

M

O

D

U

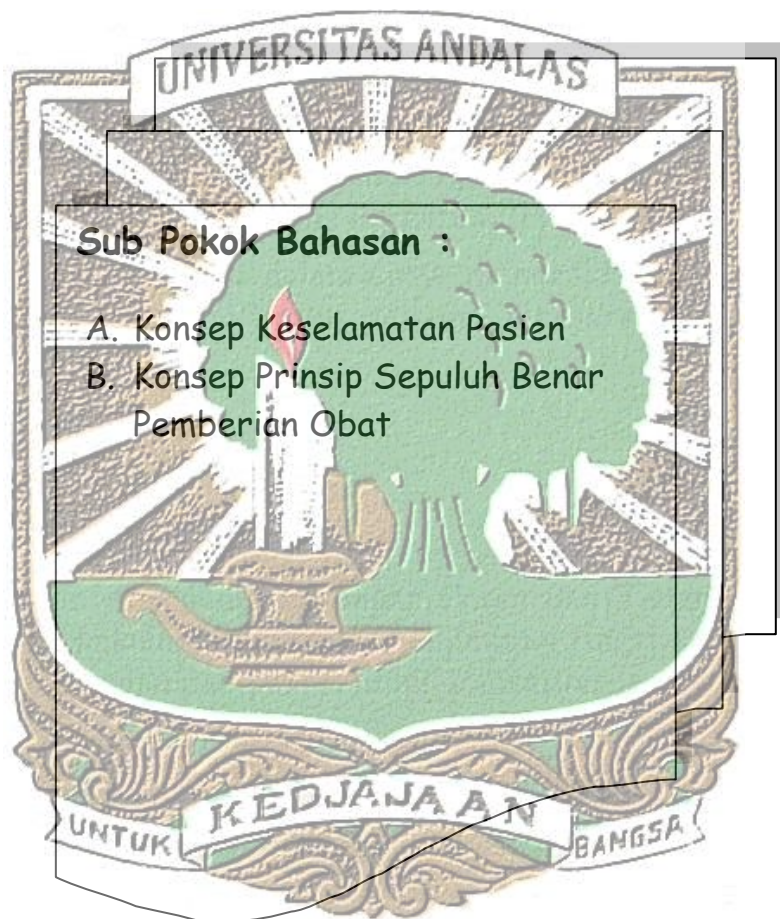
L

**PELATIHAN PEMBERIAN OBAT  
“PRINSIP SEPULUH BENAR  
PEMBERIAN OBAT”**



Disampaikan pada Pelatihan Pemberian Obat “Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat” Di RSI Ibnu Sina Padang

## **PELATIHAN PEMBERIAN OBAT “PRINSIP SEPULUH BENAR PEMBERIAN OBAT”**



---

Disampaikan pada Pelatihan Pemberian Obat “Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat” Di RSI Ibnu Sina Padang

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Perawat merupakan organisasi dengan tenaga kerja terbesar dan memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien selama 24 jam melalui kolaborasi dengan berbagai pihak, sehingga berisiko untuk melakukan kesalahan. Oleh karena itu, perlu alur komunikasi dan pelaporan yang jelas, ini dapat diterapkan melalui program keselamatan pasien (Yusran, 2011; RSUP dr. M. Djamil Padang, 2012).

Pada 9 Februari 2012, *Joint Commission International* (JCI), suatu badan akreditasi yang memiliki misi untuk memperbaiki keselamatan dan kualitas perawatan pasien di seluruh dunia; memperbaharui program *International Patient Safety Goals* (IPSG). Program tersebut terdiri dari: mengidentifikasi pasien dengan benar; meningkatkan komunikasi yang efektif; meningkatkan keamanan pemberian obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh (*Joint Commission Resources*, 2013). Dengan demikian, suatu institusi pelayanan kesehatan perlu mengidentifikasi risiko yang berhubungan dengan keselamatan pasien tersebut, salah satunya mencakup kesalahan dalam pemberian obat (Kee, Hayes & McCuistion, 2009, hal. 30).

Selaras dengan itu, perkembangan ilmu pengetahuan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan keperawatan, mempengaruhi perubahan prinsip-prinsip pemberian obat yang ada. Prinsip enam benar pemberian obat yang sebelumnya digalakkan mulai diperbaharui menjadi prinsip sepuluh benar pemberian obat, yaitu: 1) benar pasien, 2) benar obat, 3) benar dosis, 4) benar waktu, 5) benar rute/cara pemberian, 6) benar pengkajian, 7) benar dokumentasi, 8) benar pendidikan kesehatan pada pasien terkait medikasi, 9) benar evaluasi dan 10) benar hak penolakan pasien. Sepuluh prinsip pemberian obat ini disebut juga dengan “*five-plus-five right*” (Kee dkk., 2009, hal. 23). Prinsip ini perlu disosialisasikan melalui pendidikan formal dan non formal. Pendidikan formal bersifat akademis, sementara pendidikan non formal dapat diperoleh salah satunya dengan mengikuti pelatihan.

Hasil survey penulis di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang dari tanggal 22-26 Oktober 2012, dari 10 perawat yang penulis wawancarai: 1 perawat menyatakan mengenal



delapan benar dengan dua poin yang tidak termasuk ke dalam prinsip benar pemberian obat, 4 perawat menyebutkan enam benar dan 4 perawat mengatakan lima benar dengan lengkap, serta 1 perawat mengenal enam benar dengan satu poin yang tidak termasuk kedalam prinsip benar pemberian obat.

