

**FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERHADAP KEJADIAN
MEDICATION ERROR DI RSUD HAJI MAKASSAR**

***FACTORS CONTRIBUTING TO MEDICATION ERROR
IN RSUD HAJI MAKASSAR***

FITHRIYANI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

**FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERHADAP KEJADIAN
MEDICATION ERROR DI RSUD HAJI MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Mencapai Gelas Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

FITHRIYANI

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2012

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fithriyani
Nomor Mahasiswa : P1806208504
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Januari 2012

Yang Menyatakan

Fithriyani

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan serangkaian penelitian ini, dengan judul “**Faktor Yang Terhadap Kejadian *Medication Error* di RSUD Haji Makassar**”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Terwujudnya penulisan ini sebenarnya bukanlah semata hasil karya penulis sendiri namun berkat sumbangsi dari berbagai pihak yang telah memberikan bantuan dan dorongan demi sempurnanya tulisan ini. Untuk itu penulis mengucapkan penghargaan dan terima kasih yang setulus-tulusnya.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak dr. Widodo J. Pudjiraharjo., MS., MPH., Dr. PH, selaku ketua komisi penasihat dan bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS selaku anggota komisi penasihat sekaligus sebagai Ketua Konsentrasi Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan bimbingan, dorongan, saran dan kritik yang penuh kesabaran selama persiapan proposal, pelaksanaan penelitian hingga selesainya penulisan tesis ini.

Selanjutnya ucapan terima kasih, juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Mursalim, selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. dr. Noer Bahry Noor, M.Sc, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, sekaligus dosen penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan hingga selesainya tesis ini.
3. Bapak Prof. Dr. dr. H. Alimin Maidin, MPH, selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan hingga selesainya tesis ini.
4. Bapak Dr. dr. H.Nurdin Perdana, SKM, selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan hingga selesainya tesis ini.
5. Ibu drg. Hj. Nurhasnah Palinrungi, M.Kes, selaku Direktur RSUD Haji Makassar beserta seluruh jajaran dan stafnya yang telah membantu selama penelitian hingga selesainya tesis ini.
6. Bapak/Ibu dosen Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar, terutama dosen Magister Administrasi Rumah Sakit Program Studi Kesehatan Masyarakat.
7. Seluruh Pengelola dan Staf Program Studi Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
8. Seluruh keluarga dan teman-teman tercinta yang dengan setia dan penuh kesabaran member dukungan hingga selesainya tesis ini.

Teriring doa buat ayahanda tercinta (Alm.) A. Kamaruddin dan Ibunda tercinta (Almarhumah) Bese Bintang. Khusus untuk suami tercinta Ruslan Muhammad dan anak-anak terkasih, Syahrin Ramadhan dan

Zaky Fathurrahman, terima kasih atas doa, motivasi, perhatian dan pengertian serta bantuan hingga tesis ini dapat terselesaikan.

Kami menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, olehnya itu penulis mengharapkan saran dan kritikan yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis in. Dan akhirnya penulis berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua.

Akhirnya atas segala pengorbanan, waktu, tenaga, pikiran, saran, dan sumbangan morill maupun material yang telah diberikan dari semua pihak semoga mendapat imbalan dari Allah SWT.

Makassar, Januari 2012

Fithriyani

ABSTRAK

FITHRIYANI, Faktor yang Berkontribusi terhadap Kasus Medication Error di RSUD Haji Makassar (dibimbing oleh **Widodo J. Pudjirahardjo** dan **Syahrir A. Pasinringi**)

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi jenis kejadian *medication error* dan menganalisis faktor penyebab kejadian dan pengaruh manajemen berupa pelaporan insiden, supervisi dan standar prosedur operasional (SPO) terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilakukan pada unit analisis yang merupakan unit yang memberikan pelayanan pemberian obat di RSUD Haji Makassar. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan dokumentasi. Data dianalisis dengan analisis kuantitatif.

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa jumlah kejadian *medication error* selama penelitian dilaksanakan sebanyak 57 kejadian dengan jenis bervariasi. Jenis kejadian yang mempunyai frekuensi paling tinggi adalah pasien tidak mendapat obat yaitu sebesar 32,08% yang terjadi pada tahap pemberian obat (*administration*). Faktor penyebab *medication error* adalah SDM, lingkungan dan obat. Sumber daya manusia merupakan faktor yang paling dominan terjadinya *medication error*. Aspek manajemen merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji terdiri atas pelaporan insiden, supervisi, dan Standar Prosedur Operasional (SPO). Faktor tersebut berpengaruh positif terhadap kejadian *medication error* yakni pelaporan insiden ($p=0,004$), supervisi ($p=0,005$), dan SPO ($p=0,001$). Dapat disimpulkan bahwa SPO merupakan faktor yang paling besar mempengaruhi kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.

