

STUDI KASUS MEDICATION ERRORS DI RUANG RAWAT INAP RSI Ngk

SATIFAH ELFIANSIH, QURROTUL AINI, SABBANTI HARIMURTI

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

INTISARI

Latar Belakang: Pelayanan farmasi merupakan area pelayanan yang berisiko tinggi dalam menunjang mutu layanan kesehatan di rumah sakit. RSI Ngk merupakan rumah sakit yang merespon program pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien dan salah satunya adalah meminimalkan risiko terjadinya *medication errors* yang kejadiannya terbanyak daripada insiden keselamatan pasien yang lain di ruang rawat inap RSI Ngk.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode kualitatif desain studi kasus retrospektif. Kasus yang diteliti adalah Kejadian Nyaris Cidera yang terjadi di ruang perawatan RSI Ngk. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, telusur data dalam dokumen dan FGD kemudian dianalisa. Langkah- langkah dalam analisa data adalah mereduksi data, mendisplay data dan menarik kesimpulan. Data dianalisa memakai *fish bone analysis*.

Hasil dan Pembahasan: Hasil penelitian ini menemukan bahwa angka kejadian *medication errors* di ruang rawat inap RSI Ngk mengalami peningkatan, walaupun masih berupa Kejadian Nyaris Cidera (KNC). Kesalahan yang paling sering terjadi pada fase prescribing. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *medication errors* di RSI Ngk meliputi kegagalan komunikasi, ketersediaan SDM yang belum mencukupi, desain tugas yang perlu disupervisi, internal petugas berupa ketidak hati- hatian dan penurunan motivasi serta kekuatan tim. Akar masalah yang muncul pada kasus ini adalah ketidaklengkapan penulisan resep sehingga petugas salah menginterpretasikan perintah dalam resep.

Kesimpulan dan Saran: Pada kasus *medication errors* di ruang rawat inap RSI Ngk faktor pemicunya adalah kegagalan komunikasi, dimana terdapat penulisan resep yang tidak lengkap (sebagai akar masalah) sehingga menimbulkan kesalahan interpretasi petugas di layanan. Keadaan ini didukung dengan adanya kelemahan pada manajemen SDM, desain tugas dan faktor internal pada petugas. Kejadian ini tidak sampai terpapar pada pasien disebabkan adanya kekuatan tim yang cepat merespon kesalahan tersebut.

Untuk meminimalisir dan mencegah kejadian yang sama terulang kembali di masa yang akan datang maka RSI Ngk harus menerapkan *safety culture* dan *safety system*.

Kata kunci : *fish bone analysis, medication errors*, insiden keselamatan pasien

CASE STUDY MEDICATION ERRORS IN THE WARD ROOM OF RSI Ngk

SATIFAH ELFIANSIH, QURROTUL AINI, SABBANTI HARIMURTI

*Hospital Management of Study Program, Magister Program,
Muhammadiyah University of Yogyakarta*

ABSTRACT

Background: *Pharmacy service is a high risk area in the support of quality hospital service. RSI Ngk is a hospital that responds to patient safety program such as minimizing the risk of medication errors, which are most occurring on admission in the ward room of RSI Ngk.*

Method: *In a qualitative study with retrospective case study design, case studied one of near missed events medication errors that occurs from the ward room in RSI Ngk. Data was collected using in depth interviews, documents and focus group discussion. The steps of the analysis are reducing data, displaying data, and take a conclusion. Data were analyzed with fishbone analysis.*

Result and Discussion: *The result of this research is that the factors causing medication errors in ward room of RSI Ngk are the asymmetry/discrepancy of knowledge and miscommunication, lack of human resource such as pharmacist and the other pharmacy employee, not implemented SOP, careless employee, weaken motivation. The root cause is the incomplete receipt.*

Conclusion: *The factors that caused medication errors case in ward room of RSI Ngk such as organization and management factor, employee factor, task factor and communication with incomplete receipt as the root case. The patient was safe because of the fast and well organized team's respond after founding the case.*

To minimize the risk factors and prevent the incident can occur in the future, so it needs effort to apply safety culture and safety system.