Penulis menemukan beberapa hal yang menyebabkan pemberian obat kurang efektif, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan perawat itu sendiri yang belum mampu menerapkan prinsip sepuluh benar pemberian obat. Dalam segi pengetahuan, dari survey dapat dilihat bahwa belum ada satupun perawat Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang yang mengenal prinsip sepuluh benar pemberian obat dan masih ada yang kurang mengenal prinsip enam benar. Sementara itu, 5 perawat mengatakan bahwa sikap dan tindakan dipengaruhi oleh kesibukan/keterbatasan tenaga/beban kerja, 1 perawat mengutarakan terkendala oleh keinginan pasien (terutama anak-anak dan lanjut usia) sehingga pemberian obat menjadi tertunda dan jam pemberian harus diganti karena melewati empat jam, 2 perawat menyatakan stok obat tidak ada sehingga harus menunggu sampai obat tersedia atau klarifikasi penggantian/pembatalan obat kepada yang memberikan order (dokter), 1 perawat memaparkan kebijakan RS terkait *service excellent* dan 1 perawat menyebutkan karena pengambilan sampel untuk cek laboratorium. Selain itu, belum ada SOP pemberian obat yang mengacu pada prinsip benar pemberian obat.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Pembelajaran Umum**

Peserta mampu menerapkan prinsip sepuluh benar pemberian obat.

### **2. Tujuan Pembelajaran Khusus**

Setelah mengikuti sesi pembelajaran, peserta mampu :

- a. Menjelaskan konsep keselamatan pasien.
- b. Menjelaskan konsep prinsip sepuluh benar pemberian obat.
- c. Menerapkan prinsip sepuluh benar pemberian obat.
- d. Melakukan pemberian obat dengan menerapkan prinsip sepuluh benar pemberian obat

### C. Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan sebagai berikut :

Pokok Bahasan 1 : Konsep Keselamatan Pasien

Pokok Bahasan 2 : Konsep Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat

### D. Waktu

6 jam (Teori = 2 jam dan *role play* = 1 jam)

### E. Metode

Pelatihan Vestibule

### F. MEDIA DAN ALAT

1. Alat : Kontainer/kom obat, baki obat, obat dalam berbagai bentuk, gelang/papan identitas pasien, lembar dokumentasi, buku catatan, lembar kuesioner, papan abo, pulpen, modul dan spuit.

2. Media : Laptop, LCD projector dan kamera digital

### G. PENGORGANISASIAN

Setting tempat : Ruang Pertemuan Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang

Penyaji : Ns. Alfitri, M. Kep., Sp. MB



## BAB II

### BEKAL PEMAHAMAN PEMBERIAN OBAT

#### A. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah “sistem (tatanan) pelayanan dalam suatu Rumah Sakit (RS) yang memberikan asuhan pasien secara lebih aman” (Widajat, 2009, hal. 52). Keselamatan pasien ini bertujuan untuk mencegah kesalahan pengobatan dan melindungi pasien dari bahaya (Salendab dalam Cetd, 2012).

IPSG dibentuk oleh JCI pada 1 Januari 2007. Kemudian, pada 9 Februari 2012, JCI memperbaharui program IPSG (*Joint Commission Resources*, 2013; RSUP dr. M. Djamil Padang, 2012) yaitu sebagai berikut:

#### **Tujuan 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar (IPSG.1)**

Standar : Rumah sakit meningkatkan ketelitian dalam pengidentifikasian pasien.

Keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi pada semua aspek diagnosis dan pengobatan, diantaranya: pasien dalam keadaan dibius, disorientasi, pasien yang mengalami penurunan kesadaran; pindah tempat tidur, ruangan atau lokasi pelayanan; pasien dengan cacat indera; atau situasi lain yang dapat menyebabkan kekeliruan dalam identifikasi.

Tujuan IPSG.1 adalah:

1. Mengidentifikasi dengan benar pasien yang akan diberi layanan atau pengobatan sesuai dengan yang seharusnya.
2. Mencocokkan layanan atau pengobatan pasien yang bersangkutan.

Cara mengidentifikasi pasien:

1. Proses identifikasi yang lebih spesifik digunakan pada kebijakan dan/atau prosedur kolaboratif, terutama ketika memberikan obat, darah, mengambil darah atau spesimen lain untuk uji klinis; atau bila melakukan prosedur atau perawatan lainnya; khususnya pada pasien koma tanpa identitas dan pasien jiwa.
2. Kebijakan dan/atau prosedur harus memiliki minimal dua cara identifikasi pasien, seperti:
  - a. Nama pasien
  - b. Nomor rekam medis
  - c. Tanggal lahir
  - d. Gelang identitas pasien dengan bar-code, dan sebagainya.



3. Tidak mengidentifikasi pasien melalui nomor kamar atau lokasi pasien.
4. Identifikasi diklarifikasi oleh 2 petugas berbeda di lokasi yang berbeda, seperti unit rawat jalan (poli), Unit Gawat Darurat (UGD) atau Unit Kamar Operasi (UKO).

### **Tujuan 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif (IPSG.2)**

Standar : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan keefektifan komunikasi antar pemberi layanan.

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dapat mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien karena tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan mudah dimengerti oleh penerima (berbagai pihak yang dimaksud). Komunikasi dapat berupa elektronik, lisan dan tertulis. Kesalahan yang paling sering terjadi yaitu order perawatan pasien secara lisan atau pelaporan hasil pemeriksaan kritis via telepon. Rumah sakit dapat mengembangkan kebijakan/prosedur terhadap komunikasi lisan dan order via telepon yang mencakup pencatatan, kejelasan (atau data dimasukkan ke dalam komputer), kelengkapan order atau hasil penunjang oleh penerima informasi; penerima membaca kembali order atau hasil penunjang, kemudian mengonfirmasi catatan dan membaca kembali dengan akurat. Akan tetapi, ada alternatif kebijakan/prosedur “membaca ulang” boleh tidak dilakukan dalam kondisi seperti operasi atau situasi darurat di IGD atau ICU.

### **Tujuan 3 : Meningkatkan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (IPSG.3)**

Standar : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai.

Ketika obat dijadikan sebagai bagian dari rencana perawatan pasien, pengelolaan yang tepat sangat penting untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obat yang perlu diwaspadai adalah obat-obat yang memiliki persentase tertinggi dalam kesalahan dan/kejadian sentinel atau KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Obat yang perlu diwaspadai, yaitu:

1. NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip), LASA (*Look Alike Sound Alike*)
2. Elektrolit konsentrat, seperti: kalium klorida  $\geq 2$  mEq/mL, kalium fosfat  $\geq 3$  mmol/mL, natrium klorida yang konsentrasinya lebih pekat dari 0,9% dan magnesium sulfat  $\geq 50\%$ .