Kata Kunci: *Patient Safety, Medication Error*, pelaporan insiden, supervisi, SPO

ABSTRACT

FITHRIYANI, *Factors Contributing on Medication Error Cases in Haji Regional General Hospital, Makasar* (supervised by Widodo J. A. Pudjirahardjo and Syahrir Pasinringi)

The research aimed to identify the types of medication error incidents, to analyze the factors causing the incidents and the management impacts i.e.: incidents reporting, supervision and the standard Operational Procedures (SOP) towards the medication errors incidents in Haji Regional General Hospital, Makassar.

This was an analytic observational research with the case study approach. An analysis unit was the unit which gave the service of the drug delivery in Haji Regional General Hospital, Makassar.

The result of the research indicates that the number of the medication error incidents during the research is being carried out is 57 incidents with various types. The type of incident which has the highest frequency is the patients do not get the drug i.e. 32.08% occurring on the drug administration stage. The causing factors of the medication error are the human resource, environment and drug, and the human resource is the most dominant factor. Viewed from the management aspect, the factors contributing on the medication error incidents in Haji Regional general Hospital, Makassar consist of: incident reporting, supervision, the Standard Operational Procedures (SOP). From the result of the analysis carried out, the three factors have the positive impact on the medication error incidents, i.e. incident reporting ($p = 0.004$), the supervision ($p = 0.005$), and SOP ($p = 0.001$), so that it can be concluded SOP is the biggest factor influencing the medication error incidents in Haji Regional General Hospital, Makassar.

Keywords: *Patient Safety, Medication Error, incident reporting, supervision, SPO*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
PRAKATA	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ISTILAH.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian.....	6
C. Kajian Masalah	6
D. Pertanyaan Penelitian	17
E. Tujuan Penelitian	18

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	20
A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit	20
B. Tinjauan Tentang <i>Patient Safety</i>	23
C. Standar Prosedur Operasional (SPO)	45
D. Tinjauan Tentang Perilaku SDM	47
E. Tinjauan Tentang <i>Medication Error</i>	49
F. Landasan Teori	62
G. Kerangka Teori	63
BAB III METODE PENELITIAN	65
A. Jenis Penelitian.....	65
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
C. Unit Analisis	65
D. Populasi dan Sampel.....	66
E. Metode Pengambilan Sampel dan Besar Sampel	66
F. Instrumen Penelitian, Uji Validitas dan Reliabilitas	67
G. Defenisi Operasional Variabel	69
H. Teknik Analisa Data.....	70
I. Alur Penelitian	72
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	73
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	73
B. Hasil Penelitian	76
C. Pembahasan	89
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	100

A. Kesimpulan	100
B. Saran	101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1	Analisis Kajian Resep Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar Tahun 2009	5
Tabel 2	Jumlah Kejadian <i>Medication Error</i> RSUD Haji Makassar Berdasarkan Jenis Kejadian Tahun 2009	5
Tabel 3	Organisasi Dunia yang menangani Isu <i>Patient Safety</i>	24
Tabel 4	Tipe <i>medication error</i> (ASHP, 1993)	53
Tabel 5	Kategori <i>medication error</i> menurut NCC MERP (2003)	54
Tabel 6	Kategori <i>medication error</i> oleh KKP-RS (KKP-RS, 2007)	55
Tabel 7	Sumber Terjadinya <i>Medication Error</i> pada Sistem Pelayanan Kesehatan McNutt <i>et. al.</i> , (2002)	56
Tabel 8	Defenisi Operasional Variabel, Indikator dan Skala Data	69
Tabel 9	Distribusi <i>Medication Error</i> Berdasarkan Jenis di RSUD Haji Makassar Periode Januari-Maret 2011	79
Tabel 10	Faktor Penyebab Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar Periode Januari – Maret 2011	80
Tabel 11	Distribusi <i>Medication Error</i> Berdasarkan Faktor Penyebab di RSUD Haji Makassar Periode Januari – Maret 2011	81
Tabel 12	Distribusi Kejadian <i>Medication Error</i> Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Haji Makassar Periode Januari–Maret 2011	82

Tabel 13	Penilaian Pelaporan Insiden Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Haji Makassar Periode Januari – Maret 2011	83
Tabel 14	Penilaian Supervisi Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Haji Makassar Periode Januari-Maret 2011	84
Tabel 15	Penilaian SPO Berdasarkan Unit Kerja di RSUD Haji Makassar Periode Januari-Maret 2011	85
Tabel 16	Pengaruh Pelaporan Insiden Terhadap Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar Periode Januari-Maret 2011	86
Tabel 17	Pengaruh Supervisi Terhadap Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar periode Januari-Maret 2011	86
Tabel 18	Pengaruh SPO Terhadap Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar periode Januari-Maret 2011	87
Tabel 19	Pengaruh Pelaporan Insiden, Supervisi, dan SPO Terhadap Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar periode Januari-Maret 2011.....	88
Tabel 20	Pengaruh Manajemen Terhadap Kejadian <i>Medication Error</i> di RSUD Haji Makassar Periode Januari-Maret 2011	89

