



ANALISIS PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN DALAM PEMBERIAN OBAT
TERHADAP TERJADINYA *MEDICATION ERROR* DI INSTALASI FARMASI RS X
TAHUN 2023

Oleh

Novi Handoko¹, Evarista Theofika², Pujiyanto³, Helen Andriani⁴

^{1,2,3,4}Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas
Indonesia, Indonesia

e-mail: ¹nhandoko85@ui.ac.id, ²theofikaeva@gmail.com, ³puji_fkm@ui.ac.id,
⁴helenandriani@ui.ac.id

Abstrak

Penerapan keselamatan pasien di rumah sakit menjadi prioritas utama dalam pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien. Instalasi farmasi memiliki risiko tinggi terjadinya insiden keselamatan pasien yaitu kegagalan pemberian obat yang dikenal dengan istilah *medication error*. *Medication error* dapat terjadi pada 4 tahap kegiatan farmasi yaitu persepsan, penerjemahan resep, penyiapan obat dan pemberian obat. Untuk mengetahui faktor penyebab *medication error* dan penerapan keselamatan pasien di Instalasi Farmasi RS X. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan cara wawancara mendalam, observasi dan penelusuran data sekunder laporan insiden keselamatan pasien periode Januari-Desember 2022. Insiden *Medication error* yang terjadi di Instalasi Farmasi RS X terjadi pada tahap *prescribing* (22%), *transcribing* (33%), *dispensing* (22%) dan *administration* (22%). Kejadian yang terjadi antara lain pemberian obat dengan dosis lebih besar, duplikasi persepsan obat, kesalahan pemberian sediaan dan jumlah obat, kesalahan penempelan stiker dan penulisan dosis label obat, serta pemberian obat yang tertukar. Faktor yang dapat mempengaruhi adanya kekurangan pada sistem persepsan elektronik, beban kerja yang tinggi dengan target waktu penyiapan resep yang ketat, adanya distraksi saat kerja dan area fisik lingkungan kerja yang kurang mendukung. Kejadian *medication error* yang terjadi di Instalasi Farmasi RS X terjadi pada semua tahapan dengan persentase terbesar di tahap *transcribing* (33%). Saran yang diajukan perlunya perbaikan Standar Prosedur Operasional dalam persiapan dan penerjemahan resep di instalasi farmasi, perbaikan sistem resep elektronik, analisis beban kerja di unit farmasi dan perbaikan faktor lingkungan seperti penambahan penerangan serta pembuatan sekat dengan dilengkapi pengeras suara di tempat penyerahan obat.

Kata Kunci: Keselamatan Pasien, Obat, *Medication Error*, Farmasi, Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah sebuah institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan untuk pasien yang membutuhkan perawatan medis. Institusi ini memiliki berbagai macam tenaga medis dan fasilitas kesehatan yang lengkap, seperti dokter, perawat, apoteker, laboratorium, dan peralatan medis canggih untuk melakukan diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien. Rumah sakit umumnya didirikan oleh pemerintah atau swasta dan beroperasi selama

24 jam setiap harinya. Menurut Departemen Kesehatan setiap tenaga kesehatan di rumah sakit wajib menerapkan keselamatan pasien (*Patient Safety*) untuk mencegah insiden keselamatan pasien (Fatimah & Rosa, 2016). Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan hal yang sangat penting dan menjadi prioritas untuk semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Pasien yang datang ke rumah sakit berharap untuk mendapatkan



.....
pelayanan yang aman, berkualitas, dan tepat waktu. Namun, apabila terjadi kesalahan dalam pelayanan kesehatan dapat menjadi ancaman untuk keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 Tahun 2017).

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit antara lain melalui penerapan protokol keselamatan pasien, pelatihan staf kesehatan tentang keselamatan pasien, penggunaan teknologi informasi dalam manajemen keselamatan pasien, dan sebagainya. Dengan demikian, diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas kepada pasien.

