

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesalahan medikasi atau biasa disebut *medication error* adalah satu dari banyak masalah keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit. Surji (2018) mengemukakan bahwa *medication error* adalah masalah paling umum dalam keselamatan sehingga diperlukan pengiriman obat kepada pasien dengan cara yang tidak berbahaya. *Global Patient Safety Challenge* yang ketiga pada Keselamatan Pengobatan mengajak seluruh dunia untuk membangun komitmen dan gerakan untuk mengurangi bahaya keparahan yang dapat dihindari terkait obat sebesar 50% dalam lima tahun ke depan, khususnya dengan mengatasi kerusakan akibat kesalahan atau praktik yang tidak aman karena kelemahan dalam sistem kesehatan (WHO, 2019).

Meskipun menurut *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing* (NCCMERP), *medication error* adalah peristiwa yang dapat dicegah, namun masih menjadi periteman di berbagai belahan dunia. Sebuah studi peninjauan yang dilakukan oleh Klopotoska *et al.* (2010) catatan retrospektif di 21 rumah sakit di Belanda menunjukkan bahwa dari insiden nasional, lebih dari 15% dari semua efek samping terkait dengan pengobatan, yang 21,2% dianggap dapat dicegah. Menurut Sassoli dan Day (2017), perkiraan sekitar 2-3% dari semua pasien yang masuk di rumah sakit Australia terkait kesalahan pengobatan, yang sebagian besar disebabkan oleh suatu sistem daripada kegagalan tenaga profesional kesehatan. Disampaikan oleh Waaseth *et al.* (2019), bahwa selama tahun 2017,

sebanyak 10.126 insiden dilaporkan di Norwegia. 1.676 insiden diantaranya adalah mengenai manajemen obat-obatan, di antaranya mengakibatkan kematian.

Di Indonesia sendiri telah dilakukan penelitian oleh Purba, Soleha and Sari (2012) yang hasilnya mengungkapkan bahwa pada umumnya jumlah kejadian kesalahan pelayanan obat di RS dan di Apotek sama. Kesalahan yang terjadi antara lain kesalahan mengenai persepan, peracikan, dan penyerahan obat Selain itu, Bayang dan Pasinringi (2013) menganalisis kajian resep Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Anwar Makkatutu Bantaeng Sulawesi Selatan tahun 2012, menunjukkan bahwa resep yang berpotensi menyebabkan terjadinya *medication error* karena resep tidak lengkap yaitu sebesar 36,75%. Insiden *medication error* yang dilaporkan di RSUD Anwar Makkatutu Bantaeng yaitu dari 16 kasus pada tahun 2011 dan meningkat menjadi 21 kasus pada tahun 2012.

Kasus *medication error* lainnya masih ditemui di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya pada penelitian Budihardjo (2017) menunjukkan bahwa sebanyak 13 kejadian *medication error* ditemukan di instalasi rawat Inap terbanyak daripada instalasi lainnya RSU Haji Surabaya pada tahun 2014-2015. Hal ini menandakan bahwa masalah *medication error* masih terjadi di banyak rumah Sakit di Indonesia. Padahal dalam Kepmenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 telah ditetapkan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimana insiden *medication error* tidak boleh terjadi (100%).

Berdasarkan wawancara dengan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien belum ada penelitian terkait keselamatan pasien di Rumah Sakit 'X' Tuban. Pengamatan tentang keselamatan pasien dilakukan bersama mutu rumah sakit

dalam bentuk Laporan Monitoring dan Evaluasi Analisa Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Triwulan. Berikut adalah gambaran insiden keselamatan ditinjau dari jenis insiden yang pernah terjadi pada tahun 2018-2019.