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Skema faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian <i>medication error</i>	7
Gambar 2 Siklus Kegiatan Keselamatan Pasien (KKP-RS, 2007).....	25
Gambar 3 <i>Reason's four stage model of human error theory</i> (Depkes, 2008b)	31
Gambar 4 Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	40
Gambar 5 Model Hubungan <i>Medication Error</i> , <i>ADE</i> dan <i>ADR</i> menurut Bate (1995)	51
Gambar 6 Model Hubungan <i>Medication Error</i> , <i>ADE</i> dan <i>ADR</i> menurut morimoto <i>et.al.</i> (2004).....	51
Gambar 7 Kerangka Teori	63
Gambar 8 Kerangka Konsep Penelitian	64
Gambar 9 Alur Penelitian.....	72

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 Kuisisioner Penelitian Tesis

Lampiran 2 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

Lampiran 3 Hasil Analisa Data

DAFTAR ISTILAH

<i>Administration error</i>	: Kesalahan dalam pemberian dan pemakaian obat
<i>Adverse Drug Event</i>	: Kejadian yang tidak diharapkan yang berkaitan dengan obat
<i>Adverse Event</i>	: Kejadian tidak diharapkan
<i>Blamin culture</i>	: Budaya saling menyalahkan
<i>Dispensing error</i>	: Kesalahan dalam peracikan atau penyiapan obat
<i>Human error</i>	: Kesalahan manusia
<i>Labeling</i>	: Pelabelan
LASA	: Obat yang kelitan mirip dan bunyinya mirip
<i>Medication error</i>	: Kesalahan Pengobatan
<i>Medication safety</i>	: Keselamatan pengobatan
<i>Near miss</i>	: Kejadian nyaris
<i>Omission error</i>	: Kegagalan memberikan obat kepada pasien sampai pada jadwal berikutnya
<i>Patient Safety</i>	: Keselamatan Pasien
<i>Prescribing error</i>	: Kesalahan dalam peresepan
<i>Preventable adverse event</i>	: Kejadian yang dapat dicegah
<i>Redesign System</i>	: Sistem penjabaran ulang

<i>Slips</i>	: Keliru
<i>Transcribing error</i>	: Kesalahan pembacaan atau penafsiran resep
<i>Wrong administration technique</i>	: Kesalahan teknik pemberian obat
<i>Wrong dosage form error</i>	: Bentuk sediaan obat yang tidak sesuai
<i>Wrong drug preparation error</i>	: Menyiapkan obat dengan cara yang salah
<i>Wrong time error</i>	: Kesalahan waktu pemberian obat
<i>Wrong patient</i>	: Salah pasien

DAFTAR SINGKATAN

ADE	: Adverse Drug Event
ASHP	: American Society Health-System Pharmacist
CPOES	: Computerized Prescription Order Entry System
IOM	: Institute of Medicine
JCAHO	: The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization
KARS	: Komite Akreditasi Rumah Sakit
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
LASA	: Look Alike and Sound Alike
NCCMERP	: National Cordinating Council for Medination Error Reporting and Prevention
NHS	: National Health Services
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SPO	: Standar Prosedur Operasional
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SIM	: Sistim Informasi Manajemen
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kurun waktu 10 tahun terakhir terjadi berbagai perubahan mendasar pada pelayanan jasa medik rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan lainnya. Pada awalnya rumah sakit lebih mengandalkan mutu dan kesetaraan akses (*equity*), namun saat ini pelayanan lebih fokus kepada pasien (*pasien centered*) yang lebih rinci diterjemahkan menjadi *patient safety* sebagai salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan.

Buruknya mutu pelayanan kesehatan adalah masalah universal, tidak hanya di negara berkembang tetapi juga di negara maju. Masalah ini dalam beberapa tahun terakhir menjadi isu penting dan dibahas di sejumlah jurnal bergengsi. Isu sentral yang sering muncul adalah *medical error*.

Isu *medical error* dan *patient safety* menarik perhatian dunia kesehatan sejak laporan *Institute of Medicine* (IOM) bertajuk "*To Err is Human: Building A Safer Health System*". Dalam laporan tersebut 44.000-98.000 orang meninggal di rumah sakit di Amerika setiap tahunnya diakibatkan oleh *medical error* bahkan lebih tinggi bila dibandingkan dengan kematian akibat kecelakaan kendaraan bermotor, kanker payudara dan AIDS (Kohn *et al.*,1999). Pada laporan yang sama disebutkan bahwa sekitar US \$17-29 triliun dibutuhkan untuk penanganan *medical error* di seluruh Amerika pertahunnya. *Error* juga menimbulkan

biaya tinggi untuk pemulihan kepercayaan masyarakat dan tenaga kesehatan (Kohn *et al.*, 1999).