Kesalahan dapat terjadi apabila perawat tidak berorientasi pada unit pelayanan pasien, ketika perawat kontrak digunakan dan tidak mendapatkan orientasi, atau pada keadaan

darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi dan mengeliminasi KTD adalah mengembangkan suatu proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit berkolaborasi dalam mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur sebagai berikut.

1. Mengidentifikasi daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.
2. Mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi
3. Mengidentifikasi pemberian label secara benar pada elektrolit
4. Mengidentifikasi penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

#### **Tujuan 4 : Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat-Pasien Operasi (IPSG.4)**

Standar : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat prosedur dan tepat-pasien operasi.

Salah-lokasi, salah-prosedur atau salah pasien pada operasi adalah suatu kejadian yang mengkhawatirkan pada suatu institusi pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari

1. Komunikasi yang tidak efektif/tidak adekuat antara anggota tim bedah.
2. Kurang/tidak melibatkan pasien saat penandaan lokasi (*site marking*).
3. Kurangnya prosedur pemeriksaan lokasi operasi.
4. Tidak adekuatnya pengkajian terhadap pasien.
5. Penelaahan ulang rekam medis tidak adekuat.
6. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah.
7. Masalah yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*).
8. Penggunaan singkatan yang sering menjadi faktor pendukung.

Rumah sakit membutuhkan kolaborasi untuk mengembangkan kebijakan dan/ prosedur yang efektif untuk menyingkirkan masalah yang mengkhawatirkan tersebut, mencakup:



1. Ketentuan pembedahan yang kurang pada prosedur diperiksa dan/atau perawatan penyakit, ketidakteraturan anggota badan setelah dibedah, pemindahan, perubahan, atau penempatan diagnosa/jangkauan terapi.
2. Pengaplikasian pada setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur dilakukan.
3. Petunjuk didasarkan pada praktek yang diuraikan dalam kewaspadaan universal (*The Joint Commission's Universal Protocol*) untuk mencegah salah-tempat, salah-prosedur dan salah pasien pada operasi.

Proses yang perlu diperhatikan pada kewaspadaan universal adalah:

1. Penandaan lokasi pembedahan/operasi.
2. Pemeriksaan proses preoperatif.
3. Batas waktu (*time-out*) ditetapkan sebelum prosedur dimulai.

Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang mudah dikenali. Tanda tersebut ditetapkan oleh rumah sakit harus dilakukan oleh orang yang melakukan prosedur, harus dilakukan dengan pasien terjaga dan sadar (bila mungkin) dan harus terlihat setelah pasien disiapkan. Lokasi operasi ditandai dalam semua kasus yang melibatkan *laterality*, beberapa bentuk (jari, jari kaki, luka), atau beberapa tingkat (tulang belakang).

Tujuan pemeriksaan proses preoperatif adalah untuk:

1. Memeriksa benar lokasi, prosedur dan pasien.
2. Memastikan semua dokumen relevan, foto/gambar dan perlengkapan (studi) yang tersedia, memberi label dengan benar dan ditampilkan (*displayed*).
3. Memeriksa setiap peralatan khusus dan/atau *implant* yang ada.

Batas waktu memungkinkan setiap pertanyaan atau kebingungan dipecahkan, dilakukan pada lokasi dimana prosedur dilakukan, tepat sebelum memulai prosedur dan melibatkan seluruh anggota tim operasi. Rumah sakit menentukan bagaimana proses batas waktu akan didokumentasikan.

### **Tujuan 5 : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (IPSG.5)**

Standar : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan terbesar di RS, peningkatan biaya dan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional kesehatan. Infeksi yang banyak terjadi meliputi: infeksi saluran kemih terkait kateter, infeksi pada aliran darah dan

pneumonia (sering dikaitkan dengan ventilasi mekanik). Hubungan eliminasi dan infeksi lainnya adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat memakai pedoman cuci tangan dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit berkolaborasi untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang diadopsi dan sudah diterima secara umum untuk diimplementasikan di rumah sakit.

### **Tujuan 6 : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh (IPSG.6)**

Standar : Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera pada pasien di rawat inap. Rumah sakit harus mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi kejadiannya. Evaluasi dapat berupa:

1. Riwayat jatuh.
2. Obat-obatan dan telaah terhadap konsumsi alkohol.
3. Gaya jalan dan keseimbangan.
4. Alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

Rumah sakit menetapkan program pengurangan risiko pasien jatuh berdasarkan kebijakan dan/atau prosedur yang tepat. Ini digunakan untuk memonitor baik konsekuensi disengaja dan tidak disengaja; kebijakan ditetapkan untuk mengurangi jatuh. Misalnya, penggunaan pengekangan fisik atau pembatasan asupan cairan yang tidak tepat dapat menyebabkan cedera, gangguan sirkulasi, atau integritas kulit. Program ini harus diterapkan di rumah sakit.

### **B. Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat**

Dalam menjaga keamanan pemberian obat, perawat harus memperhatikan prinsip lima benar dalam pemberian obat. Prinsip ini dikategorikan tradisional yang terdiri dari: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu dan benar rute. Selanjutnya, berdasarkan pengalaman di lapangan, Kee dkk. (2009) menambahkan lima prinsip, yaitu: benar pengkajian, benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan pasien, benar evaluasi dan benar penolakan oleh pasien.

Prinsip lima benar yang masih tradisional tersebut digabungkan dengan lima prinsip yang ditambahkan melalui hasil pengalaman praktek keperawatan profesional, dikenal sebagai “*five-plus-five right*” yang dalam bahasa Indonesia berarti “lima tambah lima



benar” dan lebih populer dengan istilah “prinsip sepuluh benar pemberian obat”. Prinsip ini mendasari praktek keperawatan profesional dalam pemberian obat. Prinsip sepuluh benar itu adalah:

#### a. Benar Pasien

Benar pasien merupakan dasar yang sangat menentukan dalam prinsip pemberian obat. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, sebuah komisi yang mengeluarkan akreditasi dan sertifikat pada lebih dari 19.000 organisasi dan program perawatan kesehatan di Amerika Serikat; mewajibkan dua bentuk pengidentifikasian primer dalam pemberian obat. Pasien menyahuti nama mereka bila dipanggil atau sama sekali tidak berespon, sehingga untuk mengidentifikasi kebenarannya dilakukan saat pemberian obat (Kee dkk., 2009, hal. 23).

Implikasi dalam perawatan mencakup:

- a) Memastikan pasien dengan mengecek gelang identitas, papan identitas di tempat tidur, atau bertanya langsung kepada pasien. Beberapa fasilitas di institusi tertentu mencantumkan foto pada status pasien.
- b) Jika pasien tidak mampu berespon secara verbal, dapat digunakan cara non-verbal seperti menganggukkan kepala.
- c) Untuk bayi, diidentifikasi melalui gelang identitas.
- d) Jika pasien mengalami gangguan mental atau penurunan kesadaran sehingga tidak mampu mengidentifikasi diri, maka harus dicarikan alternatif lain untuk mengidentifikasi pasien sesuai dengan ketentuan rumah sakit.
- e) Membedakan dua pasien dengan nama belakang yang sama; berikan peringatan dengan warna yang lebih mencolok pada alat identitas (*ID tools*) seperti kartu medis (*med card*), gelang, atau kardex.
- f) Beberapa institusi melengkapi gelang identitas pasiennya dengan kode tertentu untuk status alergi. Bila ada, perawat harus tanggap dengan kebijakan ini.
- g) Ketika pasien tidak menggunakan stiker identitas, perawat mengidentifikasi secara teliti terhadap masing-masing pasien ketika melakukan pemberian obat (Kee dkk., 2009, hal. 23 dan Tambayong, 2002, hal. 3-4).



## b. Benar Obat

Benar obat berarti menerima obat yang telah diresepkan, baik oleh dokter, dokter gigi, atau petugas kesehatan yang sudah mendapatkan izin seperti perawat yang sudah berpengalaman (*Advanced Practice Registered Nurse/APRN*) yang berwenang untuk mengorder obat.

Obat mempunyai nama dagang dan nama generik, jadi apabila ada obat dengan nama dagang yang asing ditemui, harus diperiksa nama generiknya. Bila ada keraguan, hubungi apotekernya. Jika label tidak terbaca atau isinya tidak *uniform*, maka tidak boleh digunakan dan harus dikembalikan ke bagian farmasi (Tambayong, 2002, hal. 4; Kee dkk., 2009, hal. 24).

Perawat harus tanggap dan memperhatikan dengan teliti terhadap beberapa obat yang bila disebutkan terdengar mirip dan ejaan yang terlihat sama, contoh: digoxin dengan digitoxin. Perawat harus membaca label obat dengan hati-hati (Kee dkk., 2009, hal. 24).

Implikasi keperawatan mencakup:

- 1) Cek permintaan obat dari segi kelengkapan dan dapat dibaca dengan jelas. Jika order tidak lengkap dan tidak terbaca, beritahu bidang keperawatan, apoteker atau petugas kesehatan yang menulis order.
- 2) Ketahui alasan kenapa pasien mendapatkan obat.
- 3) Cek label obat sebanyak tiga kali sebelum obat diberikan:
  - Melihat kemasan obat.
  - Membaca permintaan obat dan memperhatikan kemasan sebelum obat dituang.
  - Mengembalikan kemasan setelah obat dituang ke lemari obat.
- 4) Mengetahui tanggal obat diorder dan tanggal akhir pemberian (seperti: pemberian antibiotik), (Kee dkk., 2009, hal. 24; Tambayong, 2002, hal. 2).

## c. Benar Dosis

Benar dosis diperhatikan melalui penulisan resep dengan dosis yang disesuaikan dengan keadaan pasien. Beberapa kasus yang ditemui di lapangan, terdapat banyak obat yang direkomendasikan dalam bentuk sediaan. Perawat harus teliti menghitung dosis masing-masing obat dan mempertimbangkan adanya perubahan dosis dari penulis resep. Berat badan pasien merupakan indikator penting dalam pemberian obat tertentu, seperti obat pediatrik, bedah dan perawatan kritis (Kee dkk., 2009, hal. 25).

Perawat harus memiliki pengetahuan dasar dalam meracik obat, membandingkan dan membagi dosis sebelum mengimplementasikan perhitungan dosis obat. Perawat mengecek ulang pembagian dosis atau adanya perbedaan dosis yang sangat besar setelah dihitung (Kee dkk., 2009, hal. 25).

Ada dua metode pendistribusian obat, yaitu metode persediaan obat dan metode dosis tunggal. Metode persediaan obat tergolong tradisional, obat diberikan kepada semua pasien dari lemari obat yang sama. Sedangkan untuk metode dosis tunggal, obat dibungkus dan diberi label dosis satu kali pemberian untuk masing-masing pasien, metode ini banyak digunakan pada institusi tertentu karena dapat mengatasi kesalahan-kesalahan pemberian obat (Kee dkk., 2009, hal. 25).

Implikasi keperawatan mencakup:

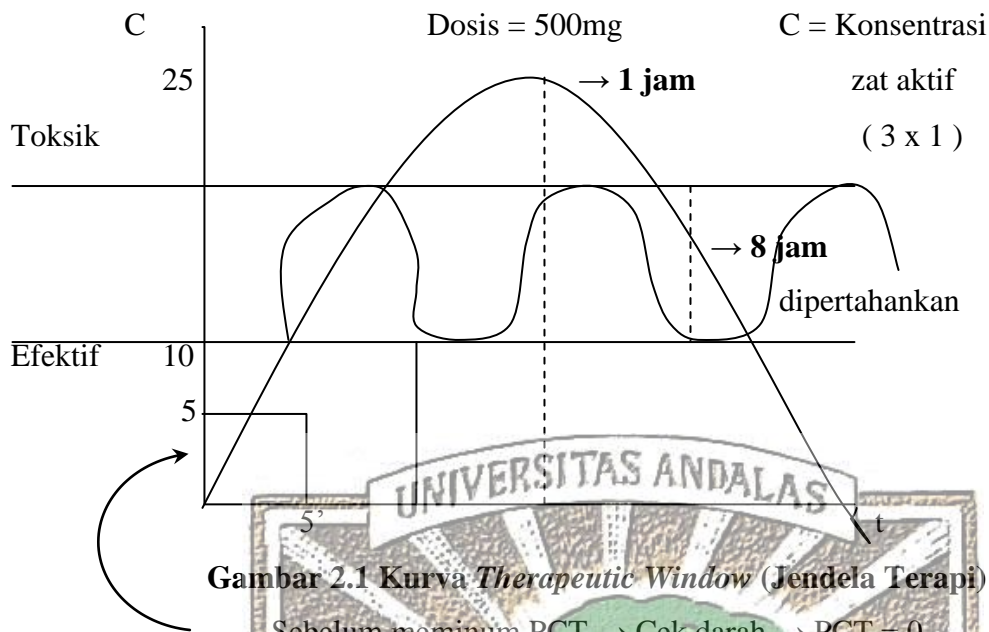
- 1) “Bentuk dosis asli jangan diubah”
- 2) Hitung dan periksa dosis obat dengan benar. Jika ada keraguan, dosis obat harus dihitung ulang dan diperiksa oleh perawat lain, serta menghubungi apoteker atau penulis resep sebelum pemberian dilanjutkan.
- 3) Periksa bungkus obat atau obat lain yang direkomendasikan secara khusus
- 4) Jika pasien meragukan dosis, periksa kembali. Apabila sudah mengonsultasikan dengan apoteker atau penulis resep tetap rancu, obat tidak boleh diberikan, beritahu penanggung jawab unit atau ruangan dan penulis resep beserta alasannya.
- 5) Perhatian berfokus pada titik desimal dosis dan beda antara singkatan mg dengan mcg bila ditulis tangan (Tambayong, 2002, hal. 4 dan Kee dkk., 2009, hal. 26).

#### d. Benar Waktu

Kurva konsentrasi terhadap waktu, dimulai dari obat masuk sampai di dalam darah pada keadaan pasien normal, disebut **jendela terapi** atau lebih dikenal dengan istilah *therapeutic window* (Katar, 2012). Sedangkan indeks terapeutik yaitu rasio antara dosis toksik dan dosis efektif (Tambayong, 2002, hal. 22)

Contohnya, untuk PCT (*Paracetamol*) dosis 500mg, waktu antara efek toksik dan efektif tersebut harus dipertahankan, sehingga pemberian obat harus diperhatikan. Salah cara pemberian atau waktu, bisa terjadi resistensi kuman, ini akan lebih berbahaya.





**Gambar 2.1 Kurva *Therapeutic Window* (Jendela Terapi)**

Sebelum meminum PCT → Cek darah → PCT = 0

(Katar, 2012)

Implikasi keperawatan mencakup:

- 1) Perhatikan simbol tertentu, seperti “*a.c* atau *ante cimum*” (obat diminum satu jam sebelum makan) untuk memperoleh kadar yang dibutuhkan dan “*p.c* atau *post cimum*” (obat harus diminum sesudah makan) agar terhindar dari iritasi berlebihan pada lambung (contohnya, indometasin) atau supaya diperoleh kadar darah yang lebih tinggi (contohnya, griseofulvin bila diberi bersama makanan berlemak), (Tambayong, 2002, hal. 6).
- 2) Perhatikan kontraindikasi pemberian obat. Hal ini berlaku untuk banyak antibiotik. Contoh: tetrasiklin dikhelasi (berbentuk senyawa tidak larut) jika diberi bersama susu atau makanan tertentu, akan mengikat sebagian besar obat tersebut sebelum diserap (Tambayong, 2002, hal. 5-6).
- 3) Antibiotika diberikan dalam rentang yang sama (misal, setiap 8 jam dalam 24 jam).
- 4) Periksa tanggal kadaluarsa. Obat baru (pengganti) diletakkan di belakang atau di bawah sehingga obat yang lama tetap terpakai dan tidak menjadi kadaluarsa. Bila obat dalam bentuk cairan, perhatikan perubahan warna (dari bening menjadi keruh) dan tablet menjadi basah (Tambayong, 2002, hal. 9).



#### e. **Benar Cara/Rute Pemberian**

Tambayong (2002, hal. 4-5) berpendapat bahwa obat diberikan melalui rute yang berbeda, tergantung keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat obat (kimiawi dan fisik obat) serta tempat kerja yang diinginkan. Oleh karena itu, berdasarkan bentuk obat, rute obat dibagi menjadi:

##### 1) **Bentuk Padat**

Dalam kelompok ini, obat dibagi menjadi empat rute, yaitu oral, topikal, rektal atau vaginal.

##### a) *Oral*

Bentuk oral adalah obat yang masuk melalui mulut, dapat diabsorpsi melalui rongga mulut (sublingual atau bukal) dan umum digunakan (ekonomis, paling nyaman dan aman), (Tambayong, 2002, hal. 5-6). Bentuk oral terdiri dari:

##### i. **Tablet**

Bentuk, ukuran, warna dan berat tablet bervariasi; mengandung obat murni, atau diencerkan dengan substansi inert agar mencapai berat sesuai, atau mengandung dua atau lebih kombinasi obat. Bentuk tablet dapat berupa :

- Tablet padat biasa
- Tablet sublingual (Dilarutkan di bawah lidah)
- Tablet bukal (Dilarutkan antara pipi dan gusi)
- Tablet bersalut-gula (Menutupi bau atau rasa tidak enak)
- Tablet bersalut-enterik (Pelindung terhadap asam lambung agar pemecahan terjadi di usus halus. Contohnya, aspirin dalam dosis tinggi untuk pemakaian jangka panjang)
- Tablet lepas-berkala

Untuk melepaskan obat selang waktu panjang, ada yang berlapis-lapis atau memiliki matriks khusus, tidak boleh dibelah atau digerus agar cirinya tidak hilang). (Tambayong, 2002, hal. 4, 6-7).

##### ii. **Kapsul**

Tambayong (2002) menyatakan bahwa “kapsul mengandung obat berupa bubuk, butiran bersalut dengan ketebalan berbeda agar larut dengan kecepatan berbeda, yaitu kapsul keras, atau cairan dalam kapsul lunak” (hal. 7).

##### iii. **Lozenges**

Obat ini larut bertahap dalam mulut, digunakan bila diperlukan kerja setempat di mulut atau tenggorokan (Tambayong, 2002, hal. 7).

b) *Topikal*

Terdiri dari krim, salep, *lotion*, *liniment* dan spreng. Obat ini digunakan pada permukaan luar badan untuk melindungi, melumasi, atau sebagai vehikel untuk menyampaikan obat ke daerah tertentu, pada kulit atau membran mukosa. Krim diberikan pada lesi basah, sedangkan salep digunakan untuk lesi dan bertahan lebih lama di kulit (Tambayong, 2002, hal. 5, 7).

c) *Rektal/Supositoria*

Rute ini dapat diberikan melalui enema atau supositoria. Pemberian rektal digunakan untuk efek lokal, seperti konstipasi atau hemoroid; efek sistemik pada mual bila lambung tidak mampu menahan obat tertentu; bila obat berbau atau terasa tidak enak; bila pasien tidak sadar, atau untuk menghindari iritasi saluran cerna (Tambayong, 2002, hal. 5).

Tambayong (2002, hal. 5, 7) berpendapat bahwa supositoria merupakan obat dalam bentuk seperti peluru dan akan mencair pada suhu tubuh dengan rute melalui rektum untuk lesi setempat atau agar diserap sistemik. Supositoria lebih unggul dari enema, karena retensinya lebih mudah.

d) *Pesarri*

Obat ini menyerupai supositoria, tetapi bentuknya dirancang khusus untuk vagina (Tambayong, 2002, hal. 7).

2) *Bentuk Cairan*

Bentuk obat cairan dibagi menjadi larutan, suspensi dan emulsi (Tambayong, 2002, hal. 7).

a) *Larutan*

Larutan merupakan preparat yang terdiri dari satu atau beberapa obat yang dilarutkan dalam larutan, biasanya air. Jenisnya yaitu sebagai berikut.

i. *Sirup*

Larutan gula “pekat” dalam air yang telah ditambahkan obat, contohnya sirup Tolu.

ii. *Eliksir*

Larutan manis yang mengandung alkohol dan air, obat dan penyedap, contohnya eliksir fenobarbiton.



iii. *Tinktura*

Ekstrak tumbuhan atau substansi kimia beralkohol, contohnya tinktura belladonna, tinktura yodium.

iv. *Obat Suntik*

Larutan dengan obat yang diberikan melalui suntikan biasa atau secara intra vena (Tambayong, 2002, hal. 7-8).

b) *Suspensi*

Suspensi merupakan preparat bubuk halus yang disuspensi dalam cairan dan umumnya perlu dikocok dahulu sebelum digunakan pada suntikan (contohnya, suspensi penisilin) atau untuk obat luar (contohnya, losion kelamin).

c) *Emulsi*

Emulsi adalah preparat dari butiran-butiran air dalam minyak dengan agens pengemulsi atau lemak atau butiran minyak dalam air (contohnya, emulsi parafin). Dikocok dahulu sebelum digunakan (Tambayong, 2002, hal. 8).

3) ***Bentuk Gas***

a) Gas Terapeutik

Tambayong (2002, hal. 8) berpendapat bahwa “oksigen untuk mengatasi hipoksia atau melawan keracunan CO (karbon monoksida). CO<sub>2</sub> (karbon dioksida) dipakai bersama oksigen untuk mengatasi depresi pernapasan, asfiksia, dan keracunan CO. Pada tindakan bedah, digunakan untuk meningkatkan kecepatan induksi dan pemulihan setelah anestesi”

b) Gas Anestetik

Contohnya halotan (Tambayong, 2002, hal. 8).

4) ***Bentuk Aerosol***

Obat ini berupa larutan atau bubuk yang bekerja di bawah tekanan. Jika berbentuk larutan, obat disemprotkan berupa “kabut” ke dalam mulut dan dihirup ke dalam paru, misalnya salbutamol (Ventolin) dengan alat penyemprot khusus. (Tambayong, 2002, hal. 8).





### 5) *Bentuk Parenteral*

Parenteral berasal dari bahasa Yunani. *Para* berarti disamping, *enteron* berarti usus. Jadi, parenteral berarti di luar usus. Atau tidak melalui saluran cerna (Tambayong, 2002, hal. 5).

### 6) *Inhalasi*

Saluran napas memiliki luas epitel untuk absorpsi yang sangat luas dan berguna untuk memberi obat secara lokal, seperti salbutamol (Ventolin) atau spreï beklometason (Becotide, Aldecin) untuk asma, atau terapi oksigen dalam keadaan darurat (Tambayong, 2002, hal. 5).

Implikasi keperawatan mencakup:

- a) Nilai kemampuan menelan pasien sebelum memberikan obat oral.
- b) Lakukan teknik aseptik sewaktu memberikan obat, terutama rute parenteral.
- c) Berikan obat pada tempat yang seharusnya.
- d) Tetap bersama pasien sampai obat oral telah ditelan.
- e) Pemberian melalui enteral: mengecek kepatenan slang NGT sebelum obat dan mengirigasi slang dengan air sebelum dan sesudah pemberian obat (Kuntarti, 2005).

### f. **Benar Pengkajian**

Benar pengkajian membutuhkan ketepatan data yang dikumpulkan sebelum pemberian obat. Contohnya, dalam pengkajian data disertakan pengukuran kecepatan apeks jantung (*the apical heart rate*) sebelum memberikan terapi digitalis atau tingkatan serum gula darah (*serum blood sugar levels*) sebelum pemberian insulin (Kee dkk., 2009, hal. 27).