Keyword : *fish bone analysis, medication errors, safety errors*

PENDAHULUAN

Rumah sakit mempunyai tanggung jawab untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan termasuk diantaranya pelayanan kefarmasian. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut bila tidak dikelola dengan baik bisa menimbulkan Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD).¹

Risiko dapat muncul dalam proses klinik maupun lingkungan fisik rumah sakit. Kesalahan pemberian obat (*medication errors*) adalah kejadian yang dapat dicegah, yang penanganannya membutuhkan kerjasama semua tenaga kesehatan di rumah sakit untuk melakukan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut sehingga kejadian tersebut tidak terulang lagi.

Angka kejadian *medication errors* di dunia bervariasi. Di Amerika Serikat, dilaporkan adanya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien rawat inap di seluruh Amerika bahwa sekitar 98000 orang meninggal karena *medical errors* dan 7000 kasus karena *medication errors*.²

Di RSI Ngk angka *medication errors* didapatkan dari laporan internal sub tim KPRS RSI Ngk sebagaimana tabel di bawah ini:

Tabel 1 Kejadian insiden keselamatan pasien Januari- Desember 2014.

Error	Prosentase
Medication errors	70.4 %
Safety errors lainnya	29.6 %

SUMBER : LAPORAN SUB TIM KPRS RSI Ngk TAHUN 2014 (TELAH DIOLAH KEMBALI)

Dari seluruh laporan insiden keselamatan pasien di RSI Ngk, kejadian *medication errors* dilaporkan yang paling banyak terjadi daripada jenis insiden lainnya (Tabel 1.1). Lokasi terjadinya insiden *medication errors* yang dilaporkan, berasal dari tempat pelayanan yang melakukan kegiatan pemberian obat kepada pasien, meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, instalasi farmasi, instalasi gawat darurat (IGD), kamar bersalin dan ruang high care unit (HCU).³

Jumlah insiden yang dilaporkan bervariasi dari setiap ruang pelayanan, sebagaimana bisa dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2 Insiden keselamatan pasien menurut lokasi kejadian Januari-Desember 2014

Lokasi	Prosentase
Rawat Inap	51%
Instalasi Farmasi	17%
IGD	14%
Kamar Bersalin	11%
HCU	3%

SUMBER : LAPORAN SUB TIM KPRS RSI Ngk TAHUN 2014 (TELAH DIOLAH KEMBALI)

Berdasar data kejadian insiden keselamatan pasien di RSI Ngk pada tahun 2014 yang bisa dilihat pada tabel 1.2, menunjukkan bahwa mayoritas insiden yang terjadi adalah kejadian *medication errors* di ruang rawat inap sebesar 51% dari seluruh kejadian di RSI Ngk.

Dengan penelitian ini, diharapkan dapat dikenali faktor- faktor penyebab terjadinya *medication errors* di ruang rawat inap RSI Ngk dan akar masalahnya sehingga bisa dilakukan upaya untuk mereduksinya.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini memakai pendekatan kualitatif. Menurut Creswell penelitian kualitatif berarti proses eksplorasi dan memahami makna perilaku individu dan kelompok, menggambarkan masalah sosial atau masalah kemanusiaan.⁴ Metode kualitatif menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati.⁵ Dalam penelitian ini peneliti menggunakan rancangan studi kasus untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, disertai pengambilan data yang mendalam dari berbagai sumber informasi untuk menggambarkan identifikasi pasien yang dilaksanakan di RSI Ngk.⁶ Penelitian ini dilakukan di RSI Ngk dan obyek penelitian ini adalah seluruh kejadian *medication errors* pada pasien rawat inap berdasar laporan insiden keselamatan pasien yang diterima oleh sub tim KPRS RSI Ngk selama Januari- Desember tahun 2014.