Salah satu tipe dalam *medical error* yang cukup sering terjadi di rumah sakit adalah *medication error* dengan tingkat kejadian di rumah sakit di Amerika berkisar antara 1-2% (Barber *et al.*, 2003). Dari angka tersebut, 39% kejadian *error* yang cukup serius terjadi pada tahap *prescribing*, 50% terjadi pada proses transkripsi dan administrasi/pemberian obat, dan 11% terjadi pada tahap *dispensing* (JCAHO, 2001). Sedangkan di Inggris diperkirakan terjadi *prescribing error* pada 134 resep per minggu dimana 34 resep dari jumlah tersebut berpotensi menimbulkan kejadian yang serius (Dean *et al.*, 2002).

Data tentang tingginya peningkatan kejadian *medication error* ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan di Amerika selama tahun 1983-1993 yang dilakukan pada pasien rawat jalan dan rawat inap. Kematian akibat *medication error* pada pasien rawat inap tahun 1983 sejumlah 2876 sedangkan tahun 1993 meningkat menjadi 7391 kematian yang berarti terjadi kenaikan 2,57 kali lipat. Kejadian yang sama terjadi juga pada pasien rawat jalan dengan kenaikan kematian akibat *medication error* mencapai 8,48 kali lipat selama periode 10 tahun (Kohn *et al.*, 1999).

Error mempunyai dua komponen penyebab yaitu unsur manusia (*human*) dan unsur sistem. Namun umumnya kejadian *error* lebih banyak disebabkan oleh kegagalan sistem daripada unsur manusia atau kelalaian (Brennan, 1991).

Berbagai penelitian telah dikembangkan dalam rangka mengurangi *error* dan meningkatkan keselamatan pasien sejak isu keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi perhatian dalam pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit. Akan tetapi menurut analisa kritis dari Shojania *et al.* (2001) dalam *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practises* yang menilai bahwa sebagian besar penelitian masih terfokus pada epidemiologi kejadian *error* dan *adverse event*, namun masih sedikit yang mengembangkan berbagai metode praktis dalam upaya mencegah *error* secara sistematis. Dalam konteks mencegah *error* secara sistematis maka peran manajemen rumah sakit untuk menciptakan sistem yang aman menjadi sangat penting.

Indonesia melalui Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) menindaklanjuti isu *medication error* dan *patient safety* dengan membentuk suatu badan nasional dengan nama Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tanggal 1 Juni 2005. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit menerima 145 laporan Insiden Keselamatan Pasien pada periode September 2006-Agustus 2007 dengan kesalahan pemberian obat sebagai kategori insiden tertinggi (24,80%) (Depkes, 2008)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Haji Makassar merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi Sulawesi Selatan dengan klasifikasi Tipe B dengan jumlah pegawai 315 orang dan 212 tempat tidur, serta mengelola 12 pelayanan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Haji Makassar telah mendapatkan sertifikat dari Lembaga Sertifikasi SGS untuk menerapkan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001 : 2008, dan tahun 2011 telah terakreditasi 12 pelayanan oleh Badan Sertifikasi KARS, hal tersebut dibarengi dengan penerapan program keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah sakit.

Salah satu unit yang fokus terhadap penerapan program *patient safety* adalah instalasi farmasi. Tuntutan pasien dan masyarakat akan keselamatan pengobatan, mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama *drug oriented* ke paradigma baru *patient oriented* dengan filosofi *Pharmaceutical Care* (pelayanan kefarmasian).

Langkah awal dalam pelaksanaan *Pharmaceutical Care* di Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar adalah dengan melakukan analisis pengkajian resep yang dilayani oleh instalasi farmasi yang meliputi pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan resep, pemeriksaan kesesuaian farmasetik dan mengkaji aspek klinis.

Data analisis kajian resep Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar tahun 2009 dapat di lihat pada tabel 1, yang menunjukkan bahwa rata-rata resep yang berpotensi menyebabkan terjadinya *medication error* yaitu sebesar 16,07% perbulan pada tahun 2009. Dengan melihat data tersebut, menandakan bahwa peluang akan terjadinya *medication error* di rumah sakit sangat besar.

