

**GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh :

GLORY ANANTA SOLAGRACIA

22020112130065

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, JUNI 2017**

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Glory Ananta S.
NIM : 22020112130065
Fakultas/Jurusan : Kedokteran / Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat
RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2017
Yang Menyatakan



Glory Ananta S.

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Glory Ananta S.
Tempat/tanggal lahir : Semarang 22 Agustus 1994
Alamat Rumah : Jalan Sidodrajat XI/4, Semarang
No Telp : 085641656644
Email : glory.ananta.s@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang” bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarism, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, 2017
Yang Menyatakan



Glory Ananta S.

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Glory Ananta Solagracia

NIM : 22020112130065

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk direview

Pembimbing



Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

NIP. 198804122014042001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul:

GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG

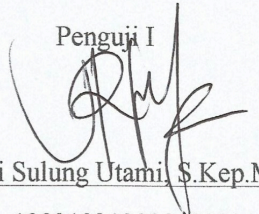
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Glory Ananta Solagracia

NIM : 22020112130065

Telah diuji pada tanggal, 22 Juni 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

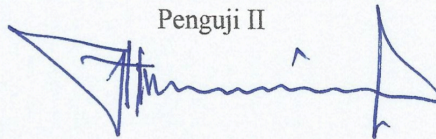
Penguji I



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.MSc

NIP. 198212312008122001

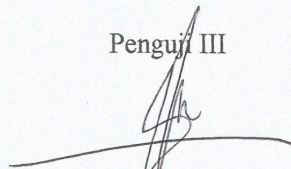
Penguji II



Ns. Niken Safitri Dyan Kusumaningrum, S.Kep., MSi.Med

NIP. 198107272008122001

Penguji III



Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

NIP. 198304122014042001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan YME atas berkat dan rahmatNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang”.

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu tugas pemenuhan mata kuliah Skripsi semester delapan di Universitas Diponegoro Semarang. Keberhasilan penyusunan skripsi ini tidak lepas dari arahan, bantuan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih, khususnya kepada:

1. Dr. Untung Sujianto S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
2. Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
3. Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN selaku pembimbing yang dengan sabar dan teliti membimbing dalam penyusunan skripsi ini
4. Seluruh civitas akademik PSIK FK UNDIP yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas dengan baik
5. Kedua orang tua tercinta yang setiap hari mendoakan saya
6. RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang yang telah memberi izin untuk melakukan pengambilan data penelitian
7. Responden-responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian saya
8. Teman-teman angkatan 2012 khususnya A.12.2 di PSIK FK UNDIP yang selalu memberi motivasi dan dukungan kepada saya selama ini
9. Kepada teman saya Juliade C Damanik, Dahlia Budi Utami, Nur Khasanah, Intan Galuh S. yang tak bosan membantu saya dalam penyusunan skripsi ini
10. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu membantu dalam penyusunan skripsi.

Peneliti menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam penyusunan laporan ini. Kritik dan saran yang bersifat membangun selalu peneliti harapkan demi skripsi ini yang nantinya akan memberi banyak manfaat kepada banyak pihak.

Semarang, Juni 2017

Peneliti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan	
1. Tujuan umum.....	7
2. Tujuan khusus.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori	
1. Instalasi Gawat Darurat.....	11
a. Definisi Instalasi Gawat Darurat.....	11
b. Komponen Instalasi Gawat Darurat.....	12
c. Klasifikasi IGD.....	13
d. Alur Perawatan Pasien IGD.....	14
2. <i>Medication Error</i>	15
a. Pengertian.....	15
b. Peranan Tenaga Kesehatan dalam Pengobatan.....	15
c. Prinsip 6 Benar.....	18
d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi.....	33
e. Dampak <i>Medication Error</i>	34

f. Perawat.....	35
B. Kerangka Teori.....	41
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	42
B. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	42
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
D. Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
E. Variabel Penelitian, Devinisi Operasional dan Proses Skala Pengukuran.....	45
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	47
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	52
H. Etika Penelitian.....	57
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Demografi Responden.....	60
1. Karakteristik Pemberi Obat.....	60
2. Karakteristik Penerima Obat.....	61
B. Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat.....	61
C. Pemberian Obat dengan Karakteristik Responden.....	61
D. Sebaran Jawaban Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat.....	63
BAB V PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden.....	67
1. Karakteristik Pemberi Obat.....	67
2. Karakteristik Penerima Obat.....	68
B. Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat.....	70
C. Gambaran Prinsip 6 Benar dengan karakteristik Responden.....	76
D. Keterbatasan Penelitian.....	78
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92
LAMPIRAN.....	97

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Defini Operasional, Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	46
2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada bulan Mei 2017 (n=352)	60
3	Distribusi Frekuensi Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=352)	61
4	Penerapan Prinsip Enam Benar berdasarkan Karakteristik Responden Pemberi Obat, Mei 2017 (n=352)	61
5	Penerapan Prinsip Enam Benar berdasarkan Karakteristik Responden Penerima Obat, Mei 2017 (n=352)	62
6	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Obat dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=235)	63
7	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Dosis dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=235)	64
8	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Waktu dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=235)	64
9	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Rute dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n= 235)	64
10	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Pasien dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)	65
11	Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Dokumentasi dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=235)	65
12	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Obat dalam Pemberian Obat di IGD	63

	RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=117)	
13	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Dosis dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=117)	64
14	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Waktu dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=117)	64
15	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Rute dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)	64
16	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Pasien dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)	65
17	Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Dokumentasi dalam Pemberian Obat di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (n=117)	65

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	41
2	Kerangka Konsep	42

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Surat Ijin Penelitian di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
2	Surat Balasan Pemberian Ijin Penelitian di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
3	Surat Ijin Penelitian di Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
4	Surat Balasan Ijin Penelitian di Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
5	Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas di IGD RSUD Dr. Adhyatma, MPH
6	Surat Balasan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas di IGD RSUD Dr. Adhyatma, MPH
7	Surat Permohonan Uji Expert 1
8	Surat Permohonan Uji Expert 2
9	Surat Permohonan Uji Expert 3
10	Hasil Uji Expert 1
11	Hasil Uji Expert 2
12	Hasil Uji Expert 3
13	Surat <i>Ethical Clearance</i>
14	Lembar Observasi Pemberian Obat
16	Content Validity Index
15	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas
17	Hasil Uji Normalitas
18	Jadwal Konsultasi

Departemen Keperawatan

Fakultas Kedokteran

Universitas Diponegoro

Juni 2017

ABSTRAK

Glory Ananta S.

Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

xv + 91 Halaman + 17 Tabel + 1 Gambar + 18 Lampiran

Peningkatan keamanan obat merupakan komponen keselamatan pasien yang cukup banyak terjadi insiden kesalahannya. Insiden kesalahan dapat dicegah dengan menerapkan prinsip benar dalam pemberian obat. IGD merupakan gerbang awal pasien masuk rumah sakit dan mempunyai resiko tinggi terjadi kesalahan pengobatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pemberian obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang Penelitian kuantitatif ini, menggunakan desain penelitian *descriptive cross-sectional study*. Penelitian menggunakan lembar observasi yang dikembangkan peneliti dan telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitasnya. Penelitian menggunakan purposive *quota sampling* melibatkan 352 kejadian pemberian obat. Hasil menunjukkan mayoritas perawat (178, 55,8%) dan mahasiswa (84 responden, 71,8%) memberikan obat dengan baik dan sebagian besar mahasiswa baik dalam memberikan obat. Prinsip yang penerapannya baik oleh perawat, meliputi benar rute (235, 100%) dan benar dokumentasi (235, 100%) sedangkan prinsip yang penerapannya baik oleh mahasiswa adalah penjelasan prosedur pemberian obat (117, 100%) dan prinsip benar rute (117,100%). Prinsip benar pasien penerapannya kurang baik oleh perawat, yaitu 228 perawat (97%) sedangkan prinsip benar dokumentasi (117, 100%) dan pengecekan program terapi pengobatan (117, 100%) penerapannya kurang baik oleh seluruh mahasiswa. Kesimpulan dalam penelitian yaitu pemberian obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang baik karena mayoritas perawat dan mahasiswa memberikan obat dengan baik. Saran diajukan kepada rumah sakit untuk mengadakan pelatihan terkait farmakologi obat dan identifikasi pasien untuk peningkatan pemberian obat.

Kata Kunci : IGD, administrasi pemberian obat, 6 benar pengobatan.

Daftar Pustaka : 63 (2005-2017)

Nursing Department
Medical Faculty
Diponegoro University
June, 2017

Glory Ananta S.

**The Description of Medication Treatment in Emergency Department of
K.R.M.T Wongsonegoro Semarang Regional Public Hospital**

xv + 91 pages + 17 tables + 1 pictures + 18 enclosures

ABSTRACT

Increasing safety medication is a component of patient's safety which are lots enough of medication error incident is occurred. Medication error can be preventable by implementing the correct principle in medication treatment. Emergency department is an initial gateway of hospital admission and has a high risk of medication error. This study aimed to identify the provision of medication in the emergency department of Semarang Regional of Public Hospital. This quantitative research was using descriptive cross-sectional study method. This research was using observation sheet developed by the researcher and its validity and reliability had been tested. The research used purposive quota sampling involving 352 medication events. The results from the research showed most of nurses (178, 55.8%) and most of the students (84 respondents, 71.8%) were good at giving medicine. The principle which had good implementing by nurses includes the right route (235 respondents, 100%) and the right documentation (235, 100%) while the principle that had good implementing by students was the explanation of medication procedure (117, 100%). The implementing right patient principle was not so good by nurses (228 nurses, 97,2%) while the application of right documentation principle (117, 100%) and checking medication therapy program (117, 100%) was not good enough by all of the students. The results of the research concluded that medication treatment in Emergency Department of Semarang Regional Public Hospital is good because majority of nurses and students do medication well. Suggestions to hospital are to conduct training on medicine pharmacology and identification of patient for improvement the medication.

Keywords : Emergency Department, medication administration, six right medication.

Bibliography : 63 (2005-2017)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.¹ Penelitian oleh Harrison² menunjukkan tingkat keselamatan pasien di negara-negara dengan penghasilan rendah seperti India dan Indonesia lebih rendah dibanding negara-negara dengan penghasilan tinggi seperti Inggris dan Amerika Serikat. Laporan dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) periode Mei-Agustus 2010 terkait insiden keselamatan pasien menunjukkan bahwa provinsi Jawa Tengah menduduki peringkat kedua (33,33%) setelah provinsi Jawa Timur (50%).³

Keselamatan pasien menurut *International Patient Safety Goals* (IPSG) yang dikeluarkan oleh WHO mempunyai 6 indikator dimana salah satunya adalah peningkatan kewaspadaan dalam pemberian obat. Hal ini menunjukkan bahwa kesalahan pemberian obat (*medication error*) harus dicegah atau diminimalkan. Akan tetapi, kesalahan dalam pemberian obat masih saja terjadi di pusat pelayanan kesehatan baik di dalam maupun di luar negeri. Menurut *Institute of Medicine* (IOM) setiap tahun di Amerika Serikat, sekitar 48000-100000 pasien meninggal akibat kesalahan pemberian obat. Sementara di Indonesia, laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit menunjukkan bahwa

kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan.⁶

Kesalahan dalam pemberian obat selama proses penanganan pasien di rumah sakit merupakan salah satu kejadian yang tidak diinginkan dan merugikan pasien. Kejadian tersebut dapat memperburuk kondisi pasien hingga terjadinya kematian.⁷ Penelitian oleh Pham⁸ menunjukkan bahwa peringkat paling tinggi dalam *medication error* terjadi pada tahap pemberian obat (*administration*) (36%), diikuti tahap peresepan (*prescribing*) (29%), dan pendokumentasian (*documenting*) (25%). Berdasarkan beberapa studi dalam laporan IOM diketahui bahwa, kesalahan pemberian obat dengan konsekuensi serius paling sering terjadi di Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Intensive Care Unit* (ICU), dan ruang operasi.⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Pham⁸ menyebutkan bahwa dari seluruh kesalahan pemberian obat yang terjadi di rumah sakit, IGD merupakan tempat dengan efek samping terberat.

IGD merupakan gerbang awal pasien masuk rumah sakit dan mempunyai resiko tinggi terjadi kesalahan pengobatan. Jumlah pasien yang datang ke IGD sangat fluktuatif bergantung pada kondisi masyarakat.⁹ Selain itu, pasien yang masuk ke IGD berasal dari segala macam usia, seperti bayi, anak, orang dewasa, dan lansia. Pasien IGD juga memiliki tingkat keparahan yang tidak dapat diprediksi serta memiliki beragam penyakit.¹¹ Oleh karenanya, perawat IGD harus siap selama 24 jam dan mampu untuk menangani pasien yang bervariasi tersebut.⁹

Pasien yang datang ke IGD memiliki tingkat kegawatan yang berbeda-beda maka perawat harus mampu memilah pasien yang lebih diprioritaskan untuk

mendapat *treatment* di IGD melalui triase.¹⁰ *Triage* atau triase merupakan suatu sistem yang digunakan dalam mengidentifikasi korban dengan cedera yang mengancam jiwa yang kemudian diberikan prioritas untuk dirawat atau dievakuasi. Scott¹¹ menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingginya kategori skala *triase* terhadap *medication error*, yaitu semakin tinggi skala triase terjadinya kesalahan pemberian obat juga semakin tinggi. Di dalam penelitian yang dilakukan oleh Scott¹¹ disebutkan bahwa pasien dengan skala triase 1,2, dan 3 dimana tingkat kegawatannya tinggi, tenaga kesehatan cenderung lalai dalam mendokumentasikan status alergi pasien, sehingga memicu terjadinya *medication error*.

Perawat memiliki tanggung jawab dalam memastikan bahwa pemberian obat aman bagi pasien sehingga mampu mencegah terjadinya *medication error* akan tetapi, pelaksanaannya tidak sesuai dengan harapan.¹³ Pham⁸ menyatakan perawat merupakan penyumbang *medication error* tertinggi dengan presentase 54%. Kesalahan pengobatan yang dilakukan perawat biasa terjadi pada fase administrasi dimana fase administrasi merupakan penyumbang kesalahan pemberian obat tertinggi seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya.⁸ Fase administrasi terdiri dari prinsip 6 benar (*six rights*). Pemberian obat dengan prinsip 6 benar meliputi tepat pasien (*right client*), tepat obat (*right drug*), tepat dosis (*right dose*), tepat waktu (*right time*), tepat rute (*right route*), dan tepat dokumentasi (*right documentation*).

Penelitian yang dilakukan oleh Pham⁸, Scott¹¹, dan Kuntarti¹³ menyatakan bahwa bentuk kesalahan pemberian obat pada fase administrasi bermacam-

macam. Pham⁸ menyatakan tidak mengikuti prosedur/protokol dalam pemberian obat dan salah memasukkan permintaan obat ke komputer merupakan kesalahan pada fase administrasi. Kesalahan pada fase administrasi berikutnya adalah perawat tidak memberikan gelang identitas pada pasien yang bisa menyebabkan salah pasien saat pemberian obat, perawat lalai saat memberi obat, dan perawat tidak mendokumentasikan status alergi pasien.¹¹ Kesalahan berikutnya menurut Kuntarti¹³, yaitu perawat salah menghitung dosis, tidak teliti dalam melihat dan mendengar nama obat yang mirip, salah rute memasukkan obat, dan yang terakhir memberikan obat tidak sesuai waktu yang tertera pada catatan medis klien. Penelitian oleh Kuntarti¹³ menunjukkan bahwa penerapan prinsip 6 benar di ruang rawat inap baik akan tetapi prinsip umum yang terkait keamanan perawat masih rendah seperti tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, tidak menggunakan sarung tangan saat pemberian obat, dan tidak membuang jarum suntik pada tempat khusus.

Kesalahan pemberian obat yang terjadi di IGD disebabkan karena beberapa faktor. Faktor penyebab *medication error* yang pertama adalah beban kerja yang tinggi. Faktor kedua adalah komunikasi yang buruk baik antar staf IGD maupun kepada pasien.⁸ Faktor ketiga adalah kepadatan bilik atau ruang di IGD dimana lebih dari 50% bilik terisi oleh pasien. Faktor selanjutnya adalah jumlah perawat senior yang berpengalaman sangat kurang dibanding dengan perawat junior.¹¹

Kesalahan pengobatan dapat mengakibatkan dampak bahaya yang akan merugikan pasien, baik berupa kecacatan pasien, peningkatan biaya pengobatan, dan yang paling serius menyebabkan kematian pada pasien. Laporan IOM terkait

dengan kejadian *medication error*, yaitu sekitar 3,7% pasien dari pendaftaran tercemar oleh kasus kesalahan pemberian obat karena efek samping obat yang menyebabkan pasien cacat dan seperempatnya karena kasus kelalaian. Hasil penelitian Pham⁸ terkait dampak ekonomi secara nasional dari kesalahan pemberian obat adalah pada penambahan biaya perawatan kesehatan sejumlah \$2 miliar dolar per tahun. Laporan dari IOM menemukan bahwa 44.000 dari 98.000 pasien meninggal di rumah sakit sekunder Amerika Serikat (AS) karena adanya kesalahan pemberian obat.⁸ Selain dampak pada pasien, rumah sakit juga mengalami kerugian yaitu secara finansial, reputasi, dan *image*.⁵

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, rumah sakit telah memiliki Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dimana panitia tersebut yang menjaga terkait keselamatan pasien. Segala kejadian keselamatan pasien dilaporkan pada PMKP ini termasuk kejadian *medication error*. Kepala ruang menyatakan pada tahun 2015 terdapat Kejadian Potensial Cedera (KPC) yaitu salah oplos antara antibiotika dengan MgSo4 tapi belum sampai ke pasien hanya dioplos saja dan yang kedua yaitu salah rute yang seharusnya IM menjadi IV. Kedua kejadian tersebut dilakukan oleh mahasiswa karena kurang kontrol oleh perawat. Pasien yang masuk ke IGD dalam sehari berjumlah 100 orang dengan pembagian *triase* menurut ESI (*emergency severity index*), pasien dengan level 1 berjumlah 3%, level 3&4 berjumlah 80%, dan untuk level 2 dan 5 berjumlah 17%. Pasien dengan ESI 1 dan 2 masuk dalam label merah, pasien dengan kategori ESI 3 dan 4 masuk dalam label kuning, dan pasien dengan ESI 5 tergolong dalam label hijau.

Jumlah total perawat IGD yaitu 25 orang dengan pembagian setiap *shift* berjumlah 5 perawat. Perawat di IGD melakukan *triase* pada pasien, asuhan keperawatan, menjadi porter untuk pasien dengan triase level 1-3, dan menulis status kesehatan pasien. IGD RSUD Kota Semarang memiliki apotek tersendiri. Apotek bertugas untuk menyediakan alat habis pakai dan obat-obat *emergency* di *trolley emergency*. Obat-obat seperti ranitidine dan analgetik tidak disediakan di IGD sehingga perawat harus meminta obat tersebut di apotek IGD. Perawat IGD pernah mengikuti *training* pemberian obat yang diadakan dua tahun lalu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Berdasarkan beberapa studi dalam laporan IOM diketahui bahwa, kesalahan pemberian obat dengan konsekuensi serius paling sering terjadi di Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Intensive Care Unit* (ICU), dan ruang operasi.

Kepadatan di IGD dimana lebih dari 50% bilik dipenuhi oleh pasien, disitulah kesalahan pengobatan lebih sering terjadi. Staf IGD yang lalai mengenakan gelang ID pasien, jumlah perawat yang lebih rendah dari jumlah pasien, dan jumlah perawat senior yang lebih sedikit dapat menyebabkan terjadinya *medication error*. Lingkungan di IGD adalah lingkungan yang beresiko memunculkan kesalahan pengobatan karena pasien berasal dari segala usia dan memiliki berbagai penyakit.

Kesalahan obat paling umum terjadi pada fase administrasi disusul dengan tidak tepat dosis atau kuantitas. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering terlibat dalam fase administrasi pengobatan, yaitu dalam memberikan obat yang diresepkan oleh dokter kepada pasien. Perawat memiliki prinsip pemberian obat untuk mencegah terjadinya *medication error*. Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian ini adalah : “Gambaran pemberian obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran pemberian obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi perawat dan mahasiswa keperawatan serta penerima obat atau pasien.
- b. Mengidentifikasi penerapan prinsip 6 benar dalam pemberian obat di IGD oleh perawat
- c. Mengidentifikasi penerapan prinsip 6 benar dalam pemberian obat di IGD oleh mahasiswa

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit senantiasa meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan dan pelayanan yang terbaik bagi pasien dan keluarga dengan terstandarnya SOP pemberian obat yang baik, memberikan pelatihan kepada perawat untuk meningkatkan komunikasi yang efisien baik sesama tenaga kesehatan maupun pasien, meningkatkan kemampuan terkait pengetahuan tentang efek samping dan manfaat obat, ketelitian menghitung dosis dan pendokumentasian pemberian obat sehingga angka *medication error* dapat menurun.

b. Bagi Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi perawat untuk dapat memberikan pelayanan sesuai standar operasional prosedur rumah sakit yaitu prinsip enam benar dan menganggap keselamatan pasien merupakan hal yang utama yang harus diterapkan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan serta selalu memperbaharui ilmu terhadap pelayanan keperawatan.

c. Bagi Pasien

Mendapat tindakan penanganan dan pemberian obat secara profesional dari perawat, mendapatkan kepuasan dari pelayanan pemberian obat yang diberikan oleh perawat, mendapatkan keamanan dan keselamatan dari

perawat terutama dalam hal pemberian obat, serta memiliki kepercayaan kepada perawat.

d. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu sumber peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian seperti faktor-faktor yang dapat mempengaruhi dalam menerapkan prinsip benar pemberian obat, hubungan antara faktor yang dapat mempengaruhi pemberian obat dengan penerapan prinsip 6 benar.

e. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi pendidikan keperawatan tentang pentingnya penerapan prinsip enam benar dalam mewujudkan *pasien safety* serta pelayanan yang berkualitas dan bermutu serta mengajarkan solusi untuk mencegah kejadian *medication error*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka pada bab dua berisi rangkuman teori dari berbagai buku dan jurnal-jurnal ilmiah yang relevan dengan penelitian ini. *Search Literature Method* dilakukan melalui dua cara yaitu mengumpulkan buku-buku terkait secara langsung dari perpustakaan dan melalui *Search Engine*.

