

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

Bangsas Edelweis merupakan Instalasi Perawatan Intensive Psikiatri (IPIP) Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Klaten meliputi pelayanan pasien dengan kondisi gaduh gelisah, permusuhan, ketegangan, ketidakkooperatifan, pengendalian impuls, dengan penilaian PANSS-EC (*Positive And Negative Symptom Scale*) skor lebih dari 20. Instrumen PANSS-EC digunakan untuk mengukur gejala positif dan negative pada penderita skizofrenia. Instrumen ini mempunyai beberapa kelebihan antara lain metode operasionalnya lebih jelas, penilaian gejalanya lebih menyeluruh, penentuan skor lebih terstandarisasi serta sudah divalidasi di Indonesia. Pengukuran PANSS-EC berdasarkan hasil wawancara klinis 4 tahap, ditambah informasi perilaku pasien yang didapatkan dari laporan keluarga atau perawat (Sinaga, 2007).

Bangsas Intensive adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan intensive psikiatri rumah sakit, yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada direktur. Pasien yang masuk bangsas Intensive bisa berasal dari IGD atau poli jiwa. Kriteria pasien yang dirawat di Intensive yaitu jika dalam penilaian PANSS EC skor menunjukkan lebih dari 20. Setelah pasien masuk, pasien dilakukan *assesment* awal untuk bangsas Intensive. Data *assesment* awal untuk pasien gangguan jiwa maksimal 3 hari setelah pasien

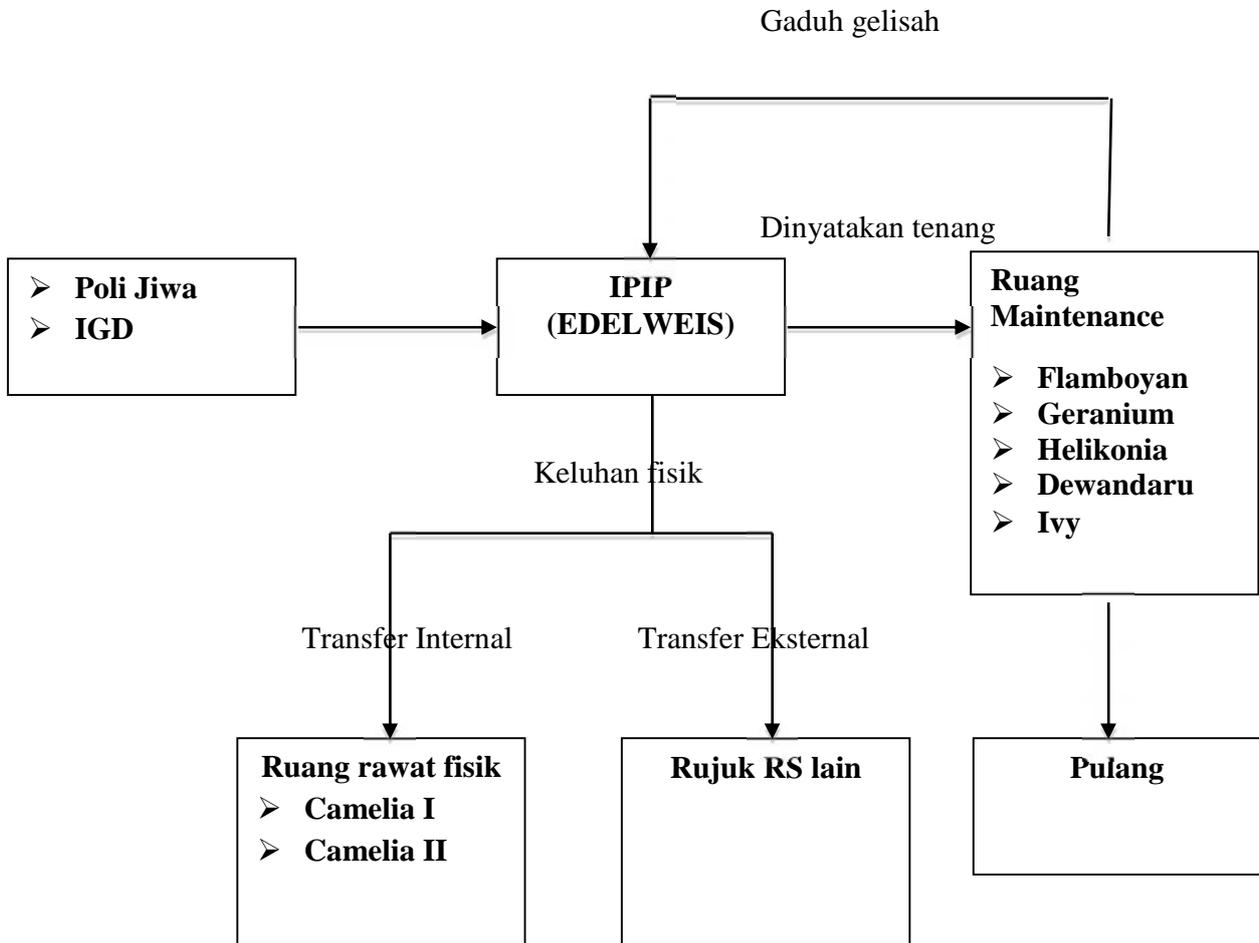
masuk harus sudah terisi. Selain *assesment* awal, bangsal Intensive juga melaksanakan asesmen ulang untuk catatan perkembangan perawatan, penilaian risiko jatuh, penilaian risiko kekerasan, penilaian risiko bunuh diri, asesmen gizi, dan penilaian risiko nyeri.

Pasien dengan kondisi yang membahayakan diri sendiri, dan orang lain atau gaduh gelisah ditempatkan di ruang isolasi, dilakukan fiksasi secara dengan obat, bila perlu dilakukan *restrain manual* dengan pengawasan. Kondisi pasien yang difiksasi dipisahkan dengan pasien lain, pasien ditempatkan di ruang fiksasi. Pasien yang difiksasi dibantu pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi dan kebersihan tubuh. Pasien yang difiksasi dipantau berdasarkan lembar pemantauan fiksasi.

Pasien lansia atau dengan indikasi tertentu dilakukan pemeriksaan EKG dan *rontgen thorax*. Untuk pasien wanita yang masih produktif dilakukan test kehamilan untuk mengetahui kondisi sedang hamil atau tidak. Pasien dengan gangguan fisik yang tidak dapat ditangani di IPIP dipindah ke ruang rawat gangguan fisik/ruang Camelia. Jika ternyata pasien mengalami gangguan fisik yang tidak dapat ditangani oleh Rumah sakit maka pasien langsung dirujuk ke rumah sakit lain yang mempunyai layanan sesuai kondisi yang dibutuhkan pasien.