Tabel 1.1 Jumlah Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit 'X' Tuban Per Triwulan Tahun 2018-2019

Jenis Insiden	IKP Triwulan 2018 N(%)		IKP Triwulan 2019 N(%)				Total N (%)
	3	4	1	2	3	4	
Salah Identitas Pasien	0(0)	0(0)	1(3,2)	0(0)	2(6,5)	0(0)	3(9,7)
Pasien Jatuh	0(0)	1(3,2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(3,2)	2(6,5)
Salah diagnosa pre dan post operasi	0(0)	0(0)	0(0)	1(3,2)	0(0)	1(3,2)	2(6,5)
Salah Hasil Lab	3(9,7)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(9,7)
Salah observasi	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(3,2)	1(3,2)	2(6,5)
Salah Medikasi	0(0)	7(22,6)	1(3,2)	7(22,6)	1(3,2)	1(3,2)	17(54,8)
Administrasi	0(0)	2(6,5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(6,5)
Total N(%)	3(9,7)	10(32,3)	2(6,5)	8(25,8)	4(12,9)	4(12,9)	31(100)
	13(41,9)		18(58,1)				

Sumber: Laporan Analisa PMKP Triwulan RS 'X' Tuban Tahun 2018-2019 dan diolah oleh peneliti

Pada Tabel 1.1 menunjukkan bahwa terlihat bahwa salah medikasi (*medication error*) memiliki jumlah kasus terbanyak baik pada tahun 2018 dan tahun 2019. *Medication error* memiliki kasus terbanyak yaitu 7 kasus pada tahun 2018 dan 9 kasus pada tahun 2019. Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memaparkan bahwa *medication error* sering terjadi di Instalasi Farmasi. Hal ini menjadikan *medication error* sebagai jenis insiden keselamatan pasien yang paling banyak terjadi yaitu 54,8% dari total keseluruhan jenis insiden tahun 2018-2019. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas Unit Farmasi RS 'X' Tuban, kasus yang paling sering terjadi adalah kesalahan penyerahan obat. Untuk

mengetahui jenis IKP, peringkat resiko, penyebab dan kategori proses penyaluran obat dari insiden *medication error* dapat dilihat di tabel berikut ini.

Tabel 1.2 Rincian Insiden *Medication Error* Rumah Sakit ‘X’ Tuban Tahun 2018-2019

No	Tanggal	Jenis IKP	Peringkat Resiko	Penyebab	Kategori Proses Penyaluran Obat
1.	10/10/18	KTC	Biru	(tidak ada data pendukung)	
2.	11/10/18	KTC	Hijau		
3.	06/11/18	KNC	Biru		
4.	06/11/18	KNC	Biru		
5.	09/11/18	KNC	Hijau		
6.	09/11/18	KNC	Hijau		
7.	14/11/18	KTC	Hijau		
8.	19/2/2019	KTD	Hijau	Nama yang tertulis dalam resep tidak lengkap	Peresepan
9.	1/4/2019	KTC	Biru	Kesalahan membaca resep	Penyalinan
10.	2/4/2019	KNC	Biru	Petugas tidak memverifikasi nomor antrian pasien	Administrasi
11.	10/4/2019	KNC	Biru	Petugas tidak memverifikasi nomor antrian pasien	Administrasi
12.	16/4/2019	KNC	Biru	Petugas tidak memverifikasi nomor antrian pasien	Administrasi
13.	24/4/2019	KTD	Kuning	Perawat salah meminta obat dan permintaan tanpa resep dokter	Administrasi
14.	26/4/2019	KNC	Biru	Kesalahan membaca resep	Penyalinan
15.	14/5/2019	KTC	Hijau	Dokter salah menulis resep	Peresepan
16.	18/7/2019	KNC	Biru	Kesalahan penulisan nama pasien di etiket obat	Administrasi
17	10/9/2019	KNC	Biru	Kesalahan membaca resep obat	Penyalinan

Sumber: Laporan Analisa PMKP RS ‘X’ Tuban Tahun 2018-2019 dan diolah oleh peneliti

Dari Tabel 1.2 menunjukkan bahwa insiden *medication error* paling banyak adalah jenis Kejadian Nyaris Cidera (KNC), dalam peringkat resiko warna biru, penyebabnya berupa petugas tidak memverifikasi nomor antrian pasien, dengan kategori proses penyaluran obat yaitu tahap administrasi (*Administration*).

Medication error dikelompokkan dalam tahap urutan proses pasien mendapat obat, seperti meresepkan (*prescription*), menyalin (*transcription*), membagikan (*dispensing*), administrasi (*administration*) atau pemantauan (*monitoring*) (WHO, 2016). Kemudian Ferner and Aronson (2006) mengemukakan bahwa pengelompokkan antara lain berdasarkan kesalahan (berdasarkan pengetahuan dan berdasarkan aturan), keterampilan (berdasarkan tindakan seperti ketidaksengajaan dan kesalahan secara teknis serta berdasarkan memori seperti lupa ingatan).