Pencarian literatur melalui *search engine* yaitu *google scholar*, dan *Science Direct* menggunakan kata kunci antara lain : *medication error* (prinsip pemberian obat, faktor, pelaku), *emergency department (triage, sumber daya manusia, kind)*, perawat (pemberian obat, tugas). Hasil pencarian literatur menemukan kurang lebih 40 bahan literatur yang kemudian dilakukan seleksi berdasarkan judul literatur. Hasil seleksi ini menyisakan literatur sejumlah 22 buah. Seleksi kedua dilakukan berdasarkan abstrak literatur. Berdasarkan seleksi tahap kedua ditemukan 18 literatur dengan rincian 7 jurnal ilmiah dan 11 buku. Literatur tersebut selanjutnya dijadikan dasar untuk penyusunan tinjauan pustaka dalam bab ini.

Tinjauan pustaka dalam bab ini berisi konsep mengenai IGD, keselamatan pasien (*patient safety*), dan *medication* (pengobatan). Konsep IGD terdiri dari IGD, komponen IGD, klasifikasi IGD dan alur perawatan di IGD. Konsep keselamatan pasien terdiri dari definisi *patient safety*, jenis-jenis *patient safety*. Konsep *Medication* berisi faktor yang mempengaruhi *medication error*, jenis-jenis obat, sumber daya manusia yang berhubungan dengan pengobatan.

A. Tinjauan Teori

1. Instalasi Gawat Darurat

a. Definisi Instalasi Gawat Darurat

Gawat darurat adalah sebuah kondisi saat pasien memerlukan tindakan medis segera guna menyelamatkan nyawa ataupun mencegah kecacatan permanen yang lebih lanjut.¹⁴ Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan pertama bagi pasien yang mengalami sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. IGD memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara, serta pelayanan pembedahan darurat, pada pasien yang datang dengan gawat darurat medis dan mampu menanggulangi bencana pada waktu kapan saja. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat, dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan.¹⁵

Pelayanan gawat darurat di rumah sakit harus memiliki kriteria dasar yang diatur oleh Kementerian Kesehatan RI. Persyaratan dasar diantaranya sebuah IGD harus buka selama 24 jam, pelayanan gawat darurat harus melayani pasien dengan konsisi *false emergency* tanpa mengurangi mutu dan kualitas pelayanan di IGD.¹⁶ Kondisi *false emergency* adalah keadaan dimana pasien yang datang tidak memerlukan pemeriksaan dan perawatan segera sehingga pasien yang datang dapat menunggu sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.¹⁷

Tidak hanya *false emergency*, IGD juga harus bisa melayani pasien dengan kondisi gawat atau sering disebut *true emergency*. IGD diwajibkan untuk menangani pasien yang datang kurang dari 5 menit.¹⁸ Selain itu, setiap IGD harus bisa meningkatkan mutu personalia dan masyarakat dalam penanggulangan klien dengan keadaan gawat darurat. Terakhir, IGD harus melakukan riset untuk meningkatkan mutu pelayanan.¹⁶

b. Komponen Instalasi Gawat Darurat

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 856 tahun 2009 membagi menjadi dua komponen pokok di dalam IGD yaitu sumber daya manusia dan sarana. Setiap komponen di IGD dibagi menjadi empat level.¹⁷ Pembagian sumber daya manusia di IGD telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 856 tahun 2009.¹⁵ Keputusan Menteri tersebut mengatur mengenai level IGD dan komponen sumber daya yang ada di dalamnya. Secara garis besar setiap IGD harus memiliki dokter umum dengan sertifikat pelatihan kegawatdaruratan. Kedua adalah perawat kepala maupun perawat pelaksanaan dengan sertifikat kegawatdaruratan, BTLS, dan BCLS. Ketiga adalah non medis bagian keuangan, kamtib, dan pekarya.

Komponen sarana di setiap IGD sudah diatur juga dalam Keputusan Menti Kesehatan RI nomor 856 tahun 2009.¹⁵ Sarana dan prasarana di IGD digunakan untuk menunjang pelayanan dan mempercepat penanganan *live saving* di IGD. Saran dan prasarana di

IGD telah dibagi menjadi empat level sesuai tingkat IGD masing masing rumah sakit. Standar yang harus dimiliki setiap rumah sakit adalah IGD harus berada di bagian depan dan berbeda dengan pintu utama. Ambulan ataupun mobil pembawa pasien harus bisa berada di depan IGD. Ruang harus disusun supaya tidak terjadi penumpukan dan arus pasien dapat dengan lancar. Memiliki ruang triase minimal 2 brankat dan memiliki ruang tunggu dan ruang istirahat untuk dokter dan perawat.

c. Klasifikasi IGD

Pembagian tingkatan di IGD telah diatur jelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 856 tahun 2009.¹⁵ Level di IGD dibagi menjadi 4 tingkatan diantaranya:

1) Level I

Pelayanan IGD level I merupakan standar minimal rumah sakit kelas D. Pelayanan level I menyangkut beberapa pelayanan seperti diagnosis penanganan pada *airway problem* (jalan nafas), *breathing problem* (Pernafasan), *circulation problem* (sirkulasi pembuluh darah). Selanjutnya, IGD level I melakukan pelayanan stabilisasi dan evaluasi.

2) Level II

Pada pelayanan IGD level II, pelayanan meliputi diagnosa permasalahan jalan nafas, pernafasan, sirkulasi pembuluh darah, penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi dan bedah *cito*.

3) Level III

Untuk level ketiga, pelayanan di IGD berupa permasalahan jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi pembuluh darah dengan peralatan yang lebih lengkap termasuk ventilator dan *DS syock*, penggunaan obat, observasi HCU/R dan bedah *cito*.

4) Level IV

Pelayanan IGD level IV merupakan tingkat tertinggi yang dimiliki oleh rumah sakit tipe A. Pelayanan pada IGD level IV memiliki pelayanan hampir sama dengan level III, tetapi didukung dengan tenaga yang lebih lengkap seperti dokter residen, dokter spesialis ataupun dokter sub-spesialis.

d. Alur Perawatan Pasien IGD

Alur keperawatan pasien di IGD dimulai ketika pasien datang dan mendaftar di IGD.¹⁹ Saat penanggung jawab pasien mendaftar di IGD, triase dilakukan terhadap pasien. Setelah pasien mendaftar dan dilakukan triase, pasien menunggu. Selanjutnya dokter ataupun tenaga kesehatan lain melakukan tindakan penanganan sesuai keadaan pasien. Tahapan ini dimulai saat *initial physician assessment* (penilaian awal dokter), sampai *decision to admit*. Prosedur pelayanan resep di instalasi gawat darurat memiliki prinsip pelayanan ‘prima 5 menit ‘ artinya dalam 5 menit pasien sudah mendapatkan pertolongan darurat. Alur resepnya adalah pasien datang ke IGD, dilakukan pemeriksaan, dilakukan tindakan medis, penulisan resep di kartu obat, penyerahan kartu obat ke apotek IGD,

perawat mengambil obat dan alat kesehatan di apotek IGD, entri data, *dispensing* ke pasien (jika pasien pulang obat di ambil pasien dengan membawa kuitansi pembayaran dan jika pasien di rawat inap obat dikirim ke IGD).¹⁹

2. *Medication Error*

a. **Pengertian**

Medication error (ME) atau kesalahan pemberian obat menurut *National Coordinating Council* (NCC) yaitu setiap kejadian yang dapat dihindari yang menyebabkan atau berakibat pada pelayanan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien sementara obat berada dalam pengawasan tenaga kesehatan atau pasien.²⁰ *Medication error* dapat terjadi dimana saja dalam rantai pelayanan obat kepada pasien mulai dari produksi dalam peresepan, pembacaan resep, peracikan, penyerahan, dan *monitoring* pasien.²¹ Di dalam setiap mata rantai ada beberapa tindakan, sebab tindakan mempunyai potensi sebagai sumber kesalahan. Setiap tenaga kesehatan dalam mata rantai ini dapat memberikan kontribusi terhadap kesalahan.

b. **Peranan Tenaga Kesehatan dalam Pemberian Obat di Indonesia**

1) **Dokter**

Dokter memiliki tiga tanggung jawab, yaitu diagnosis, peresepan, dan informasi obat. Diagnosis, dimana dokter memastikan diagnosis yang tepat yang dijelaskan kepada pasien, kepatuhan terhadap terapi akan lebih baik. Peresepan, dimana seorang dokter

meresepkan obat dalam jumlah sesedikit mungkin dan menerangkan tujuan penggunaan dari masing-masing obat kepada pasien, pengertian pasien akan meningkat. Informasi obat, dimana pemberi resep harus menerangkan bagaimana cara pakai setiap obat, efek samping yang mungkin terjadi, dan apa yang harus dilakukan jika terjadi efek yang tidak diharapkan atau tidak terjadi efek yang diharapkan.²²

2) Apoteker

Apoteker memiliki fungsi penting dalam sistem pelayanan kesehatan, yaitu pengadaan, distribusi, persepan, dan monitoring. Pengadaan, fungsinya adalah memastikan tersedianya obat dengan kualitas yang baik pada saat diperlukan. Distribusi, dimana seorang apoteker memindahkan obat dengan aman kemanapun obat akan diberikan, memastikan kondisi perjalanan dan penyimpanan obat tidak mempengaruhi kondisi obat. Persepan, apoteker sering diminta untuk memberikan obat bebas atau obat bebas terbatas untuk membantu pasien melakukan swamedikasi. Monitoring merupakan fungsi terakhir dari apoteker, dalam hal ini apoteker perlu melakukan monitoring terhadap terapi jangka panjang pasien penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, dan asma. Peran lain dari apoteker adalah melakukan komunikasi dengan dokter dalam melakukan konfirmasi resep atau menjawab pertanyaan. Seorang apoteker perlu mematuhi standar terapi, terutama yang berlaku

secara lokal. Apoteker di rumah sakit dapat diberi tanggung jawab untuk memastikan kepatuhan resep terhadap standar terapi terutama untuk regimen yang sifatnya kompleks seperti terapi kanker. Apoteker memiliki posisi yang strategis dalam melakukan monitor dan evaluasi terhadap peresepan dan penggunaan obat terutama di rumah sakit lokasi dia bekerja. Apoteker memiliki peran edukasi pasien, pada umumnya, dipercaya oleh pasien dan dapat memberikan saran yang dihargai oleh pasien serta melakukan edukasi pada pasien secara individual atau edukasi pada kelompok pasien dengan penyakit tertentu.²²

3) Perawat

Pada proses pengobatan terdapat 5 tahap pemberian obat, yaitu : *administration, prescribing, documenting, dispensing, dan monitoring*. Tahap *prescribing* (peresepan) merupakan tahap pengobatan yang dilakukan oleh dokter. Tahap *dispensing* (penyedia) merupakan tahapan yang dilakukan oleh apoteker karna merekalah yang menyediakan obat untuk diberikan ke bangsal maupun ke pasien. Tahap *administration, documenting, dan monitoring* merupakan tahapan yang dilakukan oleh perawat. Tahap administrasi merupakan tahap pemberian obat dimana perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan obat yang aman bagi pasien. Saat perawat memberikan obat, perawat harus memperhatikan prinsip benar dalam pemberian obat. Perawat

harus terampil dan tepat saat memberikan obat, tidak sekedar memberikan pil untuk diminum (oral) atau injeksi obat melalui pembuluh darah (parenteral), namun juga mengobservasi respon klien terhadap pemberian obat tersebut. Indikasi obat, manfaat obat, maupun efek samping perlu diketahui oleh perawat. Perawat berusaha membantu klien dalam membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengkonsultasikan setiap obat yang dipesankan dan turut serta bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama dengan tenaga kesehatan lain. Perawat dalam memberikan obat juga harus memperhatikan resep obat yang diberikan harus tepat serta dosisnya juga tepat.²² Perawat perlu memberikan obat tepat waktu, cara pemberian atau rute yang tepat, dan memberikan obat pada pasien yang tepat. Saat memberikan obat perawat juga perlu memperhatikan keamanan perawat itu sendiri seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan obat. Pada tahap dokumentasi perawat harus mencatat nama, umur, dan alamat pasien serta dosis dan waktu pemberian obat pada pasien. Pada tahap monitoring perawat melakukan pengecekan kondisi pasien setelah diberi obat.¹³

c. Prinsip 6 Benar

Joint Commission International (JCI) menjelaskan konsep keselamatan pasien dilaksanakan untuk tercapainya enam komponen

antara lain: ketepatan identifikasi pasien; peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; pencegahan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan pencegahan risiko pasien jatuh.²³ Keenam komponen tersebut merupakan area kerja profesi perawat.

Komponen yang penting dalam keselamatan pasien yaitu peningkatan keamanan obat. Obat menurut undang-undang kesehatan tahun 2009 adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan, dan kontrasepsi untuk manusia.²⁴

Peningkatan keamanan obat dicapai dengan melakukan prinsip 6 benar yaitu :²⁵

1) Benar obat

Obat yang benar artinya klien menerima obat yang telah diresepkan. Perintah pengobatan mungkin diresepkan oleh seorang dokter, dokter gigi, podiatrist, atau pemberi asuhan kesehatan yang memiliki izin praktik dengan wewenang dari pemerintah untuk memerintahkan pengobatan. Bagi klien yang tinggal di rumah sakit, perintah pengobatan ditulis di lembar instruksi dokter dan ditandatangani oleh orang yang berwenang.

Perintah melalui telepon untuk pengobatan harus ditandatangani oleh dokter yang menelepon dalam waktu 24 jam. Perawat harus tunduk dalam peraturan institusi mengenai perintah melalui telepon. Komponen dari perintah pengobatan adalah : 1. Tanggal dan saat perintah ditulis; 2. Nama obat; 3. Dosis obat; 4. Rute pemberian; 5. Frekuensi pemberian; 6. Tanda tangan dokter atau pemberi asuhan kesehatan. Meskipun merupakan tanggung jawab seorang perawat untuk mengikuti perintah yang tepat, jika salah satu komponen tidak ada, perintah pengobatan tidak lengkap maka obat tidak boleh diberikan. Harus diperoleh perintah yang jelas, dan biasanya dengan menghubungi dokter atau pemberi asuhan kesehatan. Label obat harus dibaca secara seksama minimal tiga kali untuk menghindari kesalahan: (1) pada saat melihat botol atau kemasan obat, (2) sebelum menuang obat, dan (3) setelah menuang obat. perawat harus menyadari bahwa obat-obatan tertentu mempunyai nama yang bunyinya hampir sama dan ejaannya mirip.

Implikasi dalam perawatan mencakup :

- a) Periksa apakah perintah pengobatan lengkap dan sah. Jika perintah tidak lengkap atau tidak sah, beritahu perawat atau dokter jaga yang bertanggung jawab.
- b) Ketahui alasan mengapa klien menerima obat tersebut
- c) Periksa label sebanyak 3 kali sebelum memberikan obat

2) Benar dosis

Dosis yang benar adalah dosis yang diresepkan untuk klien tertentu. Dalam kebanyakan kasus, dosis diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan. Perawat harus menghitung setiap dosis obat secara akurat, dengan mempertimbangkan variabel berikut: tersedianya obat dari dosis obat yang diresepkan (diminta). Berat badan klien juga harus dipertimbangkan, seperti 3 mg/kg/hari.

Sebelum menghitung dosis obat, perawat harus mempunyai dasar pengetahuan mengenai rasio dan proporsi. Perhitungan dosis obat harus diperiksa ulang jika didapatkan hasil sebagian dari dosis atau dosis dalam jumlah yang sangat besar. Metode stok obat dan metode dosis unit adalah dua metode yang paling sering dipakai untuk distribusi.

Implikasi dalam perawatan :

- a) Hitung dosis obat dengan benar. Jika ragu-ragu, dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain. Dalam banyak institusi, perawat pertama yang memberikan obat tertentu kepada seorang klien harus menghitung dosis dan membubuhkan tanda tangan pada kolom tanda tangan perawat jika parameter keamanan telah ditentukan.

b) Lihat buku *Physiscian Desk Reference (PDR)*, *American Hospital Formulary*, atau buku referensi obat lainnya untuk batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu.

3) Benar waktu

Waktu yang benar adalah saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan. Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari, seperti b.i.d, t.i.d, q.i.d, atau q6h, sehingga kadar obat dalam plasma dapat dipertahankan. Jika obat mempunyai waktu paruh ($t_{1/2}$) yang panjang, obat diberikan sekali sehari. Obat-obat dengan waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari.

Implikasi dalam perawatan termasuk :

- a) Berikan obat pada saat yang khusus. Obat-obatan dapat diberikan setengah jam sebelum atau sesudah waktu yang tertulis dalam resep.
- b) Berikan obat-obat yang terpengaruh oleh makanan, seperti tetrasiklin, sebelum makan.
- c) Berikan obat-obat, seperti kalium dan aspirin, yang dapat mengiritasi perut (mukosa lambung) bersama-sama dengan makanan
- d) Perawat wajib memeriksa apakah klien telah dijadwalkan untuk pemeriksaan diagnostik, seperti endoskopi, tes darah puasa, yang merupakan kontraindikasi pemberian obat.
- e) Periksa tanggal kadaluwarsa.

f) Antibiotic harus diberikan dalam selang waktu yang sama sepanjang 24 jam untuk menjaga kadar darah terapeutik.

Perawat sebaiknya memberikan obat dalam waktu 30 menit sebelum dan sesudah waktu yang terjadwal. Perawat juga harus mempertimbangkan efek yang akan terjadi setelah pemberian obat dengan waktu pemberian.¹⁴

4) Benar pasien

Klien yang benar dapat dipastikan dengan memeriksa gelang identifikasi klien, dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri. Beberapa klien akan menjawab dengan nama yang sembarang atau tidak dapat berespons, maka gelang identifikasi harus diperiksa pada setiap kali klien diberi pengobatan. Pada keadaan dimana klien tidak memakai gelang identifikasi seperti IGD atau klinik berobat jalan, perawat bertanggung jawab secara tepat mengidentifikasi setiap orang pada saat memberikan pengobatan.

5) Benar Rute

Terdapat berbagai bentuk dan rute pemberian pengobatan, yaitu oral (tablet dan kapsul, cairan); transdermal; topical; instilasi (tetes dan semprot, aerosol); suppositoria; selang nasogastric dan gastromi; dan parental.¹⁹

a) Tablet dan Kapsul

Pengobatan oral biasanya tidak diberikan kepada klien yang muntah, tidak mempunyai reflek muntah, atau dalam keadaan koma. Klien yang muntah mungkin memerlukan istirahat singkat sebelum pemberian obatnya diteruskan. Kapsul *enteric-coated* dan *timed-release* harus ditelan seutuhnya supaya efektif. Obat yang mengiritasi sebaiknya diberikan bersamaan dengan makanan untuk mengurangi rasa tidak enak pada saluran gastro intestinal. Obat-obatan yang diberikan sublingual (diletakkan di bawah lidah) atau bukal (diletakkan antara pipi dan gusi) dibiarkan pada tempatnya sampai semuanya diabsorpsi. Jangan berikan makanan atau cairan selama obat masih ada di tempatnya.

b) Cairan

Terdapat beberapa bentuk, termasuk di antaranya adalah eliksir, emulsi, dan suspense. Baca label untuk memastikan apakah memerlukan pengenceran atau pengocokkan. Kebanyakan cairan membutuhkan penyimpanan di dalam lemari es jika telah direkonstitusi.

c) Transdermal / Topikal

Obat transdermal tersimpan di dalam *patch* yang ditempelkan pada kulit dan diserap melalui kulit, dan mempunyai efek sistemik. Kini penggunaannya telah meluas yang bermula pada

tahun 1980an. Patch untuk obat kardiovaskular, obat neoplastic, hormone, obat untuk mengatasi reaksi alergik dan isulin sedang dikembangkan. Obat transdermal lebih menjamin kadar darah yang konsisten dan menghindari problem absorbs gastrointestinal yang menyertai produk yang dipakai melalui oral. Obat topical dapat diberikan pada kulit dalam berbagai cara seperti dengan sarung tangan, spatel lidah, atau applicator dengan ujung kapas. Gunakan teknik yang tepat untuk memindahkan obat dari tempat obat dan membubuhkannya pada kulit yang bersih dan kering, jika mungkin. Jangan mengkontaminasi obat dalam tempatnya, gunakan sarung tangan atau aplikator. Perhatikan teknik steril jika kulit pecah. Ambil tindakan pencegahan untuk menghindari noda karena obat. Berikan gosokan yang cukup kuat jika menggosokkan obat.

d) Instilasi

Instilasi merupakan obat cair yang biasanya diberikan sebagai tetes dalam bentuk-bentuk sebagai berikut : tetes mata, salep mata, tetes telinga. Tetes dan Semprot Hidung. Minta klien menghembuskan hidungnya. Berikan tetesan dalam jumlah yang diresepkan. Minta klien agar tetap menengadahkan kepala ke belakang selama 5 menit setelah instilasi tetesan.

e) Supositoria

1. Rektal. Pengobatan yang diberikan dengan cara supositoria atau enema dapat diberikan melalui rektal baik untuk efek local maupun sistemik. Banyaknya kapiler kecil-kecil di daerah rectum akan mempercepat absorbs. Pembungkus supositoria dibuka, kemudian supositoria mungkin perlu dilumas sebelum dimasukkan. Jika memberikan obat-obat seperti antipiretik dan bronkodilator, klien harus diingatkan untuk menahan obat dan jangan mengeluarkannya. Supositoria cenderung menjadi lunak pada suhu kamar dan dengan demikian perlu dimasukkan ke dalam lemari es. Pemberian obat ini jangan dilakukan di tempat umum. Selalu gunakan sarung tangan sewaktu memasukkan obat.
2. Vaginal. Supositoria vaginal mirip dengan supositoria rektal. Umumnya obat dimasukkan ke dalam vagina dengan aplikator. Sarung tangan harus digunakan saat memberikan obat.

f) Selang Nasogastrik dan Gastrostomi

Cara memberikan obat melalui selang membutuhkan ketelitian. Pertama-tama, periksa penempatan selang apakah sudah berada pada tempatnya. Tuang botol ke dalam tabung suntik tanpa pendorong, lepaskan klem, dan biarkan obat mengalir masuk

sebagaimana mestinya. Bilas selang dengan 50 ml air. Klem tabung dan angkat tabung suntik.

g) Aerosol (Inhalasi). Nebulizer yang dapat dipegang oleh tangan. Alat dengan ukuran dosis yang dapat dipegang oleh tangan merupakan metode yang menyenangkan dalam pemberian obat-obatan ini. Lebih baik klien berada dalam posisi semi atau fowler tinggi. Ajar klien untuk menggunakan alat dengan benar.

h) Parenteral

1. Intradermal

- a. Kerja. Efek dari suntikan intradermal adalah efek local. Jumlah kecil volume yang disuntikkan menyebabkan tidak terjadi pembengkakan atau menyebabkan reaksi sistemik. Dipakai untuk pengamatan reaksi peradangan (alergi) terhadap protein asing. Contohnya: tes tuberculin, tes terhadap obat dan kepekaan alergik lainnya, beberapa macam imunoterapi untuk kanker.
- b. Tempat. Lokasi dipilih sehingga reaksi inflamasi dapat diamati. Daerah yang lebih disukai adalah yang tidak banyak mengandung pigmen, berkeratin tipis, dan tidak berambut seperti permukaan ventral dari lengan bawah, daerah klavikula pada dada, daerah scapula pada punggung, dan permukaan medial paha.