Tabel 1. Analisis Kajian Resep Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar Tahun 2009

NO	JENIS KAJIAN	JUMLAH LEMBAR R/	Persentase (%)
A.	Resep Bermasalah		
1	Kelengkapan resep	3.194	5,46
2	Kejelasan tulisan	2.334	3,99
3	Kejelasan intruksi	1.593	2,73
4	Bentuk sediaan	1.067	1,83
5	Polypharmacy	1.205	2,06
	Sub Total	9.393	16,07
B.	Resep Tidak Bermasalah	49.063	83,93
	Total Lembar R/ yang dilayani	58.456	100,00

Sumber : Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar, 2010

Tabel 2. Jumlah Kejadian *Medication error* RSUD Haji Makassar Berdasarkan Jenis Kejadian Tahun 2009

NO	JENIS KEJADIAN	JUMLAH	Persentase (%)
1	Salah membaca resep (salah obat)	14	9,09
2	Salah penyerahan obat oleh petugas (salah pasien)	17	11,04
3	Salah perhitungan dosis	5	3,25
4	Pemberian obat yang tidak rasional	21	13,64
5	Polyfarmasi	23	14,93
6	Interval waktu pemberian obat tidak tepat	31	20,13
7	Alergi obat	16	10,39
8	Pasien tidak minum obat yang diberikan	27	17,53
	Total	154	100,0

Sumber : Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar , 2010

Data *medication error* di Instalasi Farmasi RSUD Haji Makassar berdasarkan jenis kejadian tahun 2009 dapat dilihat pada table 2 yang

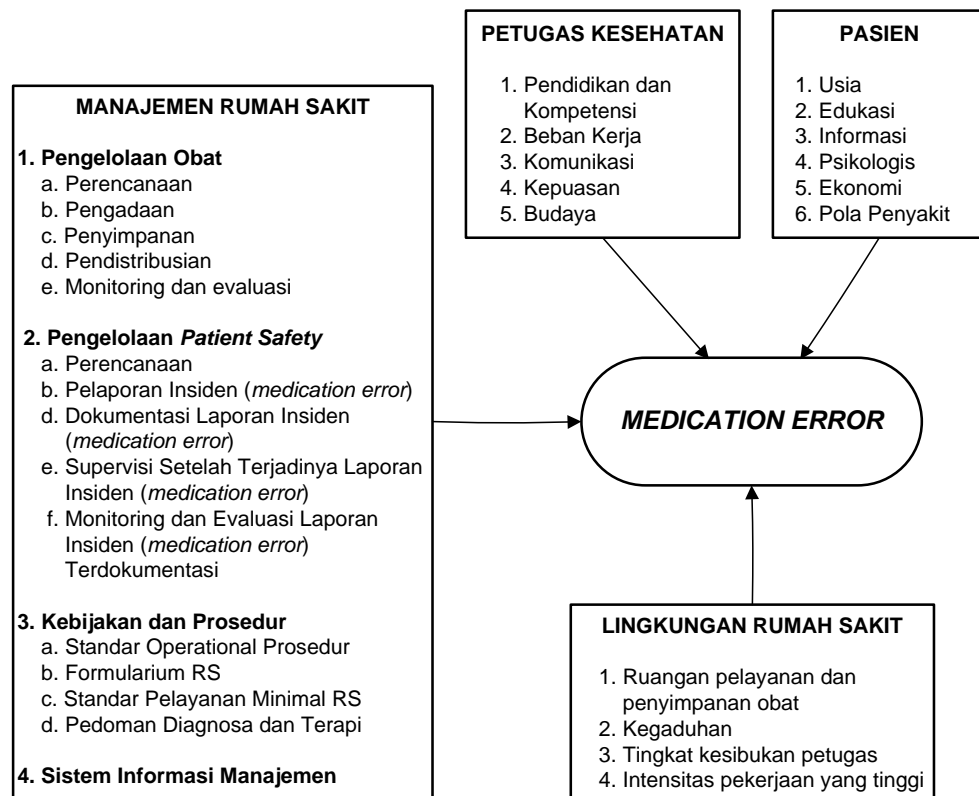
menunjukkan bahwa jenis *medication error* yang mempunyai frekuensi paling tinggi adalah interval waktu pemberian obat tidak tepat yaitu 31 kejadian (20,13%), dan yang terendah adalah salah perhitungan dosis 5 kejadian (3,25%).

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, menyangkut upaya penerapan konsep keselamatan pasien (*patient safety*) di RSUD Haji Makassar serta data *medication error* sebanyak 154 kejadian tahun 2009, maka penulis tertarik untuk meneliti faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *medication error* ditinjau dari aspek penerapan konsep *patient safety* di RSUD Haji Makassar mengingat *medication error* merupakan salah satu indikator mutu dari aspek dimensi mutu keselamatan pasien (*patient safety*).