Instalasi farmasi di rumah sakit memainkan peran yang sangat penting dalam memastikan keselamatan pasien dalam pemberian obat. Instalasi farmasi bertanggung jawab untuk memeriksa resep, memilih, menyiapkan, dan mengirimkan obat kepada pasien dengan benar. Mereka juga harus memastikan bahwa obat yang diberikan aman dan sesuai dengan kebutuhan pasien, termasuk dosis, rute pemberian, dan frekuensi. Selain itu, instalasi farmasi juga bertanggung jawab untuk memantau efek samping obat dan memberikan informasi kepada pasien tentang penggunaan obat yang benar. Kegagalan dalam memastikan keselamatan pasien dalam pemberian obat dapat menyebabkan *medication error* atau kesalahan dalam pemberian obat, yang dapat berakibat buruk untuk kesehatan pasien dan bahkan dapat mengancam nyawa pasien.

Medication Error menurut *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP, 2023) adalah setiap peristiwa yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau mengarah pada penggunaan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien saat pengobatan berada dalam kendali profesional perawatan kesehatan, pasien, atau konsumen. Sedangkan menurut Kepmenkes RI Nomor 1027 tahun 2004, *Medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah.

Pada unit farmasi pelayanan resep dimulai dari penerimaan resep, pemeriksaan ketersediaan resep, penyiapan obat-obatan, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai termasuk peracikan obat, pemeriksaan dan penyerahan disertai pemberian informasi. Kesalahan pengobatan (*medication error*) dapat terjadi pada 4 tahap, yaitu kesalahan peresepan (*prescribing error*), kesalahan penjemahan resep (*transcribing error*), kesalahan menyiapkan dan meracik obat (*dispensing error*), dan kesalahan penyerahan obat kepada pasien (*administration error*) (Adrini, 2015 dalam Khairurrijal, 2018).

Pada setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*medication error*). Pencegahan kesalahan pengobatan harus senantiasa dilakukan untuk menjamin keselamatan pasien sehingga terhindar dari kejadian yang dapat merugikan kesehatan (Hughes, 2008 dalam Rusli, 2016).

Medication error atau kesalahan dalam pemberian obat merupakan salah satu penyebab cedera yang dapat dicegah dalam sistem kesehatan di seluruh dunia. Menurut WHO (2017) secara global biaya yang dikeluarkan akibat kesalahan pengobatan ini mencapai 42 miliar USD setiap tahunnya. Kesalahan ini dapat terjadi pada berbagai tahap proses pemberian obat, mulai dari penulisan resep oleh dokter, pengambilan obat dari gudang,



persiapan obat oleh apoteker atau perawat, hingga pemberian obat kepada pasien. Hal ini terjadi akibat lemahnya sistem persepsian, faktor manusia seperti kelelahan, lingkungan yang buruk, beban kerja yang berlebih dan monitoring yang lemah. Kesalahan ini dapat berdampak buruk pada kesehatan pasien, seperti efek samping yang tidak diinginkan, kerusakan organ, bahkan kematian dan bisa menimbulkan tuntutan pidana maupun perdata sesuai dengan aturan hukum yang berlaku (Widayat, 2017). Oleh karena itu, pihak rumah sakit harus memastikan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang diberikan telah memenuhi standar keselamatan pasien yang telah ditetapkan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Tayyebeh di Hujjat Kuh-Kamari Hospital, Marand (2019) penyebab terjadinya *medication error* antara lain ketidaktepatan dalam membaca pesanan obat, kurang jelasnya tulisan resep, kemiripan nama, bentuk dan tampilan obat, ketidaklengkapan penulisan nama obat dan kelalaian lainnya. Penelitian lainnya menurut Trakulsunti di Thailand (2021) yang telah melakukan analisis akar masalah didapati bahwa tiga penyebab utama *medication error* antara lain kerja petugas yang terburu-buru, ketidakpatuhan terhadap standar prosedur yang ada dan jumlah beban kerja yang besar.

Di Indonesia, melalui data Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN) yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan melalui Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) pada tahun 2021, insiden yang berkaitan dengan *medication error* merupakan insiden yang paling banyak dilaporkan yaitu sebanyak 35% dari jumlah laporan yang masuk (KNKP, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Fatimah, et al (2021) di salah satu rumah sakit di Cilacap, Indonesia didapati angka *medication error* cukup tinggi. Dari 423 resep yang diteliti, kejadian *medication error* pada tahap *prescribing* sebesar 30,46%, tahap *transcribing* sebesar 11,5%, tahap *dispensing* sebesar 25%,

dan tahap *administration* sebesar 1,28%. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Hartati di RSUD Kota Baubau (2014) didapatkan kejadian *administration error* sebesar 144 kejadian (46,91%), diikuti oleh *dispensing error* sebesar 119 kejadian (38,76%) dan kejadian *prescribing error* dengan 44 kejadian (14,33%) yang disebabkan oleh persoalan sistem (fasilitas kesehatan yang minimal di rumah sakit), profesional (sumber daya manusia, meliputi dokter, tenaga farmasi, serta perawat) dan dokumentasi. Hal ini menunjukkan bahwa masalah *medication error* di Indonesia merupakan masalah yang serius sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengatasi hal tersebut.

