Pengetahuan Perawat dalam Melaksanakan Pemberian Terapi Obat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Sumedang Tahun 2012

Ida Sugiarti[1], Nunung S. Sukaesih[2], Popi Sopiah[2]

Nurses Knowledge on Medicine Therapy in The Disease Room at RSUD of Sumedang District In 2012

Abstrak

Peran perawat yang sering dilakukan dalam fungsi *dependent* adalah pemberian obat. Pemberian terapi obat beresiko dan perawat perlu tahu mengenai resiko dan cara pemberiannya untuk menghindari efek samping obat. Hasil studi pendahuluan berdasarkan hasil observasi selama 2 minggu pada bulan Maret 2012, perawat sudah memberikan obat sesuai jadwal. Dalam memberikan obat, perawat tampak sudah terampil tetapi perawat tidak memberikan *Health Education* berupa dampak, interaksi obat dengan makanan/minuman, faktor-faktor yang mempengaruhi kerja obat. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran pengetahuan perawat (*Conseptual Knowledge*) tentang pemberian terapi obat yang sering diberikan di ruang penyakit dalam RSUD Kabupaten Sumedang tahun 2012 berupa Antimikroba (Cephalosphorine/Cepotaxime, Ciproploxacin dan Anti TB), Histamine Antagonis (Ranitidine, Lansoprazole) dan Non Narkotik Analgesic Antipiretik (Paracetamol). Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di ruang penyakit dalam RSU BLUD Sumedang berjumlah 56 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampel. Alat ukur pengumpulan data berupa kuesioner. Variabel yang dibuat berasal dari soal-soal NCLEX-RN REVIEW 2000 dan NCLEX-RN 2003-2004 EDITION. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan Ana-Test. Hasil penelitian menunjukkan 3, 58 % memiliki pengetahuan cukup, dan 96, 42 % memiliki pengetahuan kurang. Saran penelitian ini agar diadakannya *nursing conference* yang sistematis dan terjadwal mengenai obat-obatan dan peran perawat dalam pelaksanaan pemberian obat, dan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti pelatihan/seminar yang berhubungan dengan pemberian obat.

Kata Kunci: pengetahuan perawat, terapi pemberian obat, antimikroba, histamine antagonis, non narkotic analgesic antipiretik

Abstract

One of the nurse rolesis regularlypreparethe administration of medicinesin the dependent function. Nurses need to know the risks inprovidingmedicine therapy and ways of administration to avoid theside effects.Preliminary studies result based on 2 weeks observation in March 2012showed that the nurse had delivered themedicines as per schedule.The nurse seemed to have skilled in administering the medicinesbut did not provided Health Instruction in regards toside effect, interactions with food or drinks, factors influencing the medications. The purpose of this study is to provide an overview of the nurse knowledge (Conseptual Knowledge) regarding the provision of medicine therapy in the disease room atSumedang District Hospital in 2012, such as Antimicrobials (Cephalosphorine/Cepotaxime, Ciproploxacin and Anti-TB), Histamine antagonists (Ranitidine, lansoprazole) and Non-Narcotic Analgesic Antipyretic (Paracetamol). The method used in this research is descriptive method. The research populationsare 57nurses inthe internal medicine room at HospitalBLUDSumedang. The Total sample technique is used for sampling technique. A series of questionnaireis use for measurement instrument of data collection. The variablesare taken from NCLEX-RN and NCLEX REVIEW 2000-RN 2003-2004 EDITION. Ana-Test used forValidity and reability test. The results showed that only 3,58% nurses have enough knowledge and 96,42% have less knowledge. Recommendations from this research isto conduct nursing conference about medicineprograms and the nurserole in the medicine administrationimplementation, and also giving the opportunity to attend the training related to the administration of medicines.

[1] Dosen Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
[2] Dosen AKPER Pemkab Sumedang

Keywords: nurses knowledge, therapeutic drug delivery, antimicrobials, histamine antagonists, non-narcotic analgesic antipyretic.

Pendahuluan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit* Pasal 1, Butir 1). Definisi paripurna menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah lengkap (Kamus Besar Bahasa Indonesia Cetakan Kedua, Balai Pustaka, Jakarta, 1989 ; 649). Lengkap dalam arti setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan. Rumah Sakit mempekerjakan tenaga kesehatan yang terdiri dari tenaga medis, keperawatan, kefarmasian, dan lain-lain sesuai dengan jenis dan klasifikasi Rumah Sakit. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Peraturan Pemerintah RI No. 32 Tahun 1996 tentang *Tenaga Kesehatan* Pasal 1). Fokus upaya pelayanan kesehatan dalam hubungan antara rumah sakit dan pasien, seyogyanya menempatkan perhatian terhadap pasien dan keluarganya.

Fokus dalam upaya pelayanan kesehatan ditujukan terhadap pasien dan keluarganya. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit bekerja sebagai tim yang saling bekerjasama untuk kepentingan kondisi optimal yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Tindakan medik tertentu oleh dokter bertujuan untuk kesembuhan pasien dilakukan dengan pengobatan (*curing*), sedangkan tindakan keperawatan dalam bentuk pemberian asuhan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatan optimal pasien (*caring*) (Praptianingsih, 2006; 20), demikian juga dengan tenaga kesehatan lain, bekerja sesuai kewenangan profesinya.

Salah satu ciri profesi yang paling banyak direkomendasikan oleh ahli sosiologi adalah profesi harus memiliki otonomi sebagai satu-satunya karakteristik pembeda profesi (Styles, 1982, dikutip oleh Kathleen et. al., 2007; 6). Untuk memiliki otonomi, profesi keperawatan harus memiliki kewenangan legal untuk menetapkan ruang lingkup prakteknya, menjelaskan peran dan fungsi khususnya yang membedakannya dengan profesi lain, dan dapat menentukan tujuan dan tanggungjawabnya dalam memberikan pelayanan.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan pada klien dengan menggunakan proses keperawatan berpedoman pada standar praktek, dilandasi etik & etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya, fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lain. Fungsi perawat yaitu (Kusnanto, 2004; 88 – 89): fungsi *independent* (mandiri), yaitu aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas inisiatif perawat itu sendiri dengan dasar pengetahuan dan keterampilannya, fungsi *dependent* (ketergantungan) yaitu tindakan keperawatan berdasarkan order tenaga kesehatan lain dan fungsi *interdependent* (kolaboratif) yaitu aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas kerjasama dengan tim kesehatan lain.

Anggota tim kesehatan yang paling sering berinteraksi di rumah sakit adalah dokter dan perawat. Masalah utama yang seringkali menjadi polemik dalam hubungan dokter dan perawat adalah masalah lingkup kewenangan masing-masing, meskipun sudah dipahami

bahwa tugas dokter adalah *cure* (mengobati) sedangkan perawat adalah *care* (merawat), tetapi dalam prakteknya terdapat wilayah "abu-abu" (*grey zones*) yang rentan menjadi sumber konflik.

Fungsi perawat dalam hubungannya dengan dokter adalah bersifat *interdependent* (kolaboratif) dan *dependent* (ketergantungan). Kerjasama antara anggota tim kesehatan dikenal dengan istilah kolaborasi.

Kolaborasi adalah proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat *(American Medical Assosiation*/ AMA, 1994).

Definisi di atas memberikan penekanan arti kolaborasi sebagai kesetaraan peran, adanya pengakuan serta penghargaan terhadap profesi yang berbeda dengan tujuan yang sama memberikan kontribusi dalam perawatan klien. Idealnya dalam fungsi kolaborasi tidak memicu konflik karena terdapat kesetaraan peran dan penghargaan. Sedangkan fungsi *dependent* (ketergantungan), dapat menimbulkan polemik dalam pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan. Peran perawat yang paling sering dilakukan dalam fungsi *dependent* (ketergantungan) adalah pemberian obat.

Pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat (Potter & Perry, 2005; 991). Obat adalah alat utama terapi yang digunakan dokter untuk mengobati klien yang memiliki masalah kesehatan. Perawat bertanggungjawab memahami kerja obat dan efek samping yang ditimbulkan, memberikan obat dengan tepat, memantau respon klien, membantu klien menggunakannya dengan benar dan berdasarkan pengetahuan, perawat juga harus memahami masalah kesehatan klien saat ini dan sebelumnya untuk menentukan apakah obat tertentu aman untuk diberikan (Potter & Perry, 2005; 991). Perawat menggunakan proses keperawatan untuk mengintegrasikan terapi obat ke dalam perawatan (Potter & Perry, 2005; 1011). Setiap obat memiliki efek samping masing-masing dan sangat tergantung kondisi pasien.

Aplikasi proses keperawatan dalam mengintegrasikan terapi obat kedalam asuhan keperawatan meliputi proses pengkajian sampai dengan evaluasi. Pada proses pengkajian, untuk menetapkan kebutuhan terhadap terapi obat dan respons potensial terhadap terapi obat, perawat mengkaji banyak faktor, diantaranya riwayat medis, riwayat alergi, data obat, riwayat diet, kondisi klien terkini, persepsi klien atau masalah koordinasi, sikap klien terhadap penggunaan obat, pengetahuan klien dan pemahaman tentang terapi obat, kebutuhan pembelajaran klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan setelah melakukan pengkajian. Terdapat berbagai diagnosa NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) untuk terapi obat, diantaranya adalah; kurang pengetahuan tentang terapi obat, ketidakpatuhan terhadap terapi obat, gangguan menelan, penatalaksanaan program terapeutik tidak efektif, dan lain-lain. Pada tahap perencanaan, perawat menetapkan sasaran ; tidak ada komplikasi yang timbul akibat rute pemberian obat yang digunakan, efek terapeutik obat yang diprogramkan dicapai dengan aman sementara kenyamanan klien tetap dipertahankan, klien dan keluarga memahami terapi obat, pemberian obat secara mandiri dilakukan dengan aman. Pada tahap implementasi, perawat mentranskripsi program yang benar (meliputi nama, kamar, dan nomor tempat tidur klien, dosis, waktu pemberian obat, rute pemberian obat, dokumentasi pemberian obat) dan mengkomunikasikan program, peningkatan kesehatan melalui penyuluhan klien serta dapat mempertahankan hak klien. Pada tahap evaluasi, perawat memantau respons klien terhadap obat secara

berkesinambungan. Untuk melakukan ini, perawat harus mengetahui kerja terapeutik dan efek samping yang umum muncul dari setiap obat. Perubahan kondisi klien dapat secara fisiologis berhubungan dengan status kesehatan, dapat muncul akibat penggunaan obat, atau keduanya. Perawat harus mewaspadai reaksi yang akan timbul ketika klien mengkonsumsi beberapa obat (Potter & Perry, 2005; 1016).

Kesalahan perawat dalam memberikan obat dapat membawa perawat ke dalam perkara hukum tentang malpraktek. Kesalahan dalam pemberian dosis, identifikasi pasien, atau pemilihan obat oleh perawat telah menyebabkan kebutaan, kerusakan otak, henti jantung, dan kematian (Helm, 2006; 29). Beberapa kasus pengadilan berikut menjelaskan bagaimana kesalahan dalam pemberian obat dapat menyebabkan perawat berurusan dengan pengadilan. Pada kasus Demers v. United States (1990), pasien masuk rumah sakit untuk menjalani penanaman alat pacu jantung (*pacemaker*). Setelah prosedur dilakukan, ditemukan bahwa pasien secara keliru telah diberi diltiazem (Cardiazem), obat yang seharusnya diberikan kepada pasien lain. Kesalahan ini menyebabkan pasien meninggal sehingga isteri pasien mengangkat perkara ini. Pemberian dosis yang benar juga wajib sifatnya. Pada suatu kasus di Ohio, kasus Gallimore v. Childrens Memorial Hospital (1993), perawat ceroboh memberikan 200 mg gentamisin padahal seharusnya 30 mg, karena ia tidak mengklem slang infus dengan kuat. Akibatnya, kemampuan dengar anak hilang karena pemberian dosis berlebih dan perawat dinyatakan lalai. Hal yang sama terjadi pada kasus Dessauer v. Memorial General Hospital (New Mexico, 1981), seorang dokter di unit kedaruratan memprogramkan 50 mg lidokain untuk seorang pasien. Perawat yang memberi obat biasanya bekerja di bangsal kebidanan dan ia memberi obat dengan dosis 800 mg. Pasien kemudian meninggal, keluarga menuntut, dan rumah sakit terbukti bertanggung jawab (Helm, 2006; 56). Pada kasus (Wright v. Abott Laboratories, 1999), perawat memberikan NaCl pekat melalui intravena kepada bayi baru lahir padahal yang diprogramkan adalah larutan normal saline. Bayi mengalami cedera fisik permanen berat (Helm, 2006; 54). Pada kasus Voorhees v. University of Pennsylvania (1997), pasien yang didiagnosis nekrosis avaskuler bilateral pada kaput femoris meninggal setelah terlibat dalam penelitian terkontrol-acak untuk terapi profilaksis anti koagulan. Perawat terlibat tindak pelalaian, yakni, gagal memberi obat yang diprogramkan untuk mencegah bekuan pada hari pembedahan dan dua kali pada masa sebelumnya, gagal memberikan profilaksis antikoagulan setelah pembedahan selama 36 jam dan gagal memberitahukan dokter tentang tanda klinis pembengkakan di pergelangan kaki pasien (Helm, 2006; 53-54).

Kecenderungan kasus malpraktek di Indonesia belum terdata dengan baik. Budaya di Indonesia yang lebih “pemaaf” dan ketidaktahuan masyarakat tentang masalah kesehatan, menjadikan kasus-kasus yang ada tidak sampai ke pengadilan. Tetapi ada kecenderungan perkembangan pengetahuan masyarakat tentang perawatan kesehatan semakin meningkat dan tuntutan tentang profesionalisme profesi serta persaingan institusi pelayanan kesehatan, membuat masyarakat lebih kritis dan menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik. Kasus perawat Misram di Kutai Kertanegara yang terbukti menyimpan obat terpaksa harus dipidana karena di luar kewenangannya sebagai perawat, meskipun kedudukannya sebagai Kepala Puskesmas pembantu, tetapi Pengadilan Tinggi tidak dapat menerima alasan tersebut.

Pengetahuan perawat tentang pemberian obat menjadi suatu keharusan agar perawat dapat menjalankan peran dan fungsi *dependent* dalam pemberian obat sesuai dengan aturan dan terhindar dari malpraktek. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan

bersifat langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Rogers, 1974 dikutip oleh Notoatmodjo, 2007; 139). Implementasi yang benar dan tepat dalam praktiknya harus didasari oleh pengetahuan yang benar tentang pemberian obat. Dengan memiliki pengetahuan yang memadai tentang kerja suatu obat dan efek terapeutiknya, seorang perawat harus mampu melakukan observasi efek obat dan harus melakukan upaya untuk meningkatkan keefektifkan suatu obat. Pemberian obat tidak boleh dipandang sebagai perawatan, karena upaya kesehatan tidak dapat terlaksana dengan pemberian obat saja, pemberian obat harus dikaitkan dengan tindakan perawatan (Prihardjo, 2012) .

Tulving (1983, 1991, 1993) dalam Omrrod (2004), menjelaskan Pengetahuan (*Knowledge*) seseorang terdiri dari *Episodic Knowledge, Semantic Knowledge, Procedural Knowledge* dan *Conceptual Knowledge. Episodic Knowledge* berarti bahwa pengetahuan diperoleh berdasarkan pengalaman hidup seseorang secara pribadi. Pengalaman perawat memberikan obat secara langsung di ruangan atau di ruangan sebelumnya menjadi dasar pengetahuan. *Semantic knowledge* adalah pengetahuan seseorang yang didapat tentang hal-hal umum yang terjadi, diperoleh melalui pengalaman masyarakat lain pada umumnya. Pengetahuan ini merupakan pengetahuan umum, yang dianggap sudah diketahui oleh masyarakat pada umumnya. Misalnya obat tablet atau sirup dikonsumsi secara oral atau diminum/dimakan. Perbedaan secara sederhana antar *episodic* dengan *semantic* dapat dijabarkan bahwa kita akan mengetahui dan mengingat kejadian-kejadian yang pernah dialami (*episodic*) tapi juga mengetahui hal-hal umum yang terjadi di dunia ini (*semantic*). *Procedural Knowledge* terkait dengan " how to do things" atau bagaimana kita mengerjakan sesuatu (JR Anderson, 1983, 1995, dalam Ormrod 2004; 203). Perawat melakukan tindakan dalam hal ini pemberian obat dengan memperhatikan prinsip pemberian obat untuk mencapai tujuan. *Conceptual Knowledge* lebih memberikan gambaran pemahaman seseorang tentang mengapa sesuatu terjadi, bagaimana sesuatu itu bisa terjadi, dan mengapa suatu prosedur lebih efektif dibanding prosedur yang lain (J.R. Anderson 1995; Byrnes, 2001, dalam Ormrod 2004; 203). Setiap perawat yang dinas di ruangan dianggap sudah pernah terpapar pengetahuan tentang pemberian obat atau yang dikenal dengan *Episodic Knowledge,* demikian juga dengan *Semantic Knowledge,* karena masyarakat umum sebagai orang awam juga dianggap mengetahui apalagi perawat. *Procedural Knowledge* atau pengetahuan prosedur seharusnya juga sudah diketahui perawat ketika perawat sudah sering terpapar dan melaksanakan langsung kegiatan pemberian obat di ruangan. *Conceptual Knowledge* menjadi penting untuk diteliti berhubung dengan peran perawat dalam pemberian obat. Perawat harus memiliki pemahaman tentang obat dan pemberian obat dalam batas kewenangannya.

Rumah Sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang lebih banyak mempekerjakan perawat sebagai tenaga kesehatan. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit* Pasal 13, Butir 3). Ruang penyakit dalam RSUD Sumedang merupakan ruang rawat inap yang dikhususkan untuk pasien dengan penyakit dalam tanpa adanya prosedur pembedahan sehingga penanganan medis di ruangan tersebut lebih banyak mengandalkan pengobatan. Hasil penelitian Astuti (2008) tentang deskripsi tugas perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam di RSUD Pemangkat Kabupaten Sambas, menunjukkan bahwa

kegiatan keperawatan langsung berupa adanya komunikasi kepada pasien, pemberian obat dan pemenuhan kebutuhan nutrisi dan eleminasi.

Hasil studi pendahuluan di Ruang Rawat Inap RSU Kabupaten Sumedang, berdasarkan hasil observasi selama 2 minggu pada bulan Maret 2012, perawat sudah memberikan obat sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Dalam memberikan obat, perawat tampak sudah terampil karena sudah menjadi kegiatan rutin harian. Tetapi perawat belum secara paripurna mengintegrasikan pelaksanaan terapi obat kedalam asuhan keperawatan. Aktivitas pemberian obat belum mengkaji banyak faktor seperti kondisi klien terkini, riwayat alergi, pengetahuan klien tentang obat dan pemahaman terapi, atau kebutuhan belajar klien. Dalam penegakan diagnosa keperawatan untuk terapi obat juga tidak ada, padahal masalah efek samping obat yang dirasakan klien seperti keluhan mual setelah memperoleh injeksi obat tertentu kadang ditemukan. Pada tahap imlementasi perawat baru sebatas komunikasi terapeutik dan pemberian obat saja, tanpa disertai *Health Education* tentang obat yang diberikan, berupa dampak, interaksi obat dengan makanan/minuman, faktor-faktor yang mempengaruhi kerja obat. Pada tahapan dokumentasi, pemberian obat baru sebatas pada lembar observasi saja, belum mendokumentasikan secara langsung pada catatan perawatan. Data ruang penyakit dalam menunjukkan tiga obat yang paling sering diberikan adalah Antimikroba (Cephalosphorine/Cepotaxime, Ciproploxacin dan Anti TB), Histamine Antagonis (Ranitidine, Lansoprazole), Non Narkotik Analgesic Antipiretik (Paracetamol). Tiga golongan obat ini menjadi penting bagi perawat, meskipun efek samping tiap obat berbeda namun efek samping secara umum seperti reaksi alergi, reaksi toksik, dari gejala ringan seperti mual, anoreksia, sakit kepala, reaksi pruritus sampai reaksi berat berupa sindrom Steven Johnson. Ditemukan 1 kasus pasien mengalami sindrome steven johnson setelah diberikan salah satu obat dari golongan obat-obatan diatas di salah satu ruang rawat penyakit dalam RSUD Kabupaten Sumedang. Apabila perawat kurang memahami tentang reaksi obat, interaksi obat, efek samping yang diberikan akan menemui kesulitan untuk menentukan kebutuhan pasien akan terapi obat dan respon potensial yang mungkin muncul. Perawat juga memegang peran *dependent* dengan profesi dokter dalam memberikan terapi obat, sehingga mustahil ini akan terjalin kerjasama yang baik bila perawat tidak membekali diri dengan pengetahuan tentang pemberian obat ini.

Metode

Penelitian dilakukan minggu ke III September samapai dengan minggu ke IV Oktober 2012. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang dinas di ruang penyakit dalam RSUD Sumedang berjumlah 57 orang terdiri dari 18 orang di ruang cempaka, 18 orang di ruang sakura, dan 21 orang di ruang kenanga, 1 orang di ruang Cempaka sedang cuti bersalin, jadi total populasi 56 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampel atau total populasi sebanyak 56 orang. Penelitian dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam RSU Kabupaten Sumedang (Ruang Cempaka, Ruang Sakura, Ruang Kenanga). Alat ukur pengumpulan data berupa kuesioner. Soal yang dibuat berasal dari soal-soal NCLEX-RN REVIEW 2000 dan NCLEX-RN 2003-2004 EDITION.

Uji validitas dan reliabilitas penelitian ini menggunakan Ana-test. Nilai Reliabilitas dengan hasil Rata2= 12,80 Simpang Baku= 2,70 Reliabilitas Tes= 0,70, artinya *reliable*. Questioner penelitian dikatakan reliable jika nilai r >0.5, dengan tingkat kepercayaan 5%. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan kepada perawat di ruang penyakit dalam RSU Pakuwon sebanyak 10 orang.

Data di analisa dengan mengunakan data univariat untuk melihat gambaran responden berdasarkan variabel *dependent*. Analisa data menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian dilakukan minggu ke III September samapai dengan minggu ke IV Oktober 2012 dengan jumlah responden sebanyak 56 orang terdiri dari jumlah perawat ruang sakura 18 orang, ruang cempaka 17 orang, dan ruang kenanga 21 orang. Latar belakang tingkat pendidikan S 1 Keperawatan 5 orang, D IV Keperawatan 1 orang dan D III Keperawatan 50 orang. Hasil penelitian dalam bentuk tabel distribusi frekwensi.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi pengetahuan perawat dalam melaksanakan pemberian terapi obat di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang tahun 2012

	Kriteria	Frekuensi	%
1.	Baik	-	0 %
2.	Cukup	2	3,58 %
3.	Kurang	54	96,42 %

Perawat bekerja di rumah sakit sebagai tenaga kesehatan yang berinteraksi lebih sering dengan pasien daripada tenaga kesehatan lain. Kewajiban perawat dalam melaksanakan praktik salah satunya adalah harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan tekhnologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya (Ayat 2 Pasal 12 Permenkes No. HK.02.02/Menkes/148/2010). Perawat yang senantiasa meningkatkan pengetahuannya diharapkan lebih berpikir kritis dan dapat menjalankan peran dan fungsinya dalam lingkup kewenangannya agar terhindar dalam malpraktek keperawatan. Perkara malpraktik secara emosional dapat menyiksa, secara professional menghancurkan, dan secara finansial membawa petaka (Helm, 2006; 1). Sehingga meningkatkan pengetahuan menjadi kewajiban yang diamanatkan perundang-undangan.

Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Dalam pengertian lain pengetahuan adalah pelbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. (Anonim, 2012). Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada di kepala kita. Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita miliki, diberitahu oleh orang lain, juga bisa diperoleh dari tradisi. (Prasetyo, 2007; 3-4).

Hasil penelitian di atas menunjukkan kurangnya pengetahuan perawat tentang terapi pemberian obat. Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *Conceptual Knowledge*. Pengetahuan konseptual lebih memberikan gambaran pemahaman seseorang tentang mengapa sesuatu terjadi, bagaimana sesuatu itu bisa terjadi, dan mengapa suatu prosedur lebih efektif dibanding prosedur yang lain (Anderson , 1995; Byrnes, 2001, dalam Ormrod 2004; 203). Dalam pengetahuan ini, membutuhkan perawat yang dapat berpikir kritis tentang mengapa sesuatu terjadi, bagaimana sesuatu itu bisa terjadi, dan mengapa suatu prosedur lebih efektif dibanding prosedur yang lain. Berpikir kritis adalah suatu proses yang menantang seorang individu untuk menginterpretasi dan mengevaluasi informasi untuk membuat penilaian (Potter & Perry, 2005; 131). Kemampuan perawat untuk berpikir kritis sangat penting untuk menjalankan perannya sebagai *advocate* klien yang membantu memberikan pilihan-pilihan perawatan kesehatan untuk mencapai hasil perawatan kesehatan yang optimal dan terbaik bagi pasien

dan keluarganya. Kemampuan perawat dalam berpikir kritis sangat penting dalam pemberian terapi obat. Walaupun obat menguntungkan klien dalam banyak hal, beberapa obat dapat menimbulkan efek samping yang serius atau berpotensi menimbulkan efek yang berbahaya bila tidak tepat diberikan (Potter & Perry, 2005; 991). Pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu tugas terpenting perawat (Potter & Perry, 2005; 991). Obat adalah alat utama terapi yang digunakan dokter untuk mengobati klien yang memiliki masalah kesehatan. Perawat bertanggungjawab memahami kerja obat dan efek samping yang ditimbulkan, memberikan obat dengan tepat, memantau respon klien, membantu klien menggunakannya dengan benar dan berdasarkan pengetahuan, perawat juga harus memahami masalah kesehatan klien saat ini dan sebelumnya untuk menentukan apakah obat tertentu aman untuk diberikan (Potter & Perry, 2005; 991). Perawat menggunakan proses keperawatan untuk mengintegrasikan terapi obat ke dalam perawatan (Potter & Perry, 2005; 1011). Pertanyan di questioner adalah tiga golongan obat yang paling sering diberikan di ruang penyakit dalam yaitu Antimikroba (Cephalosphorine/Cepotaxime, Ciproploxacin dan Anti TB), Histamine Antagonis (Ranitidine, Lansoprazole), Non Narkotik Analgesic Antipiretik (Paracetamol). Hasil penelitian menunjukkan kurangnya pengetahuan perawat tentang kebutuhan pasien terhadap terapi obat dan respons potensial terhadap terapi obat, kurangnya pengkajian tentang riwayat medis, riwayat alergi, data obat, riwayat diet, kondisi klien terkini, persepsi klien atau masalah koordinasi, sikap klien terhadap penggunaan obat, pengetahuan klien dan pemahaman tentang terapi obat. Pada tahap implementasi perawat juga tidak menetapkan sasaran terapi obat berupa; tidak ada komplikasi yang timbul akibat rute pemberian obat yang digunakan, efek terapeutik obat yang diprogramkan. Pada tahap implementasi, perawat sudah mentranskripsi program yang benar (meliputi nama, kamar, dan nomor tempat tidur klien, dosis, waktu pemberian obat, rute pemberian obat, dokumentasi pemberian obat) tetapi belum memberikan penyuluhan kesehatan berhubungan dengan obat yang diberikan. Pada tahap evaluasi, perawat sudah memantau respons klien terhadap obat secara berkesinambungan, tetapi hasil penelitian menunjukkan kurangnya pengetahuan perawat untuk melakukan evaluasi, hal ini tergambar dari jawaban perawat yang masih belum mengetahui kerja terapeutik dan efek samping yang umum muncul dari setiap obat. Perubahan kondisi klien dapat secara fisiologis berhubungan dengan status kesehatan, dapat muncul akibat penggunaan obat, atau keduanya. Jawaban seluruh perawat benar tentang salahsatu efek samping terberat dari pemberian obat berupa steven jhonson syndrome.

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya (anonym, 2012):

a. Pendidikan

   Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan perilaku seseorang atau kelompok dan upaya mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Data tingkat pendidikan di ruang penyakit dalam S1 Keperawatan 5 orang, D IV Keperawatan 1 orang dan 50 orang D III Keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan tingkat pendidikan tidak berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan tentang terapi obat. Pendidikan formal keperawatan tidak secara spesifik membahas obat-obatan tersebut, muatan farmakologi hanya 2 SKS, sehingga dibutuhkan pendidikan non formal berupa pelatihan-pelatihan atau seminar untuk perawat di masing-masing ruangan agar dapat mengetahui informasi tentang obat yang sering diberikan di ruangan tersebut.

b. Media
   Media dirancang untuk menyebarluaskan informasi kepada masyarakat luas. Contoh media massa adalah televisi, radio, koran, dan majalah. Belum terdapat penelitian yang menunjukkan berapa sering perawat terpapar oleh media yang berisi informasi tentang obat-obatan tersebut.
c. Informasi
   Informasi hakikatnya tidak dapat diuraikan (*intangible*), sedangkan informasi itu dijumpai dalam kehidupan sehari-hari yang diperoleh dari data dan pengamatan terhadap dunia sekitar kita serta diteruskan melalui komunikasi. Informasi tentang obat mungkin hanya diperoleh perawat dari dokter yang bersangkutan ketika perawatnya mau bertanya. Pentingnya terjalin komunikasi yang baik antara dokter dan perawat terutama seputar terapi pemberian obat. Pola komunikasi perawat–dokter belum terjalin dengan baik (Siegler & Whitney, 1999; 25).

Pemberian obat yang aman dan akurat merupakan salah satu peran terpenting perawat. Peran merupakan sekumpulan harapan yang dihubungkan dengan suatu posisi dalam masyarakat (Kathleen et. al., 2007; 31). Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kusnanto, 2004; 82). Peran akan selalu sejalan dengan fungsi. Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya, fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lain. Fungsi perawat yaitu (Kusnanto, 2004; 88 – 89): fungsi *independent* (mandiri), fungsi *dependent* (ketergantungan), dan fungsi *interdependent* (kolaboratif). Fungsi perawat dalam hubungannya dengan dokter adalah bersifat *interdependent* (kolaboratif) dan *dependent* (ketergantungan). Peran perawat yang paling sering dilakukan dalam fungsi *dependent* (ketergantungan) adalah pemberian obat. Pemberian obat seringkali menjadi *grey area* (wilayah abu-abu), yang bisa menimbulkan konflik antara dokter dan perawat dalam masalah pertanggunggugatan. Pemberian obat adalah wilayah kewenangan dokter yang dimandatkan atau didelegasikan kepada perawat. Definisi pendelegasian atau pemberian mandate harus dipahami oleh kedua belah pihak sebagai bentuk kolaborasi, bukan semata pemberian instruksi yang hanya cukup dicatat dan dilaksanakan tanpa dipikirkan dengan benar untuk melindungi kepentingan pasien.

Kolaborasi adalah proses dimana dokter dan perawat merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk merawat individu, keluarga dan masyarakat *(American Medical Assosiation*/AMA, 1994).

Definisi di atas memberikan penekanan arti kolaborasi sebagai kesetaraan peran, adanya pengakuan serta penghargaan terhadap profesi yang berbeda dengan tujuan yang sama memberikan kontribusi dalam perawatan klien. Terdapat hambatan dalam melakukan kolaborasi diantaranya adalah:

a. Pola pendidikan
   Sebagai praktisi, dokter memang berbagi lingkungan kerja dengan para perawat dan professional kesehatan lainnya, tetapi mereka tidak dididik untuk menanggapinya sebagai rekanan/sejawat/ kolega kerja (Siegler & Whitney' 1999; 15). Di sisi lain seorang perawat professional seringkali masih menempatkan diri di bawah dokter, sebagai tenaga vokasional yang bertindak atas perintah dokter. Dalam pemberian obat, perawat lebih bersikap pasif dan menunggu instruksi dari dokter, serta mencatatkan perintah dokter terkait pemberian terapi obat.

b. Pola komunikasi perawat – dokter

Komunikasi yang kurang terjalin dengan baik antara perawat dan dokter, dihubungkan dengan tingkat sosial dan jenis kelamin (Siegler & Whitney, 1999; 25). Perbedaan status dan kekuasaan tetap menjadi sumber utama ketidaksesuaian, mempertajam pendirian professional terhadap praktik kolaborasi. Dokter cenderung pria, dari tingkat ekonomi lebih tinggi, dan biasanya fisiknya lebih besar dibandingkan perawat. Meskipun perbedaan ini kini tidak terlalu tajam, karena semakin banyak wanita yang menekuni bidang medis, demikian juga profesi perawat juga mulai ditekuni laki-laki, semakin banyak perawat mencapai pendidikan yang lebih tinggi dan meluasnya pilihan masyarakat diantara pemberi pelayanan perawatan kesehatan. Tetapi iklim dan kondisi sosial masih mendukung dominasi dokter.

c. Konflik dalam keperawatan : membentuk suatu profesi

Profesi keperawatan merupakan profesi yang masih muda jika dibandingkan dengan profesi lain. Profesi dokter sudah lebih dulu berkembang dibanding profesi perawat. Keadaan ini menimbulkan ketimpangan dalam masalah kolaborasi keilmuan.

d. Disintensif pengaturan dan finansial

Pemerintah belum dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dengan menyediakan tenaga dokter sampai ke pelosok daerah sedangkan tuntutan pelayanan kesehatan makin meningkat. Keberadaan tenaga perawat di daerah menjadi alternatif masyarakat untuk berobat. Pemerintah daerah juga mengambil keuntungan dengan situasi ini, karena "sementara waktu", keberadaan perawat menjadi solusi bagi masyarakat. Di lain pihak, beberapa perawat juga mengambil kesempatan dengan menjadi "mantri kesehatan" lebih menguntungkan secara finansial, karena regulasi tentang pelayanan kesehatan masih terus berfokus pada unsur kuratif saja. Keadaan ini juga menular bukan hanya di daerah pedesaan, tetapi juga di daerah perkotaan. Masyarakat merasa lebih mudah, murah dan lebih familier dengan berobat ke perawat, menimbulkan "kegerahan" di profesi medis, karena lahan prakteknya terganggu. Keadaan ini menimbulkan ketegangan antara profesi perawat dan dokter, sehingga menyulitkan proses kolaborasi. Di lain pihak, belum terdapat aturan yang jelas tentang perlindungan hukum bagi perawat dalam menjalankan profesinya. Beberapa permasalahan di atas, menyebabkan proses kolaborasi menjadi lebih sulit dilaksanakan.

Ruang penyakit dalam RSUD Sumedang merupakan ruang rawat inap yang dikhususkan untuk pasien dengan penyakit dalam tanpa adanya prosedur pembedahan sehingga penanganan medis di ruangan tersebut lebih banyak mengandalkan pengobatan. Hasil penelitian Astuti (2008) tentang deskripsi tugas perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam di RSUD Pemangkat Kabupaten Sambas, menunjukkan bahwa kegiatan keperawatan langsung berupa adanya komunikasi kepada pasien, pemberian obat dan pemenuhan kebutuhan nutrisi dan eleminasi. Pemberian terapi obat merupakan salahsatu peran perawat yang sering dilaksanakan di ruang penyakit dalam, oleh karena itu dibutuhkan pengetahuan perawat yang mumpuni dalam melaksanakan pemberian terapi obat terutama obat-obatan yang paling sering diberikan di ruangan tersebut.

Kompetensi perawat dalam menjalankan pemberian obat menjadi suatu keharusan agar perawat dapat menjalankan peran dan fungsi *dependent* dalam pemberian obat sesuai dengan aturan dan terhindar dari malpraktek. Pengetahuan perawat tentang pemberian obat akan menentukan level dari kompetensi yang

dicapai (*novice, advanced beginner, competent, proficient, expert*). Menurut Patricia Alexander (1997, 1998, in in Ormrod 2004 ; Dreyfus brothers 2005, in Dent et all, 2009) Pada level *novice*, pada tahapan ini seseorang masih memiliki persepsi yang sempit, pengetahuan masih awam, lebih sering terjadi kesalahpahaman dalam memahami sesuatu, *serta* tidak bisa membuat keputusan. Level kedua yaitu *advanced beginner* ditandai dengan mulai memperoleh pengalaman, persepsi terhadap situasi sekeliling masih terbatas. Level ketiga yaitu *Competent*, ditandai kemampuan mengatasi masalah, memiliki kesadaran secara terencana, dan menunjukan performa sesuai standar. Level kelima *proficient* yaitu menilai sesuatu secara holistik, memahami penyimpangan dari tanda tanda normal, masih sulit untuk membuat keputusan,, menggunakan panduan dengan modifikasi. Level kelima yaitu *Expert* seseorang sudah memiliki intuisi untuk mengatasi masalah berdasarkan pemahaman, pendekatan analitis, pandangan tentang prediksi kedepan yang mungkin terjadi. Melihat hasil penelitian, kemungkinan pengetahuan perawat berada pada level pertama yaitu *novice* dan kedua yaitu *advanced beginner*. Dimana perawat belum dapat membuat keputusan atau persepsinya masih terbatas dalam hal terapi pemberian obat. Perawat memiliki peran dalam pemberian terapi obat (Perry & Potter, 2005; 1008-1011), diantaranya adalah ; memantau respon klien terhadap pengobatan, memberikan pendidikan untuk klien dan keluarga tentang program pengobatan, menginformasikan kepada dokter kapan obat efektif, tidak efektif atau tidak dibutuhkan lagi, menentukan apakah klien harus menerima obat pada waktunya, mengkaji kemampuan klien untuk menggunakan obat secara mandiri dan menggunakan proses keperawatan untuk mengintegrasikan terapi obat ke dalam perawatan.

Kesimpulan

Hasil penelitian di atas menunjukkan kurangnya pengetahuan perawat tentang terapi pemberian obat, yaitu tidak adanya perawat dengan pengetahuan baik, 3.58% dengan pengetahuan cukup, dan sisanya 96.42% dengan pengetahuan kurang. Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *Conceptual Knowledge*. Pengetahuan konseptual lebih memberikan gambaran pemahaman seseorang tentang mengapa sesuatu terjadi, bagaimana sesuatu itu bisa terjadi, dan mengapa suatu prosedur lebih efektif dibanding prosedur yang lain (Anderson , 1995; Byrnes, 2001, dalam Ormrod 2004; 203).

Saran

1. Bagi peneliti dan akademisi
   Untuk peneliti selanjutnya disarankan untuk melanjutkan penelitian tentang *procedural knowledge* atau *psychomotor skill* perawat dalam pemberian obat ke pasien, atau menghubungan antara pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan obat ke pasien.
2. Bagi rumah sakit
   Kurangnya pengetahuan perawat tentang konsep dasar obat dapat ditingkatkan dengan adanya *nursing conference* yang sistematis dan terjadwal mengenai obat-obatan dan peran perawat dalam pelaksanaan pemberian obat, atau dengan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti pelatihan/seminar yang berhubungan dengan pemberian obat.
3. Bagi profesi keperawatan
   Diharapkan profesi selalu melakukan evaluasi terhadap kompetensi perawat yang sesuai dengan peran dan fungsi perawat sehingga institusi pendidikan dapat menterjemahkan kompetensi tersebut ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan.

Ucapan Terima Kasih

Penghargaan dan ucapan terima kasih kami sampaikan kepada direktur RSUD Kabupaten Sumedang dan seluruh responden serta semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu-persatu.

Daftar Pustaka

Arikunto, Suharsimi. (1998). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.

Billings, Diane M. (2002). *NCLEX-RN Sevent Edition*. USA: Lippincott.

Goodman & Gilman. (2008). *Dasar farmakologi terapi volume 2. Alih bahasa Amir Musadad, dkk*. Jakarta: EGC.

Harden, Ronald M & Dent, John A. (2009). *A practical guide for medical teachers*. USA: Churchill Livingstone.

Hastono, Sutanto Priyo. (2001). *Modul analisa data*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia.

Helm, Ann. Alih bahasa Helwiyah Ropi & Heni Mediani S. (2006). *Malpraktik keperawatan: menghindari masalah hukum*. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2011). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika.

Kathleen et. al. Alih bahasa Yuyun Y & Budi S. (2007). *Praktik keperawatan profesional, konsep & persfektif.* Jakarta: EGC.

Katzung, Bertram G. Alih bahasa Staf Dosen Farmakologi FK Universitas Sriwijaya. (1998). *Farmakologi dasar dan klinik, edisi VI.* Jakarta: EGC.

Kusnanto. (2004). *Pengantar profesi dan praktek keperawatan profesional*. Jakarta: EGC.

Lehne, Richard A. (2001). *Pharmacology for nursing care*. United States of America: W.B. Saunders Company.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Priharjo, Robert. (1996). *Praktik keperawatan profesional, konsep dasar & hukum*. Jakarta: EGC.

Potter, Patricia A & Perry, Anne G, alih bahasa Yasmin Asih dkk. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktek, Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Praptianingsih, Sri. (2006). *Kedudukan hukum perawat dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Ormrod, Jeanne Ellis. (2004). *Human learning*. United States of America: Upper Saddle River.

Stein, Alice M & Miller, Judith C. (2000). *NCLEX – RN^{TM} review 4th edition*. United States of America: National Student Nurses Association.

Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia. (1989). *Kamus besar bahasa Indonesia cetakan kedua*. Balai Pustaka, Jakarta.

Anonim. *Pengetahuan.* http://id.m. Wikipedia.org. diakses tanggal 31 Juli 2012.

Astuti. 2008. *Deskripsi tugas perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam di RSUD pemangkat kabupaten Sambas*. http/undip.ac.id diakses tanggal 31 juli 2012.

Robert Prihardjo. *Teknik dasar pemberian obat bagi perawat*. http/books.google.com. diakses tgl 30 Juli 2012.

UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

PP No. 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan

PETUNJUK PENULISAN NASKAH JURNAL

- Jurnal Persada Husada Indonesia menerima naskah ilmiah mengenai hasil penelitian, tinajaun hasil-hasil penelitian, metodologi dan pendekatan-pendekatan baru dalam penelitian yang berkaitan dengan dunia kesehatan
- Naskah yang dikirim merupakan naskah asli dan belum pernah diterbitkan sebelumnya
- Naskah yang telah diterbitkan menjadi hak milik redaksi dan naskah tidak boleh diterbitkan dalam bentuk apapun tanpa persetujuan redaksi.
- Jenis naskah yang diterima redaksi adalah hasil penelitian atau kajian analitis di bidang Ilmu Kesehatan.
- Artikel ditulis dengan Times New Roman, ukuran 11, spasi 1.15 dan dalam format dokumen berukuran A4 (210mm x 297mm) dengan margin atas 3.5cm, bawah 2.5cm, kiri dan kanan 2.5cm, rata kanan-kiri.. Isi dokumen, sudah termasuk tabel, grafik, gambar tidak boleh lebih dari 15 halaman. Hudul harus singkat, informatif dan tidak lebih dari 16 kata. Artikel dibuat 2 kolom
- **Sistematika penulisan** naskah hasil penelitian meliputi: judul bahasa Indonesia, nama penulis, judul bahasa Inggris, abstrak bahasa Indonesia disertai kata kunci, abstrak bahasa Inggris disertai kata kunci, pendahuluan, metode, hasil dan pembahasan, kesimpulan, saran, ucapan terimakasih (bila ada), dan daftar pustaka.
- **Judul** naskah menggambarkan isi pokok tulisan secara singkat, jelas dan informative. Judul ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Ringkasan judul (tidak lebih dari 40 karakter) hendaknya juga disertakan.
- **Nama penulis** ditulis lengkap disertai catatan kaki tentang profesi dan instansi tempat penulis bekerja.
- **Abstrak** ditulis dalam bahasa Indonesia, Inggris dan tidak lebih dari 250 kata serta intisari seluruh tulisan, meliputi : tujuan, metode, hasil dan simpulan. Di bawah abstrak disertakan 3-5 kata-kata kunci (*key words*).
- **Pendahuluan** berisi latar belakang justifikasi mengapa penelitian itu dilakukan, perumusan masalah, tinjauan pustaka
- **Metode**berisi desain dan jenis penelitian, tempat dan waktu penelitian, populasi dan sampel, cara pengumpulan data dan instrumen penelitian, teknik pengolahan dan analisis data.
- **Hasil dan Pembahasan.** Hasil dikemukakan dengan jelas bila perlu dengan ilustrasi (lukisan, grafik, diagram) atau foto. Hasil yang telah dijelaskan dengan tabel atau ilustrasi tidak perlu diuraikan panjang lebar dalam teks. Garis vertikal dan horizontal dalam tabel dibuat seminimal mungkin agar memudahkan penglihatan. Tabel, grafik dan gambar diberi nomor urut angka disertai judul dan keterangan yang lengkap. Pembahasan menerangkan arti hasil penelitian, bagaimana hasil penelitian yang dilaporkan dapat memecahkan masalah, perbedaan dan persamaan dengan penelitian terdahulu serta kemungkinan pengembangannya.
- **Daftar pustaka**, disusun alfabetis menurut sistem Harvard. Setiap nama pengarang diberi nomor urut sesuai dengan urutan pemunculannya dalam naskah dan mencantumkan: (a)untuk buku: nama-nama penulis, editor, penerbit, tahun, dan nomor halaman. (b) untuk terbitan berkala: nama-nama penulis, judul tulisan, judul terbitan (disingkat sesuai dengan Index Medicus), volume, tahun, dan nomor halaman. (c) Internet: website, judul naskah, waktu unduh. Ketentuan penulisan sebagai berikut: Jarak spasi yang digunakan 1.15 spasi. Baris kedua setiap pustaka dimulai menjorok ke dalam dengan 5 ketukan. Urutan penulisan artikel berdasarkan abjad tanpa diberi nomor.
- **Penyerahan Naskah** dalam bentuk *print out* naskah dan satu CD yang berisi naskah. Naskah juga dikirim melalui e-mail kepada penyunting dengan alamat phi.jurnal@gmail.com
- Tiap naskah akan ditelaah oleh *reviewer* dan/atau mitra bestari. Naskah yang diterima dapat disunting atau dipersingkat oleh *reviewer*. Naskah yang tidak memenuhi ketentuan dan tidak dapat diperbaiki oleh *reviewer* dikembalikan lagi kepada penulis.
- Naskah yang tidak diterbitkan akan dikembalikan kepada penulis.