- c. Perlengkapan. Jarum : no. 26-27. Tabung suntik: kalibrasi 1 ml dalam inkremen 0,01 ml. Biasanya disuntikkan 0,01-0,1ml.
 - d. Teknik. Bersihkan daerah suntikan dengan gerakan melingkar, gunakan teknik steril. Regang kulit dengan kencang. Masukkan jarum, tunggikan, pada sudut 15° ; bayang-bayang jarum di bawah kulit harus terlihat. Suntikkan obat perlahan-lahan sampai terbentuk pembengkakan (gelembung). Angkat jarum dengan perlahan-lahan. Jangan gosok daerah suntikan; minta pasien juga jangan lakukan hal itu. Periksa reaksi alergik dalam 24-72 jam; ukur diameter untuk reaksi lokal.
2. Subkutan (SC)
- a. Kerja. Efek dari suntikan subkutan adalah sistemik. Efek bertahan terutama diserap melalui kapiler. Biasanya lebih lambat mula kerjanya daripada rute intramuscular. Dipakai untuk dosis kecil untuk obat-obatan yang tidak mengiritasi, larut dalam air.
 - b. Tempat. Lokasi untuk suntikan subkutan dipilih di mana terdapat bantalan lemak dengan ukuran yang memadai, yaitu pada abdomen, paha atas, punggung bagian atas, lengan atas sisi lateral, paha sisi lateral.

- c. Perlengkapan. Jarum : no. 25-27, panjang $\frac{1}{2}$ - $\frac{5}{8}$ inci.
Tabung suntik: 1-3 ml, biasanya disuntikkan 0,5-1,5 ml.
Tabung suntik insulin yang memakai ukuran dalam unit hanya dipakai untuk insulin.
 - d. Teknik. Bersihkan daerah suntikan dengan gerakan melingkar, gunakan teknik steril. Cubitlah kulit. Masukkan jarum dengan sudut yang sesuai dengan ukuran tubuh 45° - 90° . Lepaskan kulit. Aspirasi, kecuali dengan heparin. Suntikkan obat dengan perlahan-lahan. Angkat jarum dengan cepat; jangan tutup kembali. Dengan lembut gosok daerah suntikkan, kecuali kontraindikasi seperti pada heparin. Pasang plester jika perlu.
3. Intramuskular (IM)
- a. Kerja. Efek dari suntikan intramuskular adalah sistemik. Biasanya efek obat lebih cepat terjadi daripada subkutan. Dipakai untuk obat yang mengiritasi, suspensi dalam air, dan larutan dalam minyak.
 - b. Tempat. Lokasi dipilih pada daerah dengan ukuran otot memadai dan terdapat sedikit saraf dan pembuluh darah yang besar. Lokasi yang lebih disukai adalah

ventrogluteal, dorsogluteal, deltoid, dan vastus lateralis (pada anak-anak).

- c. Perlengkapan. Jarum : no. 18-21, panjang 1-1,5 inci. Jarum : 1-3 ml. Biasanya disuntikkan 0,5-1,5ml.
- d. Teknik. Bersihkan daerah suntikan dengan gerakan melingkar, gunakan teknik steril. Cubitlah kulit. Masukkan jarum dengan sudut yang sesuai dengan ukuran tubuh 90°. Lepaskan kulit. Aspirasi, kecuali dengan heparin. Suntikkan obat dengan perlahan-lahan. Angkat jarum dengan cepat; jangan tutup kembali. Dengan lembut gosok daerah suntikkan, kecuali kontraindikasi seperti pada heparin. Pasang plester jika perlu.

4. Teknik Suntikan Z-Track

Teknik ini mencegah bocornya obat kembali ke dalam jaringan subkutan. Cara ini sering dianjurkan pemakaiannya untuk obat-obat yang menyebabkan perubahan warna kulit yang nampak dan menetap (mis. Dekstran besi). Lebih disukai tempat gluteal. Setelah mengambil obat sesuai dengan perintah dan teknik aseptik, sedot obat ke dalam suntikan. Ganti jarum pertama dengan jarum kedua dengan ukuran dan panjang tepat yang dapat menembus jaringan otot dan masukkan obat ke tempat yang

telah dipilih. Penggantian jarum yang pertama mencegah obat yang menempel pada tangkai jarum masuk ke dalam jaringan subkutan. Jika penggantian tidak memungkinkan, perlahan-lahan usap jarum dengan kassa steril; tentu saja ini menimbulkan kesempatan terjadinya kontaminasi dan juga “tertusuk sendiri”.

5. Intravena (IV)

- a. Kerja. Suntikan ini memiliki efek sistemik. Onsetnya lebih cepat daripada IM atau SC.
- b. Tempat. Vena perifer yang mudah dicapai (contoh, vena sefalika atau kubiti dari lengan; vena dorsalis dari tangan) lebih disukai. Jika memungkinkan minta klien untuk menyatakan mana yang lebih ia sukai. Pada bayi baru lahir, vena-vena pada kaki, tungkai bawah, dan kepala mungkin dapat dipakai setelah tempat-tempat tersebut di atas terpakai.
- c. Perlengkapan. Jarum : no. 20-21 : 1-1,5 inci. No. 24 : 1 inci untuk bayi. No. 22 : 1 inci untuk anak-anak. Lubang yang lebih besar untuk obat yang kental, darah penuh (*whole blood*) atau fraksi darah, volume besar atau infus cepat.

d. Teknik.

Pasang torniket. Bersihkan daerah suntikan dengan teknik aseptik. Masukkan butterfly atau kateter, tekuk ke dalam vena sampai darah masuk. Lepaskan torniket. Stabilkan jarum dan beri kasa pada tempat tersebut. Pantau kecepatan aliran, denyut nadi di bagian distal, warna dan suhu kulit, dan tempat insersi. Lihat peraturan yang dipakai dalam hal penambahan obat ke dalam botol atau kantong, teknik *piggyback*, dorongan IV, dan sebagainya

6) Benar dokumentasi

Dokumentasi yang benar membutuhkan tindakan segera dari seorang perawat untuk mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan. Ini meliputi, nama obat, dosis, rute (tempat suntikan bila perlu), waktu dan tanggal, dan inisial atau tanda tangan perawat. Respons klien terhadap pengobatan perlu dicatat untuk beberapa macam obat, seperti narkotik, *analgesic* nonnarkotik, *sedative*, *antiemetic*, atau reaksi yang tidak diharapkan terhadap pengobatan, seperti iritasi gastrointestinal atau tanda-tanda kepekaan kulit. Penundaan dalam mencatat dapat mengakibatkan lupa untuk mencatat pengobatan atau perawat lain memberikan obat itu kembali karena ia berpikir obat

belum diberikan. Format grafik dapat membantu pencatatan pemberian obat yang tepat dan pada waktunya.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Medication Error*

Terdapat 12 penyebab kesalahan pemberian obat menurut Pham⁸, Scot¹¹, Leape²¹ antara lain:

- 1) Kurangnya diseminasi pengetahuan dokter terhadap segala penyakit dan kurang akrab dengan semua obat-obatan yang ada di rumah sakit
- 2) Tidak cukupnya informasi mengenai pasien seperti halnya data uji laboratorium
- 3) Kesalahan dosis yang kemungkinan disebabkan tidak diikutinya SOP pengobatan, seperti *double check*.
- 4) Lupa
- 5) Kesalahan dalam membaca resep seperti tulisan tidak terbaca, interpretasi perintah dalam resep dan singkatan dalam resep
- 6) Salah mengerti perintah lisan
- 7) Pelabelan dan kemasan nomenklatur yang membingungkan
- 8) Blok dari penyimpanan obat yang tidak baik
- 9) Masalah dengan standard dan distribusi
- 10) Asessmen alat penyampai obat yang tidak baik saat membeli dan penggunaan misalnya pada alat infus obat anti kanker
- 11) Gangguan ketegangan dan lingkungan kerja
- 12) Ketidaktahuan pasien

- 13) Beban kerja petugas kesehatan yang meningkat atau tinggi
- 14) Komunikasi yang buruk antar tenaga kesehatan maupun dengan pasien
- 15) Kepadatan pasien yang tinggi di suatu ruangan
- 16) Jumlah tenaga kesehatan senior kurang dan jumlah tenaga kesehatan yang tidak seimbang dengan jumlah pasien dan juga kondisi kegawatan pasien
- 17) Situasi darurat

e. Dampak *Medication Error*

Kesalahan pengobatan dapat menimbulkan dampak merugikan baik bagi pasien maupun pada rumah sakit. Dampak yang akan merugikan pasien tersebut berupa kecacatan pasien, peningkatan biaya pengobatan, penambahan lama waktu perawatan dan yang paling serius menyebabkan kematian pada pasien. *Institute Of Medicine* melaporkan bahwa sekitar 3,7% pasien dari pendaftaran tercemar oleh kasus efek samping kesalahan pemberian obat yang menyebabkan pasien cacat dan seperempatnya karena kasus kelalaian.⁸ Hasil penelitian Pham⁸ terkait dampak ekonomi dari kesalahan pemberian obat adalah secara nasional, *medication errors* berkontribusi pada penambahan biaya perawatan kesehatan sejumlah \$2 miliar dolar per tahun. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riga²⁶ di Yunani kesalahan pemberian obat menyebabkan penambahan biaya €12,000 per kejadian. Laporan dari IOM menemukan bahwa

44.000 dari 98.000 pasien meninggal di rumah sakit sekunder Amerika Serikat (AS) karena adanya kesalahan pemberian obat.⁸ Penelitian oleh Holmstrom mengungkapkan di Amerika Serikat saja 7000 pasien meninggal setiap tahunnya karena *medication error*. Selain dampak pada pasien, rumah sakit juga mengalami kerugian yaitu secara finansial, reputasi, dan *image*.⁵ Di Yunani, rumah sakit harus menanggung biaya tambahan € 312,000 per tahunnya karena kesalahan pemberian obat.²⁶ Di seluruh dunia, kesalahan pemberian obat menyebabkan kerugian puluhan miliar dolar pada sisten kesehatan setiap tahunnya.²⁷

f. Perawat

1) Tugas perawat IGD

a) Perawat Pelaksana IGD

1. Menyiapkan fasilitas dan lingkungan IGD untuk kelancaran pelayanan dan memudahkan pasien dalam menerima pelayanan.
2. Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. Memelihara kebersihan, kerapian, ketertiban, dan keamanan kamar bedah dan lingkungannya.
3. Memelihara peralatan perawatan atau medis agar selalu dalam keadaan siap pakai

4. Melaksanakan program orientasi kepada pasien tentang IGD dan lingkungan, peraturan atau tata tertib yang berlaku, fasilitas yang ada dan cara penggunaannya.
5. Menciptakan hubungan dan kerjasama yang baik dengan keluarganya maupun sesama petugas.
6. Mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan pasien sesuai dengan batas kemampuannya, dengan cara :
7. Mengamati keadaan pasien (tanda vital, kesadaran, keadaan mental, dan keluhan utama)
8. Melaksanakan anamnesa
9. Menyusun rencana keperawatan sesuai batas kemampuannya
10. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya, antara lain :
11. Melaksanakan tindakan pengobatan sesuai program pengobatan
12. Memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya mengenai penyakitnya
13. Melaksanakan latihan mobilisasi agar pasien dapat segera mandiri
14. Membantu merujuk pasien kepada petugas kesehatan lain yang lebih mampu untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang tidak dapat ditanggulangnya.
15. Melakukan pertolongan pertama kepada pasien dalam keadaan darurat secara tepat dan benar sesuai kebutuhan, serta petunjuk

yang berlaku. Selanjutnya segera melaporkan tindakan yang telah dilakukan kepada dokter IGD/dokter penanggung jawab IGD.

16. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan sesuai batas kemampuannya.
17. Memantau dan menilai kondisi pasien. Selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil pemantauan tersebut, sesuai batas kemampuannya.
18. Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang baik dengan anggota tim kesehatan (dokter, ahli gizi, analis, pekarya kesehatan, pekarya rumah tangga, dll)
19. Berperan serta membahas kasus dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan di IGD.
20. Melaksanakan tugas sore, malam, dan hari libur secara bergilir sesuai jadwal dinas.
21. Menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik antar pasien dan keluarganya sehingga tercipta ketenangan
22. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh dokter penanggung jawab IGD atau kepala ruangan.
23. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dibidang keperawatan antara lain, melalui pertemuan ilmiah dan penataran.

24. Melaksanakan system pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar, sehingga tercipta sistem informasi rumah sakit yang dapat dipercaya (akurat).
25. Melaksanakan serah terima tugas kepada petugas pengganti secara lisan maupun tertulis pada saat pergantian dinas.
26. Menyiapkan pasien yang akan pulang, meliputi:
 - a. Menyiapkan formulir untuk penyelesaian administrasi, seperti:
 - 1) surat izin pulang
 - 2) surat keterangan istirahat sakit
 - 3) petunjuk diet
 - 4) resep obat untuk di rumah, jika diperlukan
 - 5) surat rujukan atau pemeriksaan ulang
 - 6) surat keterangan lunas pembayaran, dll
 - b. Memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan keadaan dan kebutuhan pasien, mengenai :
 - 1) diet
 - 2) pengobatan yang perlu dilanjutkan dan cara penggunaannya
 - 3) pentingnya pemeriksaan ulang di rumah sakit, puskesmas atau institusi pelayanan kesehatan lainnya.

- 4) Cara hidup sehat seperti pengaturan istirahat, makanan yang bergizi atau bahan pengganti sesuai dengan keadaan social ekonomi.
- c. Melatih pasien menggunakan alat bantu yang dibutuhkan, seperti :
 - 1) *Rollstoel*
 - 2) Tokat penyangga

2) Faktor-faktor yang membuat perawat membuat kesalahan pemberian obat

Perawat mempunyai peran dalam pemberian medikasi, berikut adalah perawat membuat kesalahan pemberian obat²¹ :

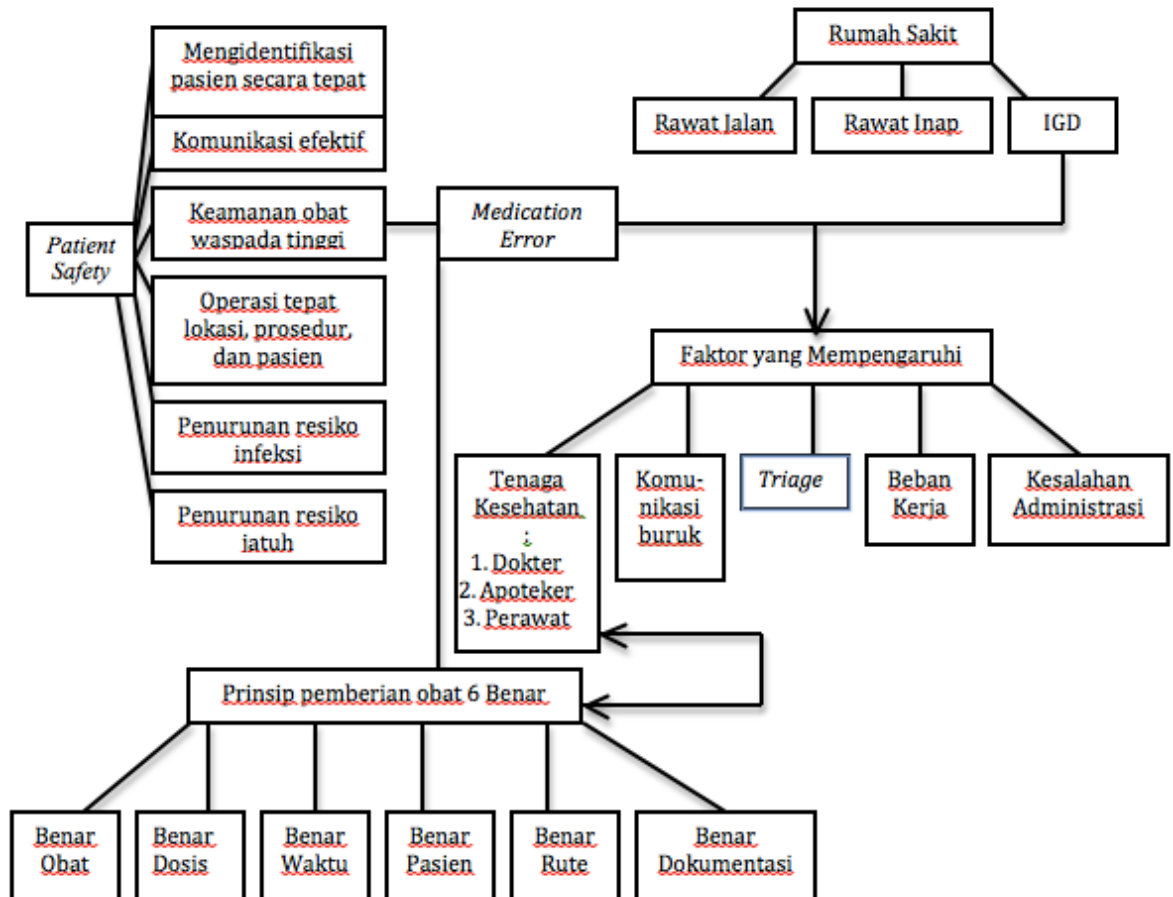
- a) Komunikasi di tempat kerja²⁸, seperti :
 - Transmisi informasi dan komunikasi yang buruk, seperti kurang perlunya untuk mengkonfirmasi segala sesuatu yang berhubungan dengan administrasi obat
 - Permintaan obat dari pemimpin perawat yang lazimnya disetujui oleh perawat tanpa meminta penjelasan mengapa obat diberikan kepada pasien.
 - Perlunya komunikasi interpersonal yang harus dipahami atau diamati baik antar profesi keperawatan dan antar tenaga kesehatan lainnya.
- b) Lingkungan pekerjaan perawat yang kurang mendukung seperti distraksi, interupsi, kelelahan, kurangnya pendokumentasian

serta kurang mendukungnya peralatan yang menunjang untuk pemberian obat.

- c) Tingkat jabatan perawat
- d) Tingkat pendidikan perawat
- e) Pengetahuan terkait obat-obatan seperti dosis seharusnya, interaksi obat, efek samping, munculnya obat-obat baru, kurangnya keakraban dengan obat yang tidak lazim digunakan, dan obat yang sering digunakan akan tetapi menimbulkan reaksi alergi, antara lain: antibiotic, opiate, dan *NSAID (Non Steroid Anti Inflammation Drugs)*.
- f) Pengkajian yang kurang lengkap seperti riwayat alergi klien
- g) Kondisi laten terjadi akibat proses organisasi, keputusan/kebijakan manajemen, dan elemen yang ada dalam system. Contohnya adalah keterbatasan tenaga perawat, beban kerja, terjadinya *turnover*, atau kurangnya kebijakan dan SOP.
- h) Pengetahuan perawat dan keterampilan perawat dalam menghitung dosis, pencampuran obat, memasukkan obat ke pasien, dan kewaspadaan pada obat dosis tinggi.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka yang peneliti dapatkan maka dapat disusun kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Pemberian obat :

- Prinsip 6 benar : benar obat, benar dosis, benar waktu, benar pasien, benar rute, benar dokumentasi

B. Jenis dan Rencana Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang menerapkan prinsip objektivitas yang diperoleh antara lain melalui penggunaan instrumen yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.²⁹

2. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *deskriptive cross-sectional study*²⁹ Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif.³⁰ Pendekatan *cross-sectional* adalah pendekatan dimana peneliti melakukan pengukuran variabel pada saat-saat tertentu. Metode deskriptif ini juga digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Studi *cross-sectional* ini tidak terdapat tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan. Ditujukan untuk mencari prevalensi suatu penyakit atau kejadian.³⁰ Rancangan penelitian ini

bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di IGD RSUD Kota Semarang.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek penelitian yang akan diteliti dan telah memenuhi karakteristik yang telah ditentukan.³⁰ Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah setiap kejadian pemberian obat oleh tenaga kesehatan yaitu perawat dan mahasiswa perawat dengan kriteria pasien yang melewati tahap *triage* dengan label merah, kuning, dan hijau. Populasi dalam penelitian dihitung dari asumsi bahwa setiap pasien yang datang ke IGD dengan label merah, kuning, hijau mendapatkan obat minimal 1 kali pemberian obat sehingga populasi dianalogkan dengan jumlah pasien yang datang ke IGD. Jumlah pasien dalam sebulan di IGD RSUD K.R.M.T Wongsonegoro sekitar 2897 pasien, sehingga dianalogikan menjadi 2897 kejadian pemberian obat.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (jumlah lebih sedikit daripada populasi).³¹ Sampel dengan kata lain merupakan populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan yang mewakilinya³³. Penelitian ini menggunakan teknik *quota sampling*. *Quota sampling* merupakan teknik untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-

ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan.³³ Jumlah kejadian pemberian obat menggunakan perbandingan quota 2:1 dimana 2/3 dari total sampel adalah kejadian pemberian obat oleh perawat, sementara 1/3 dari total sampel adalah kejadian pemberian obat oleh mahasiswa perawat. Hal ini diambil agar gambaran pemberian obat yang menjadi wewenang perawat IGD dapat terwakilkan. Banyaknya sampel diambil dari perhitungan jumlah populasi setiap bulannya. Jumlah populasi pasien IGD baik label merah, kuning, hijau, anak-anak, dewasa, dan pasien partus sejumlah 2897 pasien dan taraf kesalahan 5% (0,05). Besar populasi sudah diketahui dengan jelas, maka untuk menghitung besar sampel diformulasikan dengan rumus Slovin.³²

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N= Besar populasi

d= taraf kesalahan (0,05)

Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{2897}{1 + 2897 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{2897}{1 + 7,24125} = 351,52 \sim 352 \text{ kejadian pemberian obat}$$

Dari 352 kejadian pemberian obat, peneliti mengambil sampel penelitian antara pemberian obat oleh perawat : mahasiswa perawat, yaitu 2:1. Sehingga didapatkan besar sampel pemberian obat oleh perawat sebanyak 235 kejadian dan oleh mahasiswa perawat sebanyak 117 kejadian.