Rumah sakit X, adalah sebuah rumah sakit umum tipe C yang berlokasi di wilayah Kabupaten Tangerang yang telah berdiri sejak tahun 2011. Rumah Sakit X memiliki kapasitas 72 bed dengan 3 lantai ruang perawatan. Dari data insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit X dari tahun 2020 sampai dengan tahun 2022 terdapat 83 kasus insiden keselamatan pasien dan di antaranya 24 kasus (28,9%) berkaitan dengan kesalahan pemberian obat di unit farmasi. Dari jumlah kasus tersebut terlihat bahwa angka insiden kesalahan pemberian obat masih cukup tinggi dimana hal ini tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang menyatakan bahwa angka insiden keselamatan rumah sakit seharusnya 0% atau *zero accident* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Berdasarkan uraian latar belakang permasalahan tersebut, penulis ingin melakukan penelitian untuk mengetahui faktor penyebab *medication error* serta penerapan keselamatan pasien di Instalasi Farmasi RS X dalam upaya mencegah dan menurunkan angka *medication error* di RS X.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui



wawancara dan observasi. Penelitian ini dipilih dengan pertimbangan bahwa penelitian ini memerlukan data dan informasi lengkap, lebih mendalam dan bermakna serta dapat mendeskripsikan dan menerangkan fenomena secara keseluruhan.

Penelitian dilakukan di Instalasi Farmasi RS X pada bulan Mei 2023. Wawancara dilakukan dengan Kepala Instalasi dan Staf yang terdiri dari 2 orang apoteker dan 6 Orang Tenaga Teknik Kefarmasian. Observasi partisipatif dilakukan dengan turut serta berpartisipasi dalam proses pelaksanaan kerja termasuk terlibat langsung dalam rapat atau diskusi serta mengamati proses kegiatan pelayanan yang dilakukan petugas farmasi di instalasi farmasi. Metode pencatatan untuk membantu pengamatan prosedur peresepan, sejak resep diterima sampai dengan obat diberikan kepada pasien. Selain itu penulis juga melakukan pengumpulan data sekunder dengan menelaah Laporan Insiden Keselamatan Pasien periode Januari-Desember 2022 untuk mempelajari kejadian *Medication Error* yang terjadi di RS X.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam setiap proses pelayanan insiden keselamatan pasien kemungkinan bisa dapat terjadi dan berpotensi menimbulkan Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), maupun Kejadian Potensial Cedera (KPC). Insiden Keselamatan Pasien ini pun dapat terjadi di Instalasi Farmasi sebagai salah satu bagian dari proses pelayanan rumah sakit. Selama proses pengamatan yang dilakukan di Instalasi Farmasi RS X, penulis tidak menemukan insiden *medication error* yang terjadi kepada pasien.

Penulis mempelajari riwayat kejadian *medication error* yang pernah terjadi melalui telaah data Laporan Insiden Keselamatan Pasien di RS X periode Januari - Desember 2022. Dari laporan tersebut didapatkan kejadian *medication error* di Instalasi Farmasi adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Kejadian *Medication Error* di Instalasi Farmasi RS X Tahun 2022

No	Kejadian	Prescribing Error	Transcribing Error	Dispensing Error	Administration Error
1	Pemberian obat dengan dosis lebih besar (belum diberikan ke pasien)	1			
2	Terdapat obat sejenis dalam satu resep (duplikasi)	1			
3	Kesalahan penempelan stiker pasien			1	
4	Obat racikan tertukar pada pasien (nama depan sama)				1
5	Kesalahan pemberian sediaan obat (sediaan drop menjadi sirup)		1		
6	Obat tertukar pada pasien (jenis obat sama)				1
7	Kesalahan pemberian sediaan obat (sediaan tablet menjadi sirup)		1		
8	Kesalahan pemberian jumlah obat sesuai resep		1		
9	Kesalahan penulisan dosis obat di label obat			1	
Total (Persentase)		2 (22%)	3 (33%)	2 (22%)	2 (22%)

