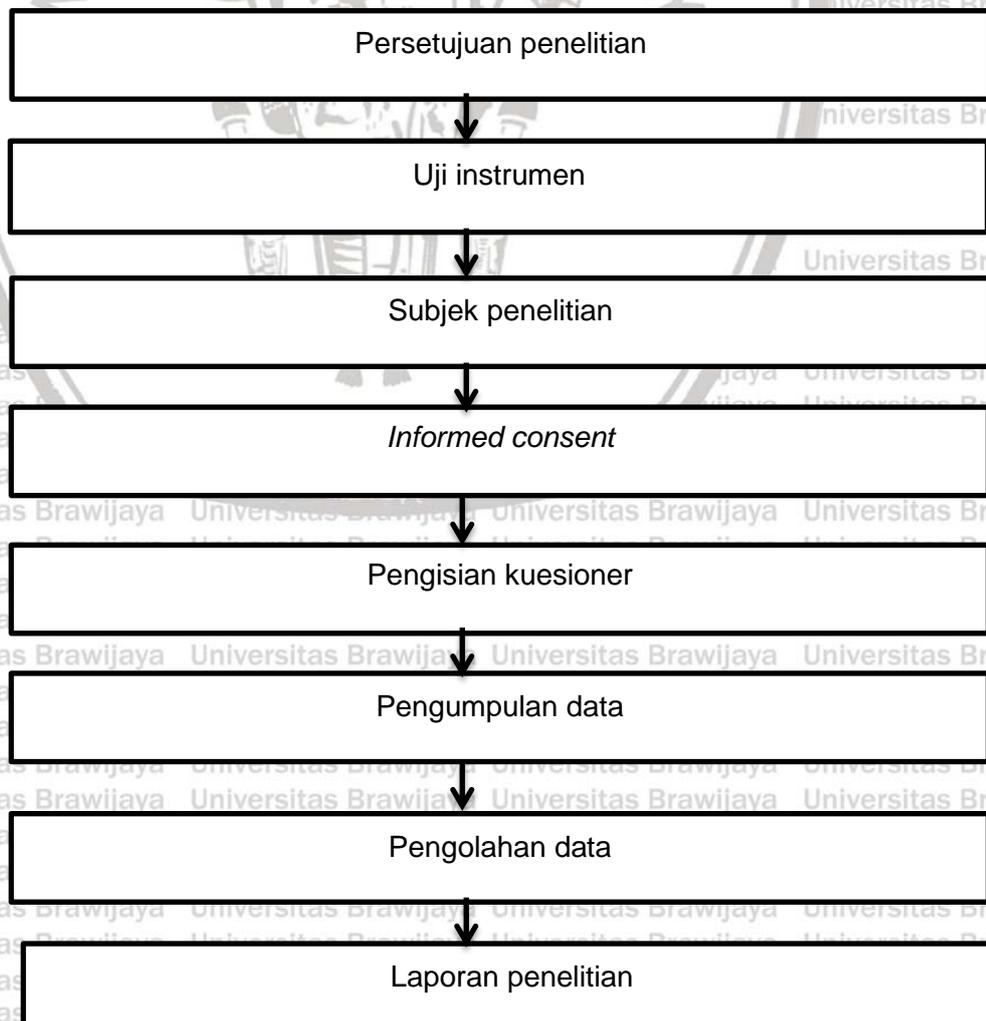
Data primer diperoleh dengan memberikan kuesioner untuk menilai pelaksanaan implementasi benar pemberian obat pada perawat dan pasien, serta kuesioner untuk menilai IKP menurut perawat dan pasien pada kedua rumah sakit.

2. Data sekunder

Data sekunder dilakukan dengan melihat sertifikat dokumen Sertifikat akreditasi RS perdana dan RS paripurna yang dikeluarkan oleh KARS.

4.6 Prosedur penelitian

Penelitian dilaksanakan di instalasi rawat inap 2 rumah sakit mulai 7 Januari 2018 hingga 10 Februari 2018 dengan prosedur penelitian sebagai berikut :



4.6.1 Uji Instrumen Penelitian

Uji instrumen dilakukan terhadap kuisisioner yang dipakai sebagai instrumen penelitian. Uji tersebut dilakukan sebagai syarat untuk mendapatkan data yang *valid* dan *reliable* sebelum digunakan sebagai data penelitian primer. Kedua kuisisioner dikembangkan berdasarkan item standar benar pemberian obat dan IKP pada proses pemberian obat baik dalam bentuk KTC, KNC, maupun KTD. Sebelum digunakan sebagai alat ukur terlebih dahulu dilakukan uji pada masing-masing lima responden perawat dan pasien untuk mengetahui kesesuaian isi dengan konteks pelayanan pemberian obat dirumah sakit serta kesesuaian pembahasan. Sesudah perbaikan, dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas berfungsi untuk mengetahui sejauh mana suatu instrumen penelitian yang dipergunakan untuk mengukur apa yang diukur. Cara mengujinya dengan mengkorelasikan antara skor yang diperoleh pada masing-masing item pertanyaan dengan skor total individu. Teknik korelasi digunakan adalah teknik korelasi *Pearson Produk Moment* pada program SPSS, yaitu dengan $p \leq 0,05$ dan r hitung $> r$ tabel.

4.6.1.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan terhadap item pernyataan yang telah dinyatakan valid. Suatu variabel dikatakan reliabel atau handal jika jawaban terhadap pertanyaan selalu konsisten. Metode pengujian reliabilitas instrumen pada penelitian ini adalah menggunakan uji statistik *Alpha Cronbach* yaitu suatu alat ukur dikatakan reliabel jika koefisien keabsahan (*Alpha*) sebesar 0,6 atau lebih.

4.7 Rencana analisis data

Analisis Independent "t" test dipakai bila distribusi normal. Bila distribusi tidak normal dipakai Mann-Whitney tes untuk membandingkan variabel :

- a. Implementasi benar pemberian obat Perawat RS perdana dengan implementasi benar pemberian obat Perawat RS paripurna
- b. Implementasi benar pemberian obat pasien RS perdana dengan implementasi benar pemberian obat pasien RS paripurna
- c. IKP Perawat RS paripurna dengan IKP Perawat RS paripurna
- d. IKP Pasien RS perdana dengan IKP Pasien RS paripurna

Analisis Korelasi Pearson test digunakan untuk mengetahui korelasi pada distribusi normal, bila distribusi tidak normal dipakai uji *Rank Spearman*:

- a. Implementasi benar pemberian obat perawat RS perdana dengan IKP perawat di RS perdana
- b. Implementasi benar pemberian obat Pasien RS perdana dengan IKP pasien di RS perdana
- c. Implementasi benar pemberian obat perawat RS paripurna dengan IKP perawat di RS paripurna
- d. Implementasi benar pemberian obat Pasien RS paripurna dengan IKP pasien di RS paripurna

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan guna mengetahui perbedaan antara status akreditasi rumah sakit dengan implementasi benar pemberian obat serta IKP.

Dua rumah sakit dengan status akreditasi berbeda yaitu paripurna dan perdana dipilih sebagai subjek penelitian. Dalam bab hasil diuraikan secara deskriptif gambaran karakteristik responden, persepsi implementasi benar pemberian obat menurut perawat dan pasien, persepsi insiden keselamatan pasien menurut perawat dan pasien, serta hubungan Implementasi benar pemberian obat, Insiden Keselamatan Pasien dengan Status Akreditasi Rumah Sakit menurut persepsi perawat dan pasien.

5.1. Gambaran Karakteristik Responden

Secara keseluruhan karakteristik perawat di kedua rumah sakit menunjukkan perbedaan dari sisi usia, jenjang pendidikan dan lama kerja. Gambaran karakteristik responden perawat di RS perdana relatif lebih muda dibandingkan dengan perawat RS paripurna. Usia perawat dibawah 25 tahun mendominasi (72,2%) perawat RS perdana, sebaliknya perawat dengan usia di atas 26 tahun mendominasi di RS paripurna (75,6%). Prosentase jenjang pendidikan S1 dan profesi perawat RS paripurna relatif lebih banyak (34,1%) dibandingkan RS perdana yang hanya sebesar 22,2%. Lama bekerja perawat di rumah sakit RS perdana sebagian besar di bawah 24 bulan (75%), sebaliknya di RS paripurna 27 perawat (68%) telah bekerja lebih dari 25 bulan.

Tabel 5.1. Karakteristik responden perawat

Karakteristik	RS perdana		RS paripurna	
	F	%	F	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	9	25.0%	9	22.0%
Perempuan	27	75.0%	32	78.0%
Total	36	100.0%	41	100.00%
Umur	F	%	F	%
≤ 25 tahun	26	72.2%	10	24.4%
26 - 35 tahun	10	27.8%	29	70.7%
> 35 tahun			2	4.9%
Total	36	100.0%	41	100.0%
Pendidikan	F	%	F	%
SMA	0	0.0%	0	0.0%
D1	0	0.0%	0	0.0%
D2	0	0.0%	1	2.4%
D3	28	77.8%	26	63.4%
S1	5	13.9%	8	19.5%
Profesi	3	8.3%	6	14.6%
S2	0	0.0%	0	0.0%
Total	36	100.0%	41	100.0%
Lama bekerja	F	%	F	%
< 12 bulan	17	47.23%	7	17.07%
12 - 24 bulan	10	27.77%	7	17.07%
25 - 48 bulan	8	22.23%	15	36.59%
> 49 bulan	1	2.77%	12	29.27%
Total	36	100%	41	100%
Jabatan	F	%	F	%
Kepala Ruang	2	5.6%	7	17.1%
Perawat Pelaksana	34	91.7%	34	82.9%
Total	36	100.0%	41	100.0%

Sumber: Data primer diolah, 2018

Gambaran sosial ekonomi pasien di kedua rumah sakit juga menunjukkan perbedaan. Karakteristik responden pasien dengan usia muda < 30 tahun lebih banyak di RS perdana sebanyak 31,3% dibanding di RS paripurna sebanyak 21,9%. Sebaliknya, usia pasien > 50 tahun lebih banyak di RS paripurna (39,6%) dibandingkan di RS perdana (26,3%). Status ekonomi pasien dengan penghasilan < 2 juta rupiah terdapat 91,9% di RS perdana dibandingkan 83,3% di RS paripurna. Status pasien yang menikah sebanding berkisar 85%. Jumlah

anak < 2 anak lebih banyak pada pasien RS perdana (72,7% dibanding 53,1%), sebaliknya jumlah anak > 4 lebih banyak pada pasien RS paripurna dibanding RS perdana (22,9% dibanding 3%).