Menurut Hastuti, Nursalam dan Triharini (2017), berdasarkan *knowledge management* yang terdiri dari faktor individu, organisasi, dan karakteristik pekerjaan berperan dalam *medication error*. Faktor individu yang mempengaruhi antara lain demografi, tingkat pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan, dan psikologi (persepsi, motivasi, sikap, dan kemauan untuk belajar). Sedangkan faktor organisasi yang mempengaruhi antara lain komitmen organisasi, kepemimpinan, struktur, dan budaya organisasi. Faktor karakteristik pekerjaan yang mempengaruhi yaitu kinerja objektif dan umpan balik.

Medication error adalah kejadian yang seharusnya dapat dicegah (Samaranayake and Cheung, 2013). Segala usaha untuk menghindari *medication error* adalah *medication safety* (pengobatan yang aman). *Medication safety* dianggap menjadi kontributor penting untuk mengurangi kesakitan dan biaya pelayanan kesehatan (Acheampong, Anto and Koffuor, 2014). Namun,

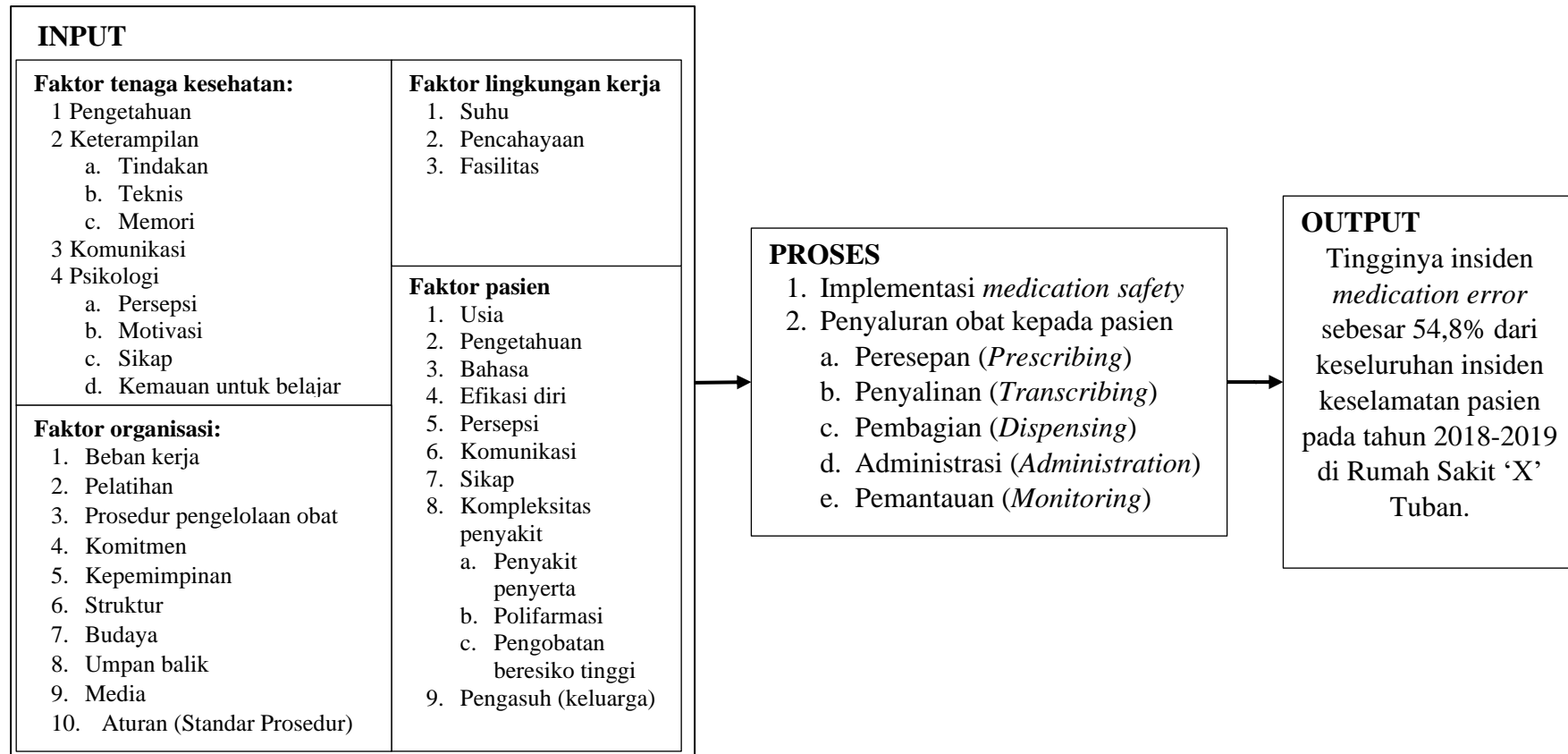
pengetahuan terkait *medication safety* masih kurang seperti pada petugas farmasi di rumah sakit di Lebanon (Hallit *et al.*, 2019). Di sisi lain, perawat menghabiskan 40% waktu mereka untuk menyalurkan obat, sehingga mereka memiliki tanggung jawab dalam kesalahan setiap implementasi kerjanya termasuk mengajarkan pasien tentang obat yang telah diresepkan (Agyemang and While, 2010). Oleh sebab itu, pasien sangat bergantung pada pengetahuan, kemampuan dan keahlian tenaga kesehatan, maka upaya *medication safety* dari tenaga kesehatan yang berasal dari banyak disiplin ilmu (Khowaja *et al.*, 2008) diharapkan dapat berkolaborasi dan lebih proaktif (Rixon *et al.*, 2015).