Dalam pemberian obat, perlu dikaji profil pasien. Menurut Olson (2004, hal. 13), profil pasien yang harus dipertimbangkan, yaitu:

#### 1) Usia

Enzim yang digunakan dalam metabolisme obat jarang terbentuk pada bayi dan berkurang pada lanjut usia, sehingga obat dapat terakumulasi sampai pada kadar toksik. Sebagian besar pabrik obat sudah menyediakan obat dengan regimen dosis pediatri dan geriatri, sehingga dosis dewasa tidak perlu diperhitungkan untuk diberikan pada anak-anak. Umumnya, dosis untuk pediatri sudah disediakan secara khusus dan biasanya disesuaikan dengan berat badan atau luas permukaan tubuh pasien (Olson, 2004, hal. 13).

2) Status kehamilan

Sebelum memberikan obat, perlu dikaji riwayat kehamilan dan menyusui pada wanita, karena banyak obat yang sangat berisiko bila diberikan (Olson, 2004, hal. 13).

3) Kebiasaan merokok dan minuman beralkohol

Merokok atau mengonsumsi minuman keras dapat menyebabkan enzim-enzim hati P450 terinduksi, sehingga metabolisme sejumlah obat menjadi cepat. Beberapa diantaranya dapat menyebabkan efektifitas terapeutik menurun dan mencapai kadar toksik. Tetapi, ini tidak berlaku pada *prodrugs*, yaitu obat yang tidak mengandung asam (numetor), tapi setelah dimetabolisme di hati, hasilnya asam; jika masuk ke dalam darah, terjadi absorpsi secara sistemik (Olson, 2004, hal. 13 dan Katar, 2012).

4) Penyakit hati atau ginjal

Metabolit obat disekresi lebih sedikit pada penderita gagal ginjal dan metabolisme obat menjadi berkurang pada gagal hati. Hal ini menyebabkan dosis harus dikurangi pada penderita gagal ginjal dan gagal hati, terutama pada populasi geriatri (Olson, 2004, hal. 13).

5) Farmakokinetik

Farmakokinetik merupakan nasib obat di dalam tubuh mulai dari masuk sampai keluar tubuh, meliputi : absorpsi, distribusi, ekskresi dan metabolisme (Katar, 2012). Hal ini sulit dikaji karena dipengaruhi oleh perbedaan genetik antar pasien. Contohnya, waktu paruh fenitoin berkisar 10 jam pada pasien “hidroksilator tinggi” sampai 42 jam pada “hidroksilator rendah” (Olson, 2004, hal. 13).

6) Interaksi obat

Interaksi obat dapat terjadi di dalam dan di luar tubuh. Di luar tubuh, interaksi obat dipengaruhi oleh farmaseotik, yaitu peningkatan konsentrasi obat dalam darah yang dapat menyebabkan konsentrasi pada organ target juga meningkat. Sementara di dalam tubuh, interaksi obat dipengaruhi oleh farmakokinetik dan farmakodinamik. Farmakodinamik terjadi bila zat aktif tidak berikatan dengan reseptor karena pihak ketiga (antagonis yang mempunyai efek berlawanan) berhubungan dengan mekanisme obat (Katar, 2012).

7) Faktor psikososial

Ketidakpatuhan pasien merupakan indikator kegagalan obat. Sebelum melakukan permintaan obat, kaji status ekonomi pasien, kemudahan pemberian, jadwal dosis obat dan tanggung jawab pasien (Olson, 2004, hal. 13).



#### **g. Benar Dokumentasi**

Benar dokumentasi mencakup ketepatan informasi pemberian obat yang dicatat oleh perawat, meliputi:

- 1) Nama obat
- 2) Dosis obat
- 3) Rute/cara pemberian
- 4) Waktu dan tanggal pemberian
- 5) Nama atau tanda tangan perawat
- 6) Penulis resep

Bila pasien menolak meminum obat atau obat belum terminum, harus dicatat alasannya dan dilaporkan (Kee dkk., 2009, hal. 27; Tambayong, 2002, hal. 6). Perawat mendokumentasikan respon pasien terhadap pengobatan yang diberikan dengan memperhatikan jenis obat, seperti:

- 1) Narkotik (Bagaimana efeknya dalam mengurangi nyeri)
- 2) Non-narkotik anagesik
- 3) Sedatif
- 4) Antiemetik
- 5) Reaksi obat yang tidak diharapkan, seperti iritasi gastrointestinal atau tanda sensitif pada kulit.

Penundaan pencatatan oleh perawat dapat menyebabkan perawat tidak ingat untuk mencatat obat yang telah diberikan atau perawat lain akan memberikan obat yang sama karena mengira obat tersebut belum diberikan (Kee dkk., 2009, hal. 27).

#### **h. Benar Pendidikan Kesehatan (Perihal Medikasi Pasien)**

Setiap pasien harus diberikan informasi tentang setiap obat yang akan diberikan, terutama obat dengan indikasi tertentu, misalnya: obat TBC. Berikan gambaran tentang kondisi pasien secara rasional dan jelaskan mengapa harus mengonsumsi obat tersebut dalam kurun waktu yang sudah ditentukan dengan kalimat yang mudah dipahami oleh pasien. Dalam situasi darurat, jelaskan seperti "Ini *pethidine* akan mengurangi rasa nyeri anda" dengan detail. Ketika pasien pulang dari rumah sakit dan mendapatkan obat baru, berikan informasi dengan rinci, mencakup efek samping obat dan cara mengatasinya, aturan pemakaian obat, penyediaan obat sesuai resep serta dosis dan frekwensi yang harus diketahui.



Benar pendidikan kesehatan terkait medikasi ini mencakup keakuratan dan ketepatan dan keakuratan informasi tentang pengobatan dan hubungannya dengan kondisi pasien. Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, meliputi tujuan terapi, kemungkinan efek samping dari obat yang digunakan, diit yang diperlukan, cara pemberian dan pemantauan hasil laboratorium. Perawat juga harus meminta *informed consent* (persetujuan pasien/keluarga) yang menjadi dasar bagi pasien untuk membuat keputusan, sehingga kesalahan pengobatan dapat dicegah (Kee dkk., 2009, hal. 27).