Tabel 5.2. Karakteristik responden pasien

Karakteristik	RS perdana		RS paripurna	
	F	%	F	%
Umur				
≤ 30 tahun	31	31.3%	21	21.9%
31 - 40 tahun	21	21.2%	17	17.7%
41 - 50 tahun	21	21.2%	20	20.8%
> 50 tahun	26	26.3%	38	39.6%
Total	99	100.0%	96	100.0%
Pendidikan	F	%	F	%
Tidak Sekolah	3	3.0%	5	5.2%
SD	42	42.4%	33	34.4%
SMP	26	26.3%	26	27.1%
SMA	26	26.3%	24	25.0%
Diploma	2	2.0%	5	5.2%
S1	0	0.0%	3	3.1%
S2	0	0.0%	0	0.0%
Total	99	100.0%	96	100.0%
Status pekerjaan	F	%	F	%
Bekerja pada Pemerintah (PNS, TNI, POLRI)	1	1.0%	3	3.1%
BUMN	0	0.0%	0	0.0%
Swasta	11	11.1%	15	15.6%
Wiraswasta	9	9.1%	19	19.8%
Lain-lain (Ibu Rumah Tangga)	76	76.8%	56	58.3%
Pensiunan	2	2.0%	3	3.1%
Total	99	100.0%	96	100.0%
Jabatan	F	%	F	%
Pemilik	10	10.1%	20	20.8%
Manajer	0	0.0%	0	0.0%
Pegawai	89	89.9%	76	79.2%
Lainnya	0	0.0%	0	0.0%
Total	99	100.0%	96	100.0%
Lama Bekerja	F	%	F	%
≤ 10 tahun	47	47.5%	42	43.8%
11 - 25 tahun	30	30.3%	30	31.3%
26 - 40 tahun	19	19.2%	22	22.9%

Tabel 5.2. Karakteristik responden pasien (Lanjutan)

Karakteristik	RS perdana	RS paripurna
> 40 tahun	3 3.0%	2 2.1%
Total	99 100.0%	96 100.0%
Pendapatan Per Bulan	F %	F %
< 1 juta	62 62.6%	43 44.8%
1 - 2 juta	29 29.3%	37 38.5%
2 - 3 juta	6 6.1%	12 12.5%
3 - 5 juta	1 1.0%	4 4.2%
> 5 juta	1 1.0%	0 0.0%
Total	99 100.0%	96 100.0%
Status Menikah	F %	F %
Menikah	85 85.9%	82 85.4%
Belum Menikah	11 11.1%	8 8.3%
Cerai	3 3.0%	6 6.3%
Total	99 100.0%	96 100.0%
Jumlah Anak	F %	F %
≤ 2 orang	72 72.7%	51 53.1%
3 - 4 orang	24 24.2%	23 24.0%
> 4 orang	3 3.0%	22 22.9%
Total	99 100.0%	96 100.0%
Frekuensi Perawatan dalam Setahun	F %	F %
Pertama kali	79 79.8%	56 58.3%
2 - 3 kali	18 18.2%	34 35.4%
> 3 kali	2 2.0%	6 6.3%
Total	99 100.0%	96 100.0%
Perawatan di Rumah Sakit Lain	F %	F %
Ya	29 29.3%	27 28.1%
Tidak Pernah	70 70.7%	69 71.9%
Total	99 100.0%	96 100.0%

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.2 Gambaran Implementasi Benar Pemberian Obat.

5.2.1 Implementasi benar pemberian obat menurut perawat

Jumlah perawat yang mengaku selalu melaksanakan implementasi benar pemberian obat sebesar 84,03% pada RS perdana dan 73,77% pada RS paripurna. Masih ada sebagian perawat yang mengaku tidak selalu melakukan prosedur benar pemberian obat pada kedua rumah sakit.

Tabel 5.3. Implementasi benar pemberian obat menurut perawat

		RS perdana				RS paripurna			
		Tidak Pernah	Kadang kadang	Sering	Slalu	Tidak Pernah	Kadang kadang	Sering	Slalu
Item 1 (benar identitas)	F	0	1	2	33	0	1	4	36
	%	0.0%	2.8%	5.6%	91.7%	0.0%	2.4%	9.8%	87.8%
Item 2 (benar identitas)	F	0	0	4	32	0	0	5	36
	%	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%	0.0%	0.0%	12.2%	87.8%
Item 3 (benar obat)	F	0	1	2	33	0	1	8	32
	%	0.0%	2.8%	5.6%	91.7%	0.0%	2.4%	19.5%	78.0%
Item 4 (benar obat)	F	0	1	2	33	0	0	7	34
	%	0.0%	2.8%	5.6%	91.7%	0.0%	0.0%	17.1%	82.9%
Item 5 (benar obat)	F	0	1	2	33	2	6	18	15
	%	0.0%	2.8%	5.6%	91.7%	4.9%	14.6%	43.9%	36.6%
Item 8 (benar jadwal)	F	0	0	2	34	0	0	6	35
	%	0.0%	0.0%	5.6%	94.4%	0.0%	0.0%	14.6%	85.4%
Item 9 (benar jadwal)	F	0	1	3	32	0	0	5	36
	%	0.0%	2.8%	8.3%	88.9%	0.0%	0.0%	12.2%	87.8%
Item 10 (benar informasi)	F	0	0	4	32	0	0	10	31
	%	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%	0.0%	0.0%	24.4%	75.6%
Item 11 (benar informasi)	F	1	3	7	25	0	3	14	24
	%	2.8%	8.3%	19.4%	69.4%	0.0%	7.3%	34.1%	58.5%
Item 13 (benar informasi)	F	0	0	9	27	0	2	11	28
	%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	4.9%	26.8%	68.3%
Item 14 (benar aministrasi)	F	0	3	5	28	0	1	11	29
	%	0.0%	8.3%	13.9%	77.8%	0.0%	2.4%	26.8%	70.7%
Item 15 (benar administrasi)	F	3	7	5	21	0	1	13	27
	%	8.3%	19.4%	13.9%	58.3%	0.0%	2.4%	31.7%	65.9%

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.2.2 Implementasi benar pemberian obat menurut pasien

Menurut pasien ada sejumlah perawat yang selalu mengimplementasikan benar pemberian obat, yaitu sebesar 82,82% pada RS perdana dan 79,10% pada RS paripurna. Masih ada sebagian perawat yang tidak selalu melakukan proses benar pemberian obat pada kedua rumah sakit.

Tabel 5.4. Implementasi benar pemberian obat menurut pasien

		RS perdana				RS paripurna			
		Tidak Prnh	Kadang kadang	Sering	Slalu	Tidak Prnh	Kdng-kadng	Sering	Slalu
Item 1 (benar identitas)	F	5	8	9	77	4	10	14	68
	%	5.1	8.1%	9.1%	77.8	4.2%	10.4	14.6	70.8%
	%				%		%	%	
Item 3 (benar informasi/obat)	F	4	2	9	84	17	10	15	54
	%	4.0	2.0%	9.1%	84.8	17.7	10.4	15.6	56.3%
	%				%		%	%	
Item 4 (benar informasi/dosis)	F	8	11	7	73	23	9	16	48
	%	8.1	11.1	7.1%	73.7	24.0	9.4%	16.7	50.0%
	%				%		%	%	
Item 5 (benar informasi/dosis)	F	4	2	6	87	5	9	15	67
	%	4.0	2.0%	6.1%	87.9	5.2%	9.4%	15.6	69.8%
	%				%		%	%	
Item 6 (benar jadwal)	F	2	2	10	85	3	4	11	78
	%	2.0	2.0%	10.1%	85.9	3.1%	4.2%	11.5	81.3%
	%				%		%	%	
Item 7 (benar jadwal)	F	3	1	8	87	1	3	20	72
	%	3.0	1.0%	8.1%	87.9	1.0%	3.1%	20.8	75.0%
	%				%		%	%	
Item 8 (benar benar jadwal)	F	2	2	5	90	8	10	15	63
	%	2.0	2.0%	5.1%	90.9	8.3%	10.4	15.6	65.6%
	%				%		%	%	
Item 9 (benar informasi)	F	11	6	9	73	25	25	10	36
	%	11.1	6.1%	9.1%	73.7	26.0	26.0	10.4	37.5%
	%				%		%	%	

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.3 Gambaran Persepsi Insiden Keselamatan Pasien

5.3.1 Persepsi insiden keselamatan pasien menurut perawat

Menurut perawat ada 90,85% perawat yang mengaku tidak pernah menyebabkan insiden keselamatan pasien di rumah sakit perdana dan 83% di rumah sakit paripurna. Masih ada sebagian kecil perawat yang mengaku menyebabkan insiden keselamatan pasien di masing-masing rumah sakit.