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di IGD RSUD Kota Semarang.

Jl. Fatmawati no. 1, Semarang.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada 4-25 Mei 2017 dengan waktu pukul 09.00-18.00

E. Variabel Penelitian, Definisi Operasi, dan Skala pengukuran

1. Variabel

Variabel adalah sebuah karakteristik yang menjadikan nilai berbeda yang dimiliki oleh suatu kelompok yang menjadikan berbeda dengan kelompok yang lain.³⁵ Dalam sebuah riset penelitian, variabel bersifat kongkrit dan secara langsung dapat diukur.³⁵ Variabel penelitian ini hanya ada satu yaitu pemberian obat di IGD.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional diperlukan untuk meningkatkan akurasi, komunikasi dan replikasi dalam penelitian. Dalam penelitian, variabel

dapat diartikan secara berbeda-beda sehingga diperlukan definisi secara operasional.³⁵

Tabel 1 Definisi Operasional, Variabel, dan Skala Pengukuran

No.	Variabel Penelitian		Definisi operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Skala Pengukuran
	Variabel	Sub variabel				
1.	Karakteristik pemberi obat	Pekerjaan pemberi obat	Pemberi obat merupakan seseorang yang memberikan obat kepada pasien baik itu perawat atau mahasiswa perawat	Lembar observasi	1. Perawat 2. Mahasiswa perawat	Nominal
		Jenis kelamin	Perbedaan antara perempuan dan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir	Lembar observasi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Karakteristik pasien	Tingkat kegawatan pasien	Level kegawatan yang terdiri dari 3 label	Lembar observasi	1. Label merah 2. Label Kuning 3. Label Hijau	Nominal
		Usia	Rentang kehidupan yang diukur dengan tahun yang dihitung sejak dilahirkan	Lembar observasi	Usia berdasarkan teori Koziar ³⁶ , yaitu : 1. Bayi : 0-1 th 2. Anak : 1-12 th 3. Remaja : 13-19 4. Dewasa awal : 20-40 tahun 5. Paruh baya : 41-65 tahun 6. Lansia : >65	Ordinal
3.	Pemberian Obat	Prinsip Pemberian Obat 6 benar	Suatu proses memasukkan obat sebagai salah satu tindakan perawatan dimana tenaga kesehatan bertanggung jawab dalam keamanan pemberiannya	Lembar Observasi yang terdiri dari 27 pernyataan	Hasil pernyataan yang sudah diisi dikategorikan berdasarkan uji normalitas : 1. Baik \geq median (perawat : 44, mahasiswa : 34) 2. Buruk $<$ median (perawat : 44, mahasiswa : 34)	Ordinal

F. Alat Penelitian dan Proses Pengukuran Data Penelitian

1. Alat Ukur Penelitian

a. Lembar Observasi

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Lembar observasi dirancang dengan pengembangan dari beberapa lembar observasi penelitian sebelumnya dan teori meliputi, karakteristik pemberi obat, karakter pasien, dan tingkat pemberian obat.

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Uji validitas

Validitas merupakan sebuah kecermatan dan ketepatan pengukuran. Instrumen dikatakan valid saat pertanyaan yang termuat dapat mengungkapkan yang akan diukur.³² Suatu instrumen dikatakan valid apabila pertanyaan pada suatu instrumen atau kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut.

1) *Content validity* (validitas isi) adalah validitas yang diperhitungkan melalui pengujian terhadap isi alat ukur dengan analisis rasional. Pertanyaan yang dicari jawabannya dalam validitas ini adalah “sejauh mana item-item dalam suatu alat ukur mencakup keseluruhan kawasan isi objek yang hendak diukur oleh alat ukur yang bersangkutan”. Validitas isi suatu

instrumen berkaitan dengan kesesuaian antara karakteristik dari variabel yang dirumuskan pada definisi operasionalnya.³⁷

Uji validitas lembar observasi dilakukan oleh *expert*, yaitu dosen PSIK Undip Ns. Madya Sulisno, S.Kep., M. Kep., yang ahli dalam bidang *patient safety* dan Ns. Dody Setiawan, S. Kep., M.kep yang ahli pada bidang gawat darurat dan ahli klinis Ns. Elyana S. Sulistyowati S. Kp, MARS yang ahli dalam bidang akreditasi rumah sakit di RSUP Dr. Kariadi untuk mengetahui apakah sudah layak untuk diuji validitas.

Uji *expert judgement* dilakukan dengan cara ahli memberikan penilaian terhadap setiap isi dari pernyataan yang terdapat di dalam lembar observasi. Uji validitas isi dilakukan dengan cara memberikan nilai kepada setiap pernyataan dimana rentang nilai adalah 1-4. Nilai 1 menunjukkan bahwa isi lembar observasi tidak relevan dan tidak dapat digunakan dalam penelitian. Nilai 2 menunjukkan bahwa isi lembar observasi kurang relevan, tetapi masih dapat digunakan dalam penelitian. Nilai 3 menunjukkan isi lembar observasi relevan tetapi memerlukan revisi dan nilai 4 menunjukkan bahwa isi lembar observasi sangat relevan.

Setelah *expert* melakukan uji validitas isi maka peneliti melakukan penghitungan uji validitas isi. Hasil uji validitas dihitung dengan menggunakan rumus :

- *Content Validity Ratio (CVR)*

$$\text{CVR} = \frac{(n_a) - \left(\frac{N}{2}\right)}{\left(\frac{N}{2}\right)}$$

Keterangan:

n_a = jumlah *expert* yang menyatakan item tersebut relevan
(nilai 3 atau 4)

N = jumlah *expert* yang melakukan validitas

- *Content Validity Index (CVI)*

$$\text{CVI} = \frac{\text{CVR}}{\text{Jumlah pernyataan}}$$

Perhitungan CVI untuk mengetahui rata-rata dari nilai CVR untuk item pernyataan yang relevan.

- Kategori hasil perhitungan CVI

0,68 – 1 = sangat sesuai

0,34 – 0,67 = sesuai

0 – 0,33 = tidak sesuai

Hasil dari uji validitas isi yang dilakukan oleh 3 *expert*, menunjukkan bahwa pernyataan dalam lembar observasi sangat sesuai. Jumlah pernyataan dalam lembar observasi

adalah 29 pernyataan. Hasil dari penghitungan CVI didapatkan hasil 1 dimana item pernyataan sangat sesuai.

- 2) *Construct Validity* adalah menunjukkan sejauh mana alat ukur mengungkap suatu *trait* atau konstruk teoritis yang hendak diukurnya.³⁷ Uji validitas dilakukan dengan mengobservasi 45 kejadian pemberian obat di IGD RSUD Dr. Adhyatma, MPH. Uji validitas dilakukan menggunakan korelasi product moment dari pearson dengan rumus

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(N \sum x^2 - (\sum x)^2)(N \sum y^2 - (\sum y)^2)}}$$

Dimana :

x : Pertanyaan nomer

y : Total nilai

xy : Skor pertanyaan nomer

r : Koefisien korelasi

n : Jumlah subjek

Hasil penghitungan tiap item dibandingkan dengan tabel nilai *r product moment*. Jika didapatkan r hitung $\geq r$ tabel dengan taraf signifikansi 5% maka pernyataan untuk kuesioner dianggap valid, dan apabila Jika r hitung $< r$ tabel maka pernyataan untuk kuesioner dianggap tidak valid. r tabel untuk jumlah responden sebesar 45 dengan taraf signifikansi 5% adalah 0,312.⁴⁵ Setelah dilakukan uji validitas konstruk

kepada 45 responden di IGD RSUD Dr. Adhyatma, MPH, Semarang didapatkan hasil bahwa r hitung $\geq r$ tabel dimana rentang r hitung adalah 0,320-0,938, sehingga semua item pernyataan pada kuesioner dinyatakan valid.

b. Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan sebuah ukuran sebuah kestabilan dan konsistensi responden atau penilai dalam mengisi pernyataan yang disusun dalam instrumen.³⁰ Uji reliabilitas penelitian menggunakan *interrater agreement* (Cohen Kappa). Metode ini sering digunakan untuk menguji reliabilitas antar penilai. Tata cara melakukan uji reliabilitas adalah 2 observer atau lebih mengamati 1 kejadian secara bersamaan kemudian kejadian tersebut didokumentasikan pada lembar observasi. Lembar observasi tersebut kemudian diuji reliabilitasnya menggunakan rumus Cohen Kappa untuk melihat persamaan persepsi antara 1 observer dengan observer lainnya. Pentingnya kehandalan penilai terletak pada sejauh mana data yang dikumpulkan dalam penelitian adalah representasi yang benar dari variabel yang diukur dengan menetapkan skor yang sama pada variabel sama³⁸ yaitu dengan rumus :

$$\kappa = \frac{\Pr(a) - \Pr(e)}{1 - \Pr(e)}$$

Dimana:

κ : Reliabilitas instrument Cohen Kappa

Pr (a) : Perjanjian yang diamati sebenarnya

Pr (e) : Kesepakatan kesempatan

Instrumen dikatakan reliabel apabila angka representasi *Cohen Kappa* $\leq 0,6$. Nilai *Cohen Kappa* untuk 29 item pernyataan pada lembar observasi ini adalah $> 0,724$ yang artinya lembar observasi tersebut reliabel.

G. Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data`

1. Tahap pengumpulan data
 - a. Proses pengumpulan data diawali terlebih dulu dengan mencari informasi awal dengan studi pendahuluan. Sebelum melakukan studi pendahuluan didahului dengan mengurus surat izin dari institusi pendidikan ke rumah sakit tujuan. Setelah mendapatkan izin dari rumah sakit pengambilan data awal dimulai.
 - b. Peneliti membuat proposal penelitian dengan landasan data awal yang didapat. Proposal tersebut dikonsultasikan dengan pembimbing dalam penyusunannya.
 - c. Pada pembuatan proposal, yang dilakukan oleh peneliti adalah membuat alat ukur dan melakukan uji coba alat ukur. Penelitian ini menggunakan instrumen dengan skala *gutmann* dengan pernyataan yang disusun berdasarkan beberapa buku dan jurnal. Penyusunan

lembar observasi dibantu oleh *professional judgement* yaitu dosen pembimbing sebagai *professional judgement*.

- d. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas di RSUD Dr. Adhyatma, MPH selama 1 minggu.
- e. Peneliti mendapat *Ethical Clearence* dengan no. 58/EC/FK-RSDK/II/2017 pada 14 Februari 2017 yang kemudian diajukan ke pihak rumah sakit sebagai bukti melakukan penelitian.
- f. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dengan membawa surat resmi dari instansi pendidikan.
- g. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian kepada direktur RSUD Kota Semarang dengan membawa surat resmi dari instansi pendidikan.
- h. Selanjutnya peneliti meminta ijin ke ruangan dengan menyebutkan tujuan penelitian.
- i. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi dengan cara mengobservasi keadaan di lapangan dibantu 2 orang asisten penelitian (enumerator) yang telah memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - 1) Mahasiswa perawat yang sudah melewati stase praktik kegawatdaruratan.
 - 2) Mahasiswa perawat yang sedang atau sudah menjalani skripsi.

- j. Peneliti melakukan persamaan persepsi dengan bersama-sama melakukan observasi terhadap pasien sebelum asisten observer melakukan secara mandiri sampai asisten observer mampu melakukan secara mandiri.
 - k. Peneliti mengikuti semua proses pelayanan pasien.
 - l. Peneliti berjaga di *nurse station* untuk memilih pasien sesuai dengan kriteria sampai pasien meninggalkan ruangan.
 - m. Observer berjaga berdasarkan label merah, kuning, dan hijau
 - n. Peneliti tidak ikut berperan dalam pemberian pelayanan sehingga diharapkan hasil yang diperoleh adalah data objektif.
 - o. Peneliti juga melakukan observasi terkait tingkat kegawatan pasien.
 - p. Observer melakukan dokumentasi untuk setiap kejadian pemberian obat pada lembar observasi
 - q. Lembar observasi dikumpulkan kembali kepada peneliti
 - r. Peneliti memeriksa kembali lembar observasi yang telah diisi
 - s. Peneliti melakukan proses pengolahan dan analisis data
2. Pengolahan data
- a. Teknik pengolahan data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer merupakan sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui

perantara). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari observasi di lapangan.

Pengelolaan data melalui beberapa tahapan yang meliputi :

1) *Editing*

Proses *editing* dilakukan saat data sudah dikumpulkan, kemudian peneliti memeriksa kembali hasil kuesioner. Pada proses *editing*, peneliti menjumlah kembali dengan menghitung data lembar observasi dari lembar yang telah diisi untuk mengetahui jumlah yang telah ditentukan sudah terpenuhi atau belum. Peneliti juga melakukan koreksi dengan memperbaiki atau menyelesaikan hal-hal yang salah atau kurang jelas. Jika data tidak memenuhi informasi yang diperlukan maka data tersebut tidak digunakan dan dilakukan observasi kembali pada responden lain.

2) *Coding*

Coding adalah kegiatan pemberian kode pada setiap variabel untuk mempermudah dalam pengumpulan dan pengolahan data. Kode yang digunakan berupa angka yang telah disesuaikan sehingga memudahkan dalam mengolah data. Pada lembar observasi terdapat pilihan ya dan tidak. Pada jawaban “Ya” diberi kode 2, untuk jawaban “Tidak” diberi kode 1, dan “Tidak Ada” diberi kode 0.

3) Tabulasi

Tabulasi merupakan penyusunan data untuk memudahkan dalam penjumlahan, penyusunan dan penataan data untuk disajikan dan dianalisis. Tabulasi data dilakukan dengan *table* dan digambarkan dengan grafik.

4) *Entry* data

Entry data adalah kegiatan memasukkan data yang telah di-*coding* dan telah ditabulasi ke dalam komputer dengan menggunakan program komputer untuk dilakukan analisis data.

5) Melakukan teknik analisis

Peneliti membuat analisis hasil data demografi dan penerapan prinsip 6 benar dalam pemberian obat dengan melihat tabel-tabel yang memberikan gambaran statistik.

6) *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah di-entri. Penelitian ini menggunakan analisis statistik deskriptif artinya suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk sederhana yaitu tabel.

3. Analisis data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat untuk menganalisis variabel dari hasil penelitian.³⁴ Analisis ini berfungsi untuk meringkas kumpulan data

hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna.³⁹ Analisis univariat yang digunakan adalah distribusi frekuensi dengan ukuran presentase dan proporsi dalam bentuk tabel.⁴⁰ Analisis univariat dalam penelitian ini untuk mendeskripsikan variabel penerapan prinsip enam benar dalam bentuk data sederhana. Hasil analisis berupa distribusi frekuensi akan ditampilkan dalam bentuk tabel untuk memudahkan dalam membaca. Sedangkan untuk data karakteristik responden dan tingkat kegawatan pasien (data nominal) akan disajikan dalam bentuk tabel. Data penelitian telah dilakukan uji normalitas menggunakan Smirnov Komologrof dengan hasil *p-value* sebesar 0,000 sehingga data dikatakan tidak normal (*p-value* >0,05), maka menggunakan median untuk menentukan hasil ukur.

H. Etika Penelitian

Etika penelitian meliputi :

1. Otonomi

Otonomi adalah persetujuan atau hak responden penelitian. Peneliti menemui responden dengan memberikan *informed consent* atau lembar persetujuan dan responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan yang sudah diberikan.

2. *Anonymity* (kerahasiaan identitas)

Peneliti memberi jaminan kerahasiaan dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar observasi, namun hanya mencantumkan nama inisial dalam kuesioner.

3. *Nonmaleficence*

Penelitian tidak mengandung unsur merugikan atau bahaya bagi responden. Penelitian ini hanya menggunakan lembar observasi sehingga tidak mengancam kesehatan maupun jiwa responden. Pelayanan sepenuhnya disesuaikan dengan SOP dari rumah sakit dan tidak ada campur tangan dari peneliti.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan informasi)

Kerahasiaan informasi yang telah terkumpul akan dijamin oleh peneliti. Informasi yang telah didapat dari responden akan disimpan oleh peneliti dalam bentuk database dan hanya peneliti yang mengetahuinya.

5. *Veracity*

Veracity adalah aspek kejujuran, tidak ada hal-hal yang ditutup-tutupi antara peneliti dan responden penelitian. Penelitian ini hanya melakukan observasi sehingga penilaian pelayanan disesuaikan dengan keadaan nyata tidak dimanipulasi. Peneliti memberikan *informed consent* juga menjelaskan mengenai proses pengambilan data sehingga responden mengetahui apa yang akan dilakukan.

6. *Justice*

Peneliti memperlakukan seluruh responden dengan adil tanpa membeda-bedakan responden yang satu dan yang lainnya. Tidak ada unsur memihak dan data disesuaikan dengan kenyataan tanpa membeda-bedakan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian mengenai gambaran pemberian obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang, yang telah dilakukan pada bulan Mei 2017. Hasil penelitian berdasarkan data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

A. Karakteristik Demografi Responden

Data karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Pemberian Obat di IGD
RSUD Kota Semarang pada bulan Mei 2017 (n=352)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pemberi Obat		
Perawat		
- Laki-laki	152	64,7
- Perempuan	83	45,3
Mahasiswa Keperawatan		
- Laki-laki	25	21,3
- Perempuan	92	78,7
Penerima Obat		
Kegawatan		
- Merah	66	18,8
- Kuning	115	32,7
- Hijau	171	48,6
Usia		
- 0-1 tahun.	15	4,3
- >1-12 tahun	57	16,2
- 13-19 tahun	19	6,2
- 20-40 tahun	61	16,5
- 41-65 tahun	153	43,6

Tabel 2 menggambarkan karakteristik pemberi obat berdasarkan pekerjaan dan jenis kelamin, serta penerima obat berdasarkan kegawatan dan usia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang memberikan obat sebanyak 235 responden (66,8%) dan mahasiswa yang memberikan obat sebanyak 117

responden (33,2%). Perawat laki-laki lebih banyak memberikan obat sebanyak 152 responden (64,7%), sementara mayoritas mahasiswa yang memberikan obat adalah perempuan sebanyak 92 responden (78,7%). Mayoritas pasien adalah pasien dengan label hijau sebanyak 171 responden (48,6%) dan kelompok usia 41-65 tahun sebanyak 153 responden (43,6%).

B. Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=352)

Kategori	Penerapan 6 Benar		Total n (%)
	Baik n (%)	Kurang Baik n (%)	
Perawat	178 (75,8)	57 (24,2)	235 (100)
Mahasiswa Keperawatan	84 (71,8)	33 (28,2)	117 (100)
Jumlah	262 (74,4)	90 (25,6)	352 (100)

Tabel 3 menunjukkan sebanyak 178 (75,8%) perawat melakukan penerapan prinsip 6 benar dengan baik dan sebagian besar mahasiswa, yaitu 84 mahasiswa (71,8%) melakukan penerapan prinsip 6 benar dengan baik.

C. Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat dengan Karakteristik Responden

Tabel 4
Penerapan Prinsip Enam Benar berdasarkan Karakteristik Responden Pemberi Obat, Mei 2017 (n=352)

Karakteristik Responden	Penerapan 6 Benar		Total n (%)
	Baik n (%)	Kurang Baik n (%)	
Jenis Kelamin Perawat			
- Laki-laki	120 (79)	32 (29)	152 (100)
- Perempuan	58 (70)	25 (30)	83 (100)
Jumlah	178 (75,8)	57 (24,2)	235(100)
Jenis Kelamin Mahasiswa			
- Laki-laki	18(72)	7(28)	25(100)
- Perempuan	66(71,7)	26(28,3)	92(100)
Jumlah	84(71,8)	33(28,2)	117(100)

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa mayoritas perawat baik dalam pemberian obat (178 responden, 75,7%). Hal yang sama juga terjadi pada mahasiswa,

dimana sebagian besar mahasiswa baik dalam penerapan prinsip enam benar sebanyak (84 responden, 71,8%). Berdasarkan jenis kelamin, perawat laki-laki lebih banyak memberikan obat dengan baik sebanyak 120 responden (54%), sementara mahasiswa yang memberikan obat dengan baik mayoritas berjenis kelamin perempuan (66 responden, 71,7%).