**i. Benar Evaluasi**

Hal ini mencakup keefektifan pengobatan yang ditentukan oleh respon pasien terhadap pengobatan. Evaluasi yang dimaksud dapat dilakukan dengan menanyakan “Apakah obat sudah bekerja seperti yang diharapkan terhadap pasien?”. Ini juga tepat untuk menentukan sejauh mana efek samping dan reaksi merugikan dari obat yang diberikan, jika ada (Kee dkk., 2009, hal. 27).

**j. Benar Penolakan**

Pasien memiliki hak untuk mengajukan penolakan terhadap pengobatan yang diterima. Ini merupakan tanggung jawab perawat untuk mengklarifikasi alasan penolakan dan menjadikan alasan tersebut sebagai tolak ukur dalam memfasilitasi keluhan pasien terkait pengobatan, jelaskan risiko yang akan terjadi bila pasien melakukan penolakan dan berikan penguatan kenapa obat tersebut harus dikonsumsi oleh pasien. Ketika obat tetap ditolak oleh pasien, perawat langsung mendokumentasikan penolakan. Perawat, perawat pelaksana, dan petugas kesehatan lainnya harus menyertakan lembar *informed consent* bila pasien melakukan penolakan terhadap obat yang diberikan, terutama pengobatan yang spesifik, seperti penghentian sementara untuk pemberian insulin (Kee dkk., 2009, hal. 27).

## DAFTAR PUSTAKA

- Joint Commission Resources*. (2013). *International patient safety goals (updated 9 february 2012)*. Diakses pada tanggal 19 Januari 2013 dari [www.jointcommissioninternational.org/Common/PDFs/JCI%20Accreditation/International Patient Safety Goals 9Feb2012.pdf](http://www.jointcommissioninternational.org/Common/PDFs/JCI%20Accreditation/International%20Patient%20Safety%20Goals%209Feb2012.pdf)
- Kuntarti. (2005). Tingkat penerapan prinsip ‘enam tepat’ dalam pemberian obat oleh perawat di ruang rawat inap. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9 (1). 19-25.
- Kee, J. L, Hayes, E. R, dan McCuiston, L. E. (2009). *Pharmacology, a nursing process approach (6<sup>th</sup> edition)*. Canada: Saunders Elsevier.
- Katar, Y. (2012a). ‘Antineoplastik’, *Materi dipresentasikan dalam mata kuliah: ilmu dasar keperawatan III (farmakologi)*, 23 Februari 2012, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAND, Padang.
- Katar, Y. (2012b). ‘Farmakologi obat penyakit infeksi bakteri dan jamur’, *Materi dipresentasikan dalam mata kuliah: ilmu dasar keperawatan III (farmakologi)*, 22 Februari 2012, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAND, Padang.
- RSUP dr. M. Djamil Padang. (2012a). *Keselamatan pasien dalam keperawatan*.
- RSUP dr. M. Djamil Padang. (2012b). *International Patient Safety Goals (IPSG)*.
- Olson, J. (2004). *Belajar mudah farmakologi (Cetakan I)*. Jakarta: EGC.
- Tambayong, J. (2002). *Farmakologi untuk keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Yusran, R. (2011). ‘Pengantar politik bagi keperawatan’, *Materi dipresentasikan dalam mata kuliah: ilmu dasar keperawatan II (politik)*, 20 September 2011, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAND, Padang.

*Lampiran 1*

**Rundown Acara**


| <b>Waktu</b> | <b>Kegiatan</b>  | <b>Subjek</b>                |
|--------------|--|------------------------------|
| 09.00-10.00  | Pretes (Pengetahuan dan Sikap), absensi.                         | Peserta                      |
| 10.00-10.30  | Pembukaan, <i>Snack break</i>                                    | Rini Heldina                 |
| 10.30-12.30  | Materi Keselamatan Pasien & Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat | Ns. Alfitri, M. Kep., Sp. MB |
| 12.30-13.00  | ISOMA  | -                            |
| 13.00-14.00  | Aplikasi Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat                    | Nola Asril                   |
| 14.00-15.00  | Postes (Pengetahuan dan Sikap)                                   | Peserta                      |

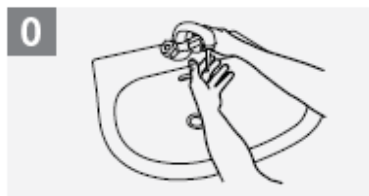




# How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

 Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



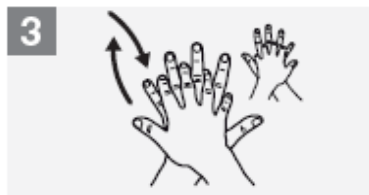
0 Wet hands with water;



1 Apply enough soap to cover all hand surfaces;



2 Rub hands palm to palm;



3 Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



4 Palm to palm with fingers interlaced;



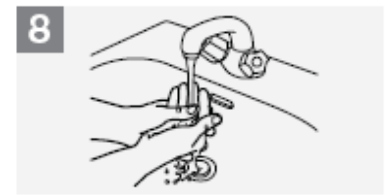
5 Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



6 Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



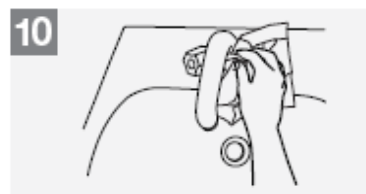
7 Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



8 Rinse hands with water;



9 Dry hands thoroughly with a single use towel;



10 Use towel to turn off faucet;



11 Your hands are now safe.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Lama prosedur 40-60 detik

**Lampiran 4**

**Panitia Acara**

**Pelatihan Pemberian Obat ”Prinsip Sepuluh Benar Pemberian Obat”**

**Pembawa Acara** : Rini Heldina

**Tilawah** : Nola Asril

**Konsumsi** : Melda Kartika

**Perlengkapan** : 1. Ratna Juita

2. Sari Angreni

**Fasilitator** : Arini Elhuda

**Sponsor** : Febri Wendari

**Dokumentasi** : 1. Geni Asril

2. Afdhal