Tabel 5.5. Persepsi insiden keselamatan pasien menurut perawat

		RS perdana				RS paripurna			
		Tdk Prnh	Kdang kdang	Sering	Slalu	Tdk Prnh	Kadang kadang	Sering	Slalu
Item 6 (salah obat/KTC)	F	34	2	0	0	41	0	0	0
	%	94.4	5.6%	0.0%	0.0%	100.0	0.0%	0.0%	0.0%
Item 7 (salah identitas/KTC)	F	35	1	0	0	41	0	0	0
	%	97.2	2.8%	0.0%	0.0%	100.0	0.0%	0.0%	0.0%
Item 8 (salah dosis/KTC)	F	34	2	0	0	39	2	0	0
	%	94.4	5.6%	0.0%	0.0%	95.1	4.9%	0.0%	0.0%
Item 9 (salah obat/KTC)	F	35	1	0	0	39	2	0	0
	%	97.2	2.8%	0.0%	0.0%	95.1	4.9%	0.0%	0.0%
Item 11 (salah obat/KNC)	F	32	3	1	0	29	12	0	0
	%	88.9	8.3%	2.8%	0.0%	70.7	29.3%	0.0%	0.0%
Item 13 (salah dosis/KTD)	F	35	0	1	0	36	5	0	0
	%	97.2	0.0%	2.8%	0.0%	87.8	12.2%	0.0%	0.0%
Item 14 (salah obat/KTD)	F	24	12	0	0	15	26	0	0
	%	66.7	33.3%	0.0%	0.0%	36.6	63.4%	0.0%	0.0%

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.3.2 Persepsi insiden keselamatan pasien menurut pasien.

Menurut pasien ada 93,81% perawat yang dinyatakan tidak pernah menyebabkan insiden keselamatan pasien di RS perdana. Di rumah sakit paripurna pasien menyebutkan 92,14% perawat tidak pernah menyebabkan insiden keselamatan pasien. Namun demikian menurut pasien masih ada sebagian perawat yang masih menyebabkan insiden keselamatan pasien pada masing masing rumah sakit.

Tabel 5.6. Persepsi insiden keselamatan pasien menurut pasien

		RS perdana				RS paripurna			
		Tdk Prnh	Kdang kadang	Sring	Slalu	Tdak Prnh	Kdng kdng	Sring	Slalu
Item 1 (salah obat)	F	93	1	2	3	89	5	1	1
	%	93.9	1.0%	2.0%	3.0%	92.7	5.2%	1.0%	1.0%

Tabel 5.6. Persepsi insiden keselamatan pasien menurut pasien (Lanjutan)

		RS perdana				RS paripurna			
		Tidak Prnh	Kdng kdng	Sring	Slalu	Tdak Prnh	Kdng kdng	Sring	Slalu
Item 2 (salah identitas)	F	91	5	3	0	90	6	0	0
	%	91.9	5.1%	3.0%	0.0%	93.8	6.3%	0.0%	0.0%
Item 3 (salah obat/KNC)	F	94	2	2	1	95	1	0	0
	%	94.9	2.0%	2.0%	1.0%	99.0	1.0%	0.0%	0.0%
Item 4 (salah obat/KTC)	F	94	2	1	2	83	13	0	0
	%	94.9	2.0%	1.0%	2.0%	86.5	13.5	0.0%	0.0%
Item 5 (salah dosis/KTC)	F	95	3	1	0	90	6	0	0
	%	96.0	3.0%	1.0%	0.0%	93.8	6.3%	0.0%	0.0%
Item 6 (salah dosis/KTC)	F	96	1	2	0	94	2	0	0
	%	97.0	1.0%	2.0%	0.0%	97.9	2.1%	0.0%	0.0%
Item 7 (salah dosis/KTC)	F	94	3	1	1	89	7	0	0
	%	94.9	3.0%	1.0%	1.0%	92.7	7.3%	0.0%	0.0%
Item 8 (salah obat/KTD)	F	85	12	1	1	80	16	0	0
	%	85.9	12.1%	1.0%	1.0%	83.3	16.7	0.0%	0.0%
Item 9 (salah obat/KTD)	F	94	2	3	0	86	10	0	0
	%	94.9	2.0%	3.0%	0.0%	89.6	10.4	0.0%	0.0%

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.4 Hubungan Implementasi Benar Pemberian Obat, Insiden Keselamatan Pasien dan Status Akreditasi Rumah Sakit menurut Persepsi Perawat dan Pasien.

5.4.1 Hubungan status akreditasi dengan implementasi benar pemberian obat.

Uji normalitas data perlu dilakukan untuk mengetahui memilih uji apa yang digunakan untuk melakukan uji perbedaan. Dari hasil uji Kolmogorof-Smirnov diperoleh hasil probabilitas data implementasi benar pemberian obat di RS perdana dan RS paripurna menurut perawat dan pasien. Probabilitas data insiden keselamatan pasien menurut perawat maupun pasien pada kedua rumah

sakit lebih kecil dari alpha 0.05. Jadi kedua distribusi data implementasi benar pemberian obat maupun insiden keselamatan pasien pada kedua rumah sakit dinyatakan tidak normal. Selanjutnya uji perbedaan yang digunakan adalah Uji Mann-Whitney Z-test.

Tabel 5.7. Hasil uji normalitas implementasi benar pemberian obat

Uji Normalitas Implementasi benar pemberian obat			
	Kolmogorov-Smirnov	Probabilitas	Keterangan
Perawat :			
• RS Akreditasi Perdana	0.272	0.000	P < 0.05, Distribusi tidak normal
• RS Akreditasi Paripurna	0.146	0.029	P < 0.05, Distribusi tidak normal
Pasien :			
• RS Akreditasi Perdana	0.239	0.000	P < 0.05, Distribusi tidak normal
• RS Akreditasi Paripurna	0.134	0.000	P < 0.05, Distribusi tidak normal

Sumber: Data primer diolah, 2018

Hasil uji *Mann-Whitney Z-test* untuk Hubungan status akreditasi rumah sakit dengan implementasi benar pemberian obat terangkum dalam Tabel 5.8. Berdasarkan hasil *Mann-Whitney Z-test* dinyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada Implementasi benar pemberian obat menurut perawat maupun menurut pasien di rumah sakit terakreditasi Perdana dan terakreditasi Paripurna. Secara statistik implementasi benar pemberian obat menurut perawat di rumah sakit perdana lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit paripurna. Sebagian besar perawat di RS perdana maupun RS paripurna mengaku selalu mengimplementasikan benar pemberian obat. Namun masih ada sebagian kecil yang tidak selalu mengimplementasikan benar pemberian obat.

Secara statistik menurut pasien implementasi benar pemberian obat yang dilakukan perawat di rumah sakit perdana didapatkan hasil lebih tinggi bila dibandingkan dengan rumah sakit paripurna. Sebagian besar perawat di RS perdana maupun RS paripurna oleh pasien dinyatakan selalu

mengimplementasikan benar pemberian obat. Namun masih ada sebagian kecil yang tidak selalu mengimplementasikan benar pemberian obat.

Tabel 5.8. Hubungan status akreditasi dengan implementasi benar pemberian obat

	Persepsi	Status Akreditasi		Hasil uji <i>Mann Whitney Z-test</i>		
		Perdana	Paripurna	Z	p	Signifikan
1	Perawat	3.780	3.699	Z= -1.992	p= 0.046 < alpha 0.05	Signifikan
2	Pasien	3.687	3.305	Z= -4.791	p= 0.000 < alpha 0.05	Signifikan

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.4.2 Hubungan status akreditasi dengan insiden keselamatan pasien.

Hasil uji normalitas Insiden keselamatan pasien menurut perawat maupun pasien pada kedua rumah sakit terlihat pada Tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.9. Hasil uji normalitas insiden keselamatan pasien

	Uji Normalitas Insiden Keselamatan Pasien			Keterangan
	Kolmogorov-Smirnov	Probabilitas		
Perawat :				
• RS Akreditasi Perdana	0.340	0.000		P < 0.05, Distribusi tidak normal
• RS Akreditasi Paripurna	0.190	0.000		P < 0.05, Distribusi tidak normal
Pasien :				
• RS Akreditasi Perdana	0.394	0.000		P < 0.05, Distribusi tidak normal
• RS Akreditasi Paripurna	0.364	0.000		P < 0.05, Distribusi tidak normal

Sumber: Data primer diolah, 2018

Semua probabilitas hasil uji normalitas didapatkan lebih kecil dari nilai alpha 0.05, sehingga dinyatakan distribusinya tidak normal. Dengan demikian uji beda yang digunakan adalah *Mann-Whitney test*. Hasil uji Mann-Whitney Z-test untuk Hubungan status akreditasi rumah sakit dengan Implementasi benar pemberian obat terangkum dalam Tabel 5.10.

Berdasarkan hasil *Mann-Whitney Z-test* dinyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada persepsi insiden keselamatan pasien menurut perawat di rumah sakit perdana maupun rumah sakit paripurna. Dilihat dari nilai rerata perawat di rumah sakit perdana memiliki persepsi hasil insiden keselamatan pasien yang lebih rendah daripada di rumah sakit paripurna. Sebagian besar perawat mengaku tidak pernah menyebabkan insiden keselamatan pasien, namun masih ada sebagian yang mengaku masih menjadi penyebab insiden keselamatan pasien.

Hubungan status akreditasi dengan insiden keselamatan pasien menurut pasien tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Menurut pasien di kedua rumah sakit hampir semua perawat tidak pernah melakukan insiden keselamatan pasien.

Tabel 5.10. Hubungan status akreditasi rumah sakit dengan insiden keselamatan pasien

	Persepsi	Status Akreditasi		Hasil uji <i>Mann Whitney Z-test</i>		
		Perdana	Paripurna			
1	Perawat	1.099	1.164	Z= -3.234	p= 0.001 < alpha 0.05	Signifikan
2	Pasien	1.098	1.082	Z= -1.798	p= 0.072 >alpha 0.05	Tidak signifikan

Sumber: Data primer diolah, 2018

5.5 Korelasi Implementasi Benar Pemberian Obat dengan Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan uji normalitas Kolmogorff-Smirnov yang menyatakan bahwa distribusi data adalah tidak normal, maka uji korelasi yang digunakan adalah *Spearman test*. Berdasarkan Tabel 5.11. diketahui bahwa pada rumah sakit yang terakreditasi Perdana terdapat hubungan implementasi benar pemberian obat dengan insiden keselamatan pasien menurut perawat maupun pasien. Hubungan tersebut bersifat negatif dan cukup kuat (koefisien : -0.418) pada

perawat, sedangkan pada pasien hubungan bersifat negatif dan cukup kuat (koefisien : -0.384).