Schwappach dan Wernli (2010) berpendapat bahwa secara teori, dengan memberikan semua informasi aturan dalam mengkonsumsi obat akan memungkinkan pasien untuk mencegah kesalahan pengeluaran obat. Selain itu, pasien dapat mencegah kesalahan dari segi administrasi dengan cara memverifikasi identitas mereka sendiri, mengkonfirmasi nama obat, dan memastikan dosis yang tepat, bentuk obat, rute dan waktu pemberian, dan mereka dapat melapor jika mengamati atau mengalami sesuatu yang melanggar aturan. WHO (2016) mengemukakan bukti bahwa kurangnya pendidikan manajemen pengobatan kepada pasien bisa jadi wilayah penelitian untuk lebih didalami.

Berdasarkan uraian data masalah dapat disimpulkan bahwa masalah yang diangkat adalah tingginya insiden terkait *medication error* yaitu sebesar 54,8% dari keseluruhan insiden keselamatan pasien pada tahun 2018-2019 di Rumah Sakit 'X' Tuban.

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah

Berikut adalah beberapa kemungkinan penyebab terjadinya *medication error*.



Gambar 1.1 Bagan Identifikasi Penyebab Masalah

Berdasarkan Gambar 1.1, kemungkinan penyebab *medication error* menjadi jenis insiden keselamatan pasien tertinggi di RS 'X' Tuban adalah sebagai berikut:

a. INPUT

1) Faktor tenaga kesehatan, yaitu semua faktor yang disebabkan oleh perilaku tenaga kesehatan kesehatan yang terlibat dalam upaya penyampaian obat kepada pasien.

1. Pengetahuan

Kebanyakan *error* yang terjadi saat tahap dokter meresepkan obat seringkali dikarenakan kurangnya pengetahuan dari obat atau kurangnya informasi pasien (McDowell, Ferner and Ferner, 2009). Hal ini bisa juga terjadi pada perawat tidak mempunyai pengetahuan yang memadai terkait farmakologi menjadi salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya *medication error* (Ghodousi, Shahrokhi and Ebrahimpour, 2013).

