

**SKRIPSI**

**GAMBARAN KEJADIAN *MEDICATION ERROR*  
DI RUMAH SAKIT DR. TADJUDDIN  
CHALID MAKASSAR**

**FARIDA B.  
K111 15 052**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2019**

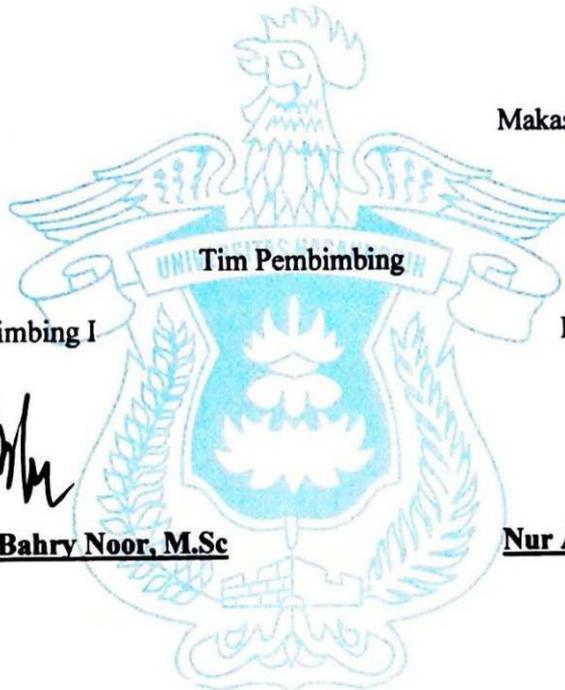


Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 16 Mei 2019



Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Nur Arifah, SKM., MA

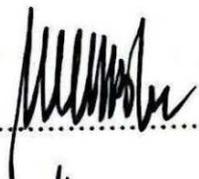
Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes



## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis, Tanggal 16 Mei 2019.

Ketua : Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc (.....)

Sekretaris : Nur Arifah, SKM., MA (.....)

Anggota :  
1. Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS (.....)



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

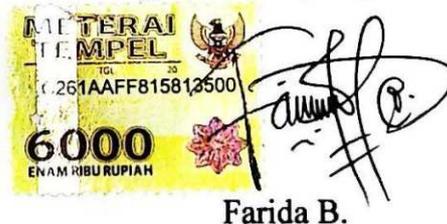
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Farida B.  
Nim : K11115052  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Jurusan : Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Mei 2019

Yang membuat pernyataan

  
Farida B.



## ABSTRAK

UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
MAKASSAR, 16 MEI 2019

**FARIDA B.**

### **“GAMBARAN KEJADIAN *MEDICATION ERROR* DI RUMAH SAKIT DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR”**

Dibimbing oleh Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc dan Nur Arifah, SKM, MA  
(xvi + 141 halaman + 13 tabel + 14 gambar + 11 lampiran)

*Medication error* adalah suatu kejadian yang tidak hanya dapat merugikan pasien tetapi juga dapat membahayakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan khususnya dalam hal pelayanan pengobatan pasien. *Medication error* dibedakan menjadi *prescribing error*, *dispensing error*, dan *administration error*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penentuan informan menggunakan metode *purposive sampling* dan diperoleh informan sebanyak enam belas orang. Keabsahan data dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

Hasil penelitian diperoleh bahwa bentuk *Prescribing error* yaitu salah menulis resep, resep tertukar, dan resep tidak lengkap; penyebabnya adalah tidak dilakukan *crosscheck*, beban kerja, obat yang mirip/LASA, urusan lain, dan didelegasikan ke petugas yang lain; cara mengatasinya adalah lebih hati-hati, dicek ulang, dan dibatasi pasien. Bentuk *dispensing error* yaitu salah ambil obat, salah baca resep, dan salah etiket; penyebabnya adalah tulisan dokter tidak jelas, obat yang mirip/LASA, jumlah SDM kurang, resep tidak lengkap, dan kurangnya *doublecheck*; cara mengatasinya adalah konfirmasi ke dokter, lakukan *doublecheck*, menambah SDM, memisahkan obat yang mirip/LASA. Bentuk *administration error* yaitu tidak tepat obat, salah baca resep, dan tidak tepat waktu; penyebabnya adalah tidak dilakukan *crosscheck*, beban kerja, obat yang mirip/LASA, dan jumlah SDM kurang; cara mengatasinya adalah patuhi SOP, dilakukan *crosscheck*, konfirmasi ke dokter, edukasi ke pasien, dan tingkatkan pelatihan-pelatihan untuk tenaga perawat. Diperlukan adanya kerjasama antar semua pihak untuk mencegah/mengurangi kejadian *medication error*.

**tema : Keselamatan pasien, kesalahan pengobatan, rumah sakit**  
**literatur : 46 (1997-2018)**



## ABSTRACT

HASANUDDIN UNIVERSITY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HOSPITAL MANAGEMENT  
MAKASSAR, 16 MEI 2019

**FARIDA B.**

**“DESCRIPTION ABOUT THE OCCURRENCE OF MEDICATION ERRORS  
IN THE HOSPITAL DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR”**

Guided by Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc and Nur Arifah, SKM, MA  
(xvi + 141 pages + 13 tables + 14 figures + 11 attachments)

*Medication error is an event that can not only harm the patient but also can endanger patient safety carried out by health workers, especially in terms of patient treatment services. Medication errors are divided into prescribing errors, dispensing errors, and administration errors. This research aims to describe the occurrence of medication errors in the Hospital Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.*

*The type of research that being used is qualitative with a phenomenological approach. Determination of the informants using purposive sampling method and obtained informants as many as sixteen people. The validity of the data is done by source triangulation and technical triangulation.*

*The results of the study showed that the form of prescribing errors were incorrect writing recipes, exchanged recipes, and incomplete recipes; the cause is not crosschecked, workload, similar medicine/LASA, other matters, and delegated to other officers; how to deal with it is more careful, rechecked, and limited to the patient. The form of dispensing errors is wrong taking drugs, misreading the prescription, and incorrect etiquette; the cause is unclear doctor's writing, similar medicine/LASA, lack of human resources, incomplete prescription, and lack of double check; how to overcome it is to confirm to the doctor, do double check, add HR, separate similar medicine/LASA. The form of administration error is not the right medication, misread the recipe, and not on time; the cause is not crosschecked, workloads, similar medicine/LASA, and less HR; how to overcome it is to obey the SOP, do crosschecks, confirm to the doctor, educate patients, and increase training for nurses. Cooperation is needed between all parties to prevent/reduce the occurrence of medication errors.*

**Keyword : patient safety, medication error, hospital**

**Daftar Pustaka : 46 (1997-2018)**



## KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT. sang pemilik kehidupan, pencipta alam semesta atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Gambaran Kejadian Medication Error di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**”. Pembuatan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Strata Satu Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Segala wujud bakti dan kasih sayang kupersembahkan skripsi ini kepada kedua orang tua tercinta **Budi** dan **Harisa** serta saudara penulis (**Rahmatia, Muh. Ajwani, Amrun, Rahmawati, Rahman, Nurlatifa dan Hendrawan**) terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, doa, dan dukungan yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi, kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan.

Ucapan terima kasih juga penulis tujukan kepada Bapak **Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc** selaku pembimbing I dan Ibu **Nur Arifah, SKM.,MA** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu dan dengan sabar mengarahkan serta memberikan masukan-masukan kepada penulis selama penyelesaian skripsi ini.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA.**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat **Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. ED** dan para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah berikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang diberikan.



3. Bapak **Prof. Dr. Stang, M.Kes** selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak **Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH,M.Kes** selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Ibu **Adelia U. Ady Mangilep, SKM.,MARS** selaku penguji I dan Bapak **Muh. Yusri Abadi, SKM.,M.Kes** selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.
6. Seluruh Dosen Bagian Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
7. Kepada staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas (**bu Ija, kak Rani dan kak Fuad**) terima kasih atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
8. Direktur Rumah Sakit Tadjddin Chalid Makassar beserta staf yang telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
9. Seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi bagian terpenting dari skripsi ini dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis yang tanpa kesediaan mereka tentu skripsi ini tidak akan selesai.
10. Keluarga Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas dan Keluarga besar HMSC (Hospital Management Student Community) terima kasih atas segala pengalaman dan pembelajaran yang telah saya dapatkan.
11. Seluruh teman-teman angkatan 2015 **“GAMMARA”** terkhusus kepada teman-teman MRS 2015 terima kasih atas segala bantuan dan dukungannya.
12. **Unit Kegiatan Mahasiswa Resimen Mahasiswa Satuan 701 Unhas (UKM MENWA SAT. 701 UNHAS)** terkhusus kakak asuh andalan senior Taslim dan teman seperjuangan **Diksar 47 A** terima kasih untuk pengalaman dan ilmu yang tak bisa saya dapatkan selama di bangku kuliah.
13. Saudara tak sedarah **Kurnia dan Anha “MAHASISWA TOA”**, serta **Nelly Nikita “NIFANEL”** yang selalu setia menemani saat suka dan duka, n jalan paling heboh yang selalu menemani selama jadi anak rantauan.



14. Terima kasih untuk **Kak Ayu, Heidy dan Arni** yang selalu memberikan dukungan, bantuan dan motivasi kepada penulis.
15. Kawan seperjuangan bimbingan **Nining dan Iin “Dobah Soon”** dan teman **Residensi RSUD Kota Makassar (Cia, Qolbi, Dyah dan Niar)** terima kasih atas bantuan dan semangatnya untuk bisa melewati seminar residensi.
16. Teman-teman posko ketawa PBL posko 7 Desa Turatea Kabupaten Jeneponto dan teman-teman KKN angkatan 99 terkhusus KKN Tematik Infrastruktur Kecamatan Wajo posko 4 Kelurahan Pattirosompe.
17. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya.

Makassar, Mei 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

	halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>PENGESAHAN TIM PENGUJI</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	10
A. Tinjauan Umum <i>Medication Error</i> .....	10
1. Definisi <i>Medication Error</i> .....	10
2. Faktor Penyebab <i>Medication Error</i> .....	11
3. Klasifikasi <i>Medication Error</i> .....	15
4. Pencegahan <i>Medication Error</i> .....	19
5. Prinsip 5 Benar dalam Pemberian Obat .....	24
B. Tinjauan Umum Keselamatan Pasien .....	26
1. Pengertian Keselamatan Pasien .....	26
2. Tujuan Keselamatan Pasien .....	27
3. Kebijakan Program Keselamatan Pasien .....	27
Tinjauan Umum Rumah Sakit .....	30
1. Pengertian Rumah Sakit .....	30



2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit .....	30
3. Klasifikasi Rumah Sakit .....	31
D. Matriks Penelitian Terdahulu .....	34
E. Persamaan dan Perbedaan Penelitian Terdahulu .....	43
F. Kerangka Teori .....	56
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>60</b>
A. Dasar Pemikiran Variabel .....	60
B. Kerangka Konsep .....	61
C. Definisi Konseptual .....	62
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>64</b>
A. Desain Penelitian .....	64
B. Lokasi dan Waktu penelitian .....	65
C. Infoman Penelitian .....	65
D. Instrumen Penelitian .....	68
E. Pengumpulan Data .....	68
F. Pengolahan dan Analisis Data .....	71
G. Keabsahan Data .....	72
H. Penyajian Data .....	72
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>74</b>
A. Gambaran Umum Rumah Sakit .....	74
B. Karakteristik Informan .....	80
C. Hasil Penelitian .....	82
D. Pembahasan .....	120
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>132</b>
A. Kesimpulan .....	132
B. Saran.....	134
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>136</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>141</b>



## DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1	Sumber Terjadinya <i>Medication Error</i> Pada Sistem Pelayanan Kesehatan ..... 13
Tabel 2	Kategori <i>Medication Error</i> Menurut <i>National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing</i> (NCCMERP 2005) ..... 17
Tabel 3	Jenis <i>Medication Error</i> ..... 18
Tabel 4	Matriks Penelitian Terdahulu ..... 34
Tabel 5	Persamaan dan Perbedaan ..... 43
Tabel 6	Definisi Konseptual ..... 62
Tabel 7	Pembagian Metode Pengumpulan Data Berdasarkan Variabel Penelitian ..... 70
Tabel 8	Karakteristik Informan yang diwawancarai terkait Gambaran Kejadian <i>Medication Error</i> di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ..... 81
Tabel 9	Kelengkapan Resep di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari-Maret Tahun 2019 Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 35 Tahun 2014 ..... 85
Tabel 10	Hasil Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Prescribing Error</i> di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ..... 89
Tabel 11	Kelengkapan Resep di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari-Maret Tahun 2019 Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 35 Tahun 2014 ..... 97
Tabel 12	Hasil Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Dispensing Error</i> di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ..... 101
	Hasil Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Administration Error</i> di Ruangan <i>Intensive Care</i> Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ..... 112



## DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 1	Mapping Teori Klasifikasi <i>Medication Error</i> ..... 57
Gambar 2	Mapping Teori Faktor Penyebab <i>Medication Error</i> ..... 58
Gambar 3	Kerangka Teori ..... 59
Gambar 4	Kerangka Konsep ..... 61
Gambar 5	Struktur Organisasi di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar .... 80
Gambar 6	Skema hasil wawancara dengan informan tentang bentuk <i>prescribing error</i> ..... 84
Gambar 7	Skema hasil wawancara dengan informan tentang penyebab <i>prescribing error</i> ..... 88
Gambar 8	Skema hasil wawancara dengan informan tentang cara mengatasi <i>prescribing error</i> ..... 93
Gambar 9	Skema hasil wawancara dengan informan tentang bentuk <i>dispensing error</i> ..... 96
Gambar 10	Skema hasil wawancara dengan informan tentang penyebab <i>dispensing error</i> ..... 100
Gambar 11	Skema hasil wawancara dengan informan tentang cara mengatasi <i>dispensing error</i> ..... 105
Gambar 12	Skema hasil wawancara dengan informan tentang bentuk <i>administration error</i> ..... 109
Gambar 13	Skema hasil wawancara dengan informan tentang penyebab <i>administration error</i> ..... 111
Gambar 14	Skema hasil wawancara dengan informan tentang cara mengatasi <i>administration error</i> ..... 116



## DAFTAR LAMPIRAN

	halaman
Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> .....	142
Lampiran 2 Pedoman Wawancara .....	143
Lampiran 3 Kelengkapan Resep di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Periode Januari-Maret Tahun 2019 Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 35 Tahun 2014 .....	146
Lampiran 4 Lembar Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Prescribing Error</i> di Rumah Sakir Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2019 .....	147
Lampiran 5 Lembar Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Dispensing Error</i> di Instalasi Farmasi Rumah Sakir Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2019 ....	148
Lampiran 6 Lembar Observasi tentang Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> ditinjau dari <i>Administration Error</i> di Ruangan <i>Intensive Care</i> Rumah Sakir Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2019 .....	150
Lampiran 7 Pedoman Telaah Dokumen .....	152
Lampiran 8 Matriks Hasil Penelitian .....	153
Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian .....	165
Lampiran 10 Surat-surat .....	169
Lampiran 11 Riwayat Hidup .....	173



## DAFTAR SINGKATAN

<i>Administration error</i>	: Kesalahan Pemberian Obat
ADR	: <i>Adverse Drug Reaction</i>
BB	: Berat Badan
D	: Dokter
Depkes	: Departemen Kesehatan
<i>Dispensing error</i>	: Kesalahan Menyiapkan dan Meracik Obat
F	: Farmasi
IKP	: Ikatan Keselamatan Pasien
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTD	: Kejadian tidak diharapkan
KPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
LASA	: <i>Look Alike Sound Alike</i>
ME	: <i>Medication Error</i>
ml	: Miligram
NCCMERP	: <i>National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention</i>
OYPMK	: Orang Yang Pernah Menderita Kusta
<i>Perseparation error</i>	: Kesalahan Peresepan
Peraturan Menteri Kesehatan	: Peraturan Menteri Kesehatan
Republik Indonesia	: Republik Indonesia



RS	: Rumah Sakit
RSTC	: Rumah Sakit Tadjuddin Chalid
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: <i>Standar Operational Procedure</i>
<i>Transcribing error</i>	: Kesalahan penerjemahan resep
UGD	: Unit Gawat Darurat
WHO	: <i>World Health Organization</i>



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit merupakan lembaga penyedia layanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perindividu secara penuh dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (UU No. 44 Tahun 2009). Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit memiliki 5 *revenue center*, diantaranya yaitu pelayanan gawat darurat, pelayanan rawat jalan dan rawat inap, instalasi laboratorium, instalasi radiologi dan instalasi farmasi (Suciati & Adisasmito, 2006).

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu dan memberikan pelayanan berdasarkan standar pelayanan kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit dituntut memberikan pelayanan aman dan bermutu sesuai standar yang ditentukan. Dalam upaya memberikan proses pelayanan yang lebih aman rumah sakit diwajibkan menerapkan keselamatan pasien (UU No. 44 Tahun 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 menjelaskan bahwa Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan 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.

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang harus dilaksanakan rumah sakit terkait dengan asuhan kepada pasien, agar pasien menjadi aman serta berkaitan juga dengan citra rumah sakit. Tujuan dari pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) antara lain: terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit serta terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Permenkes, 2017).

Pelayanan kesehatan merupakan sebuah proses antara pasien dengan tenaga kesehatan yang saling berinteraksi untuk mencapai tujuan yaitu kesembuhan dan derajat kesehatan pasien yang lebih baik. Selama proses pelayanan kesehatan berlangsung salah satunya pengobatan, terdapat kesalahan yang mungkin terjadi baik disebabkan oleh tenaga kesehatan yang lebih dikenal dengan istilah *Medication error*.

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menyebutkan bahwa *medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien, yang

akibatkan pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah. Sedangkan, Permenkes Nomor 11 Tahun



2017 menyebutkan bahwa kesalahan obat (*medication error*) merupakan kejadian yang salah dalam pemberian obat dan alat kesehatan (alkes) yang dapat mencederai pasien atau membahayakan pasien. Jadi *Medication error* adalah suatu kejadian yang tidak hanya dapat merugikan pasien tetapi juga dapat membahayakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan khususnya dalam hal pelayanan pengobatan pasien.

Isu *medical error* dan *patient safety* menarik perhatian dunia kesehatan sejak November 1999 setelah *Institute of Medicine* (IOM) bertajuk “*To Err is Human Building A Safer Health System*”. Dalam laporan tersebut 44.000 bahkan 98.000 orang meninggal karena *medical error* (kesalahan dalam pelayanan medis) dan *medication error* merupakan jenis *medical error* yang banyak terjadi. Sekitar 7.000 orang meninggal dunia karena *medication error* yang sebetulnya dapat dicegah (Depker RI, 2008).

Kejadian *medication error* dapat terjadi dalam tiap proses pengobatan, baik dalam proses peresepan (*prescribing*), pembacaan resep (*transcribing*), peracikan hingga penyiapan obat (*dispensing*), maupun dalam proses pemberian obat (*administration*) yang menduduki peringkat pertama (Depkes RI, 2008). Menurut Naylor, 2002 dalam Rasmi (2017), kesalahan obat dapat terjadi selama *prescribing*, *transcribing*, *dispensing*, dan *administration*. Kesalahan berulang-ulang dalam pengobatan terjadi pada *prescribing*, *dispensing*, dan *administration* (Cohen, 2007 dalam

Rasmi 2017).



*Prescribing error* adalah obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten; *dispensing error* terkait dengan kesalahan dalam mendistribusikan obat untuk unit keperawatan atau mendistribusikan resep langsung ke pasien dari apotek. Sedangkan, *administration error* didefinisikan sebagai kesalahan penyimpanan dari perintah resep yang tertulis pada grafik pasien atau seperti yang dimasukkan ke dalam sistem komputer rumah sakit (Cohen, 2007).

Di Indonesia, angka kejadian *Medication error* belum terdata secara akurat dan sistematis, tetapi angka kejadian *Medication error* sangat sering kita jumpai di berbagai institusi pelayanan kesehatan di Indonesia. Angka kejadian akibat kesalahan dalam permintaan obat resep juga bervariasi, yaitu antara 0,03-16,9%. Dalam salah satu penelitian menyebutkan bahwa kejadian *Medication error* untuk fase *prescribing error* meliputi kesalahan administrasi dan prosedur yaitu resep yang tidak lengkap, resep tidak terbaca, aturan pakai tidak jelas, penggunaan singkatan yang tidak lazim; kesalahan dosis yaitu dosis yang tidak tepat; dan kesalahan terapeutik yaitu duplikasi terapi. *Dispensing error* meliputi *content error* yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat; *labeling error* yaitu kesalahan penulisan aturan pakai. *Administration error* meliputi kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan

nik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama  
*at drug for wrong patient* (Tien Wahyu Handayani, 2017).



Sebanyak 58 artikel telah ditinjau, secara keseluruhan *prescribing error* (kesalahan peresepan obat) dan *administrasi error* (kesalahan pemberian obat) yang paling umum diidentifikasi di setiap penduduk, dan sebagian besar terkait dengan kesalahan dosis. Kesalahan identitas pasien dan overdosis yang sangat umum dengan 47% dari *administrasi error* (kesalahan pemberian obat) yang melibatkan setidaknya sepuluh kali lipat overdosis (Kryzaniak, 2016).

Sebenarnya kejadian *medication error* dapat diminimalkan, asal petugas pemberi pelayanan kesehatan dapat memahami manajemen resiko dalam pelayanan kefarmasian yang meliputi kegiatan; koreksi kesalahan segera, pelaporan *medication error*, dokumentasi *medication error*, pelaporan *medication error* yang berdampak cedera, *supervise* setelah terjadinya laporan *medication error*, sistem pencegahannya, pemantauan kesalahan secara periodik, tindakan preventif, pelaporan ke tim keselamatan pasien tingkat nasional (Depkes, 2014).

Saat ini belum ada penelitian mengenai kejadian *medication error* di Rumah Sakit Tadjuddin Chalid Makassar tetapi berdasarkan data laporan Insiden Keselamatan pasien (IKP) Instalasi Farmasi Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar masih ditemui kasus *medication error*. Kasus *medication error* yang terjadi di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada tahun 2016 sebanyak satu kasus *prescribing error* yaitu

an menerima instruksi via telepon dan dokter menginstruksikan pemberian zamel drops, namun bidan yang menerima instruksi tidak



melakukan prosedur TBaK sehingga salah mendengar nama obat yang diinstruksikan. Kasus *medication error* yang terjadi tahun 2017 sebanyak 2 kasus *dispensing error* yaitu pada resep tertulis Amlodipin 10 mg yang benar adalah Amlodipin 5 mg dan c.cenfresh ED dengan aturan pakai 3x sehari 1 tetes, setelah dikonfirmasi ke dokter penulis resep yang benar adalah 3x sehari 3 tetes pada mata kanan dan kiri; pasien diresepkan oleh dokter, pasien menebus obat diapotek luar rumah sakit, ternyata ada obat yang salah, seharusnya cotrimoxazole, tapi dari apotek luar diberikan ketoconazole, pasien sudah meminum obat 1 kali tapi tidak menimbulkan efek (Daftar Laporan IKP Instalasi Farmasi Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, 2018).

Kasus *medication error* yang terjadi tahun 2018 sebanyak 3 kasus *administration error* yaitu pemberian obat yang telah kadaluarsa di ruangan Hemodialisis; salah komunikasi pemberian AFF cateter (harusnya Ranitidin injeksi/12 jam tapi yang ditulis Ranixidin 2x1, parasetamol injeksi/8 jam tapi ditulis parasetamol 3x1) yang terjadi di ruangan Anggrek; dan perawat salah memberikan obat ke pasien yang di rawat di ruangan ICU (Daftar Laporan IKP Instalasi Farmasi Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, 2019).

Adanya kasus *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tersebut tidak memenuhi Standar Pelayanan Minimal Rumah

sakit dalam Permenkes RI No. 129 Tahun 2008 yang mensyaratkan bahwa tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat adalah 100% (*zero defect*).



Meskipun kasus *medication error* yang dilaporkan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tidak banyak namun penelitian terdahulu mengatakan bahwa banyak kejadian *medication error* yang sering tidak teridentifikasi dan tidak dilaporkan sehingga menyebabkan fenomena seperti digambarkan bahwa *medication error* sebagai fenomena gunung es (Departemen Kesehatan 2004 dalam Tien Wahyu 2017). Oleh karena itu, berdasarkan uraian latar belakang diatas peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, dalam tiga tahun terakhir terdapat kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. *Medication error* disebabkan oleh *prescribing error* (kesalahan peresepan obat), *dispensing error* (kesalahan penyiapan obat), dan *administration error* (kesalahan pemberian obat). Hal tersebut tidak memenuhi standar pelayanan minimal di rumah sakit dalam Permenkes RI No. 129 Tahun 2008 yaitu tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat di rumah sakit 100% (*zero defect*). Oleh karena itu, rumusan masalah penelitian “Gambaran Kejadian *Medication Error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar”.



## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di tinjau dari *prescribing error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di tinjau dari *dispensing error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran kejadian *medication error* di tinjau dari *administration error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Ilmiah

Sebagai kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya yang berhubungan dengan gambaran kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Petugas Kesehatan

Penelitian ini sebagai bahan masukan bagi seluruh petugas kesehatan khususnya petugas instalasi farmasi untuk meningkatkan



pengetahuan tentang *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

#### **b. Rumah Sakit**

Dapat digunakan sebagai masukan dan evaluasi bagi pihak rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanannya dan mengembangkan kebijakan keselamatan pasien guna menurunkan angka kejadian *medication error* di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

### **3. Manfaat Bagi Penelitian**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana untuk melatih berpikir ilmiah, dengan disiplin ilmu yang diperoleh di bangku kuliah serta meningkatkan pengetahuan dan pengalaman berdasarkan fakta yang ada di lapangan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum *Medication Error*

##### 1. Definisi *Medication Error*

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 tahun 2014 menyebutkan bahwa *medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien, akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah. Kesalahan dapat terjadi setiap fase mulai dari peresepan/*prescribing* (dokter), peracikan dan penyiapan obat/*dispensing* (apoteker atau staf), pemberian obat/*administration* (perawat atau pasien). Sedangkan, menurut *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (2016) *Medication error* adalah suatu kejadian yang dapat dicegah yang menyebabkan atau mengarah pada pemakaian obat yang tidak sesuai atau membahayakan pasien dimana pengobatan tersebut berada di bawah pengawasan petugas kesehatan profesional, pasien, atau konsumen. Peristiwa tersebut bisa terkait dengan praktik profesional, produk perawatan kesehatan, prosedur, dan sistem, termasuk peresepan, komunikasi order, label produk, kemasan, tata-nama, peracikan, pengeluaran, distribusi, administrasi, pendidikan, monitoring, dan penggunaannya.



Peraturan Direktur Rumah Sakit Tangerang Nomor 331//Dir-SK/XI/2016 tentang kebijakan kesalahan obat (*medication error*) dan pelaporan kesalahan obat menyebutkan bahwa kesalahan obat (*medication error*) merupakan kejadian yang salah dalam pemberian obat dan alat kesehatan (alkes) yang dapat mencederai pasien atau membahayakan pasien. Sedangkan, menurut Fowler, 2009 dalam Tien Wahyu Handayani (2017), kesalahan pengobatan (*Medication Error*) merupakan semua keadaan atau kejadian yang dapat menyebabkan penyaluran pengobatan tidak sesuai dengan yang diharapkan dimana dapat mencelakakan pasien. Jadi *Medication error* adalah suatu kejadian yang tidak hanya dapat merugikan pasien tetapi juga dapat membahayakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan khususnya dalam hal pelayanan pengobatan pasien.

## 2. Faktor Penyebab *Medication Error*

Menurut American Hospital Association, *medication error* antara lain dapat terjadi pada situasi berikut:

- a. Informasi pasien yang tidak lengkap, misalnya tidak ada informasi tentang riwayat alergi dan penggunaan obat sebelumnya.
- b. Tidak diberikan informasi obat yang layak, misalnya cara minum atau menggunakan obat, frekuensi dan lama pemberian hingga peringatan jika timbul efek samping.
- c. Kesalahan komunikasi dalam persepan, misalnya interpretasi apoteker yang keliru dalam membaca resep dokter, kesalahan



membaca nama obat yang relatif mirip dengan obat lainnya, kesalahan membaca desimal, pembacaan unit dosis hingga singkatan persepan yang tidak jelas.

- d. Pelabelan kemasan obat yang tidak jelas sehingga berisiko dibaca keliru oleh pasien.
- e. Faktor-faktor lingkungan, seperti ruang apotek/ruang obat yang tidak terang, hingga suasana tempat kerja yang tidak nyaman yang dapat mengakibatkan timbulnya *medication error*.

Thomas Maria R, et al (2001) menemukan bahwa yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan obat adalah komunikasi, pemberian label, nama pasien yang membingungkan, factor manusia, dan desain kemasan. Adapun kesalahan yang berhubungan dengan factor manusia antara lain berhubungan dengan kurangnya pengetahuan, kurangnya kinerja, kelelahan, kesalahan kecepatan infuse, dan kesalahan dalam menyiapkan obat. Sedangkan, McNutt et. Al. (2002) mengklasifikasikan sumber terjadinya error ada sistem pelayanan kesehatan dalam 3 domain utama, yaitu manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknikal (*technical*).



**Tabel 1. Sumber Terjadinya *Medication Error* Pada Sistem Pelayanan Kesehatan**

Sumber <i>Medical Error</i>	Factor yang berperan
Manusia	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kelelahan (<i>fatigue</i>)</li> <li>b. Kurang terlatih (<i>lack of training</i>)</li> <li>c. Komunikasi yang buruk (<i>poor communication</i>)</li> <li>d. Kekuasaan/pengendalian</li> <li>e. Waktu terbatas</li> <li>f. Pengambilan keputusan yang buruk (<i>poor judgement</i>)</li> <li>g. Keragu-raguan (<i>heuristics</i>)</li> <li>h. Logic error</li> </ul>
Organisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Rancang bangun ruang kerja</li> <li>b. Perencanaan/kebijakan-kebijakan</li> <li>c. Administrasi/pembiayaan</li> <li>d. Insentif/kepemimpinan (<i>incentives/leadership</i>)</li> <li>e. Manajemen suplai</li> <li>f. <i>Handof/transfer</i></li> <li>g. Supervise/umpan balik</li> <li>h. Ketidakjelasan tugas</li> <li>i. Salah menempatkan personel</li> </ul>
Teknikal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Poor automation</i></li> <li>b. Peralatan yang buruk</li> <li>c. Keterbatasan peralatan</li> <li>d. Tidak memiliki <i>decision support</i></li> <li>e. Kompleksitas</li> <li>f. Kurang terintegrasi</li> <li>g. Tidak terdapat <i>forcing function</i></li> <li>h. <i>Irreversible error</i></li> <li>i. Terlalu banyak informasi</li> <li>j. Tidak menggunakan <i>checklist</i></li> </ul>

Menurut Smith (2004), faktor penyebab *medication error* dapat berupa prosedur pengelolaan obat; faktor lingkungan kerja (seperti lingkungan fisik, kesibukan kerja dan gangguan/interupsi); faktor petugas kesehatan (seperti beban kerja, komunikasi, pengetahuan, dan budaya kerja), dan faktor pasien. Sedangkan, Thomas Maria R, et al. (2001), faktor penyebab *medication error* antara lain komunikasi,



pemberian label, nama pasien yang membingungkan, faktor manusia dan desain kemasan.

Faktor penyebab kejadian *medication error* antara lain disebabkan oleh: (O'Shea, 1999)

- a. Kemampuan matematika perawat
- b. Pengetahuan perawat mengenai obat-obatan
- c. Lamanya pengalaman perawat
- d. Lamanya waktu pergantian perawat
- e. Beban kerja dan jumlah staff
- f. Sistem pengantaran
- g. Pemberian obat oleh perawat
- h. Kebijakan dan prosedur
- i. Gangguan dan interupsi
- j. Kualitas resep

Menurut Cohen (1991) faktor penyebab *medication error* dapat berupa:

- a. Komunikasi yang buruk, baik secara tertulis (dalam resep) maupun secara lisan (antar pasien, dokter dan apoteker).
- b. Sistem distribusi obat yang kurang mendukung (sistem komputerisasi, sistem penyimpanan obat, dan lain sebagainya).
- c. Sumber daya manusia (kurang pengetahuan, pekerjaan yang berlebihan).
- d. Edukasi kepada pasien kurang.



e. Peran pasien dan keluarganya kurang.

### 3. Klasifikasi *Medication Error*

Menurut Cohen, 2007 dalam Rasmi Zakiah (2017), kejadian *medication error* dibagi kedalam 3 fase yaitu yaitu fase *prescribing*, fase *dispensing*, dan fase *administrasion* oleh pasien. Sedangkan, Naylor, 2002 dalam Rasmi Zakiah (2017), membagi kejadian *medication error* kedalam 4 fase, yaitu fase *prescribing*, fase *transcribing*, fase *dispensing*, dan fase *administrasion* oleh pasien sebagai berikut:

#### a. *Prescribing Errors*

*Medication error* pada fase *prescribing* adalah *error* yang terjadi pada fase penulisan resep. Fase ini meliputi:

- 1) Kesalahan resep
- 2) Kesalahan karena yang tidak diotorisasi
- 3) Kesalahan karena dosis tidak benar
- 4) Kesalahan karena indikasi tidak diobati
- 5) Kesalahan karena penggunaan obat yang tidak diperlukan

#### b. *Transcribing Error*

Pada fase *transcribing*, kesalahan terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses *dispensing*, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas. Salah dalam menterjemahkan order pembuatan resep dan *signature* juga dapat terjadi pada fase ini. Jenis kesalahan obat yang termasuk *transcription errors*, yaitu:



- 1) Kesalahan karena pemantauan yang keliru
- 2) Kesalahan karena ROM (Reaksi Obat Merugikan)
- 3) Kesalahan karena interaksi obat

c. *Dispensing Error*

Kesalahan pada fase *dispensing* terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan resep oleh petugas apotek. Salah satu kemungkinan terjadinya *error* adalah salah dalam mengambil obat dari rak penyimpanan karena kemasan atau nama obat yang mirip atau dapat pula terjadi karena berdekatan letaknya. Selain itu, salah dalam menghitung jumlah tablet yang akan diracik, ataupun salah dalam pemberian informasi. Jenis kesalahan obat yang termasuk *Dispensing errors* yaitu :

- 1) Kesalahan karena bentuk sediaan
- 2) Kesalahan karena pembuatan/penyiapan obat yang keliru
- 3) Kesalahan karena pemberian obat yang rusak

d. *Administration Error*

Kesalahan pada fase *administration* adalah kesalahan yang terjadi pada proses penggunaan obat. Fase ini dapat melibatkan petugas apotek dan pasien atau keluarganya. Jenis kesalahan obat yang termasuk *administration errors* yaitu :

- 1) Kesalahan karena lalai memberikan obat
- 2) Kesalahan karena waktu pemberian yang keliru
- 3) Kesalahan karena teknik pemberian yang keliru



- 4) Kesalahan karena tidak patuh
- 5) Kesalahan karena rute pemberian tidak benar
- 6) Kesalahan karena gagal menerima obat

Tipe-tipe kesalahan pengobatan berdasarkan dari dampak klinis terjadinya kesalahan menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit yang dilihat dari tingkat keparahan hasil dari pasien. Tercantum dalam tabel berikut:

**Tabel 2. Kategori *Medication Error* menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit**

Kategori	Definisi	Level Error
A	Kejadian yang masih berpotensi akan menyebabkan kecelakaan	<i>No Error</i>
B	Kesalahan telah terjadi namun kesalahan tersebut belum mencapai pada pasien	<i>Error, No Harm</i>
C	Kesalahan terjadi dan telah mencapai namun tidak mencederai pasien	<i>Error, No Harm</i>
D	Kesalahan terjadi pada pasien dan dibutuhkan pengawasan untuk mencegah cedera pada pasien atau membutuhkan intervensi untuk mencegah cedera/kecelakaan tersebut	<i>Error, No Harm</i>
E	Kesalahan terjadi yang berkontribusi terhadap adanya injury sementara dan dibutuhkan intervensi	<i>Error, Harm</i>
F	Kesalahan yang terjadi dapat berkontribusi terhadap adanya injury sementara pada pasien yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dalam waktu lama	<i>Error, Harm</i>
G	Kesalahan yang terjadi dapat berkontribusi terhadap adanya kecacatan permanen	<i>Error, Harm</i>
H	Kesalahan yang terjadi membutuhkan intervensi yang mampu mempertahankan hidup/menyelamatkan nyawa pasien	<i>Error, Harm</i>
I	Kesalahan terjadi yang menyebabkan kematian pasien.	<i>Error, Death</i>



Berdasarkan jenis kejadiannya *medication error* dapat digolongkan menjadi beberapa jenis seperti tertera pada tabel dibawah.

**Tabel 3. Jenis Medication Error menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit**

Tipe	Keterangan
<i>Prescribing error</i> (kesalahan dalam persepan)	Kesalahan pemilihan obat, dosis, bentuk sediaan obat, kuantitas, rute, konsentrasi, kecepatan pemberian, atau intruksi penggunaan obat, penulisan resep yang tidak jelas, dan lain-lain yang menyebabkan kesalahan pemberian obat kepada pasien.
<i>Omission error</i> (kesalahan karena kurang stok obat)	Kegagalan yang memberikan dosis obat kepada pasien sampai pada jadwal berikutnya
<i>Wrong time error</i> (kesalahan waktu pemberian)	Memberikan obat diluar waktu, dari interval waktu yang ditentukan
<i>Unauthorized drug error</i> (kesalahan pemberian obat diluar kuasa)	Memberikan obat yang tidak di instruksikan oleh dokter
<i>Wrong patient</i> (salah pasien)	Memberikan obat kepada pasien yang salah
<i>Improper dose error</i> (kesalahan karena dosis yang tidak tepat)	Memberikan dosis obat kepada pasien lebih besar atau lebih kecil daripada dosis yang diinstruksikan oleh dokter atau memberikan dosis duplikasi.
<i>Wrong dosage form error</i> (kesalahan dari dosis yang salah)	Memberi obat dengan bentuk sediaan yang tidak benar.
<i>Wrong drug preparation error</i> (kesalahan dalam persiapan obat)	Mempersiapkan obat dengan bentuk sediaan yang tidak sesuai
<i>Wrong administration technique error</i> (kesalahan dari teknik administrasi yang salah)	Prosedur atau teknik yang tidak layak atau tidak benar saat pemberian obat
<i>Deteriorated drug error</i> (kesalahan pemberian obat aktifitasnya menurun)	Memberikan obat yang telah kadaluarsa atau yang telah mengalami penurunan
<i>Monitoring error</i> (kesalahan dalam pantauan)	Kegagalan untuk memantau kelayakan dan deteksi problem dari regimen yang diresepkan, atau kegagalan dalam penggunaan data klinis



	atau laboratorium untuk assesmen respon pasien terhadap terapi obat yang diresepkan
<i>Compliance error</i> (kesalahan kepatuhan penggunaan obat oleh pasien)	Sikap pasien yang tidak layak berkaitan dengan ketaatan penggunaan obat yang diresepkan

#### 4. Pencegahan *Medication Error*

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1027/MENKES/SK/IX/2014 disebutkan bahwa Apoteker harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses pengobatan. Dalam pelayanan resep Apoteker harus melakukan skrining resep yang meliputi:

- a. Persyaratan administratif (seperti nama, SIP dan alamat dokter; tanggal penulisan resep; tanda tangan/paraf dokter penulis resep; nama, alamat, umur jenis kelamin dan berat badan pasien; nama obat, potensi, dosis dan jumlah yang diminta; cara pemakaian yang jelas; informasi lainnya).
- b. Kesesuaian farmasetika (seperti bentuk sediaan, dosis, potensi, stabilitas, inkompatibilitas, cara dan lama pemberian).
- c. Pertimbangan klinis (seperti efek samping, alergi, interaksi, kesesuaian indikasi, dosis, pasien, dan lain-lain).

Berdasarkan laporan dari *USP Medication Error Reporting*

*Program*, beberapa hal berikut dapat dilakukan ketika dokter menulis



resep untuk mencegah salah interpretasi terhadap penulisan resep, yaitu: (Katzung and Lofholm, 1997)

- a. Mencantumkan identitas dokter yang tercetak dalam kertas resep.
- b. Menuliskan nama lengkap obat (dianjurkan dalam nama generik), kekuatan, dosis dan bentuk sediaan.
- c. Nama pasien, umur dan alamat, juga berat badan dan nama orang tua untuk pasien anak.

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 harus berperan di semua tahapan proses yang meliputi: (Depkes RI, 2014)

- a. Pemilihan

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

- b. Pengadaan

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



c. Penyimpanan

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

- 1) Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*) secara terpisah.
- 2) Obat-obat dengan peringatan khusus (*high alert drugs*) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus.
- 3) Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan.

d. Skrining Resep

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

- 1) Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/ nomor resep.
- 2) Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.
- 3) Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti :
  - a) Data demografi (umur, berat badan, jenis kelamin) dan data klinis (alergi, diagnosis dan hamil/menyusui).



- b) Hasil pemeriksaan pasien (fungsi organ, hasil laboratorium, tanda-tanda vital dan parameter lainnya).
  - 4) Membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.
  - 5) Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan itupun harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengeja nama obat serta memastikan dosisnya.
- e. *Dispensing*
- 1) Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SOP.
  - 2) Pemberian etiket yang tepat.
  - 3) Dilakukan pemeriksaan ulang oleh orang berbeda.
  - 4) Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.
- f. 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 :
- 1) Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar.
  - 2) Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan.
  - 3) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien.



- 4) 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.
- 5) Penyimpanan dan penanganan obat di rumah termasuk mengenali obat yang sudah rusak atau kadaluarsa.

g. Penggunaan Obat

Apoteker harus berperan dalam proses penggunaan obat oleh pasien rawat inap di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, bekerja sama dengan petugas kesehatan lain. Hal yang perlu diperhatikan adalah :

- 1) Tepat pasien
- 2) Tepat indikasi
- 3) Tepat waktu pemberian
- 4) Tepat obat
- 5) Tepat dosis
- 6) Tepat label obat (aturan pakai)
- 7) Tepat rute pemberian

h. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker 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.

## 5. Prinsip 5 Benar Dalam Pemberian Obat

### a. Benar pasien

Sebelum obat diberikan, identitas pasien harus diperiksa (papan identitas di tempat tidur, gelang identitas) atau ditanyakan langsung kepada pasien atau keluarganya. Jika pasien tidak sanggup berespon secara verbal, respon non verbal dapat dipakai, misalnya pasien mengangguk. Jika pasien tidak sanggup mengidentifikasi diri akibat gangguan mental atau kesadaran, harus dicari cara identifikasi yang lain seperti menanyakan langsung kepada keluarganya. Bayi harus selalu diidentifikasi dari gelang identitasnya.

### b. Benar obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik. Setiap obat dengan nama dagang yang asing (baru kita dengar namanya) harus diperiksa nama generiknya, bila perlu hubungi apoteker untuk menanyakan nama generiknya atau kandungan obat. Sebelum memberi obat kepada pasien, label pada botol atau kemasannya harus diperiksa tiga kali. Pertama saat membaca permintaan obat dan botolnya diambil dari rak obat, kedua label botol dibandingkan dengan obat yang diminta, ketiga saat dikembalikan ke rak obat.



Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi. Jika pasien meragukan obatnya, perawat harus memeriksanya lagi. Saat memberi obat perawat harus ingat untuk apa obat itu diberikan. Ini membantu mengingat nama obat dan kerjanya.

c. Benar dosis

Sebelum memberi obat, perawat harus memeriksa dosisnya. Jika ragu, perawat harus berkonsultasi dengan dokter yang menulis resep atau apoteker sebelum dilanjutkan ke pasien. Jika pasien meragukan dosisnya perawat harus memeriksanya lagi. Ada beberapa obat baik ampul maupun tablet memiliki dosis yang berbeda tiap ampul atau tabletnya.

d. Benar cara/ rute

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat kimiawi dan fisik obat, serta tempat kerja yang diinginkan. Obat dapat diberikan peroral, sublingual, parenteral, topikal, rektal, inhalasi.

e. Benar waktu

Ini sangat penting, khususnya bagi obat yang efektivitasnya tergantung untuk mencapai atau mempertahankan kadar darah yang memadai. Jika obat harus diminum sebelum makan, untuk



memperoleh kadar yang diperlukan, harus diberi satu jam sebelum makan. Ingat dalam pemberian antibiotik yang tidak boleh diberikan bersama susu karena susu dapat mengikat sebagian besar obat itu sebelum dapat diserap. Ada obat yang harus diminum setelah makan, untuk menghindari iritasi yang berlebihan pada lambung misalnya asam mefenamat.

## **B. Tinjauan Umum Keselamatan Pasien**

### **1. Definisi Keselamatan Pasien**

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 menjelaskan bahwa Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan 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 (Permenkes, 2017).

Menurut IOM, Keselamatan pasien (*Patient Safety*) didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga



akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (*near miss*).

## 2. Tujuan Program Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain: (Depkes RI 2006)

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

## 3. Kebijakan Terkait Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien rumah sakit meliputi hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien,



mendidik staf tentang keselamatan pasien, komunikasi adalah kunci untuk keselamatan pasien (Permenkes, 2017).

Selain standar keselamatan pasien, rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi ketepatan identifikasi pasien; peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; pengurangan risiko pasien jatuh (Permenkes, 2017).

Asosiasi perumahsakit dan organisasi profesi kesehatan juga wajib berperan serta dalam persiapan penyelenggaraan Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, yang terdiri dari membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien (Permenkes, 2017).

Menurut Rockville (2003), akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain :

1. *Communication problems* (masalah komunikasi),



2. *Inadequate information flow* ( arus informasi yang tidak memadai),
3. *Human problems* (permasalahan manusia),
4. *Patient-related issues* (isu-isu yang berkenaan dengan pasien),
5. *Organizational transfer of knowledge* (transfer pengetahuan organisasi),
6. *Staffing patterns/work flow* (pola pengaturan kerja staf/alur kerja),
7. *Technical failures* (kesalahan teknis), *Inadequate policies and procedures* (kebijakan dan prosedur yang tidak memadai).

*WHO Collaborating Center For Patient Safety* dimotori oleh *Joint Commissions International*, suatu badan akreditasi Amerika Serikat, pada tahun 2007 menerbitkan “*Nine Live Saving Patient Solutions*” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Adapun sembilan solusi keselamatan pasien tersebut adalah (Depkes RI, 2008) :

- a. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike, Medication Names*).
- b. Pastikan Identifikasi Pasien
- c. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima/Pengoperan Pasien.
- d. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar
- e. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*)
- f. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.
- g. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*).
- h. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.



- i. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

## C. Tinjauan Umum Rumah Sakit

### 1. Pengertian Rumah Sakit

Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

### 2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Dalam melaksanakan tugasnya, rumah sakit mempunyai berbagai fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan (Anonim, 2009).

Berdasarkan UU RI No.44 Tahun 2009, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.



- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

### 3. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Siregar dan Amalia (2004), rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

- a. Klasifikasi berdasarkan kepemilikan, terdiri dari:
  - 1) Rumah sakit pemerintah
  - 2) Rumah sakit yang dikelola oleh masyarakat (swasta).
- b. Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanan, terdiri dari 2 jenis:
  - 1) Rumah sakit umum
  - 2) Rumah sakit khusus
- c. Klasifikasi berdasarkan afiliasi pendidikan, terdiri dari 2 jenis:
  - 1) Rumah sakit pendidikan
  - 2) Rumah sakit nonpendidikan
- d. Berdasarkan lama tinggal di rumah sakit, terdiri dari 2 jenis:



- 1) Rumah sakit perawatan jangka pendek
  - 2) Rumah sakit perawatan jangka panjang
- e. Berdasarkan kapasitas tempat tidur
- f. Berdasarkan Status Akreditasi

Rumah sakit berdasarkan status akreditasi terdiri dari rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum diakreditasi.(Siregar dan Amalia, 2004).

Rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas :

- 1) Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.
- 2) Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.



- 3) Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
- 4) Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.



#### D. Matriks Penelitian Terdahulu

**Tabel 3**  
**Matriks Penelitian Terdahulu**

No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1.	Tien Wahyu Handayani (2017)  <i>www.journal.unismuh.ac.id/perspektif</i>	Faktor Penyebab Medication Error di RSUD Anutapura Kota Palu  <i>Perspektif: Jurnal Pengembangan Sumber Daya Insani p-ISSN: 2355-0538</i>	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan tujuan eksplanatif, disertai wawancara mendalam kepada informan penelitian.	Populasi dalam penelitian ini terdiri dari 2 (dua) jenis yakni populasi objek dan subjek. Populasi objek (lingkungan RSUD) adalah sumber data dalam penelitian, narasumber/informan. Populasi subjek (manusia) adalah karyawan RSUD Anutapura Kota Palu.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa <i>prescribing error</i> meliputi kesalahan administratif dan prosedural yaitu resep yang tidak lengkap, resep tidak terbaca, aturan pakai tidak jelas, penggunaan singkatan yang tidak lazim; kesalahan dosis yaitu dosis yang tidak tepat; dan kesalahan terapeutik yaitu duplikasi terapi. <i>Dispensing error</i> meliputi <i>content error</i> yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat; <i>labeling error</i> yaitu kesalahan penulisan aturan pakai. <i>Administration error</i> meliputi kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama ( <i>right drug for wrong patient</i> ). Penyebab <i>prescribing error</i> adalah faktor lingkungan kerja yaitu gangguan dan interupsi keluarga pasien; faktor petugas kesehatan yaitu pengetahuan dokter, tulisan dokter yang buruk, beban kerja yang berlebihan; faktor pasien yaitu



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					<p>pasien yang tidak kooperatif. Penyebab <i>dispensing error</i> adalah faktor prosedur pengelolaan obat; faktor lingkungan kerja yaitu gangguan dan interupsi keluarga pasien; faktor petugas kesehatan yaitu tulisan dokter yang tidak jelas, resep tidak lengkap (tidak ada keterangan bentuk sediaan obat), dan beban kerja yang berlebihan; faktor pasien yaitu pasien yang tidak kooperatif. Penyebab <i>administration error</i> adalah faktor petugas kesehatan yaitu budaya kerja; faktor lingkungan kerja yaitu kesibukan kerja; factor pasien yaitu keluarga pasien yang tidak <i>kooperarif</i> dan pemahaman keluarga pasien mengenai prosedur pengambilan obat.</p>
2.	Vidia Sabrina Budihardjo (2017)	<p>Faktor Perawat Terhadap Kejadian Medication Administration Error di Instalasi Rawat Inap</p> <p><i>Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 5 Nomor 1 Januari-Juni 2017</i></p>	<p>Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif observasional, dimana dalam pelaksanaannya tidak memberikan perlakuan kepada obyek atau lokasi penelitian.</p>	<p>Populasi penelitian adalah perawat yang secara langsung berinteraksi dengan pasien. Jumlah populasi dalam penelitian ini sebesar 132 perawat yang terbagi di 7 ruangan rawat inap. Pengambilan</p>	<p>Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat diketahui bahwa kejadian <i>medication error</i> terjadi di ruangan rawat inap di RSUD Haji Surabaya. Ruangan rawat inap memiliki tingkat keterampilan perawat yang baik, namun memiliki tingkat pengetahuan perawat dan kemampuan komunikasi perawat yang cukup.</p>



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
			<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menggambarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian medication error.</p>	<p>sampel dilakukan menggunakan teknik cluster sampling. Berdasarkan perhitungan menggunakan teknik <i>cluster sampling</i> maka sampel penelitian pada masing-masing ruangan sebesar 8 perawat, sehingga total keseluruhan responden adalah 56 perawat.</p>	
3.	Rasmi Zakiah Oktarlina dan Zahra Wafiyatunisa (2017)	Kejadian <i>medication error</i> pada fase <i>prescribing</i> di Poliklinik pasien rawat jalan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi	Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif <i>cross sectional</i>	Populasi penelitian ini adalah semua resep yang ada di instalasi farmasi RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi. Jumlah sampel yang diteliti adalah 354 resep dan	Hasil penelitian didapatkan bahwa angka kejadian <i>medication error</i> pada fase <i>prescribing</i> menunjukkan 63,3%. Dimana dokter spesialis melakukan <i>medication error</i> sebesar 72,5% dan 43,4% yang dilakukan oleh dokter umum. Kesalahan fase <i>prescribing</i> pada bagian <i>insecriptio</i> terhadap pasien rawat jalan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi sebesar 58,5%. Angka kejadian kesalahan pada bagian



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
				pengambilan sampel sebanyak 71 resep setiap bulannya.	<i>insecriptio</i> sebesar 63,6%, <i>signature</i> sebesar 25,4% dan <i>pro</i> sebesar 81,9%. Sedangkan angka kejadian pada bagian <i>invocation</i> dan <i>subscription</i> sebesar 0%. Kesimpulannya angka kejadian <i>medication error</i> sebesar 63,65. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan terhadap <i>medication error</i> pada fase <i>prescribing</i> .
4.	A Zani Pitoyo, dkk. (2016)  <a href="http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1672">http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1672</a>	Kebijakan system penyimpanan obat LASA, Alur layanan, dan Formulir untuk mencegah Dispensing Error  <i>Jurnal Kedokteran Brawijaya Vol. 29, Suplemen No. 3, 2016, pp. 235-244 Online Published First: 22 Agustus 2016</i>	Desain penelitian ini adalah penelitian tindakan (action research). Penelitian action research memadukan temuan ilmiah dengan tindakan sosial dengan cara menemukan pengetahuan yang relevan dengan kebutuhan mitra penelitian.	Wawancara tidak terstruktur melibatkan 6 orang terdiri dari manajer, dokter, dan staf. Diskusi kelompok terarah melibatkan pimpinan rumah sakit, jajaran manajemen, dan kepala instalasi farmasi. Observasi dilakukan terhadap fasilitas fisik dan layanan resep.	Faktor akar penyebab masalah terjadinya <i>dispensing error</i> adalah belum terformulasikannya kebijakan yang kemudian berdampak pada kluster masalah individu, tim, fasilitas, proses layanan, dan komunikasi. Jalan keluar utama dari berbagai penyebab akar permasalahan tersebut adalah formulasi kebijakan. Formulasi kebijakan menciptakan perbaikan pada prosedur layanan farmasi rawat jalan yang meliputi penerapan prinsip penyimpanan obat LASA, dan alur layanan farmasi rawat jalan yang berfokus pada pencegahan dispensing error meliputi perbaikan alur layanan mulai dari prosedur peresepan, penerimaan resep, penyiapan, etiketing, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) obat sampai dengan prosedur penyerahan obat. Prosedur tersebut dapat diterima oleh instalasi



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
5.	Yosefien Ch. Donsu, dkk. (2016)	<p>Faktor penyebab <i>medication error</i> pada pelayanan kefarmasian rawat inap bangsal anak RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado</p> <p><i>Pharmacon Jurnal Ilmiah farmasi- UNSAT Vol.5 No.3 Agustus 2016 ISSN 2302-2493</i></p>	Jenis penelitian survey deskriptif dengan teknik pengambilan data melalui kuesioner	Sampel dalam penelitian ini adalah dokter, perawat, apoteker dan asisten apoteker yang bertugas di IRINA RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado kemudian data dianalisis menggunakan analisis univariat.	<p>farmasi sebagai prosedur pencegahan KNC.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab ME fase <i>prescribing</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penulisan resep tidak memenuhi syarat kelengkapan resep, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, kondisi lingkungan yaitu pencahayaan yang kurang mendukung saat bekerja, dan komunikasi yaitu permintaan obat secara lisan. Faktor penyebab ME fase <i>dispensing</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penyiapan obat yang tidak sesuai permintaan resep, komunikasi yaitu kurangnya komunikasi mengenai stok perbekalan farmasi, kondisi lingkungan yaitu tidak adanya ruangan penyiapan obat dan gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon. Faktor penyebab ME fase <i>administration</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, edukasi yaitu tidak tepat waktu pemberian obat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam</p>



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					pemberian obat dan komunikasi yaitu kurangnya komunikasi tenaga kesehatan dan pasien dalam penggunaan obat. Berbagai faktor yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat berpengaruh terhadap pengobatan pasien.
6.	Chintia Timbongol, Widya Astuty Lolo, dan Sri Sudewi (2016)	Identifikasi Kesalahan Pengobatan (Medication Error) Pada Tahap Peresepan (Prescribing) di Poli Interna RSUD Bitung  PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT Vol. 5 No. 3 AGUSTUS 2016 ISSN 2302 - 2493	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pengambilan data secara retrospektif yang didasarkan pada data resep pasien di Poli Interna RSUD Bitung periode Juli-Desember 2015	Populasi penelitian ialah semua resep pasien di Poli Interna RSUD Bitung periode Juli-Desember 2015 yaitu sebanyak 4.800 resep. Sampel penelitian ialah sebagian data resep pasien di Poli Interna RSUD Bitung periode Juli-Desember 2015. Penentuan sampel menggunakan rumus Yamane (Nasir et al., 2011)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa medication error yang terjadi pada tahap prescribing meliputi tulisan resep tidak jelas atau tidak terbaca 6,50%, tidak ada umur pasien 62,87%, tidak ada bentuk sediaan 74,53%, tidak ada dosis sediaan 20,87%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa potensi terjadinya medication error pada tahap prescribing tergolong cukup tinggi. Adapun faktor-faktor yang berkontribusi antara lain obat yang sama, perintah secara verbal, nama pasien yang mirip atau sama, bingung dengan pasien yang keluar dan adanya interupsi.
	, dkk.	Faktor-faktor yang	Penelitian ini	Pengambilan data	Penyebab pada tahap <i>prescribing</i> adalah tulisan



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
	(2015)	berkaitan/ berhubungan dengan medication error dan pengaruhnya terhadap patient safety yang rawat inap di RS. Pondok Indah-Jakarta Tahun 2012-2015  <i>Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal (Vol. 2, No. 1, Mar 2017 – Agus 2017)ISSN Online:2502-8413</i>	menggunakan deskriptif kualitatif dengan metode <i>content analysis</i> , sehingga di peroleh gambaran mengenai penyebab <i>medication error</i> dan hubungannya dengan <i>patient safety</i> .	<i>medication error</i> sebelum <i>e-prescribing</i> dilakukan secara retrospektif terhadap 399 sample resep pasien rawat inap Rumah Sakit Pondok Indah (RSPI) tahun 2013 dan pengambilan data sesudah <i>e-prescribing</i> dilakukan secara prospektif terhadap 399 sampel resep pasien rawat inap RSPI tahun 2015	dokter tidak terbaca, tidak menuliskan umur dan berat badan, penyebab pada tahap <i>transcribing</i> ketika resep tidak terbaca staf mempunyai asumsi terhadap tulisan dokter, pada tahap <i>dispensing</i> pada saat penyiapan obat yang mempunyai bentuk yang sama ( <i>look alike sound alike</i> ) dan staf mengerjakan resep lebih dari satu lembar dalam waktu yang bersamaan, tahap administration waktu pemberian minum obat tidak tercapai karena menyesuaikan dengan jam makan pasien.
8.	Hartati, dkk. (2014)	Analisis Kejadian Medication Error Pada Pasien ICU  <i>Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi Volume 4 Nomor 2 – Juni 2014</i>	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode pengambilan sampel secara purposive sampling dengan kriteria inklusi:	Sampel pada penelitian ini adalah direktur rumah sakit, kepala instalasi farmasi, kepala ruang ICU, dan perawat yang secara langsung	Hasil analisis menunjukkan bahwa kejadian medication error terbesar pada pasien ICU RSUD Kota Baubau berupa administration error dengan 144 kejadian (46,91%), kemudian dispensing error dengan 119 kejadian (38,76%), dan kejadian terkecil adalah prescribing error dengan 44 kejadian (14,33%). Demikian pula pada pasien ICU di RS Santa Anna Kendari,



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
			data pasien lengkap, pasien hidup dengan lama perawatan minimal 3 hari, pasien meninggal dengan lama perawatan minimal 1 hari; dan kriteria eksklusi: pasien titipan dari ruang rawat bukan ICU.	berinteraksi dengan pasien..	angka kejadian medication error tertinggi berupa administration error, yaitu 81 kejadian (42,6%), diikuti prescribing error, yaitu 71 kejadian (37,4%), dan dispensing error, yaitu 38 kejadian (20%). Faktor-faktor yang turut mempengaruhi kejadian medication error adalah persoalan sistem (minimnya kelengkapan fasilitas di rumah sakit), profesional (sumber daya manusia, meliputi dokter, tenaga farmasis, serta perawat), dan dokumentasi.
9.	Rusmi Sari Tajuddin dan Indrianty Sudirman (2012)	Faktor penyebab <i>medication error</i> di Instalasi Rawat Darurat  <i>Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan</i> <i>Vol. 15, No.4</i> <i>Desember 2012</i>	Studi kualitatif menggunakan wawancara, observasi dan dokumentasi sekunder	Informan terdiri dari dokter jaga IRD, kepala perawat IRD, perawat IRD, apoteker penanggungjawab apotek IRD, asisten apoteker apotek IRD, apoteker Penanggungjawab Apotek keluarga miskin (gakin), dan asisten apoteker apotek gakin di	<i>Prescribing error</i> yang ditemukan adalah salah dosis dan salah penulisan dosis, penulisan resep yang tidak jelas, tidak lengkap dan administrasi yang tidak lengkap. <i>Dispensing error</i> meliputi salah membaca resep obat <i>Look Alike Sound Alike</i> (LASA), salah jumlah obat, obat tidak sesuai dengan resep, dosis yang diberikan tidak tepat dan salah formulir. Adapun untuk <i>administration error</i> , ditemukan waktu teknik administrasi yang tidak tepat, obat diberikan pada pasien lain dengan nama sama. Berbagai penyebab <i>prescribing error</i> adalah pengetahuan dokter, tulisan yang buruk, dan interupsi keluarga. Faktor yang dapat mempengaruhi



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
				RSWS	<i>administration error</i> adalah karakter individual, beban kerja, kerja sama dengan keluarga, pemahaman keluarga yang rendah akan prosedur pengambilan obat.
10.	Sarmalina, S., Paryanti, dan Sonlimar, M. (2011)	Pengaruh Partisipasi Tenaga Teknis Kefarmasian dalam Menurunkan Angka Kejadian Medication Error di Bangsal Penyakit Dalam RS RK Charitas Palembang  <i>Majalah Kesehatan PharmaMedika, 2011 Vol,3, No,1</i>	Penelitian ini adalah penelitian pre-eksperimen dengan rancangan pre-dan post kehadiran dan partisipasi aktif oleh TTK.	Sebagai sampel adalah resep, catatan pemberian obat dan catatan medic pasien yang di rawat di bangsal perawatan kelas III penyakit dalam Rumah Sakit RK. Charitas Palembang Selama Bulan April-Juni 2011.	Masih adanya kejadian medication error di kelas tiga bangsal penyakit dalam RS. RK. Charitas Palembang. Penyebab medication error yang terjadi adalah adanya ketidaksesuaian penulisan instruksi di catatan medik dan di resep, tingginya beban kerja perawat, kurang adanya komunikasi yang baik antara dokter, perawat dan tenaga farmasi, serta system distribusi yang kurang tepat.



### E. Persamaan dan Perbedaan Penelitian Terdahulu

**Tabel 5**  
**Persamaan dan Perbedaan Penelitian Terdahulu**

No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
1.	Tien Wahyu Handayani (2017) <i>www.journal.unismuh.ac.id/perspektif</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa <i>prescribing error</i> meliputi kesalahan administratif dan prosedur yaitu resep yang tidak lengkap, resep tidak terbaca, aturan pakai tidak jelas, penggunaan singkatan yang tidak lazim; kesalahan dosis yaitu dosis yang tidak tepat; dan kesalahan terapeutik yaitu duplikasi terapi. <i>Dispensing error</i> meliputi content error yaitu kesalahan membaca resep, obat tidak tepat, jumlah obat tidak tepat, dan kesalahan bentuk sediaan obat; labeling error yaitu kesalahan penulisan aturan pakai. <i>Administration error</i> meliputi kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama (right drug for wrong	Faktor penyebab kejadian <i>medication error</i> antara lain disebabkan oleh faktor pengelolaan obat, faktor lingkungan kerja, faktor petugas kesehatan dan faktor pasien.	Lebih fokus pada faktor penyebab kejadian <i>medication error</i>	Membahas mengenai kejadian <i>medication error</i> mulai dari bentuk kesalahan yang ditinjau dari 3 fase yaitu <i>prescribing error</i> , <i>dispensing error</i> dan <i>administration error</i> ; faktor penyebab sampai pada cara mengatasi kejadian <i>medication error</i> .



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		<p>patient). Penyebab prescribing error adalah faktor lingkungan kerja yaitu gangguan dan interupsi keluarga pasien; faktor petugas kesehatan yaitu pengetahuan dokter, tulisan dokter yang buruk, beban kerja yang berlebihan; faktor pasien yaitu pasien yang tidak kooperatif. Penyebab dispensing error adalah faktor prosedur pengelolaan obat; faktor lingkungan kerja yaitu gangguan dan interupsi keluarga pasien; faktor petugas kesehatan yaitu tulisan dokter yang tidak jelas, resep tidak lengkap (tidak ada keterangan bentuk sediaan obat), dan beban kerja yang berlebihan; faktor pasien yaitu pasien yang tidak kooperatif. Penyebab administration error adalah faktor petugas kesehatan yaitu budaya kerja; faktor lingkungan kerja yaitu kesibukan kerja; factor pasien yaitu keluarga pasien yang tidak kooperatif dan pemahaman keluarga pasien mengenai prosedur</p>			



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		pengambilan obat.			
2.	Vidia Sabrina Budihardjo (2017)	Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat diketahui bahwa kejadian medication error terjadi di ruangan rawat inap di RSUD Haji Surabaya. Ruang rawat inap memiliki tingkat keterampilan perawat yang baik, namun memiliki tingkat pengetahuan perawat dan kemampuan komunikasi perawat yang cukup.	Faktor penyebab kejadian <i>administration error</i> adalah faktor petugas kesehatan seperti beban kerja yang tinggi, pengetahuan dan komunikasi antar petugas pemberi pelayanan kesehatan	<p>a. Informan penelitian adalah perawat</p> <p>b. Menggambarkan kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 1 fase yaitu <i>administration error</i></p> <p>c. Fokus penelitian adalah faktor perawat</p>	<p>a. Informan penelitian adalah kepala instalasi, dokter, perawat dan petugas farmasi</p> <p>b. Menggambarkan kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 3 fase yaitu <i>prescribing error</i>, <i>dispensing error</i> dan <i>administration error</i></p> <p>c. Fokus penelitian adalah studi kualitatif kejadian <i>medication error</i> di Instalasi Farmasi</p>



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
				terhadap kejadian <i>medication error</i> di Instalasi rawat inap	
3.	Rasmi Zakiah Oktarlina dan Zahra Wafiyatunisa (2017)	Hasil penelitian didapatkan bahwa angka kejadian <i>medication error</i> pada fase <i>prescribing</i> menunjukkan 63,3%. Dimana dokter spesialis melakukan <i>medication error</i> sebesar 72,5% dan 43,4% yang dilakukan oleh dokter umum. Kesalahan fase <i>prescribing</i> pada bagian <i>insecriptio</i> terhadap pasien rawat jalan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi sebesar 58,5%. Angka kejadian kesalahan pada bagian <i>insecriptio</i> sebesar 63,6%, <i>signature</i> sebesar 25,4% dan <i>pro</i> sebesar 81,9%. Sedangkan angka kejadian pada bagian <i>invocation</i> dan <i>subscription</i> sebesar 0%. Kesimpulannya angka kejadian <i>medication error</i> sebesar 63,65. Terdapat hubungan antara	Faktor penyebab <i>prescribing error</i> (pereseapan obat) adalah tingkatan pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki oleh petugas kesehatan atau sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit.	Subjek penelitian ini adalah semua resep yang ada di instalasi farmasi RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi	Subjek atau informan penelitian ini adalah kep[ala instalasi, dokter, perawat dan petugas farmasi RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		tingkat pendidikan terhadap <i>medication error</i> pada fase <i>prescribing</i> .			
4.	A Zani Pitoyo, dkk. (2016)  <a href="http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1672">http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/1672</a>	Faktor akar penyebab masalah terjadinya dispensing error adalah belum terformulasikannya kebijakan yang kemudian berdampak pada klaster masalah individu, tim, fasilitas, proses layanan, dan komunikasi. Jalan keluar utama dari berbagai penyebab akar permasalahan tersebut adalah formulasi kebijakan. Formulasi kebijakan menciptakan perbaikan pada prosedur layanan farmasi rawat jalan yang meliputi penerapan prinsip penyimpanan obat LASA, dan alur layanan farmasi rawat jalan yang berfokus pada pencegahan dispensing error meliputi perbaikan alur layanan mulai dari prosedur peresepan, penerimaan resep, penyiapan, etiketing, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) obat sampai dengan prosedur penyerahan	Faktor penyebab terjadinya <i>dispensing error</i> adalah faktor kebijakan dan prosedur pengelolaan obat di rumah sakit	Desain penelitian adalah penelitian tindakan ( <i>action research</i> ) untuk memadukan temuan ilmiah dengan social dengan cara menemukan pengetahuan yang relevan dengan kebutuhan mitra penelitian.	Desain penelitian adalah penelitian kualitatif disertai wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi untuk mendapatkan gambaran kejadian <i>medication error</i> di RSTC.



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		obat. Prosedur tersebut dapat diterima oleh instalasi farmasi sebagai prosedur pencegahan KNC.			
5.	Yosefien Ch. Donsu, dkk. (2016)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab ME fase <i>prescribing</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penulisan resep tidak memenuhi syarat kelengkapan resep, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, kondisi lingkungan yaitu pencahayaan yang kurang mendukung saat bekerja, dan komunikasi yaitu permintaan obat secara lisan. Faktor penyebab ME fase <i>dispensing</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penyiapan obat yang tidak sesuai permintaan resep, komunikasi yaitu kurangnya komunikasi mengenai stok perbekalan farmasi, kondisi lingkungan yaitu tidak adanya ruangan penyiapan obat dan	Faktor penyebab kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 3 fase yaitu <i>prescribing error, dispensing error, dan administration error</i>	Dilakukan di pelayanan kefarmasian rawat inap bangsal anak dengan tehknik pengambilan data melalui kuesioner.	Dilakukan di semua depo farmasi dengan tehknik pengambilan data melalui wawancara mendalam dengan informan penelitian, telaah dokumen dan observasi.



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon. Faktor penyebab ME fase <i>administration</i> meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, edukasi yaitu tidak tepat waktu pemberian obat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian obat dan komunikasi yaitu kurangnya komunikasi tenaga kesehatan dan pasien dalam penggunaan obat. Berbagai faktor yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat berpengaruh terhadap pengobatan pasien.			
6.	Chintia Timbongol, Widy Astuty Lolo, dan Sri Sudewi (2016)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa medication error yang terjadi pada tahap prescribing meliputi tulisan resep tidak jelas atau tidak terbaca 6,50%, tidak ada umur pasien 62,87%, tidak ada bentuk sediaan	Faktor penyebab <i>prescribing error</i> (peresepan obat) adalah lingkungan kerja, kesibukan kerja, dan	a. Menggambarkan kejadian <i>medication error</i> dari 1 fase yaitu <i>prescribing</i>	a. Menggambarkan kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 3 fase yaitu <i>prescribing error</i> , <i>dispensing error</i> , dan <i>administration error</i> . b. Dilakukan di semua depo



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		74,53%, tidak ada dosis sediaan 20,87%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa potensi terjadinya medication error pada tahap prescribing tergolong cukup tinggi. Adapun faktor-faktor yang berkontribusi antara lain obat yang sama, perintah secara verbal, nama pasien yang mirip atau sama, bingung dengan pasien yang keluar dan adanya interupsi.	gangguan/interupsi	<p><i>error</i> (peresepan obat)</p> <p>b. Dilakukan di Poli Interna RSUD Bitung</p>	farmasi yang ada di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
7.	Putu Nilasari, dkk. (2015)	Penyebab pada tahap <i>prescribing</i> adalah tulisan dokter tidak terbaca, tidak menuliskan umur dan berat badan, penyebab pada tahap <i>transcribing</i> ketika resep tidak terbaca staf mempunyai asumsi terhadap tulisan dokter, pada tahap <i>dispensing</i> pada saat penyiapan obat yang mempunyai bentuk yang sama ( <i>look alike sound alike</i> ) dan staf mengerjakan resep lebih dari satu lembar dalam waktu yang bersamaan, tahap administration	Faktor penyebab kejadian <i>medication error</i>	<p>a. Pengambilan data dilakukan sebelum dan sesudah <i>e-prescribing</i></p> <p>b. Waktu penelitian tergolong lama yaitu dari tahun 2012-2015</p>	<p>a. Pengambilan data dilakukan pada saat observasi dan wawancara langsung dengan informan</p> <p>b. Waktu penelitian tergolong singkat yaitu mulai dari bulan Februari-Maret Tahun 2019</p> <p>c. Desain penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk mendapatkan gambaran kejadian <i>medication error</i> mulai dari bentuk kesalahan,</p>



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		waktu pemberian minum obat tidak tercapai karena menyesuaikan dengan jam makan pasien.		c. Desain penelitian adalah penelitian kualitatif dengan metode <i>content analysis</i> untuk mengetahui gambaran penyebab kejadian <i>medication error</i> dan hubungannya dengan <i>patient safety</i>	faktor penyebab hingga cara mengatasi kejadian <i>medication error</i> .
8.	Hartati, dkk. (2014)	Hasil analisis menunjukkan bahwa kejadian medication error terbesar pada pasien ICU RSUD Kota Baubau berupa	Faktor penyebab dan bentuk kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 3 fase	a. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk angka kejadian dan	a. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk narasi. b. Penelitian dilakukan di semua



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		administration error dengan 144 kejadian (46,91%), kemudian dispensing error dengan 119 kejadian (38,76%), dan kejadian terkecil adalah prescribing error dengan 44 kejadian (14,33%). Demikian pula pada pasien ICU di RS Santa Anna Kendari, angka kejadian medication error tertinggi berupa administration error, yaitu 81 kejadian (42,6%), diikuti prescribing error, yaitu 71 kejadian (37,4%), dan dispensing error, yaitu 38 kejadian (20%). Faktor-faktor yang turut mempengaruhi kejadian medication error adalah persoalan sistem (minimnya kelengkapan fasilitas di rumah sakit), profesional (sumber daya manusia, meliputi dokter, tenaga farmasis, serta perawat), dan dokumentasi.	yaitu <i>prescribing error, dispensing error dan administration error</i>	persentase. b. Penelitian dilakukan pada pasien ICU	depo farmasi
9.	Rusmi Sari T. H. H. dan dirman	<i>Prescribing error</i> yang ditemukan adalah salah dosis dan salah penulisan dosis, penulisan resep yang tidak jelas, tidak lengkap dan	Faktor penyebab dan bentuk kejadian <i>medication error</i> ditinjau dari 3 fase	a. Penelitian dilakukan di rawat darurat	a. Penelitian dilakukan di semua depo farmasi b. Menggambarkan kejadian



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		administrasi yang tidak lengkap. <i>Dispensing error</i> meliputi salah membaca resep obat <i>Look Alike Sound Alike</i> (LASA), salah jumlah obat, obat tidak sesuai dengan resep, dosis yang diberikan tidak tepat dan salah formulir. Adapun untuk <i>administration error</i> , ditemukan waktu teknik administrasi yang tidak tepat, obat diberikan pada pasien lain dengan nama sama. Berbagai penyebab <i>prescribing error</i> adalah pengetahuan dokter, tulisan yang buruk, dan interupsi keluarga. Faktor yang dapat mempengaruhi <i>administration error</i> adalah karakter individual, beban kerja, kerja sama dengan keluarga, pemahaman keluarga yang rendah akan prosedur pengambilan obat.	yaitu <i>prescribing error, dispensing error, dan administrasi error</i>	b. Menggambarkan kejadian <i>medication error</i> mulai dari bentuk kesalahannya hingga faktor penyebab.	<i>medication error</i> mulai dari bentuk kesalahan, faktor penyebab hingga cara mengatasinya.
10.	Sarmalina, S., Paryanti, dan S. J. M.	Masih adanya kejadian medication error di kelas tiga bangsal penyakit dalam RS. RK. Charitas Palembang. Penyebab medication error yang terjadi adalah adanya	Faktor penyebab kejadian <i>medication error</i> .	a. Desain penelitian adalah penelitian pre-eksperimen	a. Desain penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk mendeskripsikan kenyataan secara benar dan



No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
		ketidaksesuaian penulisan instruksi di catatan medik dan di resep, tingginya beban kerja perawat, kurang adanya komunikasi yang baik antara dokter, perawat dan tenaga farmasi, serta sistem distribusi yang kurang tepat.		<p>dngan rancangan pre dan post kehadiran dan partisipasi aktif TTK.</p> <p>b. Pengaruh partisipasi tenaga teknis kefarmasian dalam menurunkan angka kejadian <i>medication error</i>.</p> <p>c. Penelitian dilakukan di</p>	<p>data yang relevan yang diperoleh dari situasi yang alamiah.</p> <p>b. Studi kualitatif kejadian <i>medication error</i>.</p> <p>c. Penelitian dilakukan di semua depo farmasi yang ada di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.</p>



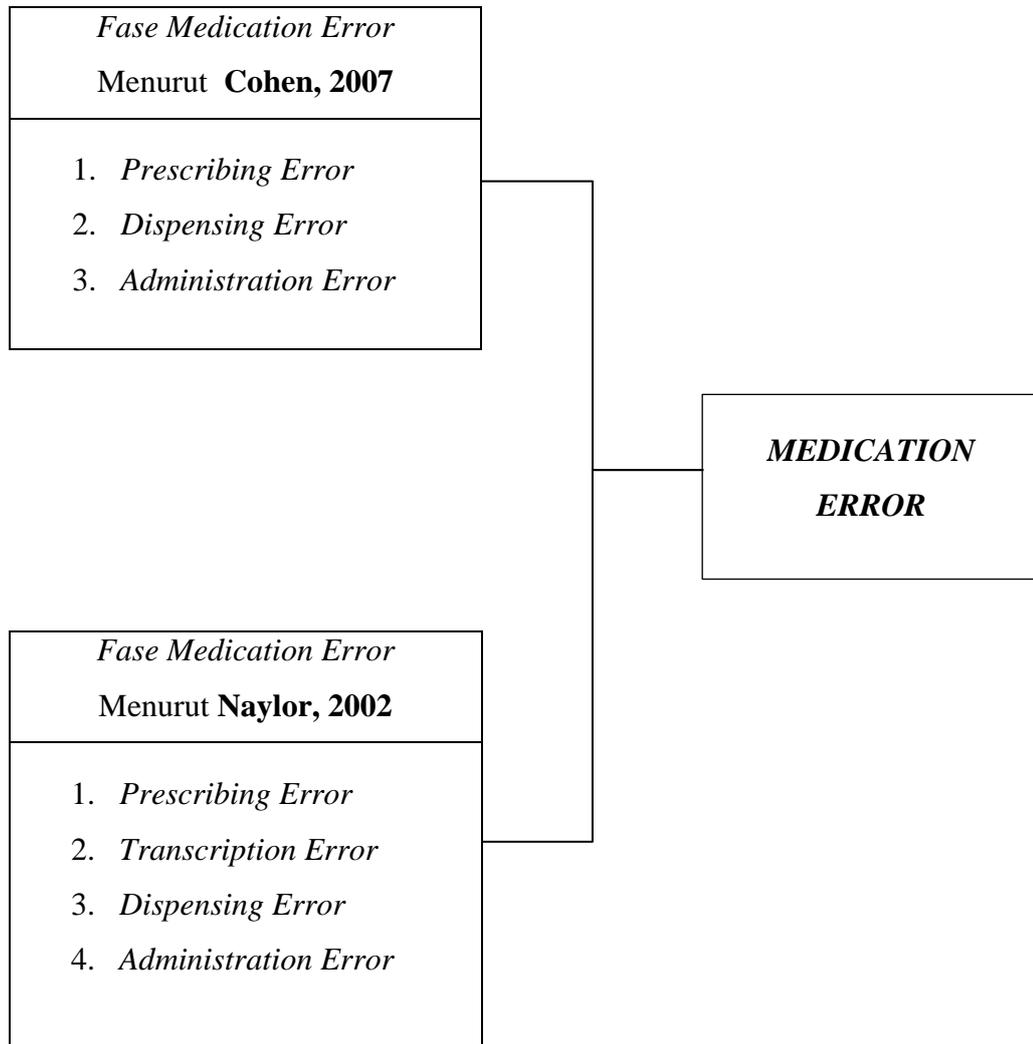
No.	Peneliti dan Sumber Jurnal	Temuan	Persamaan	Perbedaan	
				Penelitian Terdahulu	Rencana Penelitian
				kelas tiga Bangsal Penyakit Dalam RS RK Charitas Palembang	



## F. Kerangka Teori

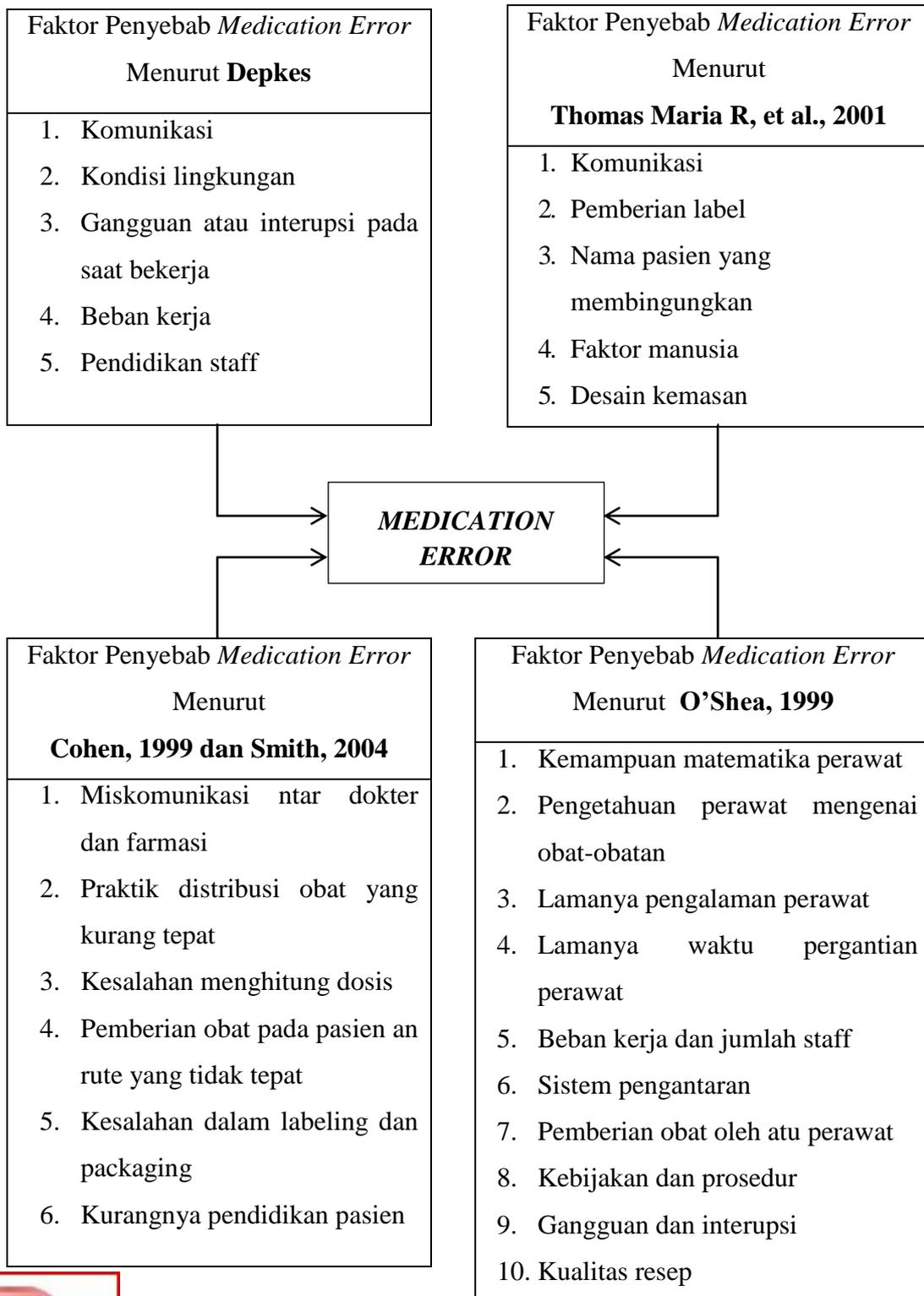
Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka teori gabungan beberapa peneliti yaitu Cohen, 2007; Kee & Hayes, 1993; dan Smith, 2004 dari teori tersebut disimpulkan bahwa *medication error* disebabkan oleh *prescribing error* (kesalahan peresepan obat), *Transcribing error* (kesalahan penerjemahan resep obat), *dispensing error* (kesalahan meracik dan menyiapkan obat), *administration error* (kesalahan pemberian obat). Adapun faktor penyebab *medication error* antara lain prosedur pengelolaan obat, faktor lingkungan kerja (seperti lingkungan fisik, kesibukan kerja, gangguan/interupsi), faktor petugas kesehatan (seperti beban kerja, komunikasi, pengetahuan, dan budaya kerja), dan faktor pasien.





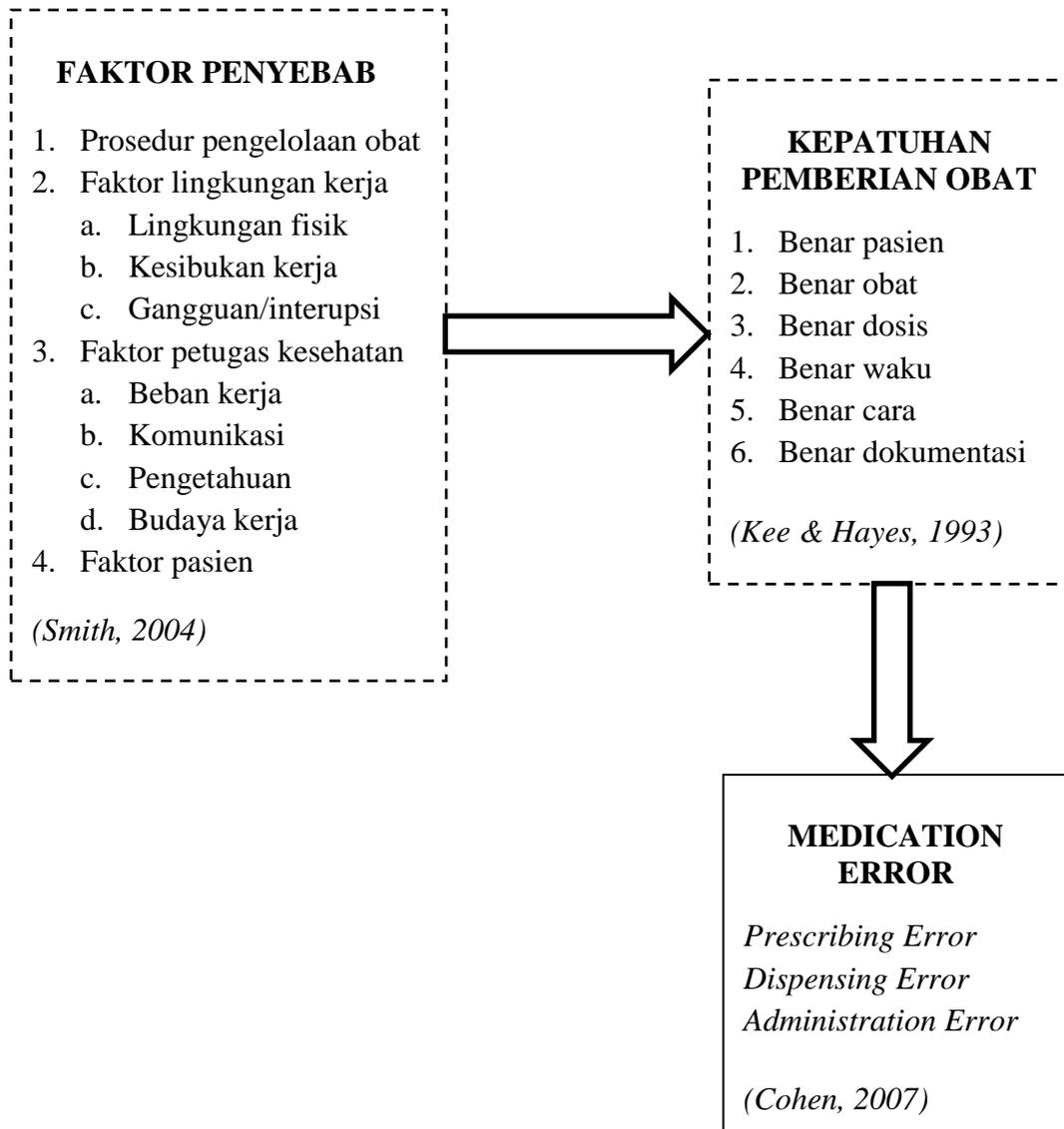
**Gambar 1 : Mapping Teori Klasifikasi *Medication Error***





Gambar 2 : Mapping Teori Faktor Penyebab *Medication Error*





Variable yang diteliti:

Variabel yang tidak diteliti:

**Gambar 3 : Modifikasi Teori Cohen, 1999; Kee & Hayes, 1993; dan Smith, 2004**