Pada rumah sakit yang terakreditasi Paripurna tidak terdapat hubungan implementasi benar pemberian obat dengan insiden keselamatan pasien menurut perawat maupun pasien. Hubungan tersebut berkekuatan lemah (koefisien : -0.011) dan bersifat negatif pada perawat, sedangkan pada pasien hubungan bersifat lemah (koefisien : -0,126) dan negatif.

Tabel 5.11. Hasil uji hubungan implementasi benar pemberian obat dengan insiden keselamatan pasien

No	Status Akreditasi RS	Hasil uji Spearman test		Keterangan
		Koefisien	Probabilitas	
1	Perdana :			
	Perawat	-0.418	0.011	p < alpha 0.05 Signifikan
	Pasien	-0.384	0.000	p < alpha 0.05 Signifikan
2	Paripurna :			
	Perawat	-0.011	0.946	p > alpha 0.05 Tidak Signifikan
	Pasien	-0.126	0.222	p > alpha 0.05 Tidak Signifikan

Sumber: Data primer diolah, 2018

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

Responden penelitian ini meliputi perawat dan pasien yang berada pada dua rumah sakit berbeda, yaitu RS perdana dan RS paripurna. Secara keseluruhan karakteristik perawat di kedua rumah sakit menunjukkan perbedaan dari sisi usia, jenjang pendidikan dan lama kerja. Perawat di RS perdana dengan status akreditasi Perdana relatif lebih muda usia dibandingkan dengan perawat RS paripurna. Perawat di RS perdana lebih didominasi oleh perawat dengan usia dibawah 25 tahun, sebaliknya perawat di RS paripurna yang mempunyai status akreditasi lebih tinggi yaitu Paripurna didominasi oleh perawat dengan usia di atas 26 tahun. Berdasarkan karakteristik pendidikan S1 dan profesi, perawat di RS paripurna relatif lebih banyak berpendidikan S1 dan profesi jika dibandingkan dengan perawat di RS perdana. Begitu pula dengan Lama bekerja, perawat yang bekerja di rumah sakit RS perdana sebagian besar memiliki lama kerja di bawah 2 tahun, sebaliknya di RS paripurna perawatnya telah bekerja lebih dari 2 tahun.

Berdasarkan karakteristik yang diamati dari para perawat di kedua RS tersebut, perawat di RS paripurna rata-rata memiliki pengalaman lebih matang dengan ditunjang banyak yang memiliki jenjang pendidikan S1 dan profesi serta masa kerja lebih lama, dan juga usia yang lebih dewasa. Peristiwa merupakan suatu kejadian yang sudah dialami individu dalam berhubungan dengan sekitarnya. Peristiwa yang baik bisa membentuk sikap yang positif dalam kehidupan seseorang. Perawat dengan lama kerja cukup lama akan lebih

terampil dan berpengalaman dalam menjalankan kompetensinya. Pengalaman dan kesempatan pekerjaan mampu meningkatkan konsep individu, strategi pemecahan masalah dan keterampilan motorik (Potter & Perry, 2010).

Setiawan dan Budoastuti (2012) menjelaskan bahwa usia merupakan salah satu karakteristik perawat yang memiliki hubungan stimulan dalam melakukan sebuah pekerjaan dan memiliki pengaruh terhadap diri mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan responden dengan usia dewasa awal memiliki komitmen yang cukup/kuat terhadap pekerjaan. Faktor lain yang mempengaruhi yaitu tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan seseorang menjadi salah satu tolak ukur yang berpengaruh terhadap hasil kerja perawat.

Umaternate dkk (2015) menjelaskan bahwa pengetahuan menjadi unsur penting bagi seseorang menentukan keputusan. Perawat dengan tingkat pengetahuan baik, tidak selamanya melakukan identifikasi pasien saat pemberian obat dengan baik. Semua perbuatan yang akan dilakukan beresiko terjadi kekeliruan dalam hal mengidentifikasi pasien secara benar. Oleh sebab itu, sangatlah perlu untuk membedakan pasien yang satu dengan lainnya khususnya pasien dengan jenis obat yang berbeda. Tercapainya kesesuaian identitas pasien sebelum pemberian obat akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan perawat maupun rumah sakit.

6.2 Implementasi Benar Pemberian Obat

6.2.1 Implementasi benar pemberian obat menurut perawat

Secara keseluruhan implementasi benar pemberian obat menurut perawat sudah baik. Nilai rata-rata dengan skala Likert pada RS akreditasi Perdana dan RS akreditasi Paripurna adalah 3,780 dan 3,699. Hal ini menunjukkan bahwa

perawat pada kedua rumah sakit hampir selalu mengimplementasikan benar pemberian obat. Namun demikian masih ada beberapa perawat yang tidak selalu melakukan pemberian obat dengan benar pada RS perdana maupun RS paripurna.

Menurut pengakuan sebagian kecil perawat RS perdana yang pelaksanaan implementasi benar pemberian obat yang masih kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan adalah sebagian dari aspek benar identitas, aspek benar obat, aspek benar administrasi, aspek benar jadwal dan aspek benar informasi.

Sedangkan pada RS paripurna, mplementasi benar pemberian obat yang pelaksanaannya masih dinyatakan kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan oleh perawat adalah sebagian dari aspek benar identitas, aspek benar obat, aspek benar administrasi dan aspek benar informasi.

Sebuah penelitian yang dilakukan di RS Panti Nirmala menunjukkan bahwa pelaksanaan tujuh benar pemberian obat belum mencapai 100% sesuai dengan SPO yang ada. Benar pasien yang hanya 64,9% menunjukkan bahwa perawat tidak melakukan proses identifikasi sesuai dengan standar SPO yang ada, namun bukan berarti bahwa sebanyak 35,1% salah pasien, Perawat melakukan 86,5% benar obat, perawat melakukan 64,9% benar waktu jadwal.

(Sthephani, 2015). Fatimah (2014) dalam penelitiannya mendapatkan bahwa sebanyak >50% perawat belum melaksanakan benar identitas, 31,2% belum melaksanakan prinsip benar obat, 3,1% belum benar jadwal, 53,1% belum benar informasi, dan 100 % masih salah dalam dokumentasi/administrasi. Pranasari (2016) dalam penelitian praktek pemberian obat oleh perawat mendapatkan hasil 87,8% benar pasien, 95,1% benar dosis, 87,8% benar obat, 73,2% benar jadwal, 34,1% benar dokumentasi.

Implementasi benar identitas pasien yang hanya kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan perawat perlu mendapat perhatian yang serius.

Melaksanakan identifikasi pasien secara benar diperlukan agar membedakan pasien yang satu dengan lainnya khususnya pasien dengan jenis obat yang berbeda. Butuh sebuah kesadaran dari diri perawat untuk merubah sikap dan perilaku agar dapat mengidentifikasi benar pasien dengan tepat dan menjadi sebuah kebiasaan dalam bertugas. Tercapainya kesesuaian identitas pasien sebelum pemberian obat akan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap servis yang diberikan perawat maupun rumah sakit. Kemampuan perawat mengimplementasikan Standar Operasional Prosedur (SOP) benar pasien yang masih kurang baik, karena hanya dijalankan dengan kadang-kadang, sehingga perlu ditingkatkan untuk mencapai hasil maksimal sesuai tujuan rumah sakit. Hasil ini kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa unsur misalnya umur, tingkat pendidikan, dan motivasi (Harmiady, 2014).

Setiawan dan Budoastuti (2012) menjelaskan bahwa usia merupakan salah satu karakteristik perawat yang memiliki hubungan stimulan dalam melakukan sebuah pekerjaan dan memiliki pengaruh terhadap diri mereka. Komitmen perawat dalam bekerja akan meningkatkan tanggung jawab perawat dalam melaksanakan pekerjaannya. Sehingga, semakin tinggi komitmen yang dimiliki maka semakin tinggi pula tanggung jawab perawat dan sebaliknya. Perawat yang memiliki tanggung jawab dalam sebuah pekerjaan seharusnya melakukan berdasarkan standar yang akan menunjukkan hasil yang positif sesuai dengan tujuan rumah sakit.

Implementasi benar obat masih juga ditemukan dilakukan kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan perawat. Keadaan ini juga perlu

mendapatkan atensi yang serius. Butuh sebuah kesadaran dari diri perawat untuk merubah sikap dan perilaku agar dapat mengidentifikasi benar jenis obat dengan tepat dan menjadi sebuah kebiasaan dalam bertugas. Virawan (2012), menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan perawat dalam memberikan obat kepada pasien, akan tetapi tergantung dari pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh perawat itu sendiri. Ketergantungan tersebut meliputi individu itu sendiri apakah memiliki keinginan untuk berusaha lebih dalam pemberian obat, biasa saja atau bahkan lebih buruk.

Hal ini menunjukkan bahwa setiap perawat memiliki peran dan tanggung jawab yang sama dalam memberikan obat berdasarkan jenis obat yang harus diberikan. Jika kesesuaian tersebut terlaksana maka akan memberikan hasil maksimal berdasarkan prosedur yang berlaku. Keberhasilan pemberian jenis obat yang dilakukan perawat dapat dinilai dari tidak terjadi atau menurunnya persentase kejadian kesalahan pengobatan yang diberikan kepada pasien.

Implementasi benar jadwal, benar informasi, benar administrasi juga hanya dilakukan kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan perawat, terutama pada RS perdana. semua perawat belum melakukan tindakan benar waktu. Hal ini juga perlu mendapat perhatian yang serius. Oleh sebab itu, perlu adanya peningkatan kepatuhan perawat memberikan obat kepada pasien sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Terlaksanya hal tersebut akan memberikan hasil yang maksimal terhadap keberhasilan terapi pengobatan pasien.