Tabel 1 menunjukkan total kejadian terlapor ada 9 kejadian, dengan perincian terdapat 2 kejadian terjadi pada tahap *prescribing* (22%), 3 kejadian pada tahap *transcribing* (33%), 2 kejadian pada tahap *dispensing* (22%) dan 2 kejadian pada tahap *administration* (22%). Jika dilihat dari data tersebut *Medication Error* terjadi pada semua tahapan dan terbanyak terjadi pada tahap *transcribing* akibat kesalahan pemberian jenis sediaan dan jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang diresepkan.

Bila dilakukan identifikasi mendalam terkait faktor-faktor yang menyebabkan *medication error*, menurut WHO (2016) dapat dikelompokkan menjadi faktor yang berhubungan dengan tenaga medis, pasien, lingkungan kerja, obat, dan sistem informasi komputer. Faktor penyebab yang termasuk berhubungan dengan tenaga medis antara lain kurangnya pengetahuan klinis tenaga medis terkait obat, pasien, kelelahan petugas, dan kurangnya komunikasi antara tenaga medis. Faktor penyebab yang berhubungan dengan pasien antara lain karakteristik pasien (personalitas, kemampuan pemahaman



.....
bahasa), kompleksitas kasus penyakit, polifarmasi dan pemberian obat dengan risiko tinggi. Faktor penyebab yang berhubungan dengan lingkungan kerja antara lain beban kerja dan target waktu, distraksi selama bekerja, kurangnya standar prosedur, sumber daya yang kurang, faktor fisik lingkungan kerja yang kurang mendukung (pencahayaan, suhu, ventilasi). Faktor penyebab yang berhubungan dengan sistem informasi komputer antara lain kesulitan tahapan untuk memproses resep dan celah sistem komputer yang memungkinkan terjadinya human error.

Instalasi Farmasi RS X saat ini sudah menggunakan *electronic medical record*, termasuk dalam proses peresepan obat oleh dokter hingga resep diterima di instalasi farmasi. Hal ini mengurangi kemungkinan kejadian kesalahan pembacaan resep akibat tulisan dokter yang tidak terbaca karena seluruh resep sudah dalam bentuk elektronik.

Kejadian *medication error* yang terjadi di Instalasi Farmasi RS X pada tahap *prescribing* yaitu pemberian obat dengan dosis yang lebih besar namun belum sempat diberikan ke pasien dan duplikasi resep obat. Ketika dilakukan wawancara mendalam dengan kepala unit instalasi farmasi, kejadian pemberian dosis obat yang lebih besar terjadi akibat kesalahan dokter pada saat memilih satuan dosis obat saat melakukan order obat, yang seharusnya satuannya adalah miligram namun yang tertulis adalah gram. Sedangkan kejadian yang lain adalah duplikasi peresepan obat, dimana pada satu pasien telah diresepkan obat antihipertensi golongan beta bloker kemudian diresepkan kembali dengan obat golongan beta bloker juga dengan merk yang berbeda.

Pada saat membuat resep elektronik sebaiknya dokter juga tetap memperhatikan ketelitian dengan membaca ulang kembali resep yang telah dibuat sebelum dikirim. Sistem peresepan elektronik di Rumah Sakit X, belum dilengkapi dengan sistem pengingat (notifikasi) yang otomatis dapat muncul apabila terjadi

duplikasi obat dari golongan yang sama (duplikasi obat) walaupun kejadian tersebut dapat dicegah karena ada petugas apoteker yang melakukan pemeriksaan ulang saat proses penyiapan obat. Untuk menghindari kejadian yang sama di kemudian hari, sebaiknya dilakukan perbaikan terhadap sistem peresepan elektronik dengan pembuatan notifikasi otomatis dalam peresepan agar tidak terjadi kesalahan memasukan obat yang sejenis.