2. Keterampilan

Pada kesalahan peresepan, jenis kesalahan yang terjadi umumnya adalah kesalahan dosis dan kesalahan penulisan angka desimal, dosis obat injeksi yang tidak sesuai dengan kekuatan sediaan, tulisan resep yang tidak terbaca, aturan pakai yang tidak ada, dan resep yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan penulisan resep akan membahayakan pasien dan membuka peluang timbulnya penyalahgunaan resep khususnya yang mengandung obat-obat narkotika dan psikotropika. Pada jenis kesalahan pembagian yang terjadi adalah kesalahan konten yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat, *labeling error* yaitu kesalahan penulisan aturan pakai.

a. Tindakan

Kesalahan berbasis tindakan disebut ketidaksengajaan, misalnya, mengambil botol yang mengandung diazepam dari rak apotek ketika berniat mengambil yang berisi diltiazem bisa juga untuk obat-obat yang memiliki nama yang serupa lainnya.

b. Teknis

Kesalahan teknis yang kemungkinan terjadi diantaranya penggunaan alat pengukuran tekanan darah yang tidak benar atau lalai dalam mematikan setelan intravena pada pengobatan *post-infusion*.

c. Memori

Memori berkaitan dengan kapasitas ingatan dari tenaga kesehatan kesehatan pada masalah pasien atau ketentuan mendasari lainnya. Contohnya seperti pada kasus pasien sudah diketahui memiliki alergi obat penisilin, namun ternyata dokternya lupa dan tetap meresepkan obat penisilin untuk pasien yang alergi terhadap penisilin.

3. Komunikasi

Hal yang dapat menyebabkan *medication error* adalah miskomunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan farmasi dapat berupa penulisan resep yang tidak jelas, nama obat yang mirip, aturan pakai yang tidak jelas, pemberian obat pada pasien dengan rute dan teknik pemberian yang tidak tepat. Selain itu, komunikasi perawat kepada pasien menggambarkan bagaimana perawat tersebut memberikan informasi mengenai efek samping obat, jadwal pemberian obat, cara pemberian obat, memastikan pemahaman informasi,

dan memberikan jawaban atas semua pertanyaan pasien seputar obat-obatan yang akan ia terima.

4. Psikologi

Faktor psikologis meliputi persepsi, motivasi, sikap dan kemauan untuk belajar.

a. Persepsi

Persepsi dalam hal ini adalah anggapan atau pandangan terhadap risiko yang dapat terjadi akibat *medication error*.

b. Motivasi

Motivasi kerja dapat menurun dikarenakan beban kerja yang berlebihan. Motivasi yang menurun dapat membuat perawat untuk menghantarkan obat kepada pasien bisa terhambat.

c. Sikap

Sikap membuat perawat lebih bertanggung jawab atas tindakan mereka. Sikap yang proaktif terhadap *medication safety* dianggap sebagai kerja preventif untuk mengembangkan tindakan dalam mencegah terjadinya *medication error* (Vilela and Jericó, 2015).

d. Kemauan untuk belajar

Kesediaan yang tinggi untuk belajar membuat perawat lebih bertanggung jawab atas tindakan mereka. Maka dari itu, butuh peran aktif organisasi rumah sakit sebagai media untuk memberikan informasi dan pengetahuan bagi perawat.

2) Faktor pasien, yaitu faktor penerima layanan kesehatan dari tenaga kesehatan kesehatan.

1. Usia

Pasien lanjut usia yang dirawat di rumah terbukti memiliki risiko masalah pengobatan atau masalah saat minum obat yang seharusnya tidak dikonsumsi untuk orang lanjut usia. Pasien anak juga lebih banyak melibatkan orang tuanya untuk pengobatan.

2. Pengetahuan

Pasien dapat diberi semua informasi aturan dalam mengkonsumsi obat akan memungkinkan pasien untuk mencegah kesalahan pengeluaran obat dan kesalahan administrasi dengan memverifikasi identitas mereka sendiri. Misalnya dengan mengkonfirmasi nama obat, memastikan dosis yang tepat, bentuk obat, rute, waktu pemberian, dan dapat menyampaikan bahwa mereka mengamati atau mengalami sesuatu yang melanggar aturan.

3. Bahasa

Cara lain untuk menghindari *medication error* adalah memastikan bahasa yang digunakan untuk berkomunikasi dengan pasien adalah dengan bahasa yang tepat, sederhana dan jelas (Shitu *et al.*, 2018)

4. Efikasi diri

Seseorang yang memiliki efikasi diri tinggi dan merasa terlibat dari aksi, 50% akan lebih berperan mencegah *medication error* (Schwappach dan Wernli, 2010).

5. Persepsi

Persepsi risiko dan kekhawatiran terhadap kesalahan termasuk dalam tindakan pencegahan spesifik yang dapat meningkatkan partisipasi dalam pencegahan kesalahan.

6. Komunikasi

Pasien membutuhkan informasi untuk membantu mereka membuat langkah yang benar dan membedakan antara kesalahan, efek samping, tindakan pengobatan normal, dan gejala yang mengikuti sebuah kondisi jika ada.

7. Sikap

Sikap pasien saat mengonsumsi obat dipengaruhi oleh kesenjangan pandangan masyarakat mengenai keamanan obat yang akhirnya dapat berpengaruh pada keselamatan mereka.

8. Kompleksitas penyakit

Kompleksitas penyakit dibagi menjadi tiga bagian yaitu penyakit penyerta, polifarmasi, dan pengobatan resiko tinggi. Kekompleksan penyakit menjadi ruang lingkup *Global Patient Safety Challenge* yang Ketiga tentang Keselamatan Pengobatan yang diselaraskan dengan konteks Australia (Donaldson *et al.*, 2017):

a. Penyakit Penyerta

Pasien dengan kebutuhan perawatan yang kompleks dan kronis ketika dirujuk dari satu tempat perawatan ke tempat perawatan lain berpeluang potensi kesalahan, kekeliruan, kesalahpahaman dan, seringkali, tidak

adanya informasi penting yang harus diterima dari rumah sakit ke pengasuh/penerima.

b. Polifarmasi

Definisi polifarmasi adalah penggunaan lima atau lebih obat pada saat yang sama, termasuk resep, obat bebas dan obat pelengkap.

c. Pengobatan beresiko tinggi

Obat-obatan berisiko tinggi dikaitkan dengan bahaya atau kematian pasien yang signifikan jika mereka disalahgunakan atau digunakan dalam kesalahan.

9. Pengasuh pasien (keluarga)

Pada perawatan pediatri rawat jalan, peran orang tua berisiko tinggi terhadap kesalahan takaran cangkir obat. Orang tua juga dituntut untuk memiliki pengetahuan tentang kesehatan serta kemampuan untuk mengukur secara akurat dalam menggunakan gelas takar obat (Yin *et al.*, 2010). Umumnya, pengasuh tidak memberitahukan informasi yang mereka anggap negatif pada pasien seperti contohnya keparahan, implikasi penyakit, dan sumber penyakit (Ushie *et al.*, 2013).

3) Faktor organisasi, yaitu wadah kesatuan struktural yang menaungi tenaga kesehatan kesehatan beserta jajaran unit kerja lainnya.

1. Beban kerja

Jumlah pasien pada waktu-waktu tertentu sangat banyak, sehingga mengakibatkan beban kerja tenaga kesehatan yang berlebihan. Mobilitas tenaga kesehatan yang tinggi merupakan faktor kesibukan kerja yang juga mempengaruhi proses medikasi kepada pasien.

2. Pelatihan

Tenaga kesehatan farmasi klinik sangat penting untuk memastikan penggunaan obat yang aman dan sistem yang ada. Tenaga kesehatan farmasi klinis juga sering menempati instalasi farmasi sehingga mereka berada di posisi yang tepat untuk mengenali kebutuhan pelatihan khusus untuk dapat di rencanakan.

3. Prosedur pengelolaan obat

Pengelolaan obat secara tidak langsung berpengaruh terhadap proses pemberian obat kepada pasien. Adanya kekosongan obat dapat menjadi faktor penyebab lambatnya obat diberikan kepada pasien, Selain itu, pengelolaan obat berkaitan dengan penyimpanan obat LASA yang berdekatan, dan tidak ada keterangan bentuk sediaan obat.

4. Komitmen

Komitmen organisasi berkaitan dengan kesesuaian visi dan misi rumah sakit. Komitmen organisasi juga berperan dalam manajemen penghargaan dan hukuman berdasarkan kinerja serta pelatihan dan pengembangan bagi anggotanya.

5. Kepemimpinan

Model kepemimpinan berkontribusi besar pada kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman untuk pencegahan *medication error*.

6. Struktur

Struktur dalam organisasi berkaitan dengan optimalnya implementasi rantai komando dan jalur koordinasi antar masing-masing unit kerja, baik

pada unit pelaksana medis, non medis, administrasi dan manajemen organisasi.

7. Budaya

Organisasi pelayanan kesehatan dapat menciptakan budaya pelaporan *medication error* dengan berpindah dari budaya yang menyalahkan tanggung jawab individual menuju ke budaya yang menyalahkan kesalahan sistem.

8. Umpan Balik

Umpan balik tidak hanya membantu staf untuk menilai kinerja mereka sendiri tetapi juga berfungsi sebagai platform untuk berbagi dan bertukar informasi tentang *medication error* dari unit maupun ke seluruh organisasi. Sistem umpan balik yang efektif harus mempertimbangkan informasi yang bermakna dan tepat waktu untuk merangsang peningkatan kualitas berkelanjutan yang dapat meningkatkan kesadaran dan tetap melaporkan insiden (Samsiah *et al.* 2016).

9. Media

Sebuah studi yang disampaikan oleh Britten (2009) mengungkapkan bahwa media informasi seperti leaflet dapat mengurangi *medication error* pada pasien.

10. Aturan

Sistem penatalaksanaan beserta prosedurnya yang bermuara pada pengelolaan medik secara terpadu bagi pasien dimaksudkan untuk menjamin konsistensi dan keseragaman prosedur bagi setiap tenaga kesehatan kesehatan dalam melakukan upaya medik, sehingga walaupun

tetap terjadi *error*, maka harus ditelusuri kembali apakah standard yang ditetapkan adekuat (Dwiprahasto, no date).

Sebagai upaya untuk mencegah *medciation error* RS ‘X’ Tuban mengeluarkan beberapa produser seperti prosedur Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE); prosedur Obat Rekonsiliasi; prosedur Peresepan; prosedur Skrining Resep; prosedur *Double Check* Obat dengan Kewaspadaan Tinggi (*High Alert Drugs*); prosedur Pelaporan ESO; prosedur Identifikasi dan Pelaporan Kesalahan Pemberian Obat dan KNC; prosedur Bila Terjadi Interaksi Obat; prosedur Pemantauan Terapi Obat (PTO); dan prosedur Pemberian Informasi Tentang Efek Samping Obat atau Efek yang Tidak Diinginkan. Namun, untuk prosedur khusus *Medication Safety* masih belum ada.

4) Faktor lingkungan kerja, yaitu faktor yang ada di luar kendali tenaga kesehatan dan organisasi

1. Suhu area kerja

Peningkatan suhu dapat menghasilkan kenaikan prestasi kerja, namun disisi lain dapat pula menurunkan prestasi kerja. Kenaikan suhu pada batas tertentu dapat menimbulkan semangat yang akan merangsang prestasi kerja, tetapi setelah melewati ambang batas tertentu kenaikan suhu ini sudah mulai mengganggu suhu tubuh yang dapat mengakibatkan terganggunya prestasi kerja (Angkow, L. G., Citraningtyas, G. and Wiyono, W. I., 2019).

2. Pencahayaan

Faktor pencahayaan merupakan salah satu faktor lingkungan kerja yang termasuk kelompok faktor resiko, jika intensitas pencahayaan tidak memadai maka dapat menyebabkan produktivitas tenaga kerja menurun.

3. Fasilitas

Fasilitas berkaitan dengan ketersediaan ruangan dan jarak unit farmasi ke kamar pasien. Area *dispensing* harus didesain dengan tepat untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan. Dengan tidak adanya ruangan penyiapan obat/racikan kesalahan pada saat *dispensing* dapat terjadi. Jarak yang ditempuh tenaga kesehatan dalam pemberian obat dengan banyaknya obat yang harus dikirim ke ruang perawatan pasien akan berpengaruh dengan ketepatan waktu pemberian obat.

b. PROSES

1) Implementasi *medication safety*

Medication error menjadi masalah yang berkelanjutan bagi perawat karena keterlibatan dalam implementasi *medication safety* seperti penyaluran obat dengan 5 Hak Benar Pasien, memantau keefektifan perawatan, melaporkan kejadian yang tidak diharapkan serta mengajarkan pasien tentang pengobatan (Agyemang and While, 2010).

2) Penyaluran Obat

Penyebab kasus *medication error* disebabkan oleh unsur proses penyaluran obat menurut Souza (2018) yaitu.

a. Peresepan

Kesalahan saat peresepan diantaranya salah obat, salah pasien, salah rute adminitrasi, salah dosis, resep yang tidak lengkap, obat terkontraindikasi, dan tidak menyebutkan informasi mendasar seperti nama pasien, nomor rekam medis, nama dokter, alamat, paraf dokter, umur, dan berat badan.

b. Penyalinan

Kesalahan saat penyalinan yaitu membagikan obat yang salah dan tidak memberikan informasi yang presisi dengan peresepan.

c. Pembagian

Kesalahan saat pembagian diantaranya persiapan obat yang salah pada infus, ketidaktepatan penyimpanan obat, dan pengobatan dengan bentuk dan ukuran yang hampir sama.

d. Administrasi

Kesalahan saat administrasi diantaranya adalah peresepan obat yang jarang diresepkan, salah waktu, salah obat, salah dosis, salah alur administrasi, salah pasien, tidak ada obat/pompa infus yang terdaftar, dan tidak ada tanda tangan setelah proses administrasi.

e. Pemantauan (umum)

Kesalahan umum dalam pemantauan antara lain menyebabkan bahaya pada pasien, kelelahan pada tenaga kesehatan kesehatan, ratio pasien-perawat, pelatihan tenaga kesehatan kesehatan yang tidak cukup, kurangnya pengetahuan akan farmakologi, dan kurangnya komunikasi.

1.3 Pembatasan dan Perumusan Masalah

Penelitian ini difokuskan kepada tenaga kesehatan (Tenaga Teknis Kefarmasian, Apoteker, Bidan, Perawat) di Rumah Sakit 'X' Tuban sebagai sasaran atau objek penelitian. Berdasarkan latar belakang tersebut adapun rumusan masalah yang akan dikaji antara lain:

1. Bagaimana gambaran pengetahuan tenaga kesehatan terkait *medication safety* di Rumah Sakit 'X' Tuban?
2. Bagaimana gambaran sikap tenaga kesehatan terkait *medication safety* di Rumah Sakit 'X' Tuban?
3. Bagaimana gambaran implementasi terkait *medication safety* di Rumah Sakit 'X' Tuban?
4. Bagaimana pengaruh pengetahuan tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety* di RS 'X' Tuban?
5. Bagaimana pengaruh sikap tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety* di RS 'X' Tuban?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan dan manfaat pada penelitian ini adalah:

1.4.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap implementasi *medication safety* pada tenaga kesehatan Rumah Sakit 'X' Tuban.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengetahuan tenaga kesehatan terkait *medication safety* di RS 'X' Tuban.

2. Mengidentifikasi gambaran sikap tenaga kesehatan terkait *medication safety* di RS ‘X’ Tuban.
3. Mengidentifikasi gambaran implementasi terkait *medication safety* di RS ‘X’ Tuban.
4. Mengidentifikasi pengaruh pengetahuan tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety* di RS ‘X’ Tuban.
5. Mengidentifikasi pengaruh sikap tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety* di RS ‘X’ Tuban.

1.4.3 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi tenaga kesehatan RS ‘X’ Tuban

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan, informasi, tambahan pengetahuan dan saran perbaikan bagi tenaga kesehatan Rumah Sakit ‘X’ Tuban terkait pengaruh pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety*.

2. Bagi RS ‘X’ Tuban

Hasil penelitian diharapkan sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit ‘X’ Tuban dalam upaya menyusun perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program tentang keselamatan pasien.

3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Menambah dan melengkapi penelitian yang ada dan menambah wawasan bagi *civitas* akademika untuk memberikan masukan kepada peneliti mendatang terutama pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap implementasi *medication safety* tenaga kesehatan.

4. Bagi peneliti

Memperoleh pengetahuan selama melakukan proses penelitian dan pengalaman khususnya untuk menggali lebih dalam tentang pengaruh pengetahuandan sikap tenaga kesehatan terhadap implementasi *medication safety*.