Kepatuhan perawat menurut (Rosita, 2010) merupakan kesetiaan, ketaatan atau loyalitas perawat terhadap prosedur yang berlaku. Kepatuhan yang dimaksud adalah kemampuan perawat dalam melakukan prinsip benar waktu pemberian obat akan berpengaruh terhadap hasil penelitian yang dilakukan. Semakin patuh

perawat dalam memberikan obat sesuai prinsip waktu pemberian maka risiko kesalahan waktu pemberian obat akan menurun. Prinsip ini akan menjadi salah satu indikator keberhasilan bagian prosedur pemberian terapi pengobatan pasien. Prinsip ini jika dilakukan secara terus menerus dengan komitmen perawat terhadap budaya safety pasien, maka standar prosedur pengobatan akan tercapai secara maksimal (*Joint Commission Australian*, 2012). Riyanto (2013) menyatakan bahwa terdapat pengaruh yang efektif terhadap ketepatan pemberian obat terhadap kualitas hidup pasien.

Semua perawat belum melakukan tindakan benar informasi. Butuh sebuah kesadaran dari diri perawat untuk merubah sikap dan perilaku agar dapat mengidentifikasi benar informasi dengan tepat dan menjadi sebuah kebiasaan dalam bertugas. Terlaksananya prinsip benar pemberian obat dengan benar oleh perawat akan mengurangi kekeliruan tugas perawat untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya pemberian informasi kepada pasien berdasarkan peran, fungsi dan tanggung jawab perawat itu sendiri. Selain itu, keberhasilan perawat dalam melaksanakan tugasnya sesuai standar prosedur rumah sakit akan meningkatkan kualitas mutu pelayanan rumah sakit dari segi fungsi perencanaan, pengorganisasian serta menurunkan risiko ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan berdasarkan tujuan rumah sakit yang telah disepakati bersama dalam meningkatkan standar keselamatan rumah sakit (Rahmawati, 2013).

Perawat yang belum semuanya melakukan tindakan benar administrasi dapat dikarenakan beban kerja yang tinggi sehingga perawat tidak langsung melakukan proses administrasi maupun pendokumentasian. Hasil ini menunjukkan kemampuan perawat mengimplementasikan Standar Operasional

Prosedur (SOP) dalam kategori kurang, sehingga perlu ditingkatkan untuk mencapai standart prosedur yang diharapkan. Hasil ini dapat dipengaruhi oleh faktor kinerja dan motivasi perawat (Wahyudi, 2010). Menurut Hafizurrachman dkk (2011), untuk menghasilkan kinerja perawat yang maksimal, seorang perawat rumah sakit harus memiliki tingkat kemampuan dan pemahaman yang tinggi terhadap pekerjaannya, sehingga akan mempengaruhi hasil tindakan dalam proses administrasi dan pendokumentasian maupun prosedur pemberian obat yang sesuai. Iswari (2010) menjelaskan bahwa pendokumentasian keperawatan merupakan hal yang penting dikarenakan pendokumentasian merupakan bukti perawat telah melakukan tindakan kepada pasien sesuai standar prosedur. Berdasarkan manfaat dan pentingnya pendokumentasian perawat dituntut untuk terus melaksanakannya. Sedangkan Ulum & Wulandari (2013) menyatakan bahwa pendokumentasian di pengaruhi oleh faktor-faktor tanggung jawab, penilaian perawat, pengakuan perawat, pengawasan, dan dukungan rekan kerja dalam meningkatkan kepatuhan pendokumentasian keperawatan.

Menurut Indrawati (2003) komunikasi sangat dibutuhkan dalam menunjang keberhasilan kesembuhan pasien, baik secara verbal dan non verbal dengan teknik berkomunikasi yang efektif. Permasalahan Implementasi benar pemberian obat yang pelaksanaannya hampir tidak pernah dilakukan oleh perawat dapat terjadi karena komunikasi yang tidak baik antara perawat dengan pasien. Jika perawat mampu berkomunikasi dengan baik, maka implementasi 7 benar dalam pemberian obat juga kemungkinan besar dapat menjadi lebih baik . Komunikasi perawat memiliki kontribusi yang unik terhadap keluarga dan pasien yang sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Green, 1999). Komunikasi yang tidak

efektif antara perawat dengan perawat dan juga perawat dengan pasien/keluarga pasien menjadi salah satu akar penyebab masalah dalam penerapan prinsip tujuh benar pada proses pemberian obat.

6.2.2 Implementasi benar pemberian obat menurut pasien

Secara keseluruhan implementasi benar pemberian obat yang dilakukan oleh perawat dinilai baik menurut persepsi pasien. Nilai rata-rata dengan skala Likert pada RS Perdana adalah 3,68 dan pada RS Paripurna dan 3,30. Hal ini menunjukkan bahwa baik perawat RS perdana maupun RS paripurna hampir selalu mengimplementasikan benar pemberian obat. Masih ada beberapa perawat yang tidak selalu melakukan pemberian obat dengan benar baik pada RS perdana maupun RS paripurna.

Menurut persepsi pasien sebagian kecil perawat RS perdana yang melaksanakan implementasi benar pemberian obat yang masih kadang-kadang atau bahkan tidak pernah adalah aspek benar identitas, aspek benar obat, aspek benar jadwal dan aspek benar informasi. Sedangkan pada RS paripurna, implementasi benar pemberian obat yang pelaksanaannya masih dinyatakan kadang-kadang atau bahkan tidak pernah dilakukan oleh perawat adalah sebagian dari aspek benar identitas, aspek benar obat, aspek benar jadwal dan aspek benar informasi.

Sebuah penelitian yang dilakukan di RS Panti Nirmala juga menunjukkan bahwa nilai yang kurang dari 100% pada pelaksanaan SPO tujuh benar menunjukkan bahwa proses yang disyaratkan dalam standar tujuh benar belum dilaksanakan sesuai SPO yang ada. Benar pasien yang hanya 64,9% menunjukkan bahwa perawat tidak melakukan proses identifikasi sesuai dengan standar SPO yang ada, namun bukan berarti bahwa sebanyak

35,1% salah pasien, demikian pula dengan benar obat dan benar waktu (Sthephani, dkk., 2015).

Permasalahan tersebut dapat terjadi adakalanya karena pasien merasa adanya komunikasi yang tidak baik dari petugas perawat. Kurangnya komunikasi efektif perawat dengan pasien mungkin dapat timbul karena kurangnya keterbukaan dan sikap positif yang diperlihatkan oleh perawat. Komunikasi sangat dibutuhkan dalam menunjang keberhasilan kesembuhan pasien, baik secara verbal dan non verbal dengan teknik berkomunikasi yang efektif (Indrawati, 2003).

Pada umumnya, implementasi benar pemberian obat yang tidak pernah dilakukan oleh perawat menurut persepsi pasien adalah lebih banyak terdapat pada rumah sakit yang terakreditasi paripurna (RS paripurna) dibandingkan terakreditasi perdana (RS perdana). Pasien mungkin menganggap perawat tidak terlalu memiliki persepsi yang baik terhadap status akreditasi yang di sandang oleh rumah sakit. Jika perawat memiliki persepsi yang baik dengan status akreditasinya, maka kinerja dalam pelayannya akan menjadi semakin baik. Oleh sebab itu, butuh upaya penyamaan persepsi dari petugas perawat pada servis yang sejalan menurut standar akreditasi sangat penting, oleh karena pelaksanaan akreditasi RS bisa menuntun para peltugas pelayanan untuk bekerja sejalan dengan standar yang ditentukan (Hendroyogi dan Harsono, 2016). Mungkin butuh pengawasan dan evaluasi secara periodik untuk menyakinkan bahwa semua aktivitas benar-benar dikerjakan dengan sepenuh hati dan menjadi sebuah kebiasaan yang lahir atas dasar kesadaran, bukan lahir atas dasar keterpaksaan.

Faktor lain yang menjelaskan temuan ini adalah kesiapan rumah sakit menjelang akreditasi. Penelitian di kedua RS ini dilakukan pada saat menjelang verifikasi akreditasi. RS perdana akan melakukan verifikasi akreditasi dalam kurun waktu kurang lebih 3 bulan, sedangkan RS paripurna dalam 6 bulan kemudian. Hal ini juga yang kemungkinan besar dapat membuat kesiapan perawat terkait pelaksanaan implementasi benar pemberian obat berbeda. RS perdana akan lebih cukup siap dibandingkan dengan RS paripurna.

Implementasi benar pemberian obat merupakan salah satu SPO yang ada di RS, sehingga dapat dikatakan sebagai regulator tata kerja yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh setiap pegawai, salah satunya adalah perawat. Menurut Geller (2001) bahwa peraturan adalah dokumen tertulis yang berisi tentang standar, aturan, norma, pedoman dan kebijakan untuk perilaku yang ditentukan. Apabila perawat bekerja menyalahi SPO yang telah ditetapkan, maka dikategorikan menyalahi aturan.

6.3 Persepsi Insiden Keselamatan Pasien

6.3.1 Persepsi insiden keselamatan pasien menurut perawat

Secara keseluruhan persepsi Insiden Keselamatan Pasien menurut perawat sudah baik. Nilai rata-rata dengan skala Likert didapatkan pada RS Perdana sebesar 1,09 dan pada RS akreditasi Paripurna sebesar 1,16. Angka-angka ini menggambarkan bahwa sebagian besar perawat tidak pernah menyebabkan insiden keselamatan pasien. Sebagian kecil perawat di RS perdana mengaku masih kadang-kadang bahkan sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Perawat RS paripurna mengaku ada sebagian perawat yang masih kadang-kadang menyebabkan insiden keselamatan pasien. Insiden

keselamatan pasien yang masih sering dilakukan di RS perdana adalah KNC salah obat (1 kasus) dan KTD salah dosis obat (1 kasus) sedangkan di RS paripurna tidak didapatkan.