Subyek penelitian adalah para petugas RSI Ngk yang terkait dengan kejadian medication errors yang diteliti. Subyek penelitian ini juga berfungsi sebagai Informan. Informan pada penelitian ini adalah :

a. Kepala Instalasi Rawat Inap

Informan 1 (I1) adalah kepala Instalasi Rawat Inap yang dijabat oleh saudara F, SKep, Ners yang pada saat kejadian sedang berdinasi di ruangannya.

b. Kepala Jaga Ruang Rawat Inap

Informan 2 (I2) adalah kepala jaga shift yang pada saat kejadian sedang berdinasi, yaitu saudara N, Amd Kep.

c. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

Kasus insiden yang diteliti terjadi pada pasien S yang pada saat itu berada dalam pelayanan oleh dr M, SpP sebagai informan 3 (I3).

d. Kepala Instalasi Farmasi

Informan 4 (I4) adalah kepala Instalasi Farmasi yang pada saat itu dijabat oleh saudara H, SSi, Apt.

e. Petugas teknis kefarmasian.

Informan 5 (I5) adalah petugas teknis kefarmasian yang pada saat kejadian sedang berdinasi di instalasi farmasi yaitu saudara E.

Pengambilan sampel yang dilakukan adalah dengan *purposive sampling*, dimana sampel yang diambil berdasarkan pertimbangan tertentu.⁵ Dalam penelitian ini sampel diambil dari satu kasus *medication errors* yang awalnya diberi grading biru kemudian setelah dianalisa kembali oleh sub Tim KPRS RSI Ngk menjadi kuning disebabkan frekwensi kejadiannya meningkat sehingga potensial terjadi cedera pada pasien kalau kasus yang sama terulang kembali.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut Reason, terjadinya insiden diadopsi dari teori *Swiss Cheese Model of Organizational Accidents*. Setiap tindakan pelayanan di rumah sakit mempunyai potensi kegagalan. Penyebab dari kegagalan tersebut bisa disebabkan oleh *latent condition* dan *active failure*. *Latent conditions* adalah keadaan yang merupakan cerminan kegagalan manajemen. Keadaan ini telah ada sebelum terjadinya insiden dan akan menjadi faktor penyebab bila dikombinasikan dengan faktor lain. Kegagalan latent dikelola dengan memperbaiki proses pelayanan (*redesign*). *Active errors* adalah kegagalan yang terjadi oleh pelaku yang berhubungan aktif dengan insiden.⁷

RSI Ngk adalah salah satu rumah sakit swasta kelas D yang didirikan oleh salah satu organisasi dakwah di kota Nganjuk. Program *patient safety* dimulai dengan terbitnya SK direktur pada tanggal 23 November 2013 tentang pembentukan sub tim KPRS dibawah kendali Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP). Salah satu program yang menjadi dasar keselamatan pasien adalah menekan atau menurunkan angka insiden keselamatan pasien yang diantaranya adalah kejadian *medication errors*.

Dari hasil telusur dokumentasi, didapatkan bahwa kejadian medication errors paling banyak berupa Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebagaimana ditunjukkan tabel berikut :

Tabel 3 Jenis Safety Errors pada Pelayanan Pemberian Obat di Ruang Rawat Inap RSI Ngk tahun 2014

JENIS	JUMLAH	%
KEJADIAN NYARIS CIDERA (KNC)	22	96
ADVERSE DRUG EVENT	1	4

LAPORAN SUB TIM KPRS RSI Ngk, 2014 (TELAH DIOLAH KEMBALI)

Dari seluruh kejadian *medication errors* tersebut, kesalahan yang paling banyak terjadi yaitu pada fase *prescribing*. Hal yang sama telah diungkapkan oleh David W Bates.⁸ Gambaran ini dapat dibaca sebagaimana ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel4 Fase terjadinya *medication errors* di ruang rawat inap RSI Ngk tahun 2014

FASE	JUMLAH	%
<i>PRESCRIBING</i>	11	50
<i>TRANSCRIBING</i>	5	23
<i>DISPENSING</i>	6	27
<i>ADMINISTERING</i>	0	0

LAPORAN SUB TIM KPRS RSI Ngk, 2014 (TELAH DIOLAH KEMBALI)

Pada fase *prescribing* bisa terjadi kesalahan berupa penulisan dosis atau memberikan dosis, penulisan resep tidak jelas dan tidak lengkap, pada fase *transcribing* bisa terjadi kesalahan pembacaan resep yang diminta sedangkan fase *dispensing* bisa terjadi kesalahan penyerahan obat kepada pasien atau keluarganya terutama obat- obat *high alert*, jumlah dan jenis obat salah, dosis yang tidak sesuai. Sementara dalam fase *administering* bisa terjadi kesalahan waktu memakai obat, salah pasien karena mempunyai identitas mirip.⁹

Pada penelusuran data dari hasil wawancara dengan para informan dengan cara triangulasi sumber didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Faktor penyebab terjadinya kesalahan pemberian sediaan obat, semua sumber Informan sepakat menyatakan bahwa penyebabnya multi faktorial, diantaranya adalah faktor ketersediaan SDM, faktor petugas, faktor tulisan dokter, faktor tugas dan faktor ketidak lengkapan penulisan resep.
2. Untuk akar masalah pada insiden ini hampir semua informan (I2,I3,I4 dan I5) adalah tulisan dokter yang kurang jelas dan kurang lengkap dan hanya informan I1 saja yang menyebutkan akar masalahnya adalah kecerobohan petugas. Gambaran ini bisa dilihat pada tabel berikut :

Tabel Hasil Triangulasi Sumber

Tema	Sumber	Prosentase
Identifikasi masalah		
Kesalahan pemberian sediaan obat	I1, I2, I4, I5	80%
Perawat ruangan yang menemukan insiden	I1, I2, I4, I5	80%
Faktor- faktor penyebab		
Ketersediaan SDM	I2, I3, I4, I5	80%
Petugas	I1, I4	40%
Tugas	I2, I3	40%
Komunikasi	I2, I3, I4, I5	80%
Akar masalah		
Tulisan dokter di resep tidak lengkap	I2, I3, I4, I5	80%
Kecerobohan petugas	I1	20%
Faktor penghalang	I1, I2, I4	60%
Respon tim yang cepat		

Pada tabel hasil triangulasi tehnik baik dari dokumen, wawancara dan FGD sepakat bahwa telah terjadi insiden keselamatan pasien berupa kesalahan pemberian sediaan obat yang seharusnya Ranitidin injeksi diberikan Ranitidin tablet oleh petugas apotik RSI Ngk terhadap NY S yang sedang dirawat di ruangan rawat inap.

Faktor- faktor yang menyebabkan kejadian insiden tersebut dalam penelusuran melalui wawancara dan FGD adalah tulisan dokter kurang lengkap, komunikasi, petugas dan jumlah SDM. Dari semua faktor tersebut yang menjadi akar masalahnya adalah tulisan dokter dalam resep kurang lengkap. Hal ini digambarkan pada tabel berikut :

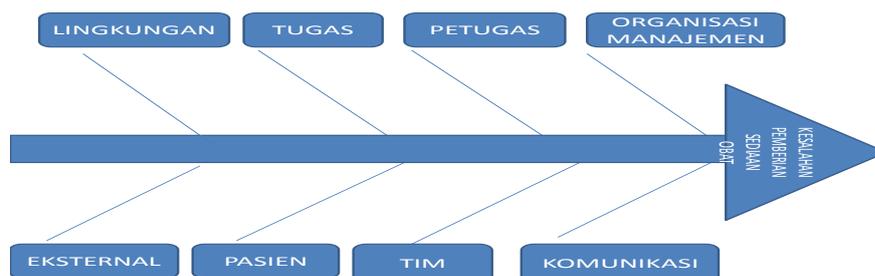
Tabel 5 Hasil Triangulasi Tehnik

Tema	Sumber	Prosentase
Identifikasi masalah	Dokumen, wawancara,	100%
Kesalahan pemberian sediaan obat	FGD	
Petugas yang menemukan adalah perawat	Wawancara, FGD	66%
Petugas yang melaporkan adalah petuga Apotek	Dokumen	33%

Tabel 5 Hasil Triangulasi Tehnik (sambungan)

Tema	Sumber	Prosentase
Faktor – faktor penyebab	Wawancara, FGD	66%
Ketersediaan SDM	Wawancara, FGD	66%
Petugas	Wawancara, FGD	66%
Tugas	Wawancara, FGD	66%
Komunikasi	Wawancara, FGD	66%
Akar masalah	Wawancara, FGD	66%
Tulisan dokter di resep tidak lengkap		

Dari telusur pada informan, dokumen dan observasi maka faktor – faktor penyebab terjadinya *medication error* di ruang rawat inap dapat dilustrasikan pada gambar di bawah ini :



Gambar 1 : Ilustrasi *fish bone analysis*

Dari seluruh faktor penyebab yang memberikan kontribusi dalam kejadian *medication errors* di RSI Ngk, berdasar teori *fish bone analysis* dipengaruhi oleh :

1. Faktor eksternal

Dalam hal kejadian ini, faktor eksternal tidak berpengaruh karena secara nasional, telah ada regulasi dan kebijakan tentang keselamatan pasien untuk meminimalisir *medication errors* di rumah sakit yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1197 tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di rumah Sakit.⁹

2. Faktor pasien

Pada kasus ini. Faktor pasien tidak memberikan kontribusi terhadap kejadian *medication errors*.

3. Faktor lingkungan

Dalam penelusuran peneliti baik melalui observasi, wawancara dan FGD, faktor lingkungan ini tidak muncul dalam faktor yang berkontribusi timbulnya kasus ini.

4. Faktor Tim

Dalam kasus ini ditemukan adanya kelemahan supervisi dalam pelaksanaan SOP double check di Apotek. Sedangkan kerja sama tim dalam merespon terjadinya kesalahan pemberian sediaan obat tampak dalam kecepatan dan koordinasi yang baik antara perawat di ruangan dengan petugas Apotek sehingga segera dilakukan penggantian obat sebelum pasien terpapar.

5. Faktor komunikasi

Menurut Leonard et al, Kegagalan komunikasi menjadi penyebab terbanyak pada kasus KTD di rumah sakit.¹¹

Dari hasil wawancara dan FGD tampak bahwa tidak ada komunikasi verbal antara petugas apotek saat membaca resep yang tidak lengkap dengan perawat ruangan atau DPJP, padahal di RSI Ngk telah diberlakukan SOP tentang komunikasi yang efektif dengan melakukan TBAK dan SBAR untuk menghindari kesalahan terutama terkait persepsian obat yang termasuk obat LASA.

Pada komunikasi tertulis, terjadi ketidak lengkapan penulisan resep yang sesuai dengan standar penulisan resep yang berlaku sehingga

menimbulkan kesalahan penafsiran dari petugas apotek. Kesalahan ini bisa terjadi karena memang belum ada standarisasi penulisan resep di RSI Ngk sehingga setiap dokter sering menuliskan resep menurut cara dan kebiasaan sendiri – sendiri.

6. Faktor organisasi dan manajemen

Menurut Landy et al, banyak faktor yang terkait dengan fungsi organisasi dan manajemen yang mempengaruhi perilaku petugas.¹²

Di RSI Ngk, proses desain tenaga kerja belum disesuaikan dengan beban kerja dan standar yang ditetapkan nasional agar setiap prosedur kerja dapat dilaksanakan dengan baik dan aman. Dalam penelusuran didapatkan adanya kekurangan jumlah SDM terutama di dalam pelayanan farmasi RSI Ngk yang mengakibatkan beban kerja overkapasitas pada setiap petugas sehingga ada prosedur kerja yang terabaikan.

7. Faktor petugas

Dalam penelitian oleh Simamora et al, disampaikan bahwa peran tenaga teknis kefarmasian dalam pelayanan kefarmasian cukup menentukan terhadap insiden *medication errors*.¹³

Petugas yang bekerja dalam waktu yang lama dengan beban over kapasitas maka faktor kelelahan, kebosanan tidak dapat diabaikan kemungkinan terjadi sehingga bisa menurunkan motivasi kerja yang berlanjut menurunkan konsentrasi waktu bekerja.

Di RSI Ngk juga terjadi perbedaan pemahaman terhadap konsep *medication errors* pada petugas, sehingga mengakibatkan tindakan yang cenderung mengabaikan kesalahan tersebut sehingga tidak ada perbaikan setelahnya.