C. Kajian Masalah

Berdasarkan hasil kajian literatur, faktor yang dianggap berkontribusi terhadap kasus *medication error* di rumah sakit dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Skema faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *medication error*

1. Faktor Pasien

Ada 6 faktor dari aspek pasien yang dianggap dapat berkontribusi terhadap kasus *medication error*, yaitu:

a. Usia

Pasien dengan usia yang lebih lanjut biasanya akan lebih susah mengatakan ataupun mengidentifikasi keluhan-keluhan yang dirasakannya, dan juga biasanya memiliki riwayat penyakit yang sudah menahun dan sulit untuk disembuhkan dengan tepat, hal tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

b. Edukasi

Pasien dengan pendidikan yang lebih rendah memiliki kesulitan untuk memahami penjelasan-penjelasan yang diberikan oleh petugas terkait dengan informasi-informasi obat yang diperlukan, hal tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

c. Informasi

Leape et al (1993), melaporkan bahwa lebih dari 28% efek samping obat yang dapat dicegah berkaitan langsung dengan tidak adekuatnya pemberian informasi obat kepada pasien. Secara umum kurangnya pengetahuan mengenai terapi obat merupakan penyebab tersering dari *medication error*. Setidaknya sekitar separuh dari efek samping obat terjadi sebagai kombinasi dari kurangnya informasi mengenai diri pasien dan tidak adekuatnya informasi terapi obat.

d. Psikologis

Pasien tidak meminum obat karena tidak sesuai dengan keyakinan kesehatannya atau sudah merasa sembuh sedangkan obat yang diberikan harus diminum sesuai dengan jumlah yang diresepkan (dihabiskan) seperti obat antibiotik, hal tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

e. Ekonomi

Kemampuan dan kemauan membayar pasien untuk menebus obat yang telah diresepkan karena harga obat yang mahal sehingga pasien

tidak mendapat obat, hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

f. Pola penyakit

Pola penyakit dimasyarakat yang sering berubah-ubah (pola penyakit tahun lalu tidak sama dengan pola penyakit tahun ini menyebabkan terjadinya *stockout* obat di instalasi farmasi, hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

2. Faktor Petugas Kesehatan

Ada 5 faktor dari aspek petugas kesehatan yang dianggap dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error*, yaitu:

1. Pendidikan dan kompetensi staf

Pendidikan staf secara berkesinambungan merupakan salah satu kunci untuk mencegah terjadinya *medication error*, pemahaman terhadap informasi terbaru obat dan cara mempersiapkan serta feedback terhadap masalah *medication error* yang terjadi secara berkala merupakan strategi pencegahan *error* yang cukup signifikan. Kesalahan dalam kompetensi biasanya menyangkut kesalahan yang terjadi dalam menterjemahkan resep obat (*transcribing*), dalam peracikan atau pengambilan obat (*dispensing*), dan yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat administrasi pada saat obat diberikan atau diserahkan kepada pasien (*administering*). Misalnya, karena keliru dalam membaca nama pasien atau tidak teliti

dalam memeriksa identitas pasien maka obat yang diberikan/diserahkan juga menjadi salah.

2. Beban kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup, penting untuk mengurangi stress dan beban kerja yang berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan. Karena, beban kerja petugas yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya *medication error* dimana dalam kondisi terburu-buru seorang dokter menulis resep/order obat dapat menyebabkan terjadinya kesalahan meski nama obat tertulis dengan benar. Sebagai contoh order “vincristine 2.0 mg” pernah salah dibaca oleh farmasis menjadi “20 mg”, karena koma tertulis di garis tebal kertas resep, sehingga tidak terlihat. Akibatnya pasien meninggal setelah menerima dosis yang tinggi (Cohen, 1999).

3. Komunikasi

Miskomunikasi antara dokter, farmasis dan perawat merupakan sumber utama terjadinya *medication error* di rumah sakit, misalnya interpretasi farmasis yang keliru dalam membaca resep dokter, kesalahan membaca resep obat yang relative mirip dengan obat lainnya, kesalahan membaca decimal, pembacaan unit dosis hingga singkatan peresepan yang tidak jelas. Sekitar 10% kasus *medication error* bermuara dari masalah-masalah tersebut (Leape *at al*, 1993).

4. Kepuasan

Persepsi petugas kesehatan yang menganggap malas ataupun rajin tetap sama hasilnya pada saat menerima jasa pelayanan membuat petugas kesehatan bekerja dengan tidak teliti, karena kepuasan petugas berpengaruh langsung terhadap kinerja dan konsentrasi dalam bekerja, sehingga hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

5. Budaya

Sikap petugas yang malas, masa bodoh, tidak teliti, acuh dan sengaja melanggar aturan/SOP dapat menyebabkan terjadinya *medication error* di rumah sakit.

3. Faktor Manajemen Rumah Sakit

Ada 3 aspek dalam pengelolaan manajemen di rumah sakit yang dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error*, yaitu:

1. Pengelolaan obat meliputi :

a. Perencanaan Obat

Pada tahap perencanaan perbekalan farmasi, resiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat. Perencanaan obat yang tidak sesuai dengan kebutuhan dapat menyebabkan terjadinya *stagnant* maupun *stock out* obat sehingga dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error*.

b. Pengadaan

Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman, efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi, sehingga obat yang diserahkan kepada pasien dapat dijamin kualitasnya, hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error*.