Kejadian *medication error* didapatkan di rumah sakit dengan angka kejadian yang bervariasi, 3-6,9% untuk pasien rawat inap (Mutmainah, 2008).

Bayang et al. (2012) melaporkan angka kejadian *medication error* di Instalasi Farmasi RS Umum Daerah Bantaeng HM Anwar Makkatutu sebesar 0,027% dari total 77.571 lembar resep yang dilayani. Kung et al. (2013) yang juga melaporkan sebanyak 288 kejadian *medication errors* dari total 24.617 dosis pengobatan yang diberikan pada pasien kardiovaskular di Rumah Sakit Universitas Bern, Switzerland selama kurun waktu satu bulan, di mana sebanyak 29% dari *medication errors* berupa *prescribing error*, 13% *transcription error*, dan 58% berupa *administration error*.

Menurut Hasibuan (2012) perawat yang melakukan pekerjaan dengan tergesa-gesa dan tidak melakukan pengecekan ulang, dapat mengakibatkan tingkat ketelitian perawat menjadi berkurang. Disiplin kerja menjadi kunci keberhasilan organisasi mencapai suatu tujuan. Dengan disiplin kerja baik, perawat dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik. Penerapan sikap disiplin yang baik dapat berdampak pada pelayanan kepada pasien yang aman dan memuaskan. Disiplin perawat mempengaruhi keberhasilan dalam pelaksanaan implementasi benar pemberian obat. Kurang disiplinnya perawat menjadi hambatan dalam melaksanakan implementasi benar pemberian obat. Perawat yang kurang disiplin dapat berpotensi menyebabkan kesalahan di dalam pemberian obat.

Faktor lain yang mungkin dapat menjelaskan temuan ini adalah metode pengawasan terhadap perilaku ketaatan perawat. Dapat dikatakan bahwa pelaksanaan protap atau SPO terutama dalam hal implementasi benar pemberian obat masih belum optimal. Sistem pengawasan kepala ruangan terhadap pelaksanaan prosedur keselamatan pasien dan ketaatan perawat pada pelaksanaan protap masih dirasakan belum cukup. Kepala ruang harus senantiasa mengingatkan anggota jika tidak melakukan prosedur pelaksanaan pemberian obat berdasarkan prinsip 7 benar dengan baik. Disamping itu, kurang optimalnya peran tim mutu dalam melaksanakan pengawasan melalui observasi secara langsung dengan terlibat dalam proses perawatan dan dalam pengawasan terhadap pelaksanaan budaya *safety* pemberian obat.

Dalam rangka mendukung pelayanan keperawatan yang terstandar, khususnya terkait implementasi benar pemberian obat, maka fungsi supervisi memegang peranan penting dalam manajemen mutu. Supervisi merupakan pengamatan langsung pada pekerjaan yang dilaksanakan oleh anak buah dan secara berkala. Bila ada masalah, bantuan yang bersifat langsung dan solutif akan sangat membantu untuk masa berikutnya (Mangkuprawiro, 2014). Melalui supervisi ini, SDM keperawatan bisa mempertahankan kemampuan dan perilakunya untuk menjalankan asuhan keperawatan lebih baik. Kepala ruangan serta tim mutu harus saling berkoordinasi terhadap fungsi pengawasan atau supervisi demi tercapainya tujuan kegiatan keselamatan pasien. Kepala ruangan dapat mengawasi kinerja perawat ruangnya dan tim mutu dapat mengawasi kinerja kepala ruangan serta melakukan supervisi di ruang rawat inap. Jika tugas pengawasan tersebut dilaksanakan dengan baik, maka dapat mengurangi insiden keselamatan pasien (Kuntarti, 2005).

6.3.2 Persepsi insiden keselamatan pasien menurut pasien

Persepsi insiden keselamatan pasien secara keseluruhan dinilai sudah baik menurut pasien. Nilai rata-rata dengan skala Likert di RS Perdana adalah 1,098 dan di RS Paripurna sebesar 1,082. Hal ini menggambarkan bahwa menurut persepsi pasien hampir tidak pernah ditemui perawat di RS perdana maupun paripurna melakukan insiden keselamatan pasien. Sebagian kecil saja pasien menemukan insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat.

Munculnya permasalahan tersebut diatas, dapat terjadi akibat kurangnya koordinasi dan komunikasi, serta kedisiplinan pada perawat dalam menjalankan setiap tugas-tugasnya. Organisasi bisa berhasil bila mutu profesionalitas yaitu disiplin para pegawainya baik (Hasibuan, 2012). Dengan disiplin kerja yang baik, perawat akan selalu melaksanakan kewajibannya tidak terabaikan. Penerapan sikap disiplin yang baik dapat berdampak pada pelayanan kepada pasien yang aman dan memuaskan.

Pasien dan keluarganya perlu mendapatkan informasi yang benar dalam menerima obat. Jika luput dari pantauan pengawasan kepala ruangan ataupun pimpinan lainnya, maka pasien/keluarga dapat menjadi pengawas. Kepala ruangan dapat mengawasi kinerja perawat ruangnya dan tim mutu dapat mengawasi kinerja kepala ruangan serta melakukan supervisi di ruang rawat inap. Jika tugas pengawasan tersebut dilaksanakan dengan baik, maka dapat mengurangi insiden keselamatan pasien (Kuntarti, 2005). Akan tetapi, jika kepala ruangan sedang tidak ditempat atau lalai dalam pengawasan, maka pasien/keluarga pasien dapat melakukannya.

6.4 Perbedaan Implementasi Benar Pemberian Obat, Insiden Keselamatan Pasien dan Status Akreditasi Rumah Sakit menurut Persepsi Perawat dan Pasien.

6.4.1 Perbedaan status akreditasi pada penerapan implementasi benar pemberian obat.

Berdasarkan hasil analisis dapat diinformasikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terkait Implementasi benar pemberian obat menurut perawat maupun menurut pasien, antara di rumah sakit terakreditasi Perdana dan terakreditasi Paripurna. Secara statistik, didapatkan rerata skor 3,780 dan 3,669 untuk implementasi benar pemberian obat di rumah sakit menurut perawat di Rsperdana dan RS paripurna . Uji statistik ini menggambarkan bahwa ternyata perawat di kedua rumah sakit hampir selalu mengimplementasikan benar pemberian obat.

Nilai rerata 3,687 dan 3,305 untuk implementasi benar pemberian obat menurut pasien di RS perdana dan RS paripurna menggambarkan bahwa menurut pasien perawat di kedua rumah sakit hampir selalu mengimplementasikan benar pemberian obat. Hanya sebagian pasien yang masih menemukan perawat yang tidak mengimplemntasikan benar pemberian obat.

Seharusnya RS paripurna mampu menjalankan tugas-tugas sesuai SPO yang ada, khususnya terkait implementasi benar pemberian obat. Apabila saat penilaian ditemukan hal yang berbeda, maka perlu adanya evaluasi dan pengawasan terhadap kinerja RS tersebut. Oleh sebab itu, mungkin butuh pengawasan dan evaluasi secara periodik untuk menyakinkan bahwa semua aktivitas benar-benar dikerjakan dengan sepenuh hati dan menjadi sebuah

kebiasaan yang lahir atas dasar kesadaran dan bukan lahir atas dasar keterpaksaan. Kurangnya pengawasan kinerja perawat oleh pimpinan di atasnya mungkin menjadi salah satu penyebab disamping perawat hanya dievaluasi atau dinilai oleh pasien yang memang merasakan secara langsung pelayanan yang diberikan oleh perawat.

Faktor lain yang menjelaskan temuan ini adalah kesiapan rumah sakit menjelang akreditasi. RS perdana akan melakukan reakreditasi dalam kurun waktu kurang lebih 3 bulan, sedangkan RS paripurna dalam 6 bulan. Hal ini juga yang kemungkinan besar dapat membuat kesiapan perawat terkait pelaksanaan implementasi benar pemberian obat berbeda. Rumah sakit Mitra akan lebih cukup siap dibandingkan dengan RS paripurna.

Persepsi mengenai kegunaan dilakukannya akreditasi rumah sakit akan menjadikan standart akreditasi sebagai acuan bagi semua karyawan (termasuk perawat) dalam melaksanakan tugas rutinnnya. Pendapat negatif yang menilai bahwa akreditasi ini bisa menjadi tanggungan yang menambah tugas karyawan perlu diminimalisasi. Bekerja sama dengan semangat yang sama tingginya dari seluruh karyawan diperlukan guna mendorong usaha perbaikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang tinggi untuk pasien di rumah sakit (Rahma, 2012). Senantiasa menjaga implementasi standar akreditasi tidaklah gampang. Diperlukan adanya kesamaan pandangan tentang kegunaan akreditasi rumah sakit, agar seluruh karyawan berperan aktif, dengan dorongan dan pengawasan para pemimpin. Robbins dan Judge (2013) berpendapat jika persepsi dapat mempengaruhi secara langsung terhadap partisipasi. karyawan yang mau berpartisipasi aktif mempunyai pengaruh positif pada produktivitas kerja, kepuasan kerja dan komitmen karyawan (Bhatti & Qureshi, 2007).

Bentuk partisipasi perawat yang dilakukan adalah bentuk kepatuhannya melaksanakan kegiatan dengan penerapan aturan akreditasi yang sesuai pada bidangnya. Perlu pengawasan yang kontinyu pada rumah sakit sebab tiga tahun sekali reakreditasi dilakukan dan dilakukan verifikasi oleh KARS setiap tahun. Verifikasi tahunan tidak seluruh standar dinilai, hanya elemen standar tertentu yang masih kurang (menurut survei). Diperlukan kontribusi semua anggota untuk melaksanakan elemen akreditasi secara konsisten. Elemen penilaian pada survei akreditasi harus dipenuhi dan dilaksanakan secara kontinyu dan berkesinambungan.