8. Faktor tugas

Menurut Mc Dowel dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tugas yang lebih berisiko menimbulkan kesalahan adalah tugas rutin yang dilaksanakan dalam pelayanan disebabkan adanya risiko kurangnya perhatian atau konsentrasi sehingga mengabaikan prosedur yang telah ditetapkan serta tugas yang membutuhkan pengetahuan disebabkan kurangnya pengetahuan atau ketidaksamaan persepsi dari petugas.¹⁴

Dalam proses transcribing, petugas di layanan farmasi melakukannya berdasarkan kebiasaan karena menganggap bahwa tugas itu rutin dan biasa dilaksanakan, sehingga menurunkan konsentrasinya dan mengabaikan prosedur yang ada.

Dari seluruh faktor yang berkontribusi dalam kejadian *medication errors* di RSI Ngk, yang dianggap cukup berpengaruh atau sebagai akar masalahnya adalah faktor komunikasi terutama komunikasi tertulis berupa ketidak lengkapan penulisan resep dokter. Ketidak lengkapan penulisan di resep mengakibatkan

petugas di layanan farmasi gagal melakukan proses *transcribing* dengan baik karena mempunyai persepsi yang keliru. Kasus ini tidak sampai menciderai pasien dikarenakan kewaspadaan dan ketertiban petugas di ruang rawat inap untuk melakukan *double check* terhadap obat-obat yang diterima pasien di ruang rawat inap RSI Ngk.

KESIMPULAN

Setiap tindakan dalam proses layanan di rumah sakit memiliki potensi kegagalan yang penyebabnya multi faktorial. *Medication errors* merupakan salah satu bentuk kegagalan dalam layanan farmasi di rumah sakit. Di RSI Ngk angka *medication errors* paling banyak terjadi dibandingkan dengan *safety errors* lainnya, terutama yang paling banyak terjadi di ruang rawat inap.

Analisis penyebab insiden yang terjadi di ruang rawat inap RSI Ngk berkaitan dengan kesalahan pemberian sediaan obat, dipicu oleh faktor komunikasi berupa ketidak lengkapan penulisan resep oleh dokter sehingga petugas di layanan farmasi gagal melakukan proses *transcribing* dengan baik.

Kejadian ini terjadi ditunjang dengan adanya kelemahan dalam manajemen pelayanan dan organisasi di dalam RSI Ngk berupa ketersediaan SDM dan fungsi pengawasan terhadap SOP yang berlaku, faktor petugas yang menurun motivasi kerjanya, beban kerja yang over kapasitas dan pengetahuan belum memadai tentang konsep *medication errors*, faktor tugas terkait dengan tugas-

tugas rutin yang akhirnya dianggap kebiasaan melalaikan standart yang berlaku, ketersediaan SOP sebagai aturan yang mengikat di rumah sakit belum memadai,

Insiden ini tidak sampai terpapar pada pasien disebabkan adanya kekuatan tim yang cepat merespon setelah menemukan insiden ini.

SARAN

Dengan adanya peningkatan kejadian *medication errors* walaupun masih berupa Kejadian Nyaris Cidera (KNC), maka dibutuhkan perhatian serius dari pihak pemilik, pengelola dan seluruh karyawan di RSI Ngk untuk menerapkan budaya *safety culture* dan *safety system*. KNC akan berpotensi menjadi KTD (Kejadian yang tidak diinginkan) atau kejadian sentinel. Maka harus ada pengelolaan faktor risiko tersebut di RSI Ngk untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Peneliti memberikan masukan kepada RSI Ngk

strategi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan :

1. Memperbaiki Komunikasi.

Pelayanan medis yang kompleks, ditambah dengan keterbatasan petugas sebagai manusia maka amat penting bagi petugas di rumah sakit untuk mempunyai alat komunikasi yang terstandar dan disepakati bersama, baik berupa komunikasi verbal maupun tertulis. Pada kasus ini yang amat penting dilakukan segera adalah pembuatan SOP penulisan resep sesuai standar yang ditetapkan. Bila memungkinkan penulisan resep dilakukan dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi berupa elektronik resep.

Sosialisasi tentang keselamatan pasien seharusnya dilaksanakan pada seluruh karyawan dan dievaluasi dan diperbaiki terus menerus, sehingga seluruh petugas mempunyai pemahaman yang sama terhadap konsep *medication errors*.

2. Memperkuat faktor tim.

Di layanan, pelaksanaan SOP yang telah dibuat harus disupervisi agar tidak ada pengabaian dan mengurangi kelalaian dari petugas. Supervisi selain dilaksanakan di unit kerja masing-masing, juga harus ada kerjasama dengan unit yang lain karena pelayanan di rumah sakit

sifatnya terintegrasi dan berkesinambungan.

Perlu dievaluasi apakah SOP yang telah ada perlu diperbaiki dan dibuat lebih mudah untuk dilaksanakan.

3. Memperbaiki manajemen SDM.

Pengadaan SDM harus disesuaikan dengan analisa beban kerja dan sesuai dengan jenjang pendidikan.

Kompetensi SDM hendaknya selalu ditingkatkan, baik melalui pendidikan formal maupun pelatihan- pelatihan yang terkait dengan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit.

Rotasi SDM perlu dilakukan apabila terjadi kejenuhan pada petugas akibat melaksanakan tugas rutin dalam jangka waktu lama.

4. Memperbaiki desain tugas.

Tugas didesain sesuai dengan kompetensi SDM dan mudah dipahami serta dilaksanakan.

Perlu dibuat SOP atas tugas *double check* oleh petugas ruang rawat inap yang sebenarnya kegiatannya sudah dilakukan dan disepakati bersama.

Organisasi mengambil semua pelaporan insiden sebagai pembelajaran dan melakukan langkah – langkah untuk meminimalisir dan mencegah insiden yang sama terulang kembali pada masa yang akan datang.

a. Memperbaiki kondisi laten yang ada di organisasi untuk meningkatkan keamanan pelayanan farmasi di rumah sakit RSI Ngk. Meliputi redesign

Meliputi redesign pelayanan farmasi dengan melakukan FMEA

Meliputi redesign pelayanan farmasi dengan melakukan FMEA . Melakukan sosialisasi terhadap faktor risiko yang ada di layanan, cara menghindari dan mengendalikan risiko pada petugas.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan R.I. 2008. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Edisi 2. KKP-RS.
2. Institute of Medicine of the national academic, 2007. *Preventing medication errors*. The national academic press, Washington DC.
3. Sub tim KPRS RSI Ngk, 2014. *Laporan Insiden Keselamatan Pasien Internal*.
4. Sugiyono, 2013. *Metode penelitian manajemen*. Alfabeta, Bandung.
5. Creswell JW, 2015. *Penelitian kualitatif & desain riset*, 3rd ed. Pustaka pelajar, yogyakarta.
6. Arikunto S, 2002. *Metodolgi penelitian*. Rineka cipta, Jakarta.
7. Reason J, 1990. *Human errors*. Cambridge University press, Cambridge.
8. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, 1995. *Incidence of adverse events and potential adverse drug event*. J. Am. Med. Assoc. 274.
9. Tajuddin RS, Sudirman I, Maidin A, 2012. *Faktor penyebab medication error di instalasi rawat darurat*. J. Manaj. Pelayanan Kesehat. 15
10. . Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197, 2004. Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.
11. Leonard M, Graham S, Bonacum D, 2004. The human factor : the criticalimportance of effective teamwork and communicationin providing save care. Qual. Saf. Health Care 13, i85–i90.
12. Landy FJ, Conte JM, 2008. *Work in the 21 st Century : An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*, 2nd ed. Oxford : Blackwell.
13. Simamora S, Paryanti, Mangunsong S, 2011. “Peran tenaga teknis kefarmasian dalam menurunkan angka keadian medication error.” J. Manjemen Pelayanan Kesehat. 14, 207–212.
14. McDowel SE, Ferner HS, Ferner RE, 2009. The pathophysiology of medication errors : how and where they arise. Br. J. Clin. Pharmacol. 67, 605–613