Kejadian *medication error* selanjutnya terjadi pada tahap *transcribing*, dimana merupakan tahap penerjemahan resep dan merupakan tahapan yang paling banyak terjadi *medication error* pada Instalasi Farmasi RS X. Kesalahan yang terjadi adalah kesalahan jenis sediaan obat dan jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dicantumkan pada resep. Dari hasil wawancara dengan kepala instalasi farmasi, Standar Prosedur Operasional mengenai penyiapan resep tidak ada tahapan untuk pemeriksaan kembali resep oleh dua orang staf (*double check*). Untuk menghindari kesalahan penerjemahan resep sebaiknya dilakukan perbaikan Standar Prosedur Operasional dengan memasukan tahapan untuk pembacaan serta pemeriksaan kembali resep (*double check*), kemudian dilakukan sosialisasi dan pengawasan dari kepala instalasi terhadap staf di farmasi.

Selain itu, berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan para staf apoteker didapatkan pengakuan bahwa para staf banyak yang merasa beban kerjanya terlalu berat dan ada target waktu yang cukup ketat untuk penyiapan obat, sehingga para staf bekerja terburu-buru. Dalam satu hari jadwal dinas dibagi menjadi tiga shift dengan jumlah petugas yang bertugas rata-rata ada 4-5 orang. Instalasi farmasi juga memiliki target waktu penyiapan obat 15 menit untuk resep non racikan dan 30 menit untuk resep racikan dengan rata-rata jumlah resep per hari 300 resep per hari. Untuk mengantisipasi kebutuhan tenaga pada jam pelayanan yang ramai sebaiknya dilakukan modifikasi jadwal dinas dan analisis beban



.....
kerja masing-masing staf agar beban kerja menjadi lebih sesuai.

Pada tahap *dispensing*, kejadian *medication error* yang terjadi adalah kesalahan penulisan dosis pada label obat dan kesalahan penempelan sticker label obat (tertukar dengan pasien lain yang diresepkan obat yang sama). Jika ditelaah lebih lanjut, kejadian kesalahan penulisan dosis obat pada label terjadi pada pasien yang diresepkan obat dengan dosis yang salah. Sistem pereseapan elektronik memungkinkan dokter mengorder obat lewat komputer kemudian instalasi farmasi melihat resep obat dan mencetak label obat berdasarkan item yang dituliskan di resep elektronik tersebut, sehingga ketika dokter salah menuliskan resep, maka label yang tercetak juga salah. Salah satu faktor penyebab yang mungkin dapat dimodifikasi adalah adanya kolom satuan obat yang dapat diisi dengan tulisan bebas (*free text*), sehingga apabila terjadi kesalahan penulisan akan menimbulkan dosis yang berbeda. Melalui perbaikan terhadap sistem pereseapan elektronik dengan menghilangkan fitur tulisan bebas (*free text*) pada kolom satuan obat diharapkan kejadian salah memasukkan dosis obat tidak terjadi lagi.

Kejadian kesalahan penempelan sticker obat yang tertukar dengan paket obat pasien yang lain yang diresepkan jenis obat yang sama, namun berbeda jumlah obatnya terjadi pada saat salah satu petugas apoteker yang bertugas menyiapkan resep terpaksa merangkap tugas sebagai petugas yang menyerahkan obat dikarenakan petugas yang seharusnya bertugas menyerahkan obat tidak masuk. Adanya distraksi pada saat proses penyiapan obat membuat petugas tidak dapat konsentrasi dan berisiko terjadinya kesalahan proses penyiapan obat.

Tahapan akhir dari proses pereseapan di instalasi farmasi adalah packaging obat-obatan yang telah disiapkan di meja packaging sebelum diserahkan ke pasien. Terjadi kejadian *medication error* dimana satu kejadian obat racikan tertukar karena pasien memiliki nama

yang sama dan pada satu kejadian lain tertukar karena pasien diresepkan jenis obat yang sama. Berdasarkan hasil observasi lapangan, luas area meja packaging ini tidak terlalu luas dan banyak berkas-berkas bertumpuk di meja tersebut selain obat yang sudah disiapkan. Letak meja tersebut juga berada di sudut sehingga penerangan di area tersebut agak redup. Faktor lingkungan fisik area kerja yang kurang mendukung seperti area yang sempit dan penerangan yang kurang dapat berpengaruh dalam ketelitian hasil pekerjaan. Oleh karena itu diperlukan perbaikan penerangan untuk meningkatkan ketelitian di area kerja unit farmasi.