6.4.2 Perbedaan status akreditasi pada penerapan insiden keselamatan pasien

Berdasarkan hasil analisis dapat diinformasikan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada Insiden Keselamatan Pasien menurut perawat di RS Perdana maupun RS Paripurna. Dilihat dari nilai rerata, persepsi perawat di rumah sakit perdana memiliki hasil 1,009 dan rumah sakit paripurna 1,164, Hasil ini menggambarkan bahwa pada kedua rumah sakit baik menurut perawat maupun pasien insiden keselamatan pasien hampir tidak pernah dijumpai. Hanya sebagian saja masih ditemukan

Keterkaitan status akreditasi dengan Insiden keselamatan pasien menurut pasien tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Namun demikian, nilai rerata persepsi pasien di kedua rumah sakit juga sudah masuk dalam kategori baik.

Akreditasi rumah sakit seharusnya berdampak positif pada kualitas pelayanan pada pasien (Yildiz, 2014). Implementasi akreditasi yang baik berefek meningkatnya pada pelayanan oleh rumah sakit yang membaik (Manzo, 2012).

RS paripurna seharusnya mampu lebih baik dalam menjalankan tugas-tugas sesuai SPO yang ada, khususnya terkait implementasi benar pemberian obat. Apabila saat penilaian ditemukan hal yang berbeda, maka perlu adanya evaluasi dan pengawasan terhadap kinerja RS tersebut. Oleh sebab itu, mungkin butuh pengawasan dan evaluasi secara periodik untuk menyakinkan bahwa semua aktivitas benar-benar dikerjakan dengan sepenuh hati dan menjadi sebuah kebiasaan yang lahir atas dasar kesadaran, bukan lahir atas dasar keterpaksaan agar nantinya tidak terjadi insiden keselamatan pasien. Dalam hal ini, perawat hanya dievaluasi atau dinilai oleh pasien yang memang merasakan secara langsung pelayanan yang diberikan oleh perawat.

Implementasi benar pemberian obat merupakan salah satu SPO yang ada di RS untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP). Oleh sebab itu, Implementasi benar pemberian obat dapat dikatakan sebagai kewajiban bagi perawat, (Geller, 2001). Menurut Geller bila perawat bekerja namun tidak sesuai aturan SPO yang berlaku dikategorikan melakukan pelanggaran. Reason (2008) menegaskan bahwa menyalahi SOP yang berlaku merupakan bentuk suatu pelanggaran (*substandard practice*).

Kementerian Kesehatan RI (2006) menyebutkan insiden keselamatan pasien dapat dicegah dengan perencanaan bersifat komprehensif. Upaya keselamatan pasien khususnya Implementasi benar pemberian obat perlu dibiasakan agar kinerja perawat lebih baik sehingga dapat mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP).

6.5 Hubungan Implementasi Benar Pemberian Obat dengan Insiden Keselamatan Pasien.

Menurut penelitian ini, didapatkan korelasi yang signifikan antara Implementasi benar pemberian obat dengan Insiden Keselamatan Pasien, baik menurut perawat maupun pasien pada rumah sakit yang terakreditasi Perdana. Menurut perawat, hubungan antara Implementasi benar pemberian obat dengan Insiden Keselamatan Pasien bersifat negatif dan cukup kuat. Sedangkan menurut pasien, hubungan antara Implementasi benar pemberian obat dengan Insiden Keselamatan Pasien bersifat negatif dan lemah. Artinya, jika Implementasi benar pemberian obat dilakukan dengan baik, maka akan menurunkan angka Insiden Keselamatan Pasien (IKP) secara signifikan. Disisi lain, pada rumah sakit yang terakreditasi Paripurna tidak didapatkan korelasi yang signifikan antara Implementasi benar pemberian obat dengan Insiden Keselamatan Pasien, baik menurut perawat maupun pasien.

Hasil ini sedikit kurang mencerminkan kondisi dari status akreditasi yang dimiliki. Akreditasi pada rumah sakit seharusnya berdampak positif bagi kualitas dan kepuasan bagi pasien (Yildiz, 2014). Patokan akreditasi yang diterapkan mampu mengubah pelayanan terhadap pasien meningkat kualitasnya, serta kerja sama antar petugas pemberi asuhan pasien menjadi lebih baik (Manzo, 2012). RS yang terakreditasi Paripurna seharusnya sudah lebih matang dan lebih siap serta lebih berpengalaman dalam menjalankan implementasi benar pemberian obat guna memperbaiki catatan angka indeks keselamatan pasien (IKP).

Waktu pelaksanaan penelitian nampaknya mempunyai pengaruh terhadap hasil penelitian ini. Pada saat penelitian RS perdana dalam keadaan 2 – 3 bulan

menjelang dilaksanakan verifikasi reakreditasi oleh KARS. Hal ini menjadikan perawat RS perdana lebih siap menghadapi verifikasi dibandingkan RS Kasembon yang masih mempunyai waktu 6 bulan menjelang verifikasinya.

Berdasarkan karakteristik perawat, dapat diketahui bahwa perawat yang bekerja di RS Paripurna rata-rata telah memiliki pengalaman yang lebih matang dengan ditunjang banyak yang memiliki jenjang pendidikan S1 dan profesi serta masa kerja lebih lama, dan juga usia yang lebih dewasa. Informasi menjadi mudah dipahami bila pendidikan perawat makin tinggi. Seorang perawat yang pernah mendapat informasi, baik melalui jenjang pendidikan, pelatihan, dari media cetak maupun media elektronika menjadikan pemahamannya terhadap sesuai dengan prinsip benar pemberian obat menjadi lebih baik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan individu salah satunya adalah informasi, dimana kemudahan untuk mendapat informasi bisa mempercepat seseorang mendapatkan pengetahuan yang baru. Begitupula dengan usia, dengan bertambahnya usia, maka individu bisa mengalami perubahan secara aspek fisik maupun mental - psikologis. Perubahan ini terjadi dikarenakan maturasi fungsi organ, sehingga taraf berpikir seseorang menjadi semakin matang dan dewasa.

Pemberian obat adalah salah satu prosedur keperawatan yang paling sering dilakukan. Ketelitian sangat penting dilakukan dalam memberikan obat untuk mendapatkan efek pengaruh obat yang maksimal. Dosis kurang atau lebih, teknis pemberian yang tidak tepat atau pengidentifikasian klinis yang tidak cermat dapat menyebabkan berbagai komplikasi termasuk kematian (Smith, 2010). Tugas perawat diantaranya adalah memberikan obat dengan benar.

Perawat perlu memahami sifat farmakologis obat dan efek samping yang

ditimbulkan, Selain itu perawat juga perlu memahami kondisi pasien setelah memberikan obat (Potter, 2005).

6.6 Implikasi Penelitian

Implikasi teoritis penelitian ini memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan terkait Implementasi benar pemberian obat menurut perawat maupun menurut pasien, antara di rumah sakit terakreditasi Perdana dan terakreditasi Paripurna.

Hasil penelitian lainnya menginformasikan bahwa terdapat hubungan antara Implementasi benar pemberian obat dengan Insiden Keselamatan Pasien, baik menurut perawat maupun pasien pada rumah sakit yang terakreditasi Perdana, bukan yang berstatus akreditasi paripurna.

Status akreditasi rumah sakit yang dimiliki seharusnya berefek positif pada kualitas perawatan dan kepuasan pasien. Adanya implementasi akreditasi dapat memperbaiki mutu pelayanan dan peningkatan kerjasama antar petugas pemberi asuhan pasien. Oleh sebab itu, penilaian dan evaluasi status akreditasi rumah sakit tidak hanya dilakukan dari sisi fisik sarana prasarana saja, melainkan juga secara mental seluruh sumber daya yang ada di RS. Sikap kesadaran dan tanggung jawab terhadap status akreditasi yang disandang harus dimiliki oleh setiap SDM di lingkungan RS.

Implikasi praktis penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit dengan status akreditasi perdana tidak kalah baik dengan rumah sakit dengan status akreditasi paripurna. Perlu adanya evaluasi dan penilaian secara mendalam saat setiap pelaksanaan akreditasi, sehingga para karyawan tidak akan terlena dengan kembali ke rutinitas awal sebelum pelaksanaan akreditasi. Butuh adanya pengawasan yang dilakukan oleh pihak internal RS maupun pihak independent untuk menilai setiap aktivitas apabila telah usai menjalankan kegiatan akreditasi

agar nantinya para karyawan senantiasa tetap memiliki sikap kesadaran dan tanggung jawab terhadap apa yang dia kerjakan. Pengambilan data yang saat bertepatan dengan persiapan menjelang verifikasi akreditasi adalah faktor lain, yang perlu ditekankan adalah kesadaran dan tanggung jawab dari setiap pekerja yang harus senantiasa dijunjung tinggi.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian dilakukan pada saat menjelang verifikasi akreditasi. RS perdana akan melakukan verifikasi akreditasi dalam kurun waktu kurang lebih 3 bulan, sedangkan RS paripurna dalam 6 bulan kemudian. Hal ini juga yang kemungkinan besar dapat membuat kesiapan perawat terkait pelaksanaan implementasi benar pemberian obat berbeda.

Penelitian ini hanya meneliti keterkaitan status akreditasi yang dimiliki rumah sakit dengan implementasi benar pemberian obat dan insiden keselamatan pasien (IKP), sementara faktor-faktor lain yang terkait erat dengan implementasi benar pemberian obat dan insiden keselamatan pasien (IKP) tidak diteliti. Data insiden keselamatan yang riil terjadi di rumah sakit nampaknya diperlukan untuk bisa mengkonfirmasi pernyataan yang diberikan oleh responden.

Penelitian ini tidak menganalisis pengaruh dari karakteristik individu perawat terhadap implementasi benar pemberian obat dan insiden keselamatan pasien (IKP).

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Ada perbedaan yang signifikan pada implementasi benar pemberian obat menurut perawat maupun pasien pada rumah sakit yang berbeda status akreditasinya. Meskipun sudah sama-sama baik dalam mengimplementasikan benar pemberian obat, rumah sakit terakreditasi perdana mempunyai skor yang lebih baik daripada yang paripurna.