c. Penyimpanan Obat

Hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat adalah obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip disimpan secara terpisah. Suatu penelitian menemukan bahwa salah satu penyebab tersering dari *dispensing error* (29%) adalah kegagalan untuk mengidentifikasi secara benar beberapa obat yang namanya hampir sama atau kedengaran mirip satu sama lain. Carbatrol (Carbamezapine in U.S.) dan Carbrital (Pentobarbitone Sodium), adalah salah satu dari berbagai macam obat yang hampir mirip nama dan kedengarannya (Cohen,1999), hal tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

d. Pendistribusian

Sistem distribusi obat yang belum sesuai dan belum berorientasi pasien, dapat mengakibatkan terjadinya kesalahan karena pengkajian order dan profil pengobatan pasien, dan sebagainya tidak dilakukan,

hal tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

e. Monitoring dan Evaluasi

Melakukan monitoring dan evaluasi yang terus menerus dari penggunaan obat di setiap unit pelayanan guna mengetahui efek terapi, mewaspadaikan efek samping obat, memastikan kepatuhan pasien merupakan salah satu langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya *medication error* di rumah sakit.

2. Pengelolaan *Patient Safety* RS

a. Perencanaan

Sebagai langkah awal penerapan program *patient safety* di rumah sakit maka perlu dilakukan suatu perencanaan baik terhadap jumlah dan kompetensi SDM yang terlibat, strategi-strategi yang akan dilakukan, indikator-indikator mutu yang digunakan maupun terhadap SOP yang perlu dipersiapkan, karena tanpa adanya perencanaan yang baik maka pengimplementasian *patient safety* di rumah sakit susah terwujud dan akan terkait dengan tidak terkendalinya kejadian *medication error* di rumah sakit.

b. Pelaporan Insiden

Dengan penerapan sistem pelaporan insiden secara rutin bila ada kasus maka dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit, karena berdasarkan pelaporan tersebut dapat dilakukan analisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan dan

dapat dibuat rekomendasi solusi pemecahan masalahnya sehingga kasus yang serupa tidak terulang lagi.

c. Dokumentasi Laporan Insiden

Setiap laporan insiden harus didokumentasikan sebagai bahan acuan untuk menyusun instrument analisis *error*. Dari data yang ada selanjutnya dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi area yang berpotensi untuk terjadinya *error*, sehingga upaya antisipasi dapat dilakukan secara baik dan benar, hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

d. Supervisi

Supervisi perlu dilakukan guna mengetahui apakah petugas sudah melakukan pekerjaannya sesuai dengan kebijakan/ SPO yang ada, dan juga untuk mengetahui di area mana potensi kesalahan sering terjadi, sehingga hal ini juga dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

e. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan guna mengkaji lebih dalam terhadap akar penyebab insiden dan mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dan berulang dimasa yang akan datang. Dari hasil monitoring dan evaluasi dilakukan intervensi berupa rekomendasi dan tindak lanjut terhadap hal-hal yang perlu diperbaiki seperti perbaikan kebijakan, prosedur dan peningkatan kinerja SDM. Hasil dari rekomendasi dan tindak lanjut ini harus diumpan balikkan ke semua

pihak yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit, hal ini dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

3. Faktor Kebijakan dan Prosedur

Kebijakan dan prosedur yang ada di rumah sakit dapat dianggap berkontribusi terhadap kejadian *medication error*, meliputi:

a. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Antisipasi *error* melalui sistem koding dan SPO yang lebih baik, dan disosialisasikan secara bertahap, terencana dan sistematis serta menjamin bahwa setiap individu yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan memahami dan mengimplementasikannya secara memadai. SPO untuk *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering* perlu dibuat untuk meminimalkan risiko *medication error*. SPO tersebut merupakan sarana untuk meningkatkan keamanan, efisiensi, serta unjuk kerja yang konsisten dari pengendalian dan pelayanan obat. Kurangnya prosedur dan ketidak patuhan petugas terhadap prosedur yang ada dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

b. Formularium Rumah Sakit

Pelaksanaan sistem formularium yang belum memadai/belum diterapkan mengakibatkan formularium tidak akomodatif, sehingga jumlah, jenis dan mutu obat serta penggunaan di rumah sakit tidak

terkendali dan keadaan tersebut dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

c. Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit merupakan pedoman bagi rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu. SPM yang terkait dengan pelayanan obat di rumah sakit antara lain penulisan resep sesuai formularium, tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat, dan persentase obat kadaluarsa kurang dari 1%. Apabila SPM tersebut tidak dilaksanakan dengan maksimal maka dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

d. Pedoman Diagnosa dan Terapi

Pedoman Diagnosa dan terapi menjadi salah satu faktor yang dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* sebab pedoman ini dapat menuntun dokter dan pihak farmasi dalam memberikan obat yang tepat dengan dosis yang tepat pula (rasional).

4. Sistem Informasi Manajemen

Penggunaan Sistem Informasi Manajemen (SIM) berbasis komputerisasi baik terhadap pengelolaan logistik maupun dalam penulisan resep dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah

sakit. Perintah pereseapan melalui komputer terbukti menurunkan kejadian *error* lebih dari 60% (Baley D., dalam Dwiprahasto,I., 2004).

4. Faktor Lingkungan Rumah Sakit

Faktor lingkungan seperti kurangnya penerangan dalam ruang, tidak luasnya tempat preparasi obat, hingga suasana tempat kerja yang tidak nyaman, kegaduhan, serta tingkat kesibukan pelayanan dan intensitas pekerjaan yang tinggi dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit.

D. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang dan kajian masalah maka dapat dibuat pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Jenis kejadian *medication error* apakah yang terjadi di RSUD Haji Makassar ?
2. Faktor-faktor apa yang menyebabkan terjadinya *medication error* di RSUD Haji Makassar ?
3. Faktor apa yang paling dominan menyebabkan terjadinya *medication error* di RSUD Haji Makassar ?
4. Bagaimanakah pengaruh manajemen, yaitu Pelaporan Insiden, Supervisi dan SPO terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar ?

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.

2. Tujuan Khusus

3. Mengidentifikasi jenis kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.
4. Menganalisis faktor-faktor penyebab kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.
5. Menganalisis faktor penyebab yang paling dominan terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.
6. Menganalisis pengaruh manajemen, yaitu Pelaporan insiden, Supervisi dan SPO terhadap kejadian *medication error* di RSUD Haji Makassar.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan kepentingan ilmiah dengan menjadi sebuah referensi tentang penerapan konsep *patient safety* di rumah sakit, khususnya faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *medication error*.

2. Manfaat Institusi

Sebagai bahan masukan atau sumber informasi bagi rumah sakit dalam rangka penerapan *patient safety* terkait dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

3. Manfaat Praktis

Sebagai bekal dalam mengembangkan institusi tempat peneliti bekerja dalam rangka peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO, rumah sakit adalah bagian integral dari organisasi sosial dan medis yang berfungsi sebagai pemberian layanan kesehatan kepada masyarakat secara menyeluruh baik kuratif maupun preventif dan memberikan pelayanan kepada pasien dari luar rumah sakit dan juga kepada keluarga dan lingkungannya. Rumah sakit juga merupakan pusat dari pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian biososial (Yuliprasetio, 2008).

Secara umum rumah sakit dapat didefinisikan sebagai suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dengan maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik (Siregar dan Amalia, 2003).

2. Tugas, fungsi dan karakteristik rumah sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan melaksanakan 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; dan
- d) penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU RI No. 44, 2009).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Adapun karakteristik rumah sakit adalah sebagai berikut :

- 1) Merupakan industri padat modal dan padat karya (padat sumber daya) serta padat teknologi. Sumber daya manusia adalah komponen utama proses pelayanan.

- 2) Sifat produk rumah sakit adalah sangat beragam, demikian juga proses layanan yang bervariasi, meskipun input sama, kadang sulit memisahkan antara proses, keluaran (*output*) dan hasil (*outcome*).
- 3) Evolusi paradigma rumah sakit, yang semula nirlaba menjadi just profit atau profit.
- 4) Tidak berlaku adanya persaingan bisnis.
- 5) Pengguna rumah sakit tidak tahu apa yang harus dibeli saat berobat (*consumer ignorance*) dan *demand* yang sangat tidak elastis.
- 6) Jenis bias *private, public goods, externality* (Supriyanto, 2007).

Sejalan dengan perkembangan rumah sakit sebagai institusi yang kompleks dimana ilmu dan teknologi kedokteran sangat pesat, kadang-kadang kalau pemberi pelayanan kurang hati-hati dapat berpotensi terjadinya kesalahan pelayanan di rumah sakit yang berakibat menjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Hal ini bisa dipahami karena di institusi rumah sakit terdapat berbagai macam alat dengan teknologi yang selalu *up to date*, berbagai macam ribuan obat, berbagai prosedur pengobatan dan dari aspek manajemen sumber daya manusia terdapat berbagai macam jenis ketenagaan profesi dan nonprofesi.

Paradigma pelayanan kesehatan di rumah sakit sekarang ini sudah bergeser dari *quality* kearah *quality-safety* artinya bukan hanya mutu pelayanan rumah sakit saja yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara terus menerus (Anonim, 2008a). Pelayanan kesehatan sebagaimana

dinyatakan dalam JCAHO (2001) menyebutkan bahwa aspek keselamatan pasien (*patient safety*) adalah prinsip mendasar dari sebuah pelayanan kesehatan.

B. Tinjauan Tentang *Patient Safety*

Konsep *Patient Safety* bukan merupakan suatu konsep baru, melainkan telah menyatu dengan proses pengobatan pasien. *Patient Safety* menarik perhatian dunia kesehatan dan menjadi isu global ketika IOM mengeluarkan publikasi