Pasien yang telah dirawat di IPIP dan menurut pemeriksaan dokter dinyatakan stabil dengan penilaian PANSS EC 20, maka dipindah ke ruang *maintenance* sesuai hak kelas atau permintaan keluarga. Pasien kelas III putra dipindah ke bangsal Flamboyan dan Geranium. Pasien kelas III putri

dipindahkan ke bangsal Helikonia. Pasien lansia kelas III dipindah ke bangsal Ivy. Untuk pasien kelas utama, kelas VIP, Kelas 1 dan kelas 2 dipindahkan ke bangsal Dewandaru.



Gambar 4.1.
Alur Pelayanan ruang rawat inap bangsal Intensive

B. Karakteristik Responden

Ruang rawat inap bangsal Intensive mempunyai jumlah enam belas personil perawat dan duapersonil dokter umum sebagai dokter ruangan. Rincian perawat ruang Intensive sebagai berikut: seorang selaku kepala ruang, dua orang sebagai perawat primer dan tiga belas sebagai perawat pelaksana. Untuk mendapatkan data kuantitatif

peneliti mengobservasi empat belas personil perawat yang masuk kriteria penelitian berkaitan dengan prinsip 6 benar pemberian obat. Kepala ruang tidak termasuk yang dilakukan observasi, mengingat tugas kepala ruang lebih banyak berkaitan dengan manajemen. Berikut distribusi perawat berdasarkan pendidikan, jenis kelamin, umur dan lama bekerja.

Tabel 4.1.
Karakteristik Responden Objek Observasi di Bangsal Intensive Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi	
		Jumlah	%
1	Pendidikan		
	S1 Ners	2	14.3
	S1	1	7.1
	DIII	11	78.6
	jumlah	14	100
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	10	71.4
	Perempuan	4	28.6
	jumlah	14	100
3	Umur		
	21 – 31 tahun	5	35.7
	31 – 41 tahun	6	42.9
	41 tahun	3	21.4
	jumlah	14	100
4	Lama Kerja		
	0 – 5 tahun	5	35.7
	5 – 10 tahun	1	7.1
	10 – 15 tahun	6	42.9
	15 tahun	2	14.3
	jumlah	14	100

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa kriteria objek observasi berdasarkan pendidikan terbanyak adalah D III dengan jumlah 11 orang atau 78.6%. Berdasarkan jenis

kelamin laki-laki lebih dominan dengan jumlah 10 orang atau 71.4%. Berdasarkan umur terbanyak antara 31 – 41 tahun dengan jumlah 6 orang atau 42.9%. Sedangkan berdasarkan lama kerja paling banyak umur 10 – 15 tahun dengan jumlah 6 orang atau 42.9%.

C. Hasil Penelitian

Peneliti mendapat data awal dari studi dokumen berupa analisis risiko yang peneliti peroleh dari tim keselamatan pasien RSJD Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah. Berdasarkan analisis risiko tim keselamatan pasien yang merupakan perkalian peluang, frekwensi dan akibat yang dilakukan antara bulan Januari sampai September 2015 hasilnya didapatkan sebagai berikut: (1) risiko kesalahan pemberian dengan jumlah skor 270, (2) risiko penyerangan pasien terhadap pasien lainnya/terhadap petugas dengan jumlah skor 60, (3) tertusuk jarum dengan jumlah skor 60, (4) risiko bunuh diri dengan jumlah skor 45 dan (5) risiko pasien jatuh dengan jumlah skor 36. Hasil analisis risiko menunjukkan risiko kesalahan pemberian obat mempunyai skor yang paling tinggi.

Peneliti melakukan observasi antara bulan Oktober sampai November 2015 pada perawat ruang rawat inap Bangsal Intensive mengenai 6 prinsip benar dalam pemberian obat. Observasi dilakukan sebanyak 26 kali dengan teknik *accidental sampling*, jadi peneliti tidak mengobservasi masing-masing individu perawat tetapi berdasarkan perawat yang memberikan obat saat dilakukan observasi. Hal ini memungkinkan satu perawat dilakukan lebih dari satu kali observasi. Observasi

dilakukan dari *shif* pagi, *shif* siang dan *shif* malam karena dalam memberikan obat berdasarkan *advise* dari dokter bukan berpedoman pada suatu jam tertentu.

Berikut adalah hasil observasi penelitian selama bulan Oktober sampai November 2015, mengenai 6 prinsip benar dalam pemberian obat. Hasil observasi disajikan pada tabel berikut ini.

Tabel 4.2.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Klien dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No.	Prinsip Benar Klien	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya memeriksa identitas pasien gangguan jiwa dengan memintanya untuk menyebutkan nama.	38.462	61.539	100
2	Saya memeriksa identitas pasien gangguan jiwa dengan memintanya untuk menyebutkan tanggal lahirnya.	0	100	100
3	Saya memeriksa identitas tanggal lahir saat memberikan obat.	3.846	96.154	100
4	Saya melihat foto untuk pasien saat memberikan obat.	0	100	100
Rerata		10.58	89.42	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2015

Tabel 4.2. di atas menunjukkan bahwa pada prinsip I, yaitu benar klien persentase tindakan yang tidak dilakukan mencapai 89.42%, sebagian besar komponen prinsip benar klien masih belum dilakukan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Tabel 4.3.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Obat dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No	Benar Obat	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya mengecek tanggal pemberian obat dan mengecek saat instruksi ditulis.	88.46	11.54	100
2	Saya mengecek nama obat.	100	0	100
3	Saya mengecek dosis obat.	92.31	7.69	100
4	Saya memeriksa rute pemberian obat.	100	0	100
5	Saya memeriksa frekuensi pemberian obat.	96.15	3.85	100
6	Saya mengecek dokter penanggung jawab pemberi asuhan.	53.85	46.15	100
Rerata		88.46	11.54	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2015

Tabel 4.3. di atas menunjukkan bahwa prinsip II, yaitu benar obat persentase tindakan yang telah dilakukan oleh perawat sebesar 88.46%, sebagian besar komponen prinsip benar obat telah dilakukan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Tabel 4.4.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Dosis Obat dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No.	Benar Dosis Obat	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya memeriksa dosis yang diberikan sesuai dengan kondisi klien.	80.77	19.23	100
2	Saya melihat batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu	73.08	26.92	100
Rerata		76.93	23.08	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2015

Tabel 4.4. di atas menunjukkan bahwa prinsip III, yaitu benar dosis obat persentase tindakan yang telah dilakukan oleh perawat sebesar 76.93%, sebagian besar komponen prinsip benar dosis obat telah dilakukan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Tabel 4.5.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Waktu Pemberian Obat dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Jawa Tengah

No.	Benar Waktu Pemberian	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya memberikan obat sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.	80.77	19.23	100

2	Saya mengecek dan memastikan klien bahwa waktu yang benar adalah saat di mana obat yang diresepkan harus diberikan.	61.54	38.46	100
3	Saya memastikan bahwa pemberian obat diberikan sebelum atau sesudah makan atau bersama makanan.	15.38	84.62	100
Rerata		52.56	47.44	100

Tabel 4.5. di atas menunjukkan bahwa prinsip IV, yaitu benar waktu pemberian obat persentase tindakan yang telah dilakukan oleh perawat sebesar 52.56%, sebagian besar komponen prinsip benar waktu pemberian obat telah dilakukan oleh perawat.

Tabel 4.6.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Cara Pemberian Obat dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No	Benar Cara Pemberian	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya harus memperhatikan proses absorpsi obat dalam tubuh harus tepat dan memadai.	84.62	15.38	100
2	Saya harus memperhatikan kemampuan klien dalam menelan sebelum memberikan obat-obat peroral.	100	0	100
3	Saya menggunakan teknik aseptik sewaktu memberikan obat melalui rute parenteral.	92.31	7.69	100
4	Saya memberikan obat pada tempat yang sesuai dan tetap bersama dengan klien sampai obat oral telah ditelan.	96.15	3.85	100
Rerata		93.27	6.73	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2015

Tabel 4.6. di atas menunjukkan bahwa pada prinsip V, yaitu benar cara pemberian obat persentase tindakan yang telah dilakukan oleh perawat sebesar 93.27%, sebagian besar komponen prinsip benar cara pemberian obat telah dilakukan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Tabel 4.7.
Hasil Observasi Pelaksanaan Prinsip Benar Dokumentasi dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Povinsi Jawa Tengah

No.	Benar Dokumentasi	Persentase Tindakan		Total
		Dilakukan	Tidak Dilakukan	
1	Saya selalu mencatat pada lembar Catatan pemberian obat (CPO) mengenai obat yang telah diberikan.	0	100	100
2	Saya memperhatikan respon klien terhadap pengobatan.	53.85	46.15	100
Rerata		26.93	73.07	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2015

Tabel 4.7. di atas menunjukkan bahwa pada prinsip VI, benar dokumentasi persentase tindakan yang telah tidak dilakukan mencapai 73.07%, sebagian besar komponen prinsip benar dokumentasi tidak dilakukan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Tabel 4.8.
Hasil Rerata Observasi Pelaksanaan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Povinsi Jawa Tengah
Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No	Prinsip 6 Benar	Persentase Tindakan	Total
----	-----------------	---------------------	-------

		Dilakukan	Tidak	
1	Benar Klien	10.58	89.42	100
2	Benar Obat	88.46	11.54	100
3	Benar Dosis Obat	76.93	23.08	100
4	Benar Waktu Pemberian Obat	52.56	47.44	100
5	Benar Cara Pemberian Obat	93.27	6.73	100
6	Benar Dokumentasi	26.93	73.07	100
	Rerata	58.12	41.88	100

Tabel 4.8. di atas menunjukkan bahwa pada prinsip 6 benar dalam pemberian obat, persentase tindakan yang telah “dilakukan” oleh perawat sebesar 58.12%.

Tabel 4.9.
Kategori Pelaksanaan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat kepada Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Povinsi Jawa Tengah
Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

No	Prinsip 6 Benar	Kategori		
		Kurang	Sedang	Baik
1	Benar Klien			
2	Benar Obat			
3	Benar Dosis Obat			
4	Benar Waktu Pemberian Obat			
5	Benar Cara Pemberian Obat			
6	Benar Dokumentasi			
7	Rerata Prinsip 6 Benar dalam Pemberian obat			

Tabel 4.9. di atas menunjukkan bahwa kategori pelaksanaan prinsip 6 benar dalam pemberian obat secara rerata dalam kondisi sedang.

Berdasarkan hasil observasi di atas, maka prinsip benar klien dan benar dokumentasi menjadi titik kelemahan dan bahan evaluasi terhadap pelaksanaan prinsip 6 benar dalam pemberian obat kepada pasien, mengingat persentase komponen pada kedua prinsip benar obat tersebut sebagian besar tidak dilaksanakan oleh perawat sebagaimana mestinya.

Hasil observasi tersebut diatas dijadikan acuan dalam mendapatkan data pendukung, yaitu dengan melakukan wawancara dengan beberapa informan sesuai dengan kebutuhan penelitian, yang meliputi dari dokter umum, dokter spesialis jiwa, perawat pelaksana, ketua tim perawat, kepala ruang dan apoteker. Hasil dari wawancara dengan informan dapat disajikan sebagai berikut.

Hasil wawancara dengan informan 1, selaku perawat pelaksana diperoleh beberapa temuan data lapangan sebagai berikut. Berdasar Data analisis risiko selama periode Januari sampai dengan September 2015 sebagai hasil perkalian antara peluang, frekuensi dan akibat, risiko kesalahan pemberian obat menduduki peringkat yang pertama. Menurut data tersebut, informan memberikan penjelasan sebagai berikut.

“Pada prinsipnya kami selaku perawat pelaksana mengacu pada 6 benar, yaitu: benar klien, benar obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian obat, benar cara pemberian obat, dan benar dokumentasi pemberian obat. Untuk masalah benar klien, pada waktu pemberian obat dilakukan pengecekan kesesuaian terhadap identitas pasien. Selanjutnya, benar obat dilakukan pengecekan kesesuaian antara label dengan nama beserta dosisnya. Benar dosis, dilakukan pengecekan adakah 3 x 1, yaitu pemberian obat dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari atau 2 x 1, yaitu pemberian obat dilakukan sebanyak 2 kali dalam sehari. Benar waktu pemberian obat, akan disesuaikan dengan *Advise* dokter pada saat pemberian obat. Benar cara, ada obat yang diberikan secara oral dan ada sebagian obat yang diberikan

melalui injeksi. Benar dokumentasi, setelah tahapan pemberian obat selesai dilakukan, maka pendokumentasian pemberian obat baru dilakukan oleh petugas”.

Selama kurun waktu 6 bulan terakhir ditemukan kejadian bahwa pemberian obat ada yang mengacu pada CPO (Catatan Pemberian Obat), menanyakan identitas pasien sendiri, dan ada kalanya tidak mengacu pada CPO tetapi obat langsung diberikan kepada pasien yang dianggap hafal oleh perawat.

Temuan lapangan juga menunjukkan bahwa pendokumentasian pemberian obat sangat rendah dan jarang dilakukan. Biasanya pendokumentasian pemberian obat baru dilakukan pada saat pasien hendak dipindahkan ke bangsal tenang/ *maintenance*. Selain itu, ditemukan pula bahwa pemberian obat oral seringkali dilakukan bersamaan dengan waktu makan pagi atau sore hari. Untuk obat injeksi diberikan sesuai *Advise* dokter, yaitu ada yang per 8 jam; per 12 jam atau disesuaikan dengan waktu *Advise* dokter. Berkaitan dengan masalah pemberian obat yang seharusnya dilakukan pada malam hari, tetapi diberikan pada sore hari oleh petugas, hal tersebut disesuaikan dengan situasi pasien. Ada kalanya pada saat malam hari, pasien sudah tertidur dan khawatir jika dibangunkan untuk minum obat menjadi agresif, gaduh, atau marah, maka oleh petugas pemberian obat tersebut dimajukan waktunya menjadi sore hari.

Peneliti juga pernah melihat adanya kesalahan dalam pemberian obat terhadap pasien. Ketika hal tersebut ditanyakan kepada informan 1, dijelaskan bahwa kesalahan tersebut terjadi pada saat terjadi pergantian petugas piket dan terdapat kesamaan nama pasien yang mirip. Ketika petugas piket pengganti menanyakan nama

yang sama tersebut, salah satu pasien yang tidak dimaksud tetapi memiliki nama yang sama, mengacungkan jarinya. Atas dasar hal tersebut, petugas memberikan obat kepada pasien tadi, padahal obat tersebut hakekatnya bukan untuk pasien yang bersangkutan.

Peneliti juga menanyakan beberapa faktor yang menghambat dalam pemberian obat kepada pasien jiwa. Jawaban yang diberikan oleh informan 1 mengenai beberapa faktor hambatan tersebut, diantaranya: kesulitan dalam membaca tulisan dokter. Hambatan dengan petugas farmasi, seperti: nama dan tanggal kadang kala tertulis sama, terutama untuk obat malam dan pagi hari. Kondisi demikian sering menimbulkan kebingungan perawat dalam memberikan obat kepada pasien. Bahkan pernah terjadi pemberian obat tidak sesuai dengan resep dokter, tetapi tidak sampai menimbulkan akibat fatal.

Hasil wawancara dengan informan 2, selaku Ketua Timperawat atau perawat primer diperoleh beberapa data penelitian sebagai berikut. Hasil observasi yang dilakukan peneliti selama rentang periode Oktober sampai dengan November 2015 terhadap 6 benar ketepatan pemberian obat. Menanggapi temuan lapangan 6 benar ketepatan pemberian obat belum maksimal, informan 2 memberikan penjelasannya sebagai berikut.

“Sebagai bentuk antisipasi jangan sampai ada kesalahan atau risiko yang timbul pada pasien dikarenakan kesalahan perawat dalam memberikan obat, maka setiap perawat pelaksana yang bertugas memegang prinsip 6 benar dalam pemberian obat.”

Temuan di lapangan juga menemukan bahwa benar klien memiliki skor paling rendah, berkaitan dengan fakta tersebut informan 2 memberikan tanggapannya sebagai berikut.

“Memang seharusnya dalam memberikan obat perlu dilihat dan dicocokkan antara foto dan identitas pasien. Akan tetapi, karena kurang patuh mungkin disebabkan faktor kebiasaan, perawat dalam memberikan obat kepada pasien tanpa melihat CPO terlebih dahulu. Padahal sesuai standar prosedur pemberian obat, setiap perawat wajib mencocokkan nama, tanggal lahir dan foto pasien.”

Menanggapi pernyataan di atas, informan 2 memberikan alasannya bahwa perawat yang menganggap sudah hafal dengan pasiennya tidak perlu lagi melihat CPO dalam setiap kali memberikan obat. Akan tetapi, kalau perawat memiliki keraguan biasanya baru akan melihat CPO sebelum memberikan obat kepada pasiennya. Kebiasaan perawat ini juga dipicu oleh pengalaman yang dialami oleh perawat bahwa ada sebagian pasien yang kooperatif dan ada pula pasien yang pasif (diam) ketika ditanyakan nama atau identitas dirinya.

Informan 2 juga memberikan penilaian persetujuannya terhadap kebiasaan perawat yang seringkali tanpa melihat CPO dalam setiap kali memberikan obat kepada pasien yang sudah dikenalnya. Akan tetapi, informan 2 juga menyarankan agar rekan-rekan perawat dalam memberikan obat kepada pasien tetap mengacu pada standar 6 benar dalam memberikan kepada pasien, termasuk melihat CPO terlebih dahulu sebelum memberikan obat sekalipun sudah hafal dengan pasiennya. Hal ini penting agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien.

Peneliti juga menemukan temuan di lapangan bahwa pemasangan CPO baru diisi dengan lengkap kalau pasien mau dipindahkan. Temuan tersebut tentu menjadi bahan

evaluasi agar perawat dalam menjalankan tugasnya khususnya berkaitan dengan pemberian obat tetap harus mengacu pada standar 6 benar, yang dalam hal ini adalah pengisian CPO tetap dilakukan secara lengkap meskipun belum ada tindakan pemindahan pasien.

Peneliti juga menanyakan perihal pemberian obat yang dilakukan bersamaan dengan waktu makan pasien. Informan 2 memberikan penjelasannya, bahwa tidak ada aturan yang jelas dan baku waktu pemberian obat harus bersamaan, sebelum, atau sesudah makan. Terkecuali, untuk jenis obat-obatan tertentu misalnya obat maag itu diberikan setelah pasien makan, atau obat diabetes diberikan kepada pasien sebelum makan. Untuk jenis-jenis obat oral lainnya tidak ada aturan yang jelas dan baku mengenai waktu pemberian obat bersamaan atau tidak dengan jam makan pasien.

Temuan lain menunjukkan bahwa seringkali ada obat yang seharusnya diberikan malam hari, akan tetapi diberikan pada sore hari. Informan 2 memberikan penjelasannya bahwa hal tersebut merupakan inisiatif perawat yang disesuaikan dengan kondisi pasien, ada sebagian pasien yang jika dalam kondisi tertidur pulas akan sangat sulit untuk dibangunkan atau kalau dibangunkan pasien akan berperilaku agresif/gaduh yang berpotensi mengganggu pasien lainnya.

Sebagai penutup, peneliti menanyakan perihal hambatan yang seringkali dialami oleh perawat dalam bekerjasama dengan profesi kesehatan lain di dalam menjalankan tugasnya khususnya menyangkut pemberian obat kepada pasien. Informan 2 memberikan tanggapannya bahwa seringkali perawat menemukan kendala dengan apoteker perihal stok/persediaan obat pada pasien. Perawat harus bersikap proaktif

dan memiliki inisiatif untuk melaporkan kepada apoteker perihal obat yang sudah habis persediaannya karena apoteker tidak memberitahu kepada perawat mengenai persediaan obat pada pasiennya. Saat sekarang, sudah dilakukan evaluasi dan koordinasi yang lebih baik antara perawat dengan pihak apoteker, sehingga apoteker senantiasa memberikan informasi terkait persediaan obat pasien kepada perawat yang sedang bertugas. Kendala dengan dokter, perawat seringkali mengalami kesulitan dalam membaca tulisan dokter, akan tetapi hal ini cukup diatasi dengan menanyakan langsung kepada dokter yang bersangkutan, sehingga kesalahan dalam menerima pesan dokter terkait pemberian obat dapat dihindari.

Hasil wawancara informan 3, selaku Kepala Ruang (Karu) diperoleh beberapa data lapangan sebagai berikut. Berdasar Data selama periode Januari sampai dengan September 2015 sebagai hasil perkalian antara peluang, frekuensi dan akibat, risiko kesalahan pemberian obat menduduki peringkat yang pertama. Artinya bahwa kesalahan pemberian obat merupakan tindakan yang paling berisiko. Untuk itu, berkaitan dengan implementasi prinsip 6 benar dalam pemberian obat kepada pasien, informan 3 memberikan penjelasannya sebagai berikut.

“Benar klien. Hal yang sering dilakukan di sini, biasanya perawat merasa sudah hafal, sehingga tidak perlu melihat CPO sebelum memberikan obat kepada pasien. Untuk perawat yang sudah hafal dengan pasiennya, biasanya pasien cukup dipanggil saja namanya. jika cocok maka obat akan diberikan.”

Jika merujuk pada aturan prinsip benar pasien, maka seharusnya setiap kali hendak memberikan obat maka terlebih dahulu akan dilihat CPOnya. Perawat akan

mencocokkan nama, tanggal lahir dan foto pasien. Jika terdapat kecocokan maka obat baru diberikan kepada pasien.

Hasil observasi juga menemukan fakta bahwa benar dokumentasi memperoleh skor penilaian yang rendah. Berkaitan dengan hal tersebut, informan 3 memberikan penjelasannya sebagai berikut.

“Perawat biasanya baru akan mendokumentasikan saat pasien mau pindah. Yang jelas perawat telah memberikan obat yang sudah disediakan oleh apoteker dan sudah dilakukan pengecekan mengenai dosis dan waktu pemberiannya. Meskipun kenyataannya, pendokumentasian pemberian obat belum terlaksana dengan baik dan ini menjadi bahan evaluasi untuk perbaikan pelayanan pemberian obat di kemudian hari.”

Temuan fakta di lapangan juga menunjukkan bahwa waktu pemberian obat diberikan bersamaan dengan waktu makan pasien. Informan 3 menjelaskan bahwa hal ini tergantung dari dokter/psikiater yang membuat terapi, ada obat yang waktu pemberiannya per 12 jam, per 8 jam, ada yang 2 kali dalam sehari, dan ada pula yang 3 kali sehari. Jadi, pemberian obat yang bersamaan waktunya dengan makan pasien dilakukan atas pertimbangan kepraktisan atau melihat kondisi pasien.

Hal demikian juga berlaku pada waktu pemberian obat yang seharusnya dilakukan malam hari, tetapi diberikan sore hari sehingga berpotensi menimbulkan efek pasien tidur dalam. Kondisi tersebut juga menjadi salah satu kekurangan perawat di sini dan tentunya menjadi bahan evaluasi perbaikan di masa mendatang. Sebetulnya informan 3 selaku Kepala Ruang juga memberikan pendapatnya yang kurang setuju, tetapi karena volume pekerjaan perawat yang sangat padat, sehingga

demikian alasan kepraktisan dan kenyamanan pasien, maka pemberian obat dilakukan bersamaan dengan waktu makan pasien.

Mengenai kasus kesalahan pemberian obat, informan 3 selaku kepala ruang mengatakan bahwa selama periode April sampai dengan November 2015 (periode menjadi kepala ruang bangsal Intensive) belum pernah ada kasus kesalahan pemberian obat kepada pasien yang dilaporkan atau menjumpainya sendiri. Akan tetapi, kalau jenis obat injeksi, pernah terjadi sedikit kesalahan, yaitu perawat merasa ragu-ragu atau lupa apakah pasien sudah diberikan injeksi obat atau belum. Meskipun demikian, kesalahan dalam pemberian obat injeksi belum pernah ada laporan.

Sebagai penutup, kendala yang sering dialami oleh perawat dengan profesi kesehatan lain dalam pemberian obat, yaitu apoteker seringkali tidak memberitahukan kepada perawat mengenai stok persediaan obat, apakah obat untuk pasien A sudah habis atau belum, apoteker tidak pernah memberitahukannya kepada perawat. Sehingga perawat dituntut untuk lebih proaktif dalam mengontrol stok persediaan obat bagi pasiennya.

Kutipan wawancara informan 4, selaku apoteker dapat disajikan beberapa data kutipan wawancara sebagai berikut. Berdasarkan data selama periode Januari sampai dengan September 2015 sebagai hasil perkalian antara peluang, frekuensi dan akibat, risiko kesalahan pemberian obat menduduki peringkat yang pertama. Hasil temuan di lapangan menunjukkan pelaksanaan prinsip 6 benar dalam pemberian obat di rumah sakit masih rendah sebab banyak aspek yang belum dilaksanakan secara konsisten dan benar. Prinsip 6 benar yang meliputi: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar

waktu, benar cara, dan benar dokumentasi dalam prakteknya di rumah sakit masih banyak yang belum terlaksana sebagaimana mestinya. Mengenai temuan tersebut, informan 4 memberikan tanggapannya seperti yang dikutip berikut ini.

“Memang masih menjadi salah satu persoalan klasik dalam prosedur pemberian obat kepada pasien, yaitu masih ditemukan beberapa point dari komponen prinsip 6 benar dalam pemberian obat yang belum dilaksanakan secara konsisten dan sesuai aturan oleh petugas kesehatan terutama yang sering dilakukan oleh perawat mengingat merekalah yang paling sering berhubungan langsung dengan pasien.”

Hasil temuan di lapangan juga menunjukkan masih ditemukan adanya kasus ketidaksesuaian dosis pemberian obat yang dilakukan oleh perawat kepada pasiennya.

Informan 4 selaku petugas bagian farmasi memberikan pendapatnya sebagai berikut.

“Mekanisme pemberian obat kepada pasien perlu dilakukan *screening* awal, yaitu untuk memastikan nama obat dan kekuatan obat. Jika ditemukan sesuatu hal yang tidak lazim terkait pemberian obat, maka segera dilakukan konfirmasi terlebih dahulu kepada pihak DPJP (dokter penanggung jawab pasien). Jika masih ditemukan keraguan, perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut kepada dokter yang memberikan rekomendasi resep obat. Setelah ada titik kejelasan, barulah pemberian obat dilakukan.”

Temuan lainnya adalah seringkali terjadi kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien yang tidak seharusnya menerima, salah satunya oleh faktor kesamaan atau kemiripan nama pasien. Informan 4 memberikan tanggapannya sebagai berikut.

“Di dalam etiket obat selalu dicantumkan nama pasien dan RM (rekam medis). Jika ada keraguan nama, segera dilakukan kroscek ke bagian rekam medis untuk memastikan pemberian obat kepada pasien yang berhak menerimanya.”

Berkaitan dengan hambatan dengan profesi lain, perlu terjalin hubungan dan komunikasi yang baik antar tenaga kesehatan (dokter-perawat-farmasi). Jika ada kesalahan atau keraguan perawat dalam membaca resep dokter, segera dilakukan

konfirmasi, tidak boleh dilakukan atas perkiraan atau penilaian pribadi agar kesalahan dalam pemberian obat dapat dihindari. Hambatan yang dihadapi oleh bagian farmasi dengan profesi perawat adalah koordinasi yang masih kurang mengingat kesibukan dan jam kerja masing-masing profesi yang terlalu padat.

Hasil wawancara dengan informan selanjutnya, yaitu informan 5 selaku dokter ruangan, diperoleh beberapa temuan data sebagai berikut. Berdasarkan hasil analisa risiko selama periode Januari sampai dengan September 2015 yang merupakan hasil perkalian antara peluang, frekuensi dengan akibat, diperoleh data bahwa kesalahan pemberian obat menduduki peringkat pertama. Tanggapan yang diberikan oleh informan 5 seperti yang dikutip di bawah ini.

“Prinsip 6 benar dalam pemberian obat belum ideal dan dilaksanakan seluruhnya oleh rumah sakit. Masih adanya alur-alur tertentu (alur resep dan alur pemberian obat) yang belum dilaksanakan. Jadi, tidak hanya fokus pada prinsip 6 benar saja, tetapi juga alur resep dan alur pemberian obat perlu dilaksanakan secara benar.”

Temuan di lapangan juga menemukan permasalahan klasik, yaitu perawat sulit membaca tulisan resep dokter, terkadang menggunakan tulisan singkatan yang tidak dibakukan, sehingga perawat sulit membaca dan menginterpretasikan resep dokter tersebut. Hal ini tentu sangat berisiko menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien. Tanggapan yang disampaikan oleh informan 5 seperti yang dikutip berikut ini.

“Permasalahan mengenai tulisan dokter yang terkadang sulit dibaca dan dipahami oleh perawat sebenarnya sudah sering disosialisasikan, solusinya yaitu perawat segera mengkonfirmasi atau menanyakan langsung kepada dokter yang bersangkutan tentang tulisan resep obat, dan tidak boleh memperkirakan sendiri yang justru berpotensi menimbulkan kesalahan pemberian obat kepada pasien. “

Temuan di lapangan lainnya adalah perawat seringkali menyembunyikan kesalahannya dalam pemberian obat kepada pasien disebabkan oleh kekhawatiran dan ketakutan akan ditegur oleh dokter. Informan 5 memberikan tanggapannya sebagai berikut.

“Itu sebenarnya hal yang manusiawi, jika perawat menyembunyikan kesalahan dalam pemberian obat disebabkan ketakutan dirinya sendiri akan mendapatkan teguran dokter. Ini menunjukkan masih adanya budaya perlindungan terhadap dirinya sendiri dan budaya *blamming*, padahal seharusnya ketika terjadi kesalahan pemberian obat kepada pasien, perawat harus segera berkonsultasi dengan dokter agar dicarikan solusi dan mencegah terjadinya risiko yang lebih parah pada diri pasien. Selain itu juga harus dicatat dalam blangko insiden. Sebab, keselamatan pasien adalah hal yang utama dan pertama. “

Peneliti juga menemukan temuan adanya sediaan resep di luar kebiasaan. Misalnya, resep obat yang biasanya diazepam 2 mg, tetapi diberikan resep obat diazepam 0,5 mg. Mengenai temuan tersebut, informan 5 memberikan tanggapannya sebagai berikut.

“Seperti yang sudah pernah saya katakan tadi, sebenarnya tidak hanya berhenti pada 6 prinsip benar dalam pemberian obat saja, tetapi perlu diperhatikan alur resep dan alur pemberian obat. Kalau perawat menemukan resep obat yang tidak lazim atau meragukan, segera dilakukan konfirmasi ke pihak DPJP, ruangan perawatan dan bahkan ke dokter secara langsung yang merekomendasikan resep obat tersebut. Hal ini penting agar diperoleh kejelasan mengenai resep obat yang diberikan oleh dokter untuk pasien. “

Berkaitan dengan hambatan dengan profesi kesehatan lainnya, informan 5 mengemukakan pendapatnya seperti yang dikutip berikut ini.

“Seringkali salah satu profesi merasa beban pekerjaannya berlebih (*over load*), sehingga perlu mendapatkan bantuan dari unit kerja lainnya. Padahal hal tersebut tidak diperbolehkan, mengingat masing-masing unit kerja sudah memiliki standar operasional kerja masing-masing sehingga tidak dibenarkan adanya pelimpahan tugas di luar wewenangnya. “

Hasil wawancara dengan informan terakhir, informan 6 selaku dokter Spesialis kedokteran jiwa diperoleh beberapa sajian data sebagai berikut.

Berdasarkan hasil analisa risiko selama periode Januari sampai dengan September 2015 yang merupakan hasil perkalian antara peluang, frekuensi dengan akibat, diperoleh data bahwa kesalahan pemberian obat menduduki peringkat pertama. Terkait dengan temuan tersebut, informan 6 memberikan tanggapannya seperti yang dikutip berikut ini.

“Dokter sangat setuju dengan prinsip 6 benar dalam pemberian obat dengan maksud untuk meminimalisasi risiko kesalahan pemberian obat kepada pasien. Sehingga keselamatan pasien dapat ditingkatkan yang selaras dengan paradigma baru pelayanan rumah sakit, yaitu *patient center*.”

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa seringkali perawat merasa kesulitan dalam membaca instruksi dokter yang dituangkan dalam resep dokter. Informan 6 memberikan penilaiannya sebagai berikut.

“Permasalahan perawat sulit membaca tulisan resep dokter merupakan masalah klasik dan lebih bersifat personal. Ke depannya, resep dokter perlu dituangkan dalam bentuk ketikan komputer agar mudah dipahami oleh perawat dan bagian farmasi. Praktik di lapangan, ketika perawat merasa kesulitan atau ragu-ragu dalam memahami tulisan resep dokter, maka segera ditanyakan atau dikonfirmasi kepada dokter yang bersangkutan, tidak boleh berdasarkan atas perkiraan pribadi yang justru akan sangat fatal akibatnya, yaitu terjadi kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien.”

Temuan data lainnya adalah terkadang perawat menyembunyikan kesalahannya dalam pemberian obat kepada pasien. Berkaitan dengan hal tersebut, informan 6 menanggapinya sebagai berikut.

“Menyembunyikan kesalahan tentu akan menimbulkan ketidaknyamanan pada dirinya sendiri. Jika terjadi kesalahan seperti yang disebutkan tadi, perlu segera dicarikan solusinya. Disinilah pentingnya menggalakkan budaya *stop blaming*,

yaitu tidak menyalahkan orang yang melaporkan. Sebagai upaya *preventif* guna mencegah kesalahan pemberian obat oleh perawat, saya menyarankan agar digalakkan budaya menyebutkan 6 prinsip benar dalam pemberian obat di setiap apel pagi. Ini penting, mengingat jika kita sering menyebutkan secara lisan 6 prinsip benar dalam pemberian obat, maka akan tertanam kuat dalam alam bawah sadar pikiran kita dan nantinya akan menumbuhkan kebiasaan menerapkan 6 prinsip benar dalam perilaku praktek 6 benar pemberian obat kepada pasien. Perlu digalakkan juga budaya mengapa bisa terjadi kesalahan, bukan mencari siapa yang salah? Jadi saling melakukan koreksi diri. “

Informan 6 mengungkapkan pendapatnya berkaitan dengan hambatan dengan sesama rekan sejawat maupun profesi lain. Berikut tanggapan tersebut.

“Beberapa dokter masih merasa bahwa dirinya menjadi pusat dalam sistem pelayanan pasien, sehingga sulit menerima masukan dan saran dari petugas kesehatan lainnya. Kondisi ini lebih bersifat personal, jika ada dokter yang masih merasa dirinya paling hebat berarti belum pernah mengikuti pelatihan *paradigm patient center*, yang pada hakekatnya perawatan pasien lebih ditujukan pada keselamatan pasien. Memang dalam sistem pelayanan kesehatan pasien di rumah sakit, dokter sebagai pimpinannya (*leader*), akan tetapi masing-masing tenaga kesehatan memiliki tugas dan wewenangnya. Jadi, perlu dilakukan koordinasi antar profesi tenaga kesehatan yang masing-masing telah memiliki tugas, wewenang dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang merujuk pada konsep *patient center*. “

D. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan 6 prinsip benar dalam pemberian obat kepada pasien oleh perawat di Rumah Sakit Jiwa Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah secara rata-rata dapat dikatakan dalam kondisi sedang (58.12%). Berbeda dengan hasil penelitian Kuntarti (2005) menemukan fakta bahwa tingkat penerapan prinsip enam tepat oleh perawat secara umum baik. Urutan tingkat penerapan masing-masing komponen adalah (1) tepat pasien, (2) tepat waktu, (3)

tepat obat, (4) tepat cara,(5) tepat dokumentasi, dan (6) tepat dosis. Tingkat penerapan prinsip umum yang berkaitan dengan aspek keamanan masih rendah, yaitu sebagian besar perawat tingkat penerapannya rendah (51,9%). Faktor internal yang mempengaruhi tingkat penerapan ini adalah karakteristik responden dan tingkat pengetahuan. Faktor eksternalnya yaitu ketersediaan fasilitas dan Standar Prosedur Operasional (SPO), serta faktor supervisi dari atasan. Upaya mempertahankan dan meningkatkan tingkat penerapan prinsip ini dapat dilakukan dengan memperbanyak pelaksanaan pendidikan keperawatan berkelanjutan dan meningkatkan supervisi. Hasil penelitian tersebut dapat dijadikan salah satu rujukan dalam mengevaluasi pelaksanaan prinsip enam benar dalam pemberian obat oleh perawat kepada pasien, yaitu meningkatkan koordinasi dan supervisi, baik dari atasan langsung maupun manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kontrol dan meningkatkan kompetensi perawat dalam menjalankan prinsip 6 benar dalam pemberian obat kepada pasien.

Pada penerapan prinsip benar klien persentase tindakan yang dilakukan masih dalam kategori kurang (10.59%). Sejalan dengan hasil wawancara perawat seringkali menganggap sudah hafal terhadap nama-nama pasien yang menjadi tanggung jawab selama masa perawatan. Perawat menganggap hal tersebut lebih karena faktor kebiasaan. Perawat melihat foto dan identitas pasien hanya saat ragu-ragu atau saat tidak mengerti dengan pasien tersebut. Temuan di lapangan tidak jarang ditemukan pasien gangguan jiwa yang cenderung pasif (tidak ingat dengan namanya sendiri atau tidak mau/mampu menyebut nama) atau bahkan terdapat kesamaan atau kemiripan nama bahkan kemiripan wajah pada beberapa pasien gangguan jiwa. Sejalan dengan

penelitian yang dilakukan Armiyat *et al.*, (2007) menyebutkan perawat belum menerapkan prinsip 6 benar dalam pemberian obat secara tepat. Penelitian yang dilakukan di salah satu RSUD di Jawa Tengah itu untuk penerapan benar pasien, menunjukkan 60% perawat menerapkan prinsip benar pasien. Kondisi seperti ini merupakan kondisi yang kurang baik seperti yang dikemukakan Perry dan Potter (2005) bahwa memastikan obat yang akan diberikan benar-benar sesuai dengan nama pasien yang berhak menerimanya. Klien seringkali mempunyai nama yang serupa dan akan menyulitkan bila harus menghafal wajah klien. Menyebut nama klien merupakan bagian dari membina hubungan saling percaya dalam komunikasi terapeutik dan jangan sampai terjadi kesalahan pasien dalam memberikan obat yang dampaknya bisa cukup fatal.

Berkaitan dengan prinsip benar dokumentasi, juga menunjukkan persentase tindakan yang dilakukan masih kurang (26.93%). Mengacu pada hasil wawancara dengan informan, sebagian besar mengatakan bahwa pendokumentasian pasien baru akan dilakukan oleh perawat ketika pasien tersebut akan menjalani proses pemindahan tempat perawatan atau ke bangsal *maintenance*. Sesuai SPO pendokumentasian dalam pemberian obat seharusnya selalu dilakukan setiap kali perawat melakukan pemberian obat kepada pasien yang bersangkutan. Ini penting sebagai aspek legal catatan rekam medis atau pendokumentasian riwayat perawatan medis selama di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan Kuntarti (2005) tentang penerapan prinsip 6 benar juga menyebutkan tingkat penerapan benar dokumentasi dan benar dosis masih perlu ditingkatkan. Sejalan penelitian yang dilakukan Pribadi

(2009), bisa diketahui dari 31 responden yang melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, yang melaksanakan dokumentasi dengan baik baru 58.1%. Nursalam (2001) menyebutkan, dokumentasi merupakan salah satu aspek penting dalam pemberian layanan kesehatan. Dokumentasi memiliki beberapa tujuan dalam jaringan yang runut antara pasien, fasilitas pelayanan, pemberi pelayanan, pemberi perawatan dan pembayar. Dokumentasi juga menjadi bukti tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien. Responsibilitas dan akuntabilitas professional merupakan salah satu aspek penting dalam pembuatan dokumentasi yang akurat.

Prinsip benar waktu juga menjadi catatan tersendiri, mengingat persentase komponen-komponen yang masuk ke dalam prinsip benar waktu masuk dalam kategori sedang (52.56%). Merujuk pada hasil wawancara prinsip benar waktu, memang menjadi salah satu kendala dalam pemberian obat kepada pasien gangguan jiwa, terutama waktu pemberian obat untuk malam hari. Sebab, tidak jarang pasien gangguan jiwa ketika sudah terlanjur tidur dan dibangunkan di malam hari hanya untuk sekedar minum obat akan menunjukkan sikap agresif. Merujuk hasil wawancara perawat beranggapan bahwa volume pekerjaan sudah banyak, sehingga untuk faktor kepraktisan dan kenyamanan perawat memberikan obat tersebut pada sore hari. Komponen pelaksanaan prinsip benar waktu masih menjadi catatan dan salah satu titik perhatian dalam mengevaluasi prinsip 6 benar pemberian obat di dalam penelitian ini juga sejalan dengan hasil temuan penelitian *Auburn University* di 36 rumah sakit dan *nursing home* di Colorado dan Georgia, USA, pada tahun 2007,

bahwa dari 3216 jenis pemberian obat, 43% diberikan pada waktu yang salah (JCAHO, 2002).

Prinsip benar obat dan benar cara, persentase komponen yang telah dilaksanakan masing-masing cukup tinggi, meskipun di kemudian hari masih perlu ditingkatkan lagi kepatuhannya dalam menjalankan prinsip benar obat dan benar cara. Tindakan untuk meyakinkan bahwa perawat memberikan obat yang tepat kepada pasien, perawat harus mampu menginterpretasikan program terapi pengobatan dokter secara tepat. Selain itu, perawat juga dianjurkan membaca label obat paling sedikit tiga kali sebelum memberikan obat, yaitu saat melihat botol atau kemasan obat, sebelum menuangkan obat, dan sesudah menuangkan obat (Kee & Hayes, 2000).

Merujuk hasil wawancara, hambatan yang sering muncul antara dokter dan perawat yaitu terkait tulisan dokter yang sulit terbaca. Hasil wawancara juga disebutkan terkadang ada obat yang tidak sesuai resep dokter, kesalahan penulisan identitas pasien pada obat yang telah diracik farmasi. Senada penelitian yang dilakukan oleh Tajudin *et. al.*, (2012) *medication error* yang sering terjadi yaitu: 1) *prescribing error* meliputi kesalahan dosis dan kesalahan dosis obat, penulisan resep yang tidak jelas dan tidak lengkap 2) *dispensing error* meliputi kesalahan membaca resep *Look Alike Sound Alike* (LASA), jumlah obat yang tidak tepat, jenis obat yang tidak sesuai resep, pemberian dosis yang tidak tepat dan kesalahan bentuk sediaan 3) *admisnistration error* meliputi tidak tepat waktu pemberian obat, teknik pemberian obat dan obat tertukar dengan pasien lain. Penentuan obat untuk pasien adalah wewenang dari dokter, tetapi para perawat dituntut untuk turut bertanggung jawab

dalam pengelolaan obat tersebut. Mulai dari mengingatkan resep dokter bila ada dosis yang tidak sesuai, menanyakan jika ada tulisan yang tidak terbaca hingga memberikan obat kepada pasien sesuai order. Memastikan bahwa obat tersebut aman bagi pasien dan mengawasi akan terjadinya efek samping dari pemberian obat tersebut pada pasien (Armiyat *et. al.*, 2008). Pemberian obat oleh perawat dengan memperhatikan prinsip enam benar ini akan mempengaruhi keberhasilan pengobatan dan kesembuhan penyakit pasien. Hal ini terutama dilihat pada pasien yang dirawat di ruang rawat inap. Kesalahan medis (*medical error*) telah menyebabkan lebih dari satu juta orang cidera dan 98.000 kematian dalam setahun. Data yang didapatkan JCAHO juga menunjukkan bahwa 44.000 dan 98.000 kematian terjadi dirumah sakit setiap tahun disebabkan oleh kesalahan medis (Pamuji *et. al.*, 2008).

Anggapan informan yang merasa beban kerja berlebih atau volume pekerjaan yang padat sehingga dalam melaksanakan prinsip 6 benar belum maksimal dijabarkan sebagai berikut. Menurut standar jam kerja efektif dari kepegawaian RSJD Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah yang mengacu peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomer: PER/87/M.PAN/8/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Efisiensi, Penghematan dan Disiplin Kerja jam kerja pegawai minimal 37.5 jam/minggu atau 150/bulan. Di ruang rawat intensive psikiatri jam kerja perawat berkisar 150-155 jam/bulan, jika ada anggota perawat yang mempunyai jam kerja berlebih selama 7-8 jam dalam satu bulan akan diberikan libur ekstra (diberikan bulan berikutnya) untuk menggantikan jam yang berlebih. Untuk jam kerja kurang dari 7 jam tidak diberikan libur ekstra. Nursalam (2011) menjelaskan, menurut teori Douglas,

perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan dibedakan menjadi 3 kategori: 1) perawatan minimal memerlukan waktu 1 – 2 jam/24 jam, 2) perawatan intermediate memerlukan waktu 3 – 4 jam/24 jam, 3) perawatan maksimal/total memerlukan waktu 5 – 6 jam/24 jam. Untuk ruang intensif psikiatri masuk klasifikasi tiga/perawatan total. Kriteria untuk klasifikasi perawatan total yaitu: semua kebutuhan dibantu oleh perawat, pasien tidak dapat melakukan kebutuhan sehari-hari secara mandiri, pasien memerlukan observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam dan pasien dalam kondisi gelisah/disorientasi. Nilai standar jumlah perawat per shift berdasarkan klasifikasi pasien sebagai berikut:

Tabel 4.10.
Nilai Standar Jumlah Perawat per Shift Berdasarkan Klasifikasi Pasien

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien								
	Minimal			Parsial			Total		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	0.17	0.14	0.10	0.27	0.15	0.07	0.36	0.30	0.20
20	3.4	2.8	2	5.4	3	1.4	7.2	6	4

Ruang intensive psikiatri mempunyai kapasitas ruang rawat 20 tempat tidur. Berdasarkan rumus tersebut kebutuhan tenaga ruang intensive adalah 17.2 orang. Tenaga ruang intensive psikiatri yang ada saat ini berjumlah 16 orang sehingga kekurangan jumlah tenaga yaitu 1.2 orang, dibulatkan menjadi 1 orang. Kesimpulan dari penjelasan tersebut di atas ruang rawat intensive psikiatri kekurangan 1 orang tenaga keperawatan yang berdampak pada beban kerja meningkat. Nursalam (2011) menjelaskan beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban

kerja perawat antara lain: 1) jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut, 2) kondisi atau tingkat ketergantungan pasien, 3) rata-rata hari perawatan, 4) pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan, 5) frekuensi tindakan keperawatan yang dibutuhkan pasien, dan 6) rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Merunut hasil wawancara masih ada budaya *blaming* di unit terkait, yang menjadi salah satu faktor penyebab tidak dilaporkannya jika terjadi insiden, juga perlu mendapat perhatian. Adanya budaya *no blaming* diharapkan tidak ada lagi upaya saling menyalahkan satu sama lain, tetapi dicarikan titik temu untuk merumuskan solusi terbaik bagaimana menjalankan prinsip enam benar dalam pemberian obat secara maksimal. Berpegang pada prinsip bukan mencari siapa yang salah tetapi mengapa terjadi kesalahan tersebut. Penelitian yang dilakukan Iskandar *et. al.* (2014) menyebutkan penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu 1) takut disalahkan atau *blaming*, 2) Komitmen kurang dari pihak manajemen/unit terkait, 3) Tidak ada reward dari RS jika melaporkan, 4) Tidak tahu batasan mana yang harus dilaporkan, 5) Sosialisasi yang masih kurang, 6) Belum ikut pelatihan dan 7) Sosialisasi Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit kurang aktif. Penelitian yang dilakukan Dwita (2010) juga menyatakan demikian, masih ditemukan gap pelaporan insiden dilapangan dan pihak manajemen dan masih adanya *blaming culture* di unit-unit terkait