Ada perbedaan yang signifikan pada insiden keselamatan pasien menurut persepsi perawat pada rumah sakit yang berbeda status akreditasinya. RS perdana mempunyai hasil insiden yang lebih rendah daripada yang RS paripurna. Sedangkan menurut pasien tidak ada perbedaan pada insiden keselamatan pasien pada kedua rumah sakit.

Terdapat korelasi antara implementasi benar pemberian obat dengan insiden keselamatan pasien baik menurut perawat maupun pasien pada rumah sakit yang terakreditasi Perdana. Hubungan tersebut cukup kuat dan bersifat negatif.

7.2 Saran

Perlu meningkatkan *self awareness* atau kesadaran dari diri perawat, kepatuhan serta komitmen perawat dalam bekerja yang sesuai dengan aturan atau SOP yang ada sehingga dapat berdampak pada meningkatnya tanggung jawab perawat dalam melaksanakan pekerjaannya.

Perlu menekankan pentingnya disiplin kerja yang baik kepada para perawat karena sikap disiplin yang baik dapat berdampak pada pelayanan kepada pasien yang aman dan memuaskan. Adanya upaya penyamaan persepsi dari petugas perawat terhadap pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi, mengingat pelaksanaan akreditasi RS dapat menuntun para pelaksana pelayanan untuk bekerja sesuai standar yang ditetapkan.

Perlu pengawasan dan evaluasi secara periodik untuk menyakinkan bahwa semua aktivitas benar-benar dikerjakan dengan sepenuh hati dan menjadi sebuah kebiasaan yang lahir atas dasar kesadaran, bukan lahir atas dasar keterpaksaan. Kepala ruangan dapat mengawasi kinerja perawat ruangnya dan tim mutu dapat mengawasi kinerja kepala ruangan serta melakukan supervisi di ruang rawat inap.

Penelitian selanjutnya diperlukan telaahan yang lebih mendalam dengan menghubungkan persepsi insiden keselamatan pasien dengan data realitas kejadian insiden keselamatan yang terjadi di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Adam M, Koch, R. (2010). *Pharmacology Connections to nursing Practice*. Pearson, New Jersey.

Al-Awa, B., De Wever, A., Melot, C. & Devreux, I. 2011. An Overview Of Patient Safety And Accreditation: A Literature Review Study. *Res J Med Sci*, 5, 200-23.

Alimin, R. S. T. I. S. 2012. Faktor Penyebab Medication Error Di Instalasi Rawat Darurat Factors Affecting Medication Errors At Emergency Unit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15.

Alsulami, Z., Conroy, S. & Choonara, I. 2013. Medication Errors In The Middle East Countries: A Systematic Review Of The Literature. *European Journal Of Clinical Pharmacology*, 69, 995-1008.

Bayang, A.T., Pasinringi, S., & Sangkala, 2013. Faktor Penyebab Medication Error di RSUD Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, *E-Journal Program Pascasarjana Universitas Hasanuddi*.
<http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/>. diakses 20 Mei 2018.

Bhatti, K.K., Qureshi, T. M., 2007. Impact Of Employee Participation On Job Satisfaction, Employee Commitment And Employee Productivity. *International Review of Business Research Papers*. Vol.3, No.2, hal.54 - 68.

Bea, I. F., Pasinringi, S. A. & Noor, N. B. 2013. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2013.

Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P. & Tjomsland, O. 2015. A Systematic Review Of Hospital Accreditation: The Challenges Of Measuring Complex Intervention Effects. *Bmc Health Services Research*, 15, 280.

Dedefo, M. G., Mitike, A. H. & Angamo, M. T. 2016. Incidence And Determinants Of Medication Errors And Adverse Drug Events Among Hospitalized Children In West Ethiopia. *Bmc Pediatrics*, 16, 81.

Depkes, R. 2007. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Cetakan: I, Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Depkes Ri. Jakarta.

Depkes, R. 2008. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Geller, E.S. 2001. *The Psychology of Safety Handbook*. Boca Raton: Lewish Publisher.

Hafizurrachman, Trisnantoro, Laksono & Bachtiar A., 2011. *Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Menjalankan Kebijakan Di Rumah Sakit Umum Daerah*. Artikel Penelitian. Diakses 20 Mei 2018 dari <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/viewFile/1075/1066>

Harmiady, R. 2014. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan prinsip 6 benar dalam pemberian obat oleh perawat pelaksana di ruang interna dan bedah Rumah Sakit Haji Makassar. Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* 5(4), ISSN : 2302 – 1721.

Hasibuan M., 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Cetakan Keenam Belas. Jakarta: PT. Bumi Aksara

Hendroyogi, S.R. dan Harsono, M., 2016. Keterkaitan Antara Persepsi Pentingnya Akreditasi Rumah Sakit Dengan Partisipasi, Komitmen, Kepuasan Kerja, Dan Kinerja Karyawan. *DAYA SAING Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya*. Vol. 18, No. 2

Hidayat, A. 2011. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika. Jakarta

Indrawati, 2003. *Komunikasi untuk Perawat*. Jakarta: EGC

Iswari, Y., 2010. *Pengaruh Pendokumentasian Keperawatan Dengan Metode Electronic Health Record (EHR)*. Artikel Penelitian Universitas Indonesia.

Jakarta. Diakses 20 Mei 2018 dari http://pkko.fik.ui.ac.id/files/Tugas%20UTS%20SIM_%20Yeni_%20Kep.%20Anak.pdf

Kementerian Kesehatan RI 2015. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Kesehatan, D. B. K. D. A., & RI, D. K. (2008). Tanggung Jawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety). *Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik*, 22.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press

Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012. Jakarta.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2008. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Ikp)(Patient Safety Incident Report). Jakarta.

Kung, K., Carrel, T., Wittwer, B., Engberg, S., Zimmermann, N., & Schwendimann, R., 2013. Medication Errors in A Swiss Cardiovascular Surgery Department: A Cross-Sectional Study Based on A Novel Medication Error Report Method. *Nursing Research and Practice*. 4.

Kuntarti, 2005. Tingkat Penerapan Prinsip Enam Tepat dalam Pemberian Obat Oleh Perawat di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 9 (1): 19-25

Mangkuprawiro, S., 2014. *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Cetakan Ketiga. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Mansouri, A., Ahmadvand, A., Hadjibabaie, M., Javadi, M., Khoei, S.H., et al., 2014, A Review of Medication Errors in Iran: Sources, Underreporting Reasons and Preventive Measures. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research* 13(1): 6.

Manzo, B.F., Ribeiro, H.C.T.C., Brito, M.J.M., Alves, M., 2012. Nursing in the Hospital Accreditation Process: Practice and Implications in the Work Quotidian. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 20, No.1, hal. 151-158.

Mutmainah, N., 2008, Kajian Medication Error pada Kasus Stroke di RS X Surakarta tahun 2004. *Jurnal Farmasi Indonesia*. 4(1): 43.

Potter, P. A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Potter, P.A. & Perry, A.G., 2010. *Fundamental Of Nursing*. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika.

Putri, H. H. Y. 2015. *Implementasi Manajemen Keselamatan Pasien (Patient Safety) Dalam Usaha Pencegahan Medication Error Di Rsud Dr. Moewardi Tahun 2015*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Rahma, P.A. 2012. Akreditasi Rumah Sakit, Pengakuan Atas Kualitas Layanan. *Mutu Pelayanan Kesehatan*. Oktober. Accessed Maret 26, 2016. <http://mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/19-headline/151>.

Rahmawati A., 2013. *Pengaruh Persepsi Pelaksanaan Fungsi Manajerial Asuhan Keperawatan Kepala Ruang terhadap Kepuasan Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap. Prosiding Konferensi Nasional PPNJ Jawa tengah*. Semarang. Hal: 275-278

Robbins, P.S. and Judge, T.A., 2013. *Organizational Behavior*. New York: Prentice Hall.

Rosita, M.N. 2010. *Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan*. Medan.

Setiawan, A. & Bodoastuti, T. 2012. *Pengaruh Karakteristik Individu dan Faktor-Faktor Pekerjaan Terhadap Motivasi*. Diakses tanggal 20 Mei 2018 dari <http://jurnal.widyamanggala.ac.id/index.php/wmkeb/article/download/61/52>

Simamora, S., Paryanti, & Mangunsong S., 2011. Peran Tenaga Teknis Kefarmasian dalam Menurunkan Angka Kejadian Medication Error. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 14(4): 207.

Smith, T.J. 2010. *Buku Saku Prosedur Klinis Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Sthephani P., Dewanto A. and Widijati I.C., 2015. Faktor penghambat Pelaksanaan SPO 7 Benar dalam Pemberian Obat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Nirmala. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol. 28, Suplemen No. 2. Hal: 228-234

Ulum, M.M. & Wulandari R.D. 2013. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori Milgram. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Universitas Airlangga. Surabaya. Volume 1, Nomor 3. Hal: 252-262

Umaternate, T.S., Kumaat, L.T. & Mulyadi. 2015. Hubungan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. Manado. Volumen 3, Nomor 2. Hal: 1-6

Virawan, M.K. 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 RSU Surya Husada*. Diakses tanggal 20 Mei 2018 dari <http://ui.ac.id,hal87-110.pdf>.

Wahyudi, I. 2010. Hubungan Persepsi Perawat Tentang Profesi Keperawatan, Kemampuan, dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di RSUD dr. Slamet Garut. *Tesis*. Jakarta. Universitas Indonesia.

Wardhani, V. 2017. *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*, UB Press. Malang

Yildiz, A. and Kaya, S., 2014. Perceptions of Nurses on The Impact of Accreditation on Quality of Care : A Survey In a Hospital In Turkey. *Clinical Governance: An International Journal*. Vol. 19, No. 2, hal. 69-82.