Instalasi Farmasi RS X tidak memiliki ruang penyerahan obat yang terpisah dengan ruang penerimaan resep serta jarak antara kursi ruang tunggu dengan tempat penyerahan obat cukup dekat. Berdasarkan hasil observasi lapangan dan wawancara mendalam, saat penyerahan obat petugas sudah melakukan proses identifikasi dengan pertanyaan terbuka kepada pasien mengenai nama lengkap dan tanggal lahir setiap akan memberikan obat kepada pasien. Jawaban pasien akan dicocokkan pada identitas yang tertera pada lembar resep dan atau stiker identitas pasien. Namun apabila ruang tunggu di farmasi penuh dan banyak anak-anak, faktor kebisingan kadang-kadang mengganggu saat proses penyerahan obat karena dapat mengganggu proses identifikasi pasien dan saat edukasi pemberian obat. Supaya proses identifikasi pasien serta penerimaan informasi saat edukasi pasien di unit farmasi berjalan dengan baik, rumah sakit dapat mempertimbangkan pembuatan sekat dengan dilengkapi pengeras suara di tempat penyerahan obat agar tidak ada gangguan saat proses identifikasi penyerahan obat.

KESIMPULAN

Secara umum penerapan keselamatan pasien dalam pemberian obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit X sudah cukup baik, namun ada beberapa hal yang menjadi



perhatian dan perlu perbaikan agar di kemudian hari menjadi lebih baik dan mengurangi risiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

Kejadian *medication error* yang terjadi di Instalasi Farmasi RS X terjadi pada tahap *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administration* dengan persentase terbesar pada tahap *transcribing* (33%). Kesalahan yang terjadi pada tahap *prescribing* seperti pemberian obat dengan dosis lebih besar dan duplikasi peresepan obat. Kejadian *transcribing error* yang terjadi antara lain kesalahan pemberian sediaan obat dan jumlah obat yang tidak sesuai resep. Pada tahap *dispensing* terjadi kesalahan penempelan stiker label obat dan penulisan dosis di label obat, dan pada tahap *administration* adanya kejadian pemberian obat yang tertukar.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Adrini TM, Harijanto T, Woro UE (2015) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 28 (2): 214-220.
- [2] Fatimah, F. S., & Rosa, E. M. (2016). Efektivitas Pelatihan patient safety; komunikasi s-bar pada perawat dalam menurunkan kesalahan pemberian obat injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia)(Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)*, 2(1): 32-41.
- [3] Fatimah, S et al. 2021. Analisis Kejadian Medication Error Resep Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit X Cilacap. *Jurnal Ilmiah Jophus : Journal of Pharmacy UMUS*, 2(2) : 71-78.
- [4] Hartati, et al. 2014. Analisis Kejadian Medication Error pada Pasien ICU. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 4(2) : 125-132.
- [5] Handayani, D. Keterlibatan Pasien dan Keluarga Dalam Mencegah Resiko Terjadinya Medication Error Pada Pelayanan Kesehatan. Diakses dari : <https://keselamatanpasien.net/keterlibatan-pasien-dan-keluarga-dalam-mencegah-resiko-terjadinya-medication-error-pada-pelayanan-kesehatan/>
- [6] Hestiarini et al. 2017. Studi Observasional Kesalahan Pengobatan di Depo Farmasi Rawat Jalan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 15(2):210-215.
- [7] Mulyadi, M. (2011). Penelitian kuantitatif dan kualitatif serta pemikiran dasar menggabungkannya. *Jurnal studi komunikasi dan media*, 15(1): 128-137.
- [8] Ramdhan, M. (2021). Metode Penelitian. Cipta Media Nusantara.
- [9] Rezaei T. Analysis of medication errors by RCA method and implementation of reducing strategies to improve patient safety in Hujjat Kuh-Kamari Hospital in Marand - 2017. *J Inj Violence Res*. 2019 Aug;11(4 Suppl 2):Paper No. 167. PMID: PMC7187042.
- [10] Trakulsunti, Y et al. 2021. Reducing medication errors using lean six sigma methodology in a Thai hospital: an action research study. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 38 (1): 339-362.
- [11] Widayat. 2017. Perlindungan Hukum Pasien terhadap Pemberian Obat yang Tidak Rasional dalam Upaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Spektrum Hukum*, 14(2) : 250-264.
- [12] World Health Organization. 2016. Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care.



HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN