

# PEDOMAN

---

## MEDICATION SAFETY Di RUMAH SAKIT TAHUN 2022



### **Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan**

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611  
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756-21398



**KEPUTUSAN DIREKTUR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**  
**Nomor : SK/009/PKPO/RSUD/2022**

**TENTANG**

**PEDOMAN MEDICATION SAFETY**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN**

- Menimbang : a. Bahwa untuk mendapatkan pelayanan kefarmasian yang bermutu, berkualitas, dan mempertimbangkan keselamatan pasien di Rumah Sakit diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi tentang Medication Safety dan keselamatan pasien.
- b. Bahwa untuk memberikan keamanan pemberian obat yang tepat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi.
- c. Bahwa agar pelayanan farmasi Rumah sakit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur tentang Medication Safety dan keselamatan pasien oleh IFRS sebagai landasan bagi penyelenggaraan seluruh pelayanan farmasi rumah sakit.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
3. Undang-Undang RI Nomor 7 Tahun 1963 tentang Farmasi.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Di rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PEDOMAN MEDICATION SAFETY

KESATU : Kebijakan Medication Safety Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam peraturan ini.

KEDUA : Surat Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dan akan direvisi sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di Painan

Pada tanggal 3 Oktober 2022

DIREKTUR,



HAREFA

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR  
RSUD DR. M. ZEIN PAINAN  
NOMOR : SK/009/PKPO/RSUD/2022  
TENTANG PEDOMAN MEDICATION  
SAFETY

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 LATAR BELAKANG**

Manajemen risiko adalah bagian yang mendasar dari tanggung jawab Instalasi Farmasi dan seluruh petugas rumah sakit. Dalam upaya pengendalian risiko, praktek konvensional farmasi telah berhasil menurunkan biaya obat tapi belum menyelesaikan masalah sehubungan dengan penggunaan obat. Pesatnya perkembangan teknologi farmasi yang menghasilkan obat-obat baru juga membutuhkan perhatian akan kemungkinan terjadinya risiko pada pasien.

Laporan dari IOM (Institute of Medicine) 1999 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (medical errors) yang sebetulnya bisa dicegah. Kuantitas ini melebihi kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan AIDS. Penelitian Bates (JAMA, 1995, 274; 29-34) menunjukkan bahwa peringkat paling tinggi kesalahan pengobatan (medication error) pada tahap *ordering* (49%), diikuti tahap *administration management* (26%), *pharmacy management* (14%), *transcribing* (11%).

Laporan di atas telah menggerakkan sistem kesehatan dunia untuk merubah paradigma pelayanan kesehatan menuju keselamatan pasien (patient safety). Gerakan ini berdampak juga terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia melalui pembentukan Komite K3RS (Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit).

Badan akreditasi dunia The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) mensyaratkan tentang kegiatan keselamatan pasien berupa identifikasi dan evaluasi hendaknya dilakukan untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri.

Berdasarkan analisis kejadian berisiko dalam proses pelayanan kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara "kesalahan merupakan hal yang manusiawi" (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya risiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks; jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat per pasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya.

Upaya pencegahan akan lebih efektif jika dilakukan bersama dengan tenaga kesehatan lain (multidisiplin) terkait penggunaan obat, terutama dokter dan perawat. Perlu menjadi pertimbangan bahwa errors dapat berupa kesalahan laten (*latent errors*) misalnya karena kebijakan, infrastruktur, biaya, SOP, lingkungan kerja maupun kesalahan aktif (*active errors*) seperti sikap masa bodoh, tidak teliti, sengaja melanggar peraturan) dan umumnya *active errors* berakar dari *latent errors* (pengambil kebijakan).

Semua petugas kesehatan berperan dalam mencegah terjadinya *medication error*. Dengan terbitnya Pedoman Pencegahan dan Pelaporan *Medication Error* ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan dalam meminimalkan kejadian *medication error*.

## **1.2 TUJUAN**

### **A. Tujuan Umum**

Sebagai acuan bagi petugas kesehatan terutama apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) yang melakukan pelayanan kefarmasian di rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien.

### **B. Tujuan Khusus**

- Terlaksananya program keselamatan pasien secara sistematis dan terarah.
- Terlaksananya pencatatan kejadian yang tidak diinginkan akibat penggunaan obat (*adverse drug event*) di rumah sakit.
- Terlaksananya upaya tindak lanjut terhadap kejadian *medication error* agar tidak terulang di waktu mendatang

### 1.3 PENGERTIAN

1. Analisis akar masalah (*Root cause analysis*) adalah suatu proses terstruktur untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.
2. Interaksi Obat adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kerja obat.
3. Manajemen Risiko (*Risk Management*) adalah aktivitas perlindungan diri yang berarti mencegah ancaman yang nyata atau berpotensi nyata terhadap kerugian keuangan akibat kecelakaan, cedera atau malpraktik medis.
4. *Medication Error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah.
5. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (*Near miss*) adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederaikan pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena "keberuntungan" (misal: pasien menerima suatu obat yang kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena "pencegahan" (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau "peringanan" (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).
6. Kejadian entinel (*Sentinel Event*) adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misal Amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.
7. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (*Adverse event*) adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

8. Kesalahan medis (*medical errors*) adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya akibat melaksanakan suatu tindakan (*comission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).
9. Keselamatan Pasien adalah tindakan yang dilakukan dalam kesehatan yaitu: melaporkan, menganalisis dan mencegah kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan kejadian kesehatan yang tidak diinginkan (*adverse health care event*).
10. *Pharmaceutical Care* atau pelayanan kefarmasian adalah bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi apoteker dalam pekerjaan kefarmasian untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.
11. Panitia Farmasi dan Terapi/Komite Farmasi dan Terapi (PFT/KFT) adalah suatu panitia/komite di rumah sakit yang merupakan badan penasehat dan pelayanan melalui garis organisatoris yang berfungsi sebagai penghubung antara staf medis dan Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

## BAB II

### RUANG LINGKUP

Pedoman Pencegahan dan Pelaporan *Medication Error* digunakan sebagai acuan dalam melakukan pelayanan kefarmasian untuk melaksanakan program keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan. Dalam pedoman ini tercakup 3 hal utama yaitu: upaya pencegahan, cara pelaporan, dan tindak lanjut terhadap pelaporan agar kejadian *medication error* tidak terjadi di masa mendatang.

Pelaksana pedoman ini adalah:

1. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian Instalasi Farmasi RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
2. Dokter/perawat yang terkait dengan pengobatan pasien.

### **BAB III**

### **KEBIJAKAN**

1. Sebagai upaya pencegahan *medication error* rumah sakit menetapkan Pedoman Pencegahan dan Pelaporan *Medication Error*.
2. Setiap petugas kesehatan yang terlibat dalam pengobatan pasien baik dokter, perawat, apoteker, dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) harus berusaha untuk mencegah terjadinya *medication error* sesuai dengan tupoksi masing – masing.
3. Jika diperlukan, setiap unit dapat menentukan suatu indikator mutu yang dapat diukur yang sekiranya mendukung pelaksanaan pencegahan *medication error*.
4. Instalasi Farmasi telah menetapkan salah satu indikator mutu yang diukur terkait *medication error* yaitu “*Prescribing Error*”.
5. Pengumpulan Data dan Pelaporan *Prescribing Error* dilakukan setiap bulan oleh apoteker ke Instalasi Farmasi dan diteruskan ke Komite Mutu RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dengan system sampling.
6. Selain itu pelaporan *medication error* lainnya dilaporkan dalam bentuk Laporan Insiden Keselamatan Pasien yang diserahkan ke PPI.
7. Di unit kerja akan dilakukan grading resiko untuk menentukan tindak lanjut. Untuk grading hijau/biru dilakukan investigasi sederhana oleh Apoteker tempat terjadinya insiden/PJ Pelayanan Farmasi,/Sekretaris Instalasi Farmasi dan melibatkan Panitia Farmasi dan Terapi, serta diketahui Kepala Instalasi Farmasi.
8. Setiap orang harus membudayakan kebiasaan melaporkan kejadian insiden untuk dapat dicari akar masalah dan tindak lanjut agar tidak terjadi di kemudian hari.
9. Upaya penurunan angka kejadian *medication error* harus terus menerus dilakukan dan disosialisasikan kepada seluruh petugas kesehatan yang terkait.

## BAB IV

### TATA LAKSANA

#### 4.1 Tata Laksana Pencegahan *Medication Error*

Instalasi Farmasi dalam mewujudkan keselamatan pasien meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen meliputi pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan IT). Sedangkan aspek klinik meliputi skrining permintaan obat, penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi. Kegiatan farmasi klinik sangat diperlukan terutama pada pasien yang menerima pengobatan dengan risiko tinggi.

Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/kesalahan. Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Dokter, dan Perawat berperan di tahapan proses yang meliputi:

##### 1. Pemilihan

Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat sesuai formularium.

##### 2. Pengadaan

Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi.

##### 3. Penyimpanan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat:

- Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike*) secara terpisah (dijarakkan 2 kotak) sesuai Pedoman Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alkes, dan BMHP.
- Obat-obat dengan peringatan khusus (*high alert drugs*) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus, dan diberi pelabelan sesuai Panduan Pengelolaan Obat High Alert dan Elektrolit Konsentrat.

- Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan pada Pedoman Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alkes, dan BMHP.

#### 4. Peresepan Obat

Peresepan obat oleh penulis resep harus tepat dan jelas, memperhatikan kaidah-kaidah peresepan sesuai Pedoman Penulisan Resep.

#### 5. Skrining Resep/Pengkajian Resep

Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian dapat berperan nyata dalam pencegahan terjadinya *medication error* melalui kolaborasi dengan dokter dan pasien.

- Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, yaitu nama dan tanggal lahir.
- Apoteker/TTK tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.
- Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti : Data demografi (umur, berat badan, jenis kelamin) dan data klinis (alergi, diagnosis, dan hamil/menyusui).
- Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.
- Strategi lain untuk mencegah kesalahan obat dapat dilakukan dengan penggunaan otomatisasi (*automatic stop order*), sistem komputerisasi (*e-prescribing*) dan pencatatan pengobatan pasien seperti sudah disebutkan diatas.
- Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengecek nama obat serta memastikan dosisnya. Informasi obat yang penting harus diberikan kepada petugas yang meminta/menerima obat tersebut. Petugas yang menerima permintaan harus menulis dengan jelas instruksi lisan setelah mendapat konfirmasi.

#### 6. Dispensing

- Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SPO.

- Pemberian etiket yang tepat. Etiket harus dibaca minimum tiga kali : pada saat pengambilan obat dari rak, pada saat mengambil obat dari wadah, pada saat mengembalikan obat ke rak.
- Dilakukan pemeriksaan ulang sebelum obat diserahkan. Untuk obat *high alert*, pemeriksaan ulang/*double check* dilakukan oleh orang yang berbeda. Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.

## 7. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Edukasi dan konseling kepada pasien harus diberikan mengenai hal-hal yang penting tentang obat dan pengobatannya. Hal-hal yang harus diinformasikan dan didiskusikan pada pasien adalah:

- Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar, harapan setelah menggunakan obat, lama pengobatan, kapan harus kembali ke dokter.
- Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan.
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien.
- Reaksi obat yang tidak diinginkan (*Adverse Drug Reaction – ADR*) yang mengakibatkan cedera pasien, pasien harus mendapat edukasi mengenai bagaimana cara mengatasi kemungkinan terjadinya ADR tersebut.
- Penyimpanan dan penanganan obat di rumah termasuk mengenali obat yang sudah rusak atau kadaluarsa. Ketika melakukan konseling kepada pasien, apoteker mempunyai kesempatan untuk menemukan potensi kesalahan yang mungkin terlewatkan pada proses sebelumnya.

## 8. Penggunaan/Pemberian Obat

Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Perawat, dan Dokter harus berperan dalam proses penggunaan obat oleh pasien rawat inap di rumah sakit. Hal yang perlu diperhatikan adalah :

- Tepat pasien
- Tepat indikasi
- Tepat waktu pemberian

- Tepat obat
- Tepat dosis
- Tepat label obat (aturan pakai)
- Tepat rute pemberian

## 9. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker, Dokter, dan Perawat harus melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui efek terapi, mewaspadaai efek samping obat, memastikan kepatuhan pasien. Hasil monitoring dan evaluasi didokumentasikan dan ditindaklanjuti dengan melakukan perbaikan dan mencegah pengulangan kesalahan. Seluruh personal yang ada di tempat pelayanan kefarmasian harus terlibat didalam program keselamatan pasien khususnya *medication safety* dan harus secara terus menerus mengidentifikasi masalah dan mengimplementasikan strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain :

### a. Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi).

Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas.

### b. Kondisi lingkungan.

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan.

### c. Gangguan interupsi saat bekerja.

Gangguan/interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

d. **Beban Kerja**

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

e. **Edukasi Staf**

Mengedukasi staf dan melibatkan mereka dalam menurunkan insiden/kesalahan.

#### **4.2 Pelaporan *Medication Error***

Di Indonesia data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Sentinel masih sangat langka. Setiap kegiatan pelayanan kefarmasian diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien meliputi KTD, KNC, dan Kejadian Sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut.

**Pelaporan**

akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Setiap kejadian dilaporkan kepada Komite Mutu dan Manajemen Resiko (KMMR) menggunakan formulir yang sudah disediakan di rumah sakit untuk diinvestigasi.

##### **4.2.1. Jenis Pelaporan *Medication Error***

Pelaporan *medication error* di Instalasi Farmasi terdiri dari dua jenis yaitu:

1. Pelaporan Indikator Mutu *Prescribing Error* menggunakan formulir *Prescribing Error* sebagaimana pada lampiran.

## 2. Pelaporan Insiden *Medication Error*

- Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
- Laporan insiden dapat dibuat oleh siapa saja atau staf yang pertama kali menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian.
- Pelaporan dilakukan dengan mengisi “Formulir Laporan Insiden” yang bersifat rahasia

## **JENIS MEDICATION ERRORS**

### **1. PRESCRIBING ERROR (TAHAP PERESEPAN)**

- Nama obat salah
- Nama pasien salah
- Tidak ada dosis obat
- Tidak ada waktu pemberian
- Dll

### **2. TRANSCRIBING ERROR (TAHAP TRANSKRIPSI/PENYALINAN RESEP/PENGARTIAN RESEP)**

- Perubahan nama obat
- Perubahan formulasi obat
- Perubahan dosis obat
- Dll

### **3. DISPENSING ERROR (TAHAP PENYIAPAN)**

- Obat tidak lengkap
- Dosis obat tidak sesuai
- Tidak ada informasi obat
- Dll

### **4. ADMINISTERING ERROR (TAHAP PEMBERIAN OBAT)**

Terdapat perbedaan apa yang diterima pasien dengan yang seharusnya/ apa yang dimaksud penulis resep

- Kesalahan dosis
- Kesalahan waktu
- Kesalahan obat
- Kesalahan pasien
- Dll

THE NEW CHAIN DRUG SERVICES  
TO AVOID MEDICATION ERROR



Dokter

Pharmacist

Nurse

Pasien

RESEP:

- Tulisan jelas dan terbaca
- Pastikan 3 kondisi:
  1. Alergi obat
  2. Kontra indikasi
  3. Interaksi obat

- Telaah Resep
- Obat disiapkan TTK
- Telaah obat

Pastikan minimal 5R (5 Right):

1. Person
  2. Drug
  3. Dose
  4. Route
  5. Time
- High alert drug : double check

4.2.2. Alur Pelaporan Insiden

Alur Pelaporan Insiden Ke Komite Mutu dan Manajemen Resiko (Internal):

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Apoteker dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
3. Apoteker tempat terjadinya insiden, PJ Pelayanan Farmasi, Sekretaris Instalasi Farmasi, PFT, dan Kepala Instalasi Farmasi bersama memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
4. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan:
  - Grade biru: Investigasi sederhana oleh tim yang tersebut di atas, waktu maksimal 1 minggu
  - Grade hijau : Investigasi sederhana oleh tim, waktu maksimal 2 minggu

- Grade kuning : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim PPI, waktu maksimal 45 hari
  - Grade merah : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim PPI, waktu maksimal 45 hari
5. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim PPI.
  6. Tim PPI akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan Regrading.
  7. Untuk Grade kuning/merah, Tim PPI akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA).
  8. Setelah melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), Tim PPI akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa :  
Petunjuk/*Safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
  9. Hasil *Root Cause Analysis* (RCA), rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
  10. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit yang terkait.
  11. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim PPI.

#### **4.2.3. Analisis Matriks Grading Resiko**

Penilaian matriks risiko bertujuan untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

a. Dampak

Penilaian dampak adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal, seperti tabel berikut:

Level	Deskripsi	Contoh Deskripsi
1	Insignificant	Tidak ada cedera, kerugian keuangan kecil
2	Minor	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama, kerugian keuangan sedang
3	Moderate	-Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis/intelektual secara semi permanen/reversibel/tidak berhubungan dengan penyakit -Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	- Cedera luas - Kehilangan fungsi utama permanen/irreversibel/tidak berhubungan dengan penyakit
5	Cathastropic	-Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit - Kerugian keuangan sangat besar

b. Probabilitas/frekuensi

Penilaian tingkat probabilitas adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, seperti tabel berikut:

Level	Frekuensi	Kejadian
1	Sangat jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat sering	Terjadi dalam minggu/bulan

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, masukkan dalam Tabel *Matriks Grading* Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *brands* risiko.

c. Skor Resiko

Skor Risiko Untuk menentukan skor risiko, digunakan *matriks grading* risiko seperti tabel berikut:

- 1. Tetapkan frekuensi/probabilitas pada kolom kiri
- 2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
- 3. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

SKOR RISIKO = Dampak x Probabilitas

Tabel Risk Grading Matriks:

Probabilitas/ Frekuensi	DAMPAK				
	Insignificant (1)	Minor (2)	Moderate (3)	Major (4)	Catastrophic (5)
Sangat sering terjadi (minggu/bulan)	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Sering terjadi (beberapa x setahun)	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Mungkin terjadi (Tiap 1 -2 tahun)	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Jarang terjadi (Dalam 2 – 5 tahun)	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Sangat jarang terjadi (dalam > 5 tahun)	Low	Low	Moderate	High	Extreme

d. Bands Resiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah, dimana warna akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

Bands Biru dan Hijau: Investigasi sederhana

Bands Kuning dan Merah: Investigasi Komprehensif / RCA

Tindakan sesuai tingkat dan bands resiko:

Level/Bands	Tindakan
Ekstrim (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari Membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur.
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera Serta membutuhkan perhatian top manajemen.
Moderat (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer/Pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko.
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana, paling lama 1 minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin.

## **BAB V**

### **DOKUMENTASI**

Dokumentasi terkait pencegahan dan pelaporan *medication error* sebagai berikut:

1. Form pengumpulan data *Prescribing Error*
2. Form Laporan Insiden KNC, KTC, KTD, dan Kejadian Sentinel
3. Lembar Kerja Investigasi Sederhana

## LAPORAN PRESCRIBING ERROR

DEPO FARMASI : .....

BULAN/TAHUN : .....

[illegible]

### Pengumpul Data

Nama Jelas

KETERANGAN:

9 PADA KOLOM RESEP DITULIS ANGKA" 1" JIKA TERJADI ERROR, ANGKA "0" JIKA TIDAK TERJADI

9 PADA KOLOM ERROR/TIDAK ERROR DITULIS ANGKA "1" JIKA MINIMAL ADA 1 JENIS PRESC IBING EOR

2. PADA KOLOM ERROR/TIDAK ERROR DITULIS ANGKA "0" JIKA SAMA SEKALI TIDAK ADA ERROR

**RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**  
DITJEND BINA UPAYA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

**LAPORAN INSIDEN KNC, KTC, KTD, DAN KEJADIAN SENTINEL**  
(INTERNAL)

**I. DATA PASIEN**

Nama : .....  
No MR : ..... **Ruangan :** .....  
Umur \* : ☐ 0-1 bulan ☐ > 1 bulan-1 tahun  
☐ > 1 tahun – 5 tahun ☐ > 5 tahun–15 tahun  
☐ > 15 tahun–30 tahun ☐ > 30 tahun–65 tahun  
☐ > 65 tahun  
Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan  
Penanggung biaya pasien :  
☐ Pribadi ☐ Asuransi Swasta  
☐ BPJS ☐ Lainnya (sebutkan) .....  
  
Tanggal Masuk RS : .....  
Jam : .....

**II. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : .....  
Jam : .....

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden

.....  
.....  
.....

4. Jenis Insiden\* :

- ☐ Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
- ☐ Kejadian Tidak Cedera / KTC
- ☐ Kejadian Tidak diharapkan/KTD (*Adverse Event*)/ Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

- ☐ Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya

- ☐ Pasien
- ☐ Keluarga / Pendamping pasien Pengunjung
- ☐ Lain-lain .....(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada\*

- ☐ Pasien
  - ☐ Lain-lain .....(sebutkan)
- Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

7. Insiden menyangkut pasien :

- ☐ Pasien rawat inap
- ☐ Pasien rawat jalan
- ☐ Pasien IGD
- ☐ Lain-lain .....(sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian .....(sebutkan)  
(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

- ☐ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
- ☐ Anak dan Subspesialisasinya
- ☐ Bedah dan Subspesialisasinya
- ☐ Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
- ☐ THT dan Subspesialisasinya
- ☐ Mata dan Subspesialisasinya
- ☐ Saraf dan Subspesialisasinya
- ☐ Anastesi dan Subspesialisasinya
- ☐ Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
- ☐ Jantung dan Subspesialisasinya
- ☐ Paru dan Subspesialisasinya
- ☐ Jiwa dan Subspesialisasinya
- ☐ Lain-lain .....(sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab ..... (sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien\* :

- ☐ Kematian
- ☐ Cedera Irreversibel / Cedera Berat
- ☐ Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- ☐ Cedera Ringan
- ☐ Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....  
.....  
.....

13. Tindakan dilakukan oleh\* :

Tim : terdiri dari : .....

☐ Dokter

☐ Perawat

☐ Petugas lainnya .....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?\*

☐ Ya

☐ Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....  
.....

Pembuat Laporan	..... :	Penerima Laporan	..... :
Paraf	..... :	Paraf	..... :
Tgl Lapor	..... :	Tgl terima	..... :

**Grading Risiko Kejadian\*** (Diisi oleh atasan pelapor) :

**BIRU HIJAU KUNING MERAH** NB. \* = pilih satu jawaban