Tabel 5
Penerapan Prinsip Enam Benar berdasarkan Karakteristik Responden Penerima Obat, Mei 2017 (n=352)

Karakteristik Responden	Perawat			Mahasiswa Keperawatan		
	Baik n (%)	Kurang Baik n (%)	Total n (%)	Baik n (%)	Kurang Baik n (%)	Total n (%)
Kegawatan Pasien						
- Merah	22 (47,9)	24 (52,1)	46 (100)	10(50)	10(50)	20(100)
- Kuning	59 (81,9)	13 (18,1)	72 (100)	30(69,8)	13(30,2)	43(100)
- Hijau	95 (74,4)	20 (25,6)	117 (100)	44(81,5)	10(28,5)	54(100)
Jumlah	178 (56,2)	57 (100)	235 (100)	84(71,8)	33(28,2)	117(100)
Usia Pasien						
- 0-1 tahun	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (36,7)	2(100)	0(0)	2(100)
- >1-12 tahun	38 (84,4)	6 (15,6)	45 (12,1)	10(83,3)	2(16,7)	12(100)
- 13-19 tahun	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (63,2)	2(28,6)	5(71,4)	7(100)
- 20-40 tahun	23 (59)	16 (41)	39 (52,5)	10(53,5)	13(56,5)	23(100)
- 41-65 tahun	88 (52,9)	16 (100)	104 (47,1)	39(79,6)	10(20,4)	49(100)
- >65 tahun	14 (60,9)	9 (39,1)	23(61,7)	21(87,5)	3(22,5)	24(100)
Jumlah	178 (50,6)	57 (100)	235 (49,4)	84(71,8)	33(28,2)	117(100)

Tabel 5 menggambarkan pemberian obat pada pasien yang dilakukan oleh perawat dengan kegawatan merah mendapatkan pemberian obat dengan kurang baik (24 responden, 52,1%), sementara sebagian besar pasien dengan kegawatan hijau mendapatkan pemberian obat dengan baik sebanyak 95 responden (74,4%). Sebagian mahasiswa memberikan obat kurang baik kepada pasien dengan kegawatan merah sebanyak 10 responden (50%), sementara 44 mahasiswa (81,5%) memberikan obat dengan baik kepada pasien dengan kegawatan hijau. Berdasarkan umur pasien, mayoritas pasien dengan umur 41-

65 tahun mendapatkan pemberian obat oleh perawat dengan baik sebanyak 88 (52,9%) responden. Di lain pihak, mayoritas pasien dengan umur 13-19 tahun mendapatkan pemberian obat oleh perawat dengan kurang baik sebanyak 8 (66,7%) responden. Mayoritas mahasiswa memberikan obat dengan baik kepada pasien 0-1 tahun sebanyak 2 responden (100%), sementara kelompok umur yang mendapatkan pemberian obat kurang baik oleh mahasiswa pada usia 13-19 tahun sebanyak 5 responden (71,4%).

D. Sebaran Jawaban Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat oleh Perawat

Tabel 6
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Obat dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Program terapi pengobatan	234(99,6)	1(0,4)	235(100)
Informasi manfaat obat	157(66,8)	78(33,2)	235(100)
Informasi efek samping obat	8(3,4)	227(96,6)	235(100)
Prosedur pemberian obat	205(87,2)	30(12,8)	235(100)
Ada tidaknya alergi obat	59(25,1)	176(74,9)	235(100)
Keluhan sebelum memberikan obat	142(60,4)	93(39,6)	235(100)
Keluhan setelah memberikan obat	21(8,9)	214(91,1)	235(100)
Mengecek label obat 3 kali	139(59,1)	96(40,9)	235(100)
Menyiapkan obat dan diberikan sendiri	225(95,7)	10(4,3)	235(100)
Skin test pada antibiotic I	13(100)	0(0)	13(100)

Tabel 6 menunjukkan penerapan pada prinsip benar obat sebagian besar perawat melakukan pengecekan program terapi pengobatan (234 responden, 99,6%), menjelaskan prosedur pemberian obat (205 perawat, 87,2%), dan menyiapkan obat sendiri (225 responden, 95,7%). Di lain pihak, perawat masih belum memberikan informasi kepada pasien tentang efek samping obat (227 responden, 96,6%) dan tidak menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat (214

responden, 91,1%). Seluruh responden, yaitu 13 perawat (100%) melakukan skin tes pada pemberian antibiotik pertama kali

Tabel 7
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Dosis dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
<i>Double check</i> dengan perawat lain	18(7,7)	217(92,3)	235(100)
Mengoplos sesuai label obat	221(94,0)	14(6,0)	235(100)

Tabel 7 menunjukkan penerapan pada prinsip benar dosis sebagian besar perawat melakukan pengoplosan obat sesuai label obat sebanyak 221 perawat (94,0%), sementara sebagian besar perawat tidak melakukan pengecekan ulang (*double check*) saat hendak memberikan obat, yaitu 217 perawat (88,6%).

Tabel 8
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Waktu dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah <i>advice</i> dokter/setelah jadwal pemberian obat	220(93,6)	15(6,4)	235(100)

Tabel 8 menunjukkan penerapan pada prinsip benar waktu mayoritas perawat memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah *advice* dokter, yaitu 220 perawat (93,6%).

Tabel 9
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Rute dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Cara pemberian pada label obat	231(98,3)	4(1,7)	235(100)
Mengatur posisi sesuai rute	207(88,1)	28(11,9)	235(100)
Memberikan sesuai rute	235(100)	0(0)	235(100)
PO: memastikan meminum obatnya	55(99,3)	1(0,7)	56(100)
IM : tidak >5cc di satu suntikan	6(100)	0(0)	5(100)

Tabel 9 menunjukkan penerapan pada prinsip benar rute sebagian besar perawat melakukan pemberian obat sesuai rute yang tertera di label obat sejumlah 231

perawat (98,3%), 207 perawat (88,1%) mengatur posisi pasien sesuai rute, dan 235 perawat (100%) memberikan obat sesuai rute. Perawat yang memastikan pasien untuk meminum obatnya sebanyak 55 perawat (99,3) dari 56 perawat. Seluruh perawat, yaitu 6 (100%) responden memasukkan obat Intra Muskular tidak lebih dari 5cc pada satu suntikan.

Tabel 10
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Pasien dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Mencocokkan identitas minimal 2	7(3)	228(97,0)	235(100)
Mencocokkan identitas pada gelang	30(12,8)	205(87,2)	235(100)

Tabel 10 menunjukkan penerapan pada prinsip benar pasien, mayoritas perawat tidak melakukan pencocokkan identitas pasien minimal 2 identitas, yaitu 228 perawat, 97,0%. Sebagian besar perawat tidak mencocokkan identitas pada gelang pasien sebanyak 205 perawat (87,2%).

Tabel 11
Sebaran Jawaban Perawat dalam Penerapan Prinsip Benar Dokumentasi dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=235)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Mencatat nama pasien	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat obat pasien	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat dosis	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat cara/rute pemberian	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat waktu pemberian obat	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat nama dan paraf perawat	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat keluhan pasien	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat penolakan pasien	235(100)	0(0)	235(100)
Mencatat volume obat	0(0)	18(100)	18(100)

Tabel 11 menggambarkan penerapan pada prinsip benar dokumentasi seluruh perawat melakukan pencatatan nama pasien, obat pasien, dosis, cara pemberian, waktu pemberian, nama dan paraf perawat, keluhan pasien, dan penolakan

pasien (235 perawat, 100%). Di lain pihak, 18 perawat (100%) tidak melakukan pencatatan volume obat yang diberikan pada pasien.

E. Sebaran Jawaban Penerapan Prinsip 6 Benar dalam Pemberian Obat oleh mahasiswa

Tabel 12
Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Obat dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Program terapi pengobatan	0(0)	117(100)	117(100)
Informasi manfaat obat	71(67,7)	46(39,3)	117(100)
Informasi efek samping obat	5(4,3)	112(95,7)	117(100)
Prosedur pemberian obat	117(100)	0(0)	117(100)
Ada tidaknya alergi obat	17(14,5)	100(85,5)	117(100)
Keluhan sebelum memberikan obat	47(40,2)	70(59,8)	117(100)
Keluhan setelah memberikan obat	5(4,3)	112(95,7)	117(100)
Mengecek label obat 3 kali	68(58,1)	49(41,9)	117(100)
Menyiapkan obat dan diberikan sendiri	92(78,6)	25(21,4)	117(100)
Skin test pada antibiotic I	13(100)	0(0)	13(100)

Tabel 12 menunjukkan sebagian besar mahasiswa menjelaskan prosedur pemberian obat sebanyak 117 (100%) responden dan sebagian besar mahasiswa menyiapkan obat dan diberikan sendiri 92 (78,6%) responden, sementara seluruh mahasiswa tidak mengecek program terapi pengobatan yaitu 117 mahasiswa (100%). Mayoritas mahasiswa tidak memberikan informasi efek samping dan tidak menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat, jumlah keduanya sebanyak 112 mahasiswa (95,7%). Seluruh responden, yaitu 13 mahasiswa keperawatan (100%) melakukan skin tes pada pemberian antibiotik pertama kali.

Tabel 13
Sebaran Jawaban Responden dalam Penerapan Prinsip Benar Dosis dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
<i>Double check</i> dengan perawat lain	22(18,8)	95(81,2)	117(100)
Mengoplos sesuai label obat	113(96,6)	4(3,4)	117(100)

Tabel 13 menunjukkan penerapan pada prinsip benar dosis sebagian besar mahasiswa melakukan pengoplosan obat sesuai label obat, sebanyak 113 mahasiswa (96,6%), sementara sebagian besar mahasiswa tidak melakukan pengecekan ulang (*double check*) saat hendak memberikan obat, yaitu 95 mahasiswa (81,2%).

Tabel 14
Sebaran Jawaban Responden dalam Penerapan Prinsip Benar Waktu dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah <i>advice</i> dokter/setelah jadwal pemberian obat	109(93,2)	8(6,8)	117(100)

Tabel 14 menunjukkan penerapan pada prinsip benar waktu mayoritas mahasiswa keperawatan memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah *advice* dokter, yaitu 109 mahasiswa (93,2%).

Tabel 15
Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Rute dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Cara pemberian pada label obat	111(94,9)	6(5,1)	117(100)
Mengatur posisi sesuai rute	106(90,6)	11(9,4)	117(100)
Memberikan sesuai rute	117(100)	0(0)	117(100)
PO: memastikan meminum obatnya	15(98,7)	1(1,3)	16(100)
IM : tidak >5cc di satu suntikan	4(100)	0(0)	4(100)

Tabel 15 menunjukkan penerapan pada prinsip benar rute sebagian besar pemberi obat, yaitu mahasiswa melakukan pemberian obat sesuai rute yang tertera di label obat sebanyak 111 mahasiswa (94,9%), 106 mahasiswa (90,6%)

mengatur posisi pasien sesuai rute, dan 117 mahasiswa (100%) memberikan obat sesuai rute. Mahasiswa yang memastikan pasien untuk meminum obatnya sebanyak 15 mahasiswa (98,7%) dari 16 mahasiswa. Seluruh mahasiswa (4 responden, 100%) juga memasukkan obat Intra Muskular tidak lebih dari 5cc pada satu suntikan.

Tabel 16
Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Pasien dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Mencocokkan identitas minimal 2	3(2,6)	114(97,4)	117(100)
Mencocokkan identitas pada gelang	3(2,6)	114(97,4)	117(100)

Tabel 16 menunjukkan penerapan pada prinsip benar pasien, mayoritas mahasiswa tidak melakukan pencocokkan identitas pasien minimal 2 identitas dan tidak mencocokkan identitas pada gelang pasien, yaitu sebanyak 114 mahasiswa (97,4%).

Tabel 17
Sebaran Jawaban Mahasiswa dalam Penerapan Prinsip Benar Dokumentasi dalam Pemberian Obat di IGD RSUD Kota Semarang (n=117)

Aspek yang dinilai	Melakukan n (%)	Tidak Dilakukan n (%)	Total n (%)
Mencatat nama pasien	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat obat pasien	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat dosis	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat cara/rute pemberian	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat waktu pemberian obat	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat nama dan paraf perawat	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat keluhan pasien	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat penolakan pasien	0(0)	117(100)	117(100)
Mencatat volume obat	0(0)	11(100)	11(100)

Tabel 17 menggambarkan seluruh mahasiswa (117 responden, 100%) tidak melakukan pencatatan atau pendokumentasian dan juga 11 mahasiswa (100%) tidak melakukan pencatatan volume obat yang diberikan pada pasien.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini akan memaparkan tentang pembahasan antara hasil penelitian dengan teori yang ada. Pembahasan antara hasil penelitian dengan teori yang ada dibandingkan untuk mencapai titik temu ataupun kesenjangan yang akan dibahas. Hasil penelitian yang akan dibahas adalah sebagai berikut :

A. Karakteristik Responden

1. Karakteristik Pemberi Obat

a. Pekerjaan

Mayoritas pekerjaan pemberi obat adalah perawat sebanyak 235 responden (66,8%) dan mahasiswa keperawatan sebanyak 117 (33,2%) responden. Pekerjaan pemberi obat paling banyak adalah perawat karena perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan yang diakui oleh pemerintah⁴¹. Selain itu, perawat memiliki banyak kewenangan yang salah satunya adalah melakukan pemberian obat⁴¹.

Mahasiswa keperawatan merupakan calon perawat yang sedang menyelesaikan studinya. Mahasiswa keperawatan perlu mendapatkan pengalaman memberikan obat dengan melakukan praktik pemberian obat untuk mempersiapkan pelayanan keperawatan di lingkungan keperawatan yang lebih rumit⁴². Mahasiswa keperawatan juga perlu untuk

mempraktikkan ketrampilan klinisnya di lingkungan klinis untuk mempersiapkan siswa pada lingkungan kerja yang sesungguhnya.⁶¹ Mahasiswa melakukan pemberian obat dengan pengawasan dan perintah dari pembimbing klinis, selain itu mahasiswa tidak diijinkan untuk terlibat penuh dalam pemberian obat dan manajemen pemberian obat⁴³. Maka mahasiswa perawat diperkenankan memberi obat dengan didampingi CI (*Clinical Instructur*) untuk tetap menjaga keselamatan pasien dan memberikan pengetahuan pada mahasiswa terkait penerapan prinsip 6 benar secara langsung. Mahasiswa perlu ikut dalam memberikan obat dikarenakan pemberian obat termasuk dalam pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan perawat laki-laki lebih banyak dari perawat perempuan sebanyak 152 (60,1%) perawat. Hal ini sejalan dengan penelitian Puspitasari, Widjajanto, Rini⁴⁴ yang menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di IGD RSUD dr. H. Mohammad berjenis kelamin laki-laki sebanyak 25 orang (83,3%). Akan tetapi, berbeda dengan hasil penelitian oleh Nurhanifah yang menunjukkan bahwa jumlah perawat IGD lebih banyak perempuan, sementara perawat laki-laki hanya 11 responden (31,4%). Jumlah perawat laki-laki lebih dibandingkan dengan perawat perempuan, tampaknya tidak mempengaruhi kinerja perawat. Hal tersebut didukung oleh penelitian Shye dalam Nurhanifah⁴⁵ yang mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktivitas antara

perawat laki-laki dan perempuan. Tetapi walau demikian dalam menentukan tempat kerja untuk perawat laki-laki dan perempuan perlu dipertimbangkan sesuai dengan tingkat berat ringannya pekerjaan yang harus dilakukan⁴⁵. Perawat di IGD RSUD Kota Semarang berjumlah 30 perawat dengan jumlah perawat laki-laki 21 dan perawat perempuan 9, maka dari itu hasil observasi menunjukkan pemberian obat lebih banyak oleh laki-laki.

Mahasiswa perempuan lebih banyak memberikan obat dikarenakan jumlah mahasiswa praktikan perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian menurut Vaismoradi⁴³ menunjukkan seluruh responden dalam penelitiannya adalah mahasiswa perempuan.

2. Karakteristik Penerima Obat

a. Kegawatan

IGD RSUD Kota Semarang tingkat kegawatan pasien dibagi menjadi tiga yaitu label merah, kuning, dan hijau. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 66 responden (18,8%) berlabel merah, 115 responden (32,7%) berlabel kuning, dan 171 (48,6%) responden berlabel hijau. Pasien dengan label merah merupakan pasien dengan tingkat kegawatan ESI 1 dan 2 dimana kriterianya sebagai berikut : henti jantung, henti napas, SpO₂ < 90, Nadi <50 atau >150 , GCS 3-12 dan nyeri dada. Pasien dengan label kuning merupakan pasien dengan tingkat kegawatan ESI 3 dan 4 dengan kriteria sebagai berikut: dehidrasi, infeksi, terdengar bunyi napas tambahan akibat obstruksi napas parsial, TD sistol >160

mmHg, TD diastole > 100 mmHg. dan GCS 12-15. Pasien dengan label hijau merupakan pasien dengan kriteria ESI 5 dan *false emergency*, yaitu GCS 15, Nadi 80-100, TD sistol 120-160 mmHg, dan TD diastole 80-100mmHg.

Menurut Scott¹¹ di Rumah Sakit Northern Australia menggunakan Skala Triase Australia (ATS) dimana ATS 1 memiliki 5 responden, ATS 2 memiliki 58 responden, ATS 3 memiliki 142 responden, ATS 4 memiliki 160 responden, dan ATS 5 memiliki 3 responden. Penelitian oleh Mahyawati⁶³ menunjukkan bahwa jumlah pasien terbanyak adalah pasien dengan label hijau sebanyak 32 responden (58,2%) diikuti dengan pasien berlabel kuning yaitu 16 pasien (29,1%) dan 7 pasien dengan label merah (12,7%). Hal ini sejalan dengan kesimpulan hasil penelitian ini dimana pasien dengan label merah jumlahnya paling sedikit, disusul dengan pasien label kuning dan yang paling banyak adalah pasien dengan label hijau atau *false emergency*. Mahyawati⁶³ mengungkapkan banyaknya pasien dengan kegawatan hijau atau false emergency disebabkan oleh tidak tersedianya fasilitas kesehatan lain yang setiap saat dapat diakses oleh masyarakat. IGD merupakan gerbang utama pasien masuk rumah sakit dan siap melayani 24 jam sehingga semua pasien baik itu gawat maupun tidak tertampung di IGD.⁹

b. Usia

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan kategori usia terbanyak adalah kategori 41-65 tahun sebanyak 153 (43,6%) responden.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Ardiyani, et al.⁴⁶ dimana usia pasien terbanyak adalah usia dewasa paruh baya sebanyak 60 responden (60%). Hal ini terjadi karena pada usia 41-65 tahun merupakan usia paruh baya dimana aspek fisik sudah agak melemah, termasuk fungsi-fungsi alat indra, dan mengalami sakit dengan penyakit tertentu yang belum pernah dialami (rematik dan asam urat).³⁶ Gaya hidup di masa dewasa muda yang kurang baik, efeknya baru mulai terasa di usia paruh baya ini.³⁶

B. Prinsip Enam Benar dalam Pemberian Obat

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti secara umum menunjukkan tingkat pemberian obat sebagai berikut : dari 235 responden, perawat memberikan obat dengan baik sejumlah 178 (75,8%). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kuntarti¹³ secara umum penerapan prinsip enam tepat dalam pemberian obat menunjukkan 54,3% nilainya sedang kemudian diikuti dengan yang penerapannya tinggi lalu rendah. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fatimah secara umum penerapan prinsip benar dalam pemberian obat paling tinggi persentasenya pada nilai cukup yaitu 59,4% sedangkan baik pada urutan kedua dan buruk pada urutan terakhir. Berdasarkan perbandingan hasil penelitian ini dengan hasil penelitian sebelumnya menunjukkan pemberian obat di penelitian ini lebih baik dibanding penelitian sebelumnya. *Medication error* atau kesalahan pemberian obat terjadi karena buruknya administrasi pemberian obat oleh perawat. Administrasi pemberian obat yang baik akan menciptakan keamanan bagi pasien. Perawat memiliki tugas yaitu memberikan asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.^{8,41}

Sebagian besar perawat berjenis kelamin laki-laki dan mayoritas melakukan pemberian obat dengan baik. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Sopiah dalam Fatimah⁷ yang menyatakan pegawai wanita cenderung lebih rajin, teliti, dan sabar dibandingkan laki-laki. Ekstorm dalam Fatimah⁷ juga menjelaskan bahwa perawat perempuan cenderung lebih teliti dalam memberikan asuhan keperawatan dibandingkan laki-laki. Penelitian oleh Nurhanifah⁴² mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan motivasi perawat melakukan tindakan di IGD RSUD Ulin Banjarmasin. Perawat laki-laki lebih baik daripada perempuan karena jumlah perawat laki-laki di IGD RSUD Kota Semarang lebih banyak daripada perawat perempuan.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan pasien dengan label hijau mendapatkan pemberian obat oleh perawat dengan baik, sementara pasien dengan label merah mendapatkan penerapan prinsip 6 benar dalam pemberian obat dengan kurang baik. Menurut Scott² ada hubungan antara tingkat kegawatan pasien yang tinggi contohnya label merah dan kuning yang membutuhkan perawatan segera dengan peningkatan kegagalan dalam mendokumentasikan status alergi klien. Pasien yang memiliki tingkat kegawatan yang lebih tinggi sering membutuhkan pengkajian dan intervensi yang lebih sering daripada pasien yang masalah klinisnya kurang mendesak.¹¹ Mungkin saja perawat IGD memprioritaskan perawatan yang lebih mendesak untuk mengatasi keadaan kritisnya sehingga saja perawat belum sempat menanyakan status alergi dan mendokumentasikan status alergi setelah mengatasi kegawatannya.¹¹

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pasien dengan kelompok usia 41-65 tahun mendapatkan penerapan prinsip enam benar oleh perawat dengan baik, sementara kelompok usia 13-19 tahun mendapat penerapan prinsip enam benar dengan kurang baik oleh perawat. Pasien dengan usia 13-19 tahun dosisnya sudah disamakan dengan dosis orang dewasa sehingga perawat kadang tidak memberikan informasi manfaat obat, tidak menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat, dan tidak mengecek obat 3x sebelum, sesudah, dan saat memberikan obat. Pasien dengan usia 41-65 tahun mempunyai penyakit lebih rumit sehingga perawat lebih hati-hati dalam memasukkan obat.

Prinsip enam benar oleh perawat terdiri dari :

1. Benar Obat

Hasil penelitian menunjukkan 234 perawat (99,6%) mengecek program terapi pengobatan sebelum memberikan obat, 205 perawat (87,2%) menjelaskan prosedur pemberian obat, dan 225 (95,7%) responden menyiapkan obat sendiri dan diberikan sendiri. Perawat melakukan pengecekan program terapi untuk mengetahui obat-obatan yang diresepkan untuk pasien.⁵³ Pemberi obat paling banyak melakukan penjelasan prosedur pemberian obat karena saat akan melakukan tindakan perawat harus melakukan *informed consent* terkait tindakan yang akan dilakukan pada pasien. Rumah sakit atau tenaga kesehatan memberitahu pasien tentang proses pengobatan dan rencana tindakan supaya pasien dapat turut berpartisipasi dalam pelayanan dan memiliki motivasi dalam pengobatan⁴⁷,

⁵³. Perawat juga dilatih dalam memberikan penjelasan kepada pasien dan mendokumentasikan persetujuan tersebut⁴⁷.

Responden memberikan obat yang disiapkan sendiri dan diberikan sendiri karena di RSUD Kota Semarang masing-masing perawat bertanggung jawab pada satu pasien hingga pasien tersebut dipindahkan ke bangsal atau pulang. Potter & Perry⁵⁰ juga menyatakan bahwa perawat hanya mempersiapkan obat yang dipersiapkannya. Jika terjadi kesalahan, perawat yang bertanggung jawab terhadap efek obat.

Perawat yang tidak melakukan informasi efek samping sejumlah 227 perawat (96,6%) dan tidak menanyakan keluhan setelah pemberian obat sebanyak 214 perawat (91,1). Penelitian Latter menyebutkan bahwa perawat di Inggris yang melakukan diskusi terkait efek samping obat kepada pasien hanya 48%. Hal itu tidak sesuai dengan yang peneliti lakukan. Seluruh obat memiliki efek samping baik yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan. Walaupun dosis sudah diberikan dengan tepat, efek samping tetap dapat terjadi. Efek samping disebabkan oleh kurangnya spesifitas obat seperti betanekon. Beberapa masalah kesehatan memerlukan efek samping sebagai hal yang menguntungkan, contohnya Benadryl diberikan sebelum tidur untuk mendapatkan efek samping mengantuk. Tetapi pada hal lain efek samping menjadi efek yang merugikan baik efeknya ringan maupun berat.²⁵

Sebagian besar responden yang tidak memberikan informasi tentang efek samping obat dikarenakan responden itu sendiri tidak mengetahui efek

samping suatu obat dan tidak tahu bisa mendapatkan informasi tersebut darimana. Hal ini bertentangan dengan Potter & Perry⁵⁰ yang menyatakan bahwa perawat bertanggung jawab memahami kerja obat dan efek samping yang ditimbulkan. Efek samping perlu diketahui baik oleh perawat dan pasien untuk membantu mengurangi kemungkinan terjadinya cedera akibat pemberian obat dan untuk dapat mengatasi efek samping tersebut⁴⁸.

Pemberi obat tidak menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat karena pemberi obat lupa dan disibukkan dengan pasien lain. Hal ini juga bertentangan dengan Potter & Perry⁵⁰ yang menyatakan bahwa perawat harus memantau respon klien terhadap obat, efek samping atau reaksi alergi dan mengevaluasi selama 30 menit setelah diberikan obat. Nugent & Vitale⁵³ juga mengatakan untuk mengkaji ulang dan membandingkan hasil keadaan pasien setelah diberikan obat keluhan sebelumnya untuk mengetahui apakah seberapa efektifnya suatu obat bagi pasien.

2. Benar Dosis

Hasil observasi menunjukkan 217 perawat (92,3%) tidak melakukan *double check* hasil hitungan dosis dengan perawat lain. Menurut Chernecky dalam Kuntarti¹³ untuk meyakinkan bahwa obat yang diberikan kepada pasien tepat dosisnya, perawat harus mampu menghitung dosis dengan tepat dan melakukan koreksi ulang (*double checking*) hasil hitungannya dengan perawat lain atau dokter yang memberikan instruksi. Nugent & Vitale⁵³ juga menyatakan hal yang sama bahwa perawat harus menghitung dosis dengan hati-hati dan melakukan *double-check* pada seluruh hitungan

matematika. Hal yang penting juga adalah perawat harus mengambil sejumlah obat sesuai dengan hasil perhitungan dengan tepat kepada pasien.¹³

Menurut Campbell dalam Thomas⁵⁴ 95% kesalahan ditemukan saat seseorang mengecek hasil kerja orang lain. Saat mengecek perhitungan perawat lain jangan hanya melihat sekilas dan membenarkan hasil perhitungannya, tetapi juga perawat yang dimintai mengecek harus menghitungnya sendiri. Periksa dua kali mengenai kekuatan obat dan dosis yang diberikan, dan yakinkan bahwa pasiennya juga benar karena di IGD mudah sekali perintah pemberian obat tertukar. Terutama saat menghitung *high-alert medication*, seperti : agen adrenergic seperti ephineprin, obat penenang termasuk obat sedasi oral ringan untuk anak-anak seperti chloral hydrate, narkotika sediaan oral dan IV, insulin, dan heparin. Pemberian antara bolus IV juga berbeda dengan bolus injeksi hal-hal seperti ini jika salah sama halnya dengan melakukan salah dosis. Kesalahan dosis dapat berakibat serangan jantung, kejang-kejang, kematian dan kejadian tidak biasa di seluruh dunia.⁵⁵ Hal ini sejalan dengan penelitian Kuntarti¹³ menunjukkan bahwa komponen tepat dosis yang tingkat penerapannya tinggi hanya 19,8%. Akan tetapi Thomas⁵⁴ juga mengungkapkan bahwa di IGD yang sibuk pemberian obat harus diberikan dengan cepat dan perawat atau tenaga kesehatan yang terlibat tidak hanya satu. Seringkali perintah tentang *double-checking* dosis obat sulit untuk dilakukan karena pemberian obat harus cepat terutama pada pasien kritis.

Perawat yang mengoplos sesuai label obat sejumlah 221 responden (94%). Hal ini sejalan dengan penelitian Armiyati, Ernawati dan Riwayati⁵² dimana 90% responden mencampur atau mengoplos obat sesuai petunjuk label atau kemasan obat. Penelitian menurut Shamsuddin & Shafie⁵⁵ mengatakan pentingnya mengoplos sesuai petunjuk label obat dikarenakan obat dengan nama yang sama tetapi konsentrasinya berbeda tidak bisa disamakan penggunaannya, contohnya NaCl 3% tidak dapat digunakan sebagai alternative NaCl 0,9% sebagai pengecer larutan antibiotic. Obat yang berbeda memiliki profil stabilitas yang berbeda juga, contohnya stabilitas untuk Meropenem IV setelah dioplos dengan 0,9% NaCl adalah 24 jam di lemari pendingin. Sementara jika dicampur dengan dextrose 5% stabilitasnya hanya 4 jam di lemari pendingin.⁵⁵

3. Benar Waktu

Pada observasi yang dilakukan peneliti terdapat 220 perawat (93,6%) memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter atau setelah jadwal pemberian obat. Hal ini sejalan dengan penelitian Kuntarti¹³ yang menyatakan tingkat penerapan terbaik kedua adalah benar waktu dengan penerapan yang tinggi sebesar 30 (37%) responden dan penerapan sedang sebesar 51(63%) responden. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Armiyat, Ernawati dan Riwayati⁵² dimana 70 % perawat melakukan prinsip tepat waktu dengan baik. Menurut NPSA kelalaian dan penundaan pemberi obat terhadap pasien kritis seperti pasien sepsis atau pasien yang menderita emboli paru dapat menyebabkan bahaya atau

kematian. Pasien yang masuk ke rumah sakit dengan kondisi kronis sangat beresiko, misalnya pasien dengan penyakit Parkinson yang tidak menerima obat mereka tepat waktu dapat kehilangan fungsinya, seperti kemampuan berjalan. Antara September 2006 dan Juni 2009, NPSA menerima laporan bahwa 27 orang mengalami kematian, 68 mengalami kecacatan parah dan 21.383 insiden keselamatan pasien lainnya berkaitan dengan obat-obatan yang ditunda. 95 insiden paling serius, 31 melibatkan antiinfeksi (antibiotic dan antijamur) dan 23 melibatkan antikoagulan.⁶⁰ Obat-obatan yang mengakibatkan akibat fatal jika tidak diberikan segera adalah obat antiinfeksi, antikoagulan, insuli, obat-obatan resusitasi dan obat-obatan untuk penyakit Parkinson.⁶⁰

4. Benar Rute

Hasil observasi menunjukkan 231 perawat (98,3%) mengecek cara pemberian pada label. Seluruh perawat yaitu 235 perawat (100%) memberikan obat sesuai rute. Penelitian oleh Lestari menunjukkan 85% obat diberikan dengan cara yang tepat. Chernecky yang dikutip oleh Kuntarti¹³ menyatakan bahwa tindakan untuk menjamin bahwa cara yang digunakan untuk memberikan obat adalah tepat, maka harus yakin bahwa bentuk obat sesuai dengan cara yang tertulis dalam program terapi pengobatan. Pemberian obat harus mengikuti intruksi dari perusahaan pembuat obat.¹³ Menurut Stillwell⁵⁶ pemberian obat harus sesuai rute dikarenakan karakteristik fisiologi, anatomi, dan biokimia pada daerah kontak obat berbeda-beda baik karena jumlah suplai darah, enzim-enzim

dan penyerapan yang berbeda pada setiap organ atau jaringan yang dituju. Rute pemberian obat menentukan jumlah obat dan waktu kerja suatu obat. Efek obat local atau sistemik akan ditentukan dari rute pemberian obatnya. Stabilitas obat di daerah tertentu juga akan membuat sediaan obat juga berbeda.⁵⁶

Hasil observasi pada pemberian obat per oral 55 dari 56 perawat (99,3%) memastikan pasien meminum obatnya. Kee & Hayes yang dikutip oleh Kuntarti¹³ menyatakan bahwa jika pemberian obat secara oral, maka harus mengkaji kemampuan klien dalam menelan dan tidak meninggalkan pasien sebelum yakin obat yang diberikan benar-benar ditelan oleh pasien. Pada pemberian intra muscular seluruh perawat (6,100%) tidak memberikan obat >5cc pada satu daerah. Menurut Nugent & Vitale otot dapat menampung obat sebesar maksimal 5cc dan 5cc tersebut sebaiknya diberikan pada daerah ventrogluteal. Hal ini juga dipertimbangkan dengan usia dan besar massa otot pasien yaitu anak-anak, lansia dan pasien yang kurus.⁵³

5. Benar Pasien

Pernyataan mencocokkan identitas pasien minimal 2 identitas dan mencocokkan identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat merupakan pernyataan untuk mengukur hasil benar pasien. Hasil penelitian menunjukkan 228 perawat (97%) tidak mencocokkan identitas pasien minimal 2 identitas dan 205 perawat (87,2%) tidak mencocokkan identitas pada gelang pasien. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang

dilakukan Armiyat⁵² dimana 90 % responden memeriksa identitas pasien. Benar pasien merupakan langkah yang paling dasar dalam pemberian obat dengan aman karena sangat menentukan dalam prinsip pemberian obat. Jika terjadi kesalahan dalam penerapan prinsip benar pasien, maka bisa menimbulkan kerugian bagi pasien dan juga petugas kesehatan.¹³

Menurut Potter & Perry⁵⁰, pasien sering memiliki nama akhir yang sama dan ini menyulitkan untuk mengingat nama dan wajah setiap pasien. Pemeriksaan melalui kartu, format atau laporan pemberian obat yang dicocokkan dengan gelang identitas pasien dan meminta pasien untuk menyebutkan namanya merupakan tindakan untuk mengidentifikasi pasien dengan tepat. Dampak yang dapat terjadi jika tidak dilakukan pemeriksaan identitas pasien maka tidak dapat menentukan kesesuaian individu yang akan menerima pelayanan pengobatan.¹³ Seluruh prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seseorang pasien, seperti nama pasien, nomor identifikasi atau nomor rekam medis, tanggal lahir dan gelang pasien. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk diidentifikasi.⁴⁷

6. Benar Dokumentasi

Hasil penelitian menunjukkan seluruh perawat yaitu 235 (100%) responden mencatat nama pasien, obat pasien, dosis, cara/rute pemberian, waktu pemberian, nama dan paraf pemberi obat, keluhan pasien, dan penolakan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Armiyat dimana sebagian besar atau 54,3% responden melakukan pencatatan nama dan

paraf, obat, dosis, waktu pemberian, dan keluhan pasien. Abrams yang dikutip oleh Kuntarti¹³ menyatakan bahwa dokumentasi yang tepat mencakup lima aspek yaitu pasien, obat, dosis, cara pemberian, dan waktu pemberian serta respon klien terhadap pengobatan. Prinsip yang perlu diterapkan adalah mencatat yang dikerjakan diri sendiri dan tidak mencatat apa yang dikerjakan oleh orang lain karena berhubungan dengan tanggung jawab perawat tersebut.¹³ Di lain pihak, seluruh perawat (18, 100%) tidak mencatat volume obat yang diberikan pada pasien yang membutuhkan pembatasan cairan. Pencatatan volume obat yang masuk pada pasien pembatasan cairan sangat penting karena pasien memerlukan monitor ketat untuk masukan dan keluaran cairan. Hal ini dikarenakan jika tidak seimbang antara masukan dan keluarannya ditakutkan terjadi edema pada pasien, kemudian edema tersebut ditakutkan jika terjadi di paru-paru maka masalah yang akan muncul bertambah menjadi sesak napas.⁵⁷

C. Prinsip Enam Benar dalam Pemberian Obat oleh Mahasiswa

Sebagian besar mahasiswa baik dalam memberikan obat dan sebagian besar mahasiswa perempuan baik dalam memberikan obat. Hal ini sejalan dengan penelitian Purwitasari⁶² dimana banyak mahasiswa yang memberikan obat dengan baik sebanyak 79,4% responden dan mahasiswa perempuan yang menunjukkan perilaku pemberian obat dengan baik sejumlah 85,2%. Puspitawati dalam Purwitasari⁶² menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam memberikan asuhan keperawatan, didapatkan hasil bahwa 55% perawat berjenis kelamin

perempuan mempunyai perilaku penerapan SOP dalam memberikan asuhan keperawatan dengan baik sementara laki-laki sebagian besar kategorinya buruk (72,4%).

Sebagian mahasiswa memberikan obat dengan kurang baik pada pasien dengan label merah, dikarenakan pasien dengan label merah membutuhkan penanganan segera dan melupakan penjelasan prosedur pemberian obat, manfaat obat, efek samping obat, dan status alergi klien.¹¹ Mahasiswa memberikan obat dengan baik kepada pasien umur 0-1 tahun dikarenakan perlu kewaspadaan lebih saat memberikan obat kepada bayi dan anak dikarenakan dosis yang lebih kecil dan system imun tubuh yang belum sempurna.⁵⁰

Prinsip enam benar terdiri dari :

1. Benar Obat

Mahasiswa melakukan pemberian informasi terkait prosedur pemberian obat sebanyak 117 mahasiswa (100%) dan 92 mahasiswa (78,6%) menyiapkan obat sendiri dan diberikan sendiri. Hal ini sama dengan yang terjadi pada perawat di IGD RSUD Kota Semarang dimana mayoritas perawat melakukan penjelasan prosedur pemberian obat dan menyiapkan serta memberikan obat sendiri.

Seluruh mahasiswa tidak melakukan pengecekan program terapi sebanyak 117 (100%). Mahasiswa praktikan hanya menerima instruksi dari perawat IGD sehingga mahasiswa tidak mengecek program terapi sebelum

memberikan obat. Hal ini sejalan dengan penelitian Bourbonnais⁴² yang menyatakan mahasiswa sering tidak terpapar dengan rekam medis pasien.

Mayoritas mahasiswa tidak melakukan pemberian informasi efek samping dan tidak menanyakan keluhan setelah pemberian obat sebanyak 112 (95,7%). Vaismoradi⁴³ mengungkapkan bahwa mahasiswa lupa dengan teori farmakologi karena antara kuliah farmakologi dengan praktek di bangsal sudah lama berlalu.

Vaismoradi mengungkapkan perawat tidak menanyakan keluhan setelah memberikan obat karena sebagian besar perawat telah memenuhi tugas perawatan mereka begitu obat selesai dimasukkan, sehingga efek obat yang merugikan atau jangka panjang diabaikan. Pekerjaan perawat belum selesai setelah pemberian obat, akan tetapi sampai pasien dipulangkan dengan aman.

2. Benar Dosis

Hasil observasi menunjukkan 95 mahasiswa (81,2%) tidak melakukan *double check* hasil hitungan dosis dengan perawat lain. Mahasiswa juga dilaporkan bahwa melakukan salah dosis dikarenakan kurang terlatih dalam menghitung dosis obat. Mahasiswa perlu untuk sering melakukan penghitungan obat kemudian di periksa ketepatan perhitungannya oleh perawat untuk meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam menghitung dosis dan membiasakan mahasiswa untuk sering melakukan *double check* saat menghitung dosis.⁴² Mahasiswa yang mengoplos obat sesuai label adalah

113 responden (96,6%). Setiap obat memiliki penggunaan sesuai nama obatnya dan obat dengan nama yang sama belum tentu memiliki konsentrasi yang sama juga.⁵⁵ Hal ini sejalan dengan yang dilakukan perawat yaitu mayoritas perawat tidak melakukan *double check* dengan perawat lain, akan tetapi mayoritas dari mereka mengoplos obat sesuai label obat. Mahasiswa melakukan *double check* dengan cara menghitung dosis obat yang akan diberikan kepada pasien kemudian membandingkan hasil hitungannya dengan pembimbing kliniknya atau dengan perawat lain untuk memastikan kebenaran dosis yang akan diberikan kepada pasien.

3. Benar Waktu

Pada observasi yang dilakukan peneliti terdapat 109 mahasiswa (93,2%) memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter atau setelah jadwal pemberian obat. Hal ini sejalan dengan penelitian Purwitasari⁶² menyatakan seluruh responden melakukan pemberian obat dengan baik sebanyak 34 responden (100%). Bullock, Mania, dan Galbaraithe dalam Purwitasari⁶² menyatakan jika obat yang diinstruksikan pada waktu tertentu maka perawat tidak boleh menyimpang dari instruksi dan tidak boleh melebihi 30 menit dari waktu yang ditentukan, jika obat diberikan diluar waktu yang ditentukan maka bioavailabilitas obat mungkin akan terpengaruh.

4. Benar Rute

Hasil observasi menunjukkan seluruh mahasiswa (100%) memberikan obat sesuai rute. Hal ini sesuai dengan penelitian Purwitasari⁶² Hasil observasi pada pemberian obat per oral 15 dari 16 mahasiswa (93,7%)

memastikan pasien meminum obatnya. Hal ini juga sama dengan yang terjadi pada perawat, yaitu seluruh perawat memberikan obat sesuai dengan rute. Menurut Stillwell⁵⁶ pemberian obat dipengaruhi oleh karakteristik suatu organ yang dapat mempengaruhi cara kerja obat, yaitu lebih lambat ataupun lebih cepat diserap oleh tubuh. Jika pasien membutuhkan obat segera namun akibat kesalahan pemberian rute mengakibatkan kinerja obat lambat maka masalah kesehatan pasien tidak dapat terobati dengan segera, maka dari itu mahasiswa juga perlu memberikan obat dengan rute yang benar untuk hasil yang sesuai. Mengadministrasikan obat secara akurat dan aman merupakan ciri penting dari pekerjaan sehari-hari perawat dan juga mahasiswa keperawat.⁶¹

5. Benar Pasien

Hasil penelitian menunjukkan 114 mahasiswa (97,4) tidak mencocokkan identitas pasien minimal 2 identitas dan 114 mahasiswa (97,4%) tidak mencocokkan identitas pada gelang pasien. Hasil penelitian sesuai dengan Bourbonais⁴² yang menyatakan banyak mahasiswa yang melakukan kesalahan dalam benar pasien.⁴² Hal ini berbeda dengan penelitian oleh Perwitasari⁶² dimana perilaku mahasiswa dalam benar pasien menunjukkan seluruhnya baik (34 responden, 100%).

Mahasiswa juga perlu memberikan obat dengan memastikan identitas pasien minimal 2 identitas dan melihat pada gelang pasien untuk mencegah kesalahan pasien. Mahasiswa perlu untuk menerapkan ilmu yang didapatkan

di perkuliahan yaitu dalam pemberian obat dengan memberikan pada pasien yang tepat.⁴²

6. Benar Dokumentasi

Seluruh mahasiswa tidak melakukan pencatatan pemberian obat (117 responden, 100%). Seluruh mahasiswa (11, 100%) tidak mencatat volume obat yang diberikan pada pasien yang membutuhkan pembatasan cairan. Mahasiswa tidak melakukan pendokumentasian pasien karena yang bertanggung jawab untuk melakukan pendokumentasian adalah perawat. Mahasiswa sebagai praktikan hanya ikut berperan dalam memberikan obat kepada pasien, memeriksa respon pasien, menyampaikan hasil dari respon pasien setelah pemberian obat kepada perawat. Perawat dalam peran ini lebih memiliki kompetensi dalam mendokumentasikan pasien dan memiliki tanggung jawab karena hal tersebut dapat menjadi salah satu data jika suatu keadaan membutuhkan data obat yang diberikan kepada pasien.⁴³

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini adalah dalam pelaksanaan penelitian peneliti akan mulai kesulitan apabila terdapat 3 atau 4 kejadian pemberian obat dalam sekali waktu di tempat yang berjauhan. Peneliti hanya dapat mengambil salah satu kejadian pemberian obat. Penelitian ini hanya dilakukan di satu rumah sakit sehingga kurang dapat melihat perbandingan pemberian obat antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain. Pemberian obat dalam waktu maksimal 30 menit kurang dapat dilihat saat pemberian obat oral.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Kota Semarang pada bulan Mei 2017 dapat disimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar pekerjaan pemberi obat adalah perawat sebanyak 235 perawat (66,8%) dan memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 152 perawat (50,3%). Mayoritas jenis kelamin mahasiswa adalah perempuan sebanyak 92 mahasiswa (78,7%). Sebagian besar penerima obat memiliki tingkat kegawatan hijau sebanyak 171 responden (48,6%) dan kelompok usia terbanyak adalah 41-65 tahun sejumlah 153 responden (43,6%).
2. Prinsip 6 benar yang sudah baik penerapannya oleh perawat adalah prinsip benar rute dan benar dokumentasi dimana seluruh perawat (235, 100%) melakukan dengan baik, sementara prinsip 6 benar yang penerapannya kurang baik oleh perawat yaitu benar pasien (228 perawat, 97%).
3. Seluruh mahasiswa (117, 100%) melakukan penjelasan prosedur pemberian obat dan prinsip benar rute dengan baik, akan tetapi seluruh mahasiswa (117, 100%) tidak mengecek program terapi pengobatan dan tidak melakukan prinsip dokumentasi.
4. Secara umum pemberian obat di IGD RSUD Kota Semarang baik karena mayoritas perawat dan mahasiswa memberikan obat dengan baik.

B. Saran

Saran yang dianjurkan peneliti terkait hasil penelitian yang berjudul *Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang* antara lain:

1. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit dalam hal ini dapat mengadakan pelatihan untuk peningkatan pengetahuan farmakologi obat bersama dengan apoteker dan identifikasi pasien sesuai peraturan terbaru.

2. Bagi Keperawatan

Bidang ilmu keperawatan hendaknya memantau dan melakukan evaluasi kepada mahasiswa dan perawat dalam penerapan prinsip enam benar saat memberikan obat.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti hendaknya dapat melakukan penelitian selanjutnya dengan menggunakan metode yang berbeda atau mencari hubungan antara pemberian obat dengan kegawatan pasien atau hubungan antara pemberian obat dengan usia pasien. Peneliti selanjutnya dapat meneliti pemberian obat di minimal 2 rumah sakit untuk dapat membandingkan pemberian obat antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lain terkait dengan SOP masing-masing rumah sakit tersebut.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat memasukkan teori prinsip enam benar dan mengetahui secara spesifik tujuan dan manfaat dalam penerapan enam benar dan memasukkan indikator apa saja dalam prinsip enam benar. Institusi pendidikan sebelum menerjunkan mahasiswa di lahan praktik perlu adanya *review* ulang terkait perkuliahan di masa lalu. Institusi pendidikan sebaiknya dalam kurikulumnya menjelaskan kewenangan mahasiswa dalam memberikan obat seperti apa.

DAFTAR PUSTAKA

1. KKP RS. Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2006
2. Harrison E. Surgery outcomes suffer in poorer countries [Internet]. 2016. Diakses pada 13 oktober 2016: <http://www.ed.ac.uk/news/2016/surgery-outcomes-suffer-in-poorer-countries>.
3. Insiden keselamatan pasien [Internet]. 2010. Diakses pada 4 oktober 2013: <http://www.inapatsafety-persi.or.id>
4. Eljardali. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospital. *BMC Health Services Research* (edisi online); Vol 11: 45. 2011 diakses pada 15 Januari 2016 dari <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/45>
5. Nasution RFH. Pengetahuan, sikap dan persepsi petugas gawat darurat terhadap kesalahan medik. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*; 3(6): 270-274. 2009
6. Kementerian Kesehatan RI. Tanggung jawab apoteker terhadap keselamatan pasien. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, 2008.
7. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1027/MENKES/SK/IX/2004. Standar pelayanan kefarmasian di apotek. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2004.
8. Pham CJ, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *J.jemermed*; 40(5): 485-492, 2011
9. Nurhanifah, D. Hubungan karakteristik, beban kerja dan supervise dengan motivasi perawat dalam melaksanakan triase di instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin tahun 2015. *Caring*; 2(1):75-87, 2015
10. Kurnia E, Yusanto D. Perbandingan tingkat kepuasan keluarga pasien gawat darurat dan gawat non darurat terhadap mutu pelayanan kesehatan di UGD RS Baptis Batu. *Jurnal Stikes RS Baptis Kediri*; 3(2):85-93, 2010
11. Scott BM, Considine J, Botti M. Medication errors in ED : Do patient characteristics and the environment influence the nature and frequency of medication errors?. *AENJ*; 17:167-175, 2014
12. Listiyono RA. Studi deskriptif tentang kualitas pelayanan di rumah sakit umum dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto pasca menjadi rumah sakit tipe B. *Kebijakan dan Manajemen Publik*; Vol. 1(1) : 1-7, 2015

13. Kuntarti K. Tingkat penerapan prinsip 'enam tepat' dalam pemberian obat oleh perawat di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Indonesia*; 9(1):19-25, 2005 93
14. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta; 2009.
15. Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 856/Menkes/SK/IX/2009 : Standar instalasi gawat darurat rumah sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan; 2009.
16. Gruendemann BJ, Gary AY. Buku ajar keperawatan perioperatif. Jakarta: EGC; 2006.
17. Saanin S. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu Depkes RI. Sumatra Barat; 2004
18. Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/menkes/SK/II/2008. Standar pelayanan minimal rumah sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia;2008.
19. Canadian Institute for Health Information. Understanding emergency department wait times. 2007 Oct [cited 2014 Oct 29]; Available from https://secure.cihi.ca/free_products/Emergency_Department_Wait_Times_III_2007_e.pdf.
20. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, Medication error : definition. <http://www.nccmerp.org/> (18 Januari 2016).
21. Indrachyani A. Keselamatan pemberian medikasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*; 13(2):105-111, 2009
22. Pusat Informasi Obat Nasional . BPOM RI. <http://pionas.pom.go.id/ioni/lampiran-6-petunjuk-praktis-penggunaan-obat-yang-benar/peran-dokter-dan-apoteker-dalam-proses>. Diakses jumat, 13 Mei 2016. Peran dokter dan apoteker dalam Proses penyerahan obat.
23. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Standar akreditasi rumah sakit. Jakarta. September 2011
24. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. Undang-undang tentang Kesehatan tahun 2009.

25. Kee JL, Hayes ER, McCuiston M. Pharmacology: a patient-centered nursing process approach 8th edition. Missouri : Elseiver. 2015.
26. Riga M, Vozikis A, Pollalis Y, Kyriakos S. MERIS (Medical Error Reporting Information System) as an innovative patient safety intervention: A health policy perspective. *J.healthpol*;119:539-548, 2015
27. Holmstrom AR, Laaksonen R, Airaksinen M. How to make medication error reporting systems work-factors associated with their successful development and implementation. *J.healthpol*. 119;1046-1054, 2015
28. Kazaoka T, Ohtsuka K, Ueno K, Mori M. Why nurses make medication errors: a simulation study; 27:312-317, 2007
29. Swarjana & Ketut. Metodologi penelitian. Yogyakarta : Andi; 2012
30. Chandra B. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta. EGC; 2008.
31. Setiadi. Konsep dan penulisan riset keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
32. Agus R. Aplikasi metodologi penelitian kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika; 2011.
33. Hidayat AA. Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
34. Nasir A. Muhith AIM. Buku ajar metodologi penelitian kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
35. Nursalam. Kosep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Yogyakarta: Salemba Medika; 2008.
36. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder SJ. Fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik. Jakarta : EGC. 2010
37. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan r&d. Bandung: Alfabeta. 2010.
38. McHugh ML. Interrater reliability : the kappa statistic. *Biochemia Medica*; 22(3):276-282, 2012
39. Riwikdo H. Statistik kesehatan. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press; 2008

40. Notoadmodjo S. Metode penelitian kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2006.
41. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Jakarta; 2014.
42. Bourbonnais FF & Caswell W. Teaching successful medication administration today : more than just knowing your rights. *J.Nerp.* 14:391-395. 2014
43. Vaismoradi M, Jordan S, Turunen H, Bondas T. Nursing students' perspective of the cause of medication error. 34 : 434-440. 2014
44. Puspitasari DI, Widjajanto E, Rini IS. Hubungan Kompetensi perawat gawat darurat dengan kinerja perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. H. Mohammad Anwar Sumenep dan RSUD Sampang. *Jurnal Kesehatal Wiraraja Medika.* 79-88.
45. Nurhanifah D. Hubungan karakteristik, beban kerja, dan supervise dengan motivasi perawat dalam melaksanakan triase di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin. *Caring.* 2 (1) : 75-87.2015.
46. Ardiyani VM, Andri MTW, Eko RK. Analisis Peran perawat triage terhadap waiting time dan length of stay pada ruang triage di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Care.* 3 (1) : 39-50.2015.
47. Supriyantoro, dkk. Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 1. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2012
48. Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses, Agency for Healthcare Research and Quality. Gaither Road Rockville, MD 20850: 2008.
49. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691/ 2011. Jakarta: Menkes RI.2011
50. Perry AG & Potter PA. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik, Vol. 1, E/4. Jakarta: EGC. 2005.
51. Tshiamo WB, Kgositau M, Ntsayage E, Sabone MB. The role of nursing education in preventing medication errors in Botswana. *IJANS.* 3: 18-23. 2015
52. Armiyat Y, Ernawati E, Riwayati R. Hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan penerapan prinsip enam tepat dalam pemberian obat di

ruang rawat Inap RS Dr. Kariadi Semarang. .
<http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/FIKkeS/article/view/351>. Diakses pada tanggal 17 Juni 2017, 2007

53. Nugent PM & Vitale BA. *Fundamentals of Nursing : Content review plus practice questions*. Philadelphia : F.A Davis Company. 2014
54. Thomas DO. Lesson learned: basic evidence-based advice for preventing Medication error in children. *Journal of Emergency Nursing*. 31 (5) : 490-493. 2005.
55. Shamsuddin AF & Shafie SD. Knowledge of nurse in the preparation and administration of intravenous medication. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 60 : 602-609. 2012.
56. Stillwell SB. *Pedoman Keperawatan Kritis*. EGC : Jakarta. 2011.
57. Black JM & Hawks JH. *Keperawatan Medikal Bedah*. Elsevier : Jakarta. 2014
58. ISMP. *ISMP Acute care Guideline for timely administration of scheduled medication*.
59. Latter S, Maben , Myall M, Young A. Evaluating nurse prescribers' education and continuing professional development for independent prescribing practice: Findings from a national survey in England. *Nurse Education Today*, 27(7):685-696: 2007
60. National Patient Safety Agency. *Reducing harm from omitted*. UK: NHS Organisations. 2010
61. Anggar C, Bloomfield JG, Frotjold A. A time management intervention using simulation to improve nursing student's preparedness for medication administration in clinical setting : A quasi-experimental study. *J.Collegian*. 1-7. 2017.
62. Perwitasari, LAS. *Hubungan pengetahuan dan perilaku mahasiswa profesi keperawatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dalam melakukan pemberian obat*. Jakarta : UIN Syarif Hidayatullah. 2012
63. Mahyawati M. *Hubungan kegawatdaruratan pasien dengan waktu tanggap perawat di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Stikes Aisyiyah. 2015

Lampiran 1



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : dean_fundu@undip.ac.id

Nomor : 3277/UN7.3.4/D1/PP/2017
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 MAR 2017

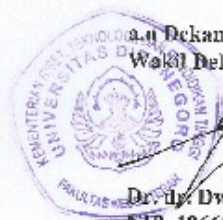
Kepada Yth.
Direktur RSUD K.R.M.T. Wongsonggoro
Jl. Fatmawati No. 1, Mangunharjo, Tembalang
di - Semarang

Untuk memenuhi kurikulum Pendidikan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, mahasiswa diwajibkan melaksanakan penelitian, guna menulis Karya Tulis Ilmiah (KTI). Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon kiranya dapat diberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul penelitian : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Untuk melakukan penelitian di RSUD K.R.M.T. Wongsonggoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Wakil Dekan I,

Dr. Idr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
NIP. 19660702 199512 1 001

Tembusan

1. Dekan FK Undip (sebagai laporan)
2. Kepala Diklar RSUD K.R.M.T Wongsonggoro
3. Kepala Bidang Keperawatan RSUD K.R.M.T Wongsonggoro
4. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
K.R.M.T WONGSONEGORO

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

Nomor : 075/2201/2017
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Semarang,

02 MAY 2017

Kepada :
Yth. Dekan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro

di -

SEMARANG

Menanggapi surat Saudara Nomor 3277/UN7.3.4/01/PP/2017 Tanggal 22 Maret 2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan apabila mahasiswa S I Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang atas :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat di RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro.

Berminat mengadakan Penelitian di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati semua peraturan tentang pendidikan dan pelatihan yang berlaku di RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro;
2. Bersedia membayar biaya sebesar Rp 210.000,00/kegiatan/peneliti.
3. Setelah selesai penelitian mohon untuk menyerahkan copy hasil penelitian kepada bagian DIKLAT RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro.

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. DIREKTOR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO
Wakil Direktur Umum dan Keuangan



Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Instalasi Gawat Darurat;
2. Kepala Ruang terkait;
3. Yang bersangkutan;
4. Peringgal.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76928010 Faximile : (024) 76928011
Email : deau_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 3352/UN7.3.4/D1/PP/2017
Lampiran : ---
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

27 MAR 2017

Kepada Yth.
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Jl. Pemuda No. 175
di - Semarang

Untuk memenuhi kurikulum Pendidikan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, mahasiswa diwajibkan melaksanakan penelitian, guna menulis Karya Tulis Ilmiah (KTI). Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon kiranya dapat diberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul penelitian : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Untuk melakukan penelitian di RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)
NIP. 19660702 199512 1 001

Terbuan

1. Dekan FK Undip (sebagai laporan)
2. Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
3. Kepala Diklat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
4. Kepala Bidang Keperawatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro
5. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Pemuda No. 173 Semarang Telp. 3584045 Harting: 3584077 Fps: 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax 3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/509/III/2017

- I. DASAR
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
 2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
- II. MEMBACA : Surat dari Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran UNDP
Nomor : 3352/UN7.3.4/D1/PP/2017
Tanggal : 27 Maret 2017
- III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan / dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Glory Ananta S**
 2. Kebangsaan : **Indonesia**
 3. Alamat : **Jl. Sidodrajad XI/ 4 Rt. 002 Rw. 003 Kel. Muktiharjo Kidul
Kec. Pedurungan Kota Semarang**
 4. Pekerjaan : **Mahasiswa**
 5. Penanggung jawab : **Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)**
 6. Judul Penelitian : **"Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD
Kota Semarang"**
 7. Lokasi : **Kota Semarang**
- V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkean kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Tanggal 27 Maret 2017 s/d 27 Agustus 2017
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 27 Maret 2017

A.n Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang
Sekretaris



Drs. H. DIATI PRJONO, MSI

Pembina Tk. I

19610214 198603 1 009



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Prof. H. Soedarto, SH Tembalang, Semarang kotak Pos 1269, Kode Pos 50275
Telp. (024) 76928010 Fax. (024) 76928011 Email : dean_ fmdu@undip.ac.id

Nomor : 2759/ATN7.3.4/DI/PP/2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Uji Validitas dan Reabilitas
Kuesioner Penelitian

07 MAR 2017

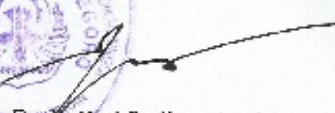
Yth. Direktur RSUD Dr. Adhyatma, MPH
Jl. Walisongo Km 8,5, Tambakaji, Ngaliyan,
di - Semarang

Untuk memenuhi kurikulum Pendidikan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, mahasiswa diwajibkan melaksanakan kegiatan penelitian, guna menulis Karya Tulis Ilmiah (KTI). Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon kiranya dapat diberikan ijin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns Nana Rochana, S.Kep.,MN

untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas alat penelitian yang akan dilakukan di RSUD Dr.Adhyatma, MPH.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

an.Dekan
Pembantu Dekan I

Dra. Dwi Pudjonarko, M.Kes., Sp.S (K) V
NIP.196607201995121001

- Tembusan :
1. Dekan FK UNDIP (sebagai laporan)
 2. Kabag Perencanaan & Diklat RSUD Dr.Adhyatma, MPH
 3. Kabid Keperawatan RSUD Dr.Adhyatma, MPH
 4. Ketua Departemen Ilmu Keperawatan FK UNDIP



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo - Semarang Telp. 7605378, 7605297 Fax. 7604398
Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.com

Semarang, 13 Maret 2017

Nomor : 423.4/1091
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro (UNDIP)
di-
SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 2759/UN7.3.4/DI/PP/2017 tanggal 7 Maret 2017 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : GLORY ANANTA S.
NIM : 22020112130065
Prodi : S1 Ilmu Keperawatan
JUDUL : " Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang ",

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

an.DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH
Wakil Direktur dan Keuangan



Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM
Rambina Tingkat I
NIP. 19681124 199310 2 001

TEMBUSAN :
Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

Lampiran 7



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.keperawatan.undip.ac.id

Nomor : 142- /UN7.3.4/J.Kep/PP/2017
Perihal : Permohonan Uji Expert
Kuesioner Penelitian

Kepada Yth.
Ns. Madya Sulisno, S.Kep., M. Kep.,
di - Tempat

Sehubungan dengan Pelaksanaan Kegiatan Penelitian mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP tahun ajaran 2016/2017, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Untuk melakukan uji expert Kuesioner Penelitian.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP. 1971 0919 199403 1 001

Tembusan

1. Sekretaris Jurusan Keperawatan FK UNDIP
2. Pertinggal

Lampiran 8



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN

Jl. Profsoor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486849
Website : www.keperawatan.undip.ac.id

Nomor : 140 /UN7.3.4/J.Kep/PP/2017
Perihal : Permohonan Uji Expert
Kuesioner Penelitian


Kepada Yth.
Ns. Elyana S. Kep, MARS
di - Tempat

Sehubungan dengan Pelaksanaan Kegiatan Penelitian mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP tahun ajaran 2016/2017, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Untuk melakukan uji expert Kuesioner Penelitian,

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Semarang, 01 FEB 2017
Kema

Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP.1971 0919 199403 1 001

Tembusan

1. Sekretaris Jurusan Keperawatan FK UNDIP
2. Pertinggal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN

Jl. Profesor Soedarto, SH, Tembalang, Semarang 50275
Telepon : (024) 76480919 Faximile : (024) 76486819
Website : www.keperawatan.undip.ac.id

Nomor : 141 /UN7.3.4/J.Kep/PP/2017
Perihal : Permohonan Uji Expert
Kuesioner Penelitian

Kepada Yth.
Ns. Dody Setiawan, S. Kep., M.kep
di - Tempat

Sehubungan dengan Pelaksanaan Kegiatan Penelitian mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP tahun ajaran 2016/2017, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Glory Ananta S
NIM : 22020112130065
Judul : Gambaran Pemberian Obat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Semarang
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Untuk melakukan uji expert Kuesioner Penelitian.

Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Semarang, 01 FEB 2017
Ketua

Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes
NIP. 1971 0919 199403 1 001

Tembusan

1. Sekretaris Jurusan Keperawatan FK UNDIP
2. Pertinggal

Lampiran 10

LEMBAR VALIDASI LEMBAR OBSERVASI GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA SEMARANG

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom yang disediakan.

Keterangan :

Skor 1 – Pertanyaan tidak valid

Skor 2 – Pertanyaan kurang valid

Skor 3 – Pernyataan cukup valid, tetapi perlu direvisi

Skor 4 – Pernyataan valid

Benar Obat						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter				✓	
2	Memberikan informasi tentang indikasi obat yang diberikan				✓	
3	Memberikan informasi tentang kontraindikasi obat yang diberikan				✓	
4	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan				✓	
5	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan				✓	
6	Menjelaskan prosedur pemberian obat				✓	
7	Menanyakan ada tidaknya alergi obat				✓	
8*	Melakukan skin test pada pemberian antibiotik				✓	
9	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat				✓	
10	Menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat				✓	
11	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)				✓	

Lampiran 10

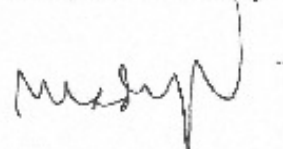
12	Hanya memberikan obat yang disiapkan sendiri			✓		
Benar Dosis						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)				✓	
2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat				✓	
Benar Waktu						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter				✓	
Benar Rute						
1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat				✓	
2	Pemberian per oral : mengecek kemampuan menelan, menunggu pasien sampai minum obatnya				✓	
4	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan				✓	
5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian				✓	
Benar Pasien						
1	Memanggil identitas pasien minimal 2 (nama dan usia atau nama dan alamat)			✓		
2	Mengecek identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat				✓	
Benar Dokumentasi						
1	Mencatat nama pasien, obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat				✓	
2	Mencantumkan nama/inisial dan paraf				✓	
3	Mencatat keluhan pasien				✓	
4	Mencatat penolakan pasien				✓	
5	Mencatat jumlah cairan yang digunakan untuk melarutkan obat (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)				✓	
6	Melakukan dokumentasi pemberian obat secara langsung setelah memberikan obat				✓	

Lampiran 10

CATATAN :

Contoh observasi tingkat relevansi yg
mengukur penerapan alat

Mengetahui,
Penguji Content Validity



Ns. Madya Sulisno, S.Kep., M. Kep.,

Lampiran 11

LEMBAR VALIDASI LEMBAR OBSERVASI GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA SEMARANG

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom yang disediakan.

Keterangan :

Skor 1 = Pertanyaan tidak valid

Skor 2 = Pertanyaan kurang valid

Skor 3 = Pernyataan cukup valid, tetapi perlu direvisi

Skor 4 = Pernyataan valid

No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter				✓	
2	Memberikan informasi tentang indikasi obat yang diberikan → <i>Medis / Farmasi</i>	✓				Bukan kewenangan Perawat
3	Memberikan informasi tentang kontraindikasi obat yang diberikan → <i>Medis / Farmasi</i>	✓				Bukan kewenangan Perawat → Memastikan obat benar sesuai dgn Terapi dokter
4	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan				✓	
5	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan				✓	
6	Menjelaskan prosedur pemberian obat				✓	
7	Menanyakan ada tidaknya alergi obat				✓	
8*	Melakukan skin test pada pemberian antibiotik			✓		Kecuali ketika pemberian antibiotik di skin test.
9	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat				✓	
10	Menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat				✓	
11	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)				✓	(Masukkan sesuai SpO)

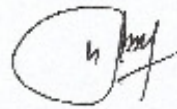
Lampiran 11

12	Hanya memberikan obat yang disiapkan sendiri			✓	Apakah SPO nya demitikan ?? → Kewenangan Peziyapan Obat → Apoteker	
Benar Dosis						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)			✓		lihat SPO.
2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat			✓		
Benar Waktu						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter	✓				lihat SPO.
Benar Rute						
1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat			✓		
2	Pemberian per oral : mengecek kemampuan menelan, menunggu pasien sampai meminum obatnya	✓				2 hal yg berbeda, mana yg mau ditanyakan
4	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan			✓		
5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian			✓		
Benar Pasien						
1	Manggil identitas pasien minimal 2 (nama dan usia atau nama dan alamat)	✓				Memanggil → Menecekkan pilih 2 data s.d identitas Nama, No RM / tgl lahir.
2	Mengecek identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat			✓		Mengecek → Menecekkan
Benar Dokumentasi						
1	Mencatat nama pasien, obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat	✓				Ditanyakan satu persatu kn pernyataan ganda → Multipass
2	Mencantumkan (nama/inisial) dan paraf			✓		lihat SPO apakah nama / inisial 2 hal yg berbeda
3	Mencatat keluhan pasien			✓		
4	Mencatat penolakan pasien			✓		
5	Mencatat jumlah cairan yang digunakan untuk melarutkan obat (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)			✓		Jumlah / volume obat yg diberikan.
6	Melakukan dokumentasi pemberian obat secara langsung setelah memberikan obat			✓		

CATATAN :

Ada nilai dalam jawaban pertanyaan dasar,
Disebutkan oleh dia dan sangat jelas.

Mengetahui,
Penguji Content Validity



Ns. Elyana S. Sulistyowati S. Kep, MARS

LEMBAR VALIDASI
LEMBAR OBSERVASI GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD KOTA SEMARANG

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom yang disediakan.

Keterangan :

Skor 1 = Pertanyaan tidak valid *Pernyataan*

Skor 2 = Pertanyaan kurang valid

Skor 3 = Pernyataan cukup valid, tetapi perlu direvisi

Skor 4 = Pernyataan valid

bukan pernyataan tapi pernyataan

Benar Obat						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter				✓	
2	Memberikan informasi tentang indikasi obat yang diberikan			✓		<i>Handi ahli Syringe, memberikan informasi ke siapa?</i>
3	Memberikan informasi tentang kontraindikasi obat yang diberikan			✓		
4	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan			✓		
5	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan			✓		
6	Menjelaskan prosedur pemberian obat				✓	
7	Menanyakan ada tidaknya alergi obat				✓	
8*	Melakukan skin test pada pemberian antibiotik				✓	<i>*jangan tanya ini ada enggak?</i>
9	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat				✓	
10	Menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat			✓		<i>→ Diberikan</i>
11	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)				✓	

Lampiran 12

12	Hanya memberikan obat yang disiapkan sendiri					→ Ura kapan obat sudah disiapkan?
Benar Dosis						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)				✓	
2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat				✓	
Benar Waktu						
No	Pertanyaan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter			✓		→ Menanyakan obat apakah dokter sudah berikan? tidak - kan tidak bisa dipotong 30 menit setelah advice
Benar Rute						
1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat				✓	
2	Pemberian per oral : mengecek kemampuan menelan, menunggu pasien sampai minum obatnya				✓	
4	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan			✓		→ fungsinya besar apa pemberiannya qti qpo
5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian				✓	
Benar Pasien						
1	Memanggil identitas pasien minimal 2 (nama dan usia atau nama dan alamat)				✓	
2	Mengecek identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat				✓	
Benar Dokumentasi						
1	Mencatat nama pasien, obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat				✓	
2	Mencantumkan nama/inisial dan paraf				✓	
3	Mencatat keluhan pasien				✓	
4	Mencatat penolakan pasien				✓	
5	Mencatat jumlah cairan yang digunakan untuk melarutkan obat (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)				✓	
6	Melakukan dokumentasi pemberian obat secara langsung setelah memberikan obat				✓	

Lampiran 12

CATATAN :

N^o. 2, 3, 4, 5, 10. 1 (basa wakti), 9 (basa Mo)
diravit belom nyar

Mengetahui,
Penguji Content Validity



Ns. Dody Setiawan, S. Kcp., M.kop

Lampiran 11

**LEMBAR VALIDASI
LEMBAR OBSERVASI GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD KOTA SEMARANG**

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom yang disediakan.

Keterangan :

Skor 1 - Pernyataan tidak valid

Skor 2 - Pernyataan kurang valid

Skor 3 - Pernyataan cukup valid, tetapi perlu direvisi

Skor 4 - Pernyataan valid

Benar Obat						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter				✓	
2	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien				✓	
3	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien				✓	
4	Menjelaskan prosedur pemberian obat pada pasien/keluarga pasien				✓	
5	Menanyakan ada tidaknya alergi obat pada pasien/keluarga pasien				✓	
6 ^a	Melakukan skin test pada pemberian antibiotic pertama kali				✓	
7	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat				✓	
8	Menanyakan keluhan pasien setelah mendapat obat				✓	
9	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)				✓	
10	Hanya memberikan obat yang sudah disiapkan oleh perawat yang akan memberikan obat tersebut				✓	

Lampiran 11

Benar Dosis						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)				✓	
2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat				✓	
Benar Waktu						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter/setelah jadwal pemberian obat				✓	
Benar Rute						
1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat				✓	
2*	Pemberian per oral : memastikan pasien meminum obatnya				✓	
3*	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat lebih dari 5cc pada satu lokasi suntikan				✓	
4	Mengatur posisi pasien sesuai rute pemberian obat				✓	
5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian				✓	
Benar Pasien						
1	Mencocokkan identitas pasien minimal 2 (nama, tanggal lahir, dan nomor RM)				✓	
2	Mengecek identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat				✓	
Benar Dokumentasi						
1	Mencatat nama pasien				✓	
2	Mencatat obat pasien				✓	
3	Mencatat dosis				✓	
4	Mencatat cara/rute pemberian obat				✓	
5	Mencantumkan nama dan paraf pemberi obat				✓	
6	Mencatat keluhan pasien				✓	
7	Mencatat penolakan pasien				✓	
8	Mencatat volume obat yang diberikan (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)				✓	

Lampiran 11

CATATAN :

Ada nilai nol dalam pengantar data,
Responden tidak ada dan tidak selesai.

Mengetahui,
Penguji Content Validity



Ns. Elyani S. Sulistyowati S. Kep, MARS

LEMBAR VALIDASI
LEMBAR OBSERVASI GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD KOTA SEMARANG

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda (✓) pada salah satu kolom yang disediakan.

Keterangan :

Skor 1 = Pernyataan tidak valid

Skor 2 = Pernyataan kurang valid

Skor 3 = Pernyataan cukup valid, tetapi perlu direvisi

Skor 4 = Pernyataan valid

Benar Obat						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter				✓	
2	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien				✓	
3	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien				✓	
4	Menjelaskan prosedur pemberian obat pada pasien/keluarga pasien				✓	
5	Menanyakan ada tidaknya alergi obat pada pasien/keluarga pasien				✓	
6*	Melakukan skin test pada pemberian antibiotic pertama kali				✓	
7	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat				✓	
8	Menanyakan keluhan pasien setelah mendapat obat				✓	
9	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)				✓	
10	Hanya memberikan obat yang sudah disiapkan oleh perawat yang akan memberikan obat tersebut				✓	

Lampiran 12

Benar Dosis						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)				✓	
2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat				✓	
Benar Waktu						
No	Pernyataan	Skor				Keterangan
		1	2	3	4	
1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter/setelah jadwal pemberian obat.				✓	?
Benar Rute						
1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat				✓	
2*	Pemberian per oral : memastikan pasien minum obatnya				✓	
3*	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat lebih dari 5cc pada satu lokasi suntikan				✓	
4	Mengatur posisi pasien sesuai rute pemberian obat				✓	
5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian				✓	
Benar Pasien						
1	Mencocokkan identitas pasien minimal 2 (nama, tanggal lahir, dan nomor RM)				✓	
2	Mengecek identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat				✓	
Benar Dokumentasi						
1	Mencatat nama pasien				✓	
2	Mencatat obat pasien				✓	
3	Mencatat dosis				✓	
4	Mencatat cara/rute pemberian obat				✓	
5	Mencantumkan nama dan paraf pemberi obat				✓	
6	Mencatat keluhan pasien				✓	
7	Mencatat penolakan pasien				✓	
8	Mencatat volume obat yang diberikan (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)				✓	

Lampiran 12

CATATAN :

Boyer adalah → ! → dalam kelas untuk seg

Mengetahui,
Penguji Content Validity

Ns. Dedy Setiawan, S. Kep., M.kep



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
DAN RSUP dr KARIADI SEMARANG
Sekretariat : Kantor Dekanat FK Undip Lt.3
Jl. Dr. Soetomo 18. Semarang
Telp/Fax. 024-8318350



ETHICAL CLEARANCE
No. 58/EC/FK-RSDK/II/2017

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro RSUP, Dr. Kariadi Semarang, setelah membaca dan menelaah Usulan Penelitian dengan judul :

**GAMBARAN PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD KOTA SEMARANG**

Peneliti Utama : **Glory Ananta Solagracia**
Pembimbing : Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN
Penelitian : Dilaksanakan di RSUD Kota Semarang

Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki 1975, yang diamended di Seoul 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI 2011

Penelitian harus melampirkan 2 kopi lembar Informed Consent yang telah disetujui dan ditanda tangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan :

- Laporan kemajuan penelitian (clinical trial)
- Laporan kejadian efek samping jika ada
- ✓ - Laporan ke KEPK jika penelitian sudah selesai & dilampiri Abstrak Penelitian

Semarang, 14 FEB 2017



Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Fakultas Kedokteran Undip-RS. Dr. Kariadi

Prof. Dr. dr. Suprihati, M.Sc, Sp.THT-KL(K)
NIP. 19500621 197703 2 001

Lampiran 14

Lembar Observasi

A. Identitas pemberi obat

1. Pekerjaan pemberi obat :
2. Jenis kelamin pemberi obat :

B. Identitas pasien

1. Tingkat Kegawatan Pasien :
2. Umur pasien :

C. Prinsip 6 benar

Berikan tanda *checklist* (✓) pada salah satu jawaban yang sesuai dengan yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan prinsip 6 benar.

Keterangan :

Ya

Tidak

*Diisi sesuai kondisi pasien

No.	Prinsip 6 Benar		Dilakukan	
	Benar Obat		Ya	Tidak
1.	1.1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter		
	1.2	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien		
	1.3	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien		
	1.4	Menjelaskan prosedur pemberian obat pada pasien/keluarga pasien		
	1.5	Menanyakan ada tidaknya alergi obat pada pasien/keluarga pasien		
	1.6*	Melakukan skin test pada pemberian antibiotic pertama kali		
	1.7	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat		
	1.8	Menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat		
	1.9	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)		
	1.10	Hanya memberikan obat yang sudah disiapkan oleh perawat yang akan memberikan obat tersebut		
2.	Benar Dosis			
	2.1	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)		
	2.2	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat		

Lampiran 14

3	Benar Waktu			
	3.1	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter/setelah jadwal pemberian obat		
4	Benar Rute			
	4.1	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat		
	4.2*	Pemberian per oral : memastikan pasien meminum obatnya		
	4.3*	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan		
	4.4	Mengatur posisi pasien sesuai rute pemberian obat		
	4.5	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian		
5.	Benar Pasien			
	5.1	Mencocokkan identitas pasien minimal 2 (nama, tanggal lahir, dan nomor RM)		
	5.2	Mencocokkan identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat		
6.	Benar Dokumentasi			
	6.1	Mencatat nama pasien		
	6.2	Mencatat obat pasien		
	6.3	Mencatat dosis		
	6.4	Mencatat cara/rute pemberian		
	6.5	Mencatat waktu pemberian obat		
	6.6	Mencantumkan nama dan paraf pemberi obat		
	6.7	Mencatat keluhan pasien		
	6.8	Mencatat penolakan pasien		
	6.9*	Mencatat volume obat yang diberikan (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)		

Lampiran 15

Perhitungan CVR dan CVI

No.	Pertanyaan	Expert 1	Expert 2	Expert 3	na	N	CVR
1	Mengecek program terapi pengobatan dari dokter	4	4	4	3	3	1
2	Memberikan informasi tentang manfaat obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien	4	4	4	3	3	1
3	Memberikan informasi tentang efek samping obat yang diberikan pada pasien/keluarga pasien	4	4	4	3	3	1
4	Menjelaskan prosedur pemberian obat pada pasien/keluarga pasien	4	4	4	3	3	1
5	Menanyakan ada tidaknya alergi obat pada pasien/keluarga pasien	4	4	4	3	3	1
6	Melakukan skin test pada pemberian antibiotic pertama kali *	4	4	4	3	3	1
7	Menanyakan keluhan pasien sebelum memberikan obat	4	4	4	3	3	1
8	Menanyakan keluhan pasien setelah memberikan obat	4	4	4	3	3	1
9	Mengecek label obat 3 kali (saat melihat kemasan, sebelum menuangkan, setelah menuangkan obat)	4	4	4	3	3	1
10	Hanya memberikan obat yang sudah disiapkan oleh perawat yang akan memberikan obat tersebut	3	4	4	3	3	1
11	Mengecek hasil hitungan dosis dengan perawat lain (<i>double check</i>)	4	4	4	3	3	1
12	Mencampur / mengoplos obat sesuai petunjuk pada label/kemasan obat	4	4	4	3	3	1
13	Memberikan obat dalam rentang 30 menit setelah advice dokter/setelah jadwal pemberian obat	4	4	4	3	3	1
14	Mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat	4	4	4	3	3	1
15	Pemberian per oral : memastikan pasien meminum obatnya	4	4	4	3	3	1
16	Pemberian melalui intramuscular : tidak memberikan obat >5cc pada satu lokasi suntikan *	4	4	4	3	3	1
17	Mengatur posisi pasien sesuai rute pemberian obat	4	4	4	3	3	1
18	Memberikan obat dengan tepat sesuai rute pemberian	4	4	4	3	3	1
19	Mencocokkan identitas pasien minimal 2 (nama, tanggal lahir, dan nomor RM)	3	4	4	3	3	1
20	Mencocokkan identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat	4	4	4	3	3	1

Lampiran 15

21	Mencocokkan identitas pasien pada gelang pasien yang akan diberikan obat	4	4	4	3	3	1
22	Mencatat obat pasien	4	4	4	3	3	1
23	Mencatat dosis	4	4	4	3	3	1
24	Mencatat cara/rute pemberian	4	4	4	3	3	1
25	Mencatat waktu pemberian obat	4	4	4	3	3	1
26	Mencantumkan nama dan paraf pemberi obat	4	4	4	3	3	1
27	Mencatat keluhan pasien	4	4	4	3	3	1
28	Mencatat penolakan pasien	4	4	4	3	3	1
29	Mencatat volume obat yang diberikan (pada pasien yang memerlukan pembatasan cairan)	4	4	4	3	3	1
Total							29

$$CVR = \frac{(n_a) - \left(\frac{N}{2}\right)}{\left(\frac{N}{2}\right)}$$

$$CVR = \frac{(3) - \left(\frac{3}{2}\right)}{\left(\frac{3}{2}\right)}$$

$$CVR = \frac{(3) - (1,5)}{(1,5)}$$

$$CVR = \frac{1,5}{1,5}$$

$$CVR = 1$$

$$CVI = \frac{CVR}{\text{Jumlah Pernyataan}}$$

$$CVI = \frac{29}{29}$$

$$CVI = 1$$

Hasil perhitungan CVR dan CVI dinyatakan dalam bentuk rasio dari 0-1 yang dikategorikan menjadi:

0 - 0,33 = tidak sesuai

0,34 - 0,67 = sesuai

0,68 - 1 = sangat sesuai

Lampiran 16

```

CROSSTABS
  /TABLES=Juri_1 BY Juri_3
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=KAPPA
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN
  /COUNT ROUND CELL.
  
```

Crosstabs

Notes

Output Created		12-Apr-2017 20:14:52
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	29
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Juri_1 BY Juri_3 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=KAPPA /CELLS=COUNT ROW COLUMN /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00.031
	Elapsed Time	00:00:00.008
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet2]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Juri1 * Juri3	29	100.0%	0	.0%	29	100.0%

Lampiran 16

Juri1 * juri3 Crosstabulation

			juri3			Total
			Tidak ada	tidak dilakukan	dilakukan	
juri1	tidak ada	Count	2	0	0	2
		% within juri1	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within juri3	100.0%	.0%	.0%	6.9%
	tidak dilakukan	Count	0	1	0	1
		% within juri1	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within juri3	.0%	50.0%	0%	3.4%
	dilakukan	Count	0	1	25	26
		% within juri1	0%	3.3%	96.2%	100.0%
		% within juri3	.0%	50.0%	100.0%	89.7%
Total	Count	2	2	25	29	
	% within juri1	6.9%	6.9%	86.2%	100.0%	
	% within juri3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Symmetric Measures

		Value ^a	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.843	.152	5.534	.000
N of Valid Cases		29			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

```
CROSSTABS
  /TABLE=Juri1 BY Juri2
  /FORMAT=TABLE *BARS
  /STATISTICS=KAPPA
  /CELLS=COUNT ROW COLUMN
```

* /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Notes

Output Created	12-Apr-2017 20:15:35	
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>

Lampiran 16

	% within jur12	.0%	66.7%	100.0%	88.7%
Total	Count	2	8	24	29
	% within jur1	6.9%	10.3%	82.5%	100.0%
	% within jur2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	.724	.182	5.372	.000
N of Valid Cases	29			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

CROSSTABS

```

/TABLES=Jur1_2 BY Jur1_3
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=KAPPA
/CELLS=COUNT ROW COLUMN

/CONT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Notes

Output Created		12-Apr-2017 20:18:20
Comments		
Input	Active Database:	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	29
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Jur_2 BY .Jur1_3 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=KAPPA /CELLS=COUNT ROW COLUMN /CONT ROUND CELL.

Lampiran 16

Resources	Processor Time	00:00:00.031
	Elapsed Time	00:00:00.011
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet1]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
juri2 * juri3	29	100.0%	0	.0%	29	100.0%

Juri2 * Juri3 Crosstabulation

			Juri3			Total
			Tidak ada	tidak dilakukan	dilakukan	
juri2	Tidak ada	Count	2	0	0	2
		% within juri2	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within juri3	100.0%	0%	.0%	6.9%
	tidak dilakukan	Count	0	2	1	3
		% within juri2	0%	66.7%	33.3%	100.0%
		% within juri3	.0%	100.0%	4.0%	10.3%
	dilakukan	Count	0	0	24	24
		% within juri2	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% within juri3	0%	.0%	96.0%	82.8%
Total	Count	2	2	25	29	
		% within juri2	6.9%	6.9%	86.2%	100.0%
		% within juri3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.674	.123	6.161	.00
N of Valid Cases		29			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Lampiran 17

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total skor	352	100.0%	0	0%	352	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Total skor	Mean	40.59	.257
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	40.08	
	Upper Bound	41.09	
	5% Trimmed Mean	40.63	
	Median	43.00	
	Variance	23.172	
	Std. Deviation	4.814	
	Minimum	31	
	Maximum	50	
	Range	19	
	Interquartile Range	9	
	Skewness	-.492	.130
	Kurtosis	-1.184	.259

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total skor	.198	352	.000	.890	352	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 18**JADWAL KONSULTASI**

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Dosen	Keterangan
1	17/11/2015	Matriks penelitian	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Penentuan judul, jadwal skripsi
2	20/1/2015	Matriks penelitian	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Jurnal terkait topik
3	13/4/2016	BAB I	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Latar belakang, jurnal
4	16/5/2016	BAB I	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Latar belakang, tujuan, manfaat
5	10/6/2016	BAB I	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Latar belakang, tujuan, manfaat, rumusan masalah
11	24/6/2016	BAB I- II	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Penulisan, Prinsip enam benar, <i>Medication Error</i> , kerangka teori
12	03/8/2016	BAB I-III	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Studi pendahuluan, kerangka teori, populasi dan sampel, skoring, definisi operasional, analisa data
13	13/10/2016	BAB I-III	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Studi pendahuluan, definisi operasional, skoring, validitas reliabilitas, Analisa data

14	20/10/2016	BAB I-III	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Studi pendahuluan, definisi operasional,
15	04/11/2016	BAB III	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Teknik sampling, Hasil Ukur Pemberian Obat
16	17/11/2016	BAB I-III	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Latar belakang, teknik sampling, kriteria inklusi dan eksklusi
17	18/4/2017	Uji Validitas	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Uji validitas
18	25/4/2017	Uji Validitas	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Uji Validitas
18	30/5/2017	BAB IV	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Uji Normalitas, tabel hasil penelitian
19	12/6/2017	BAB IV-V	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Pembahasan, Hasil Penelitian
20	16/6/2017	BAB I-VI	Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN	Abstrak, Kesimpulan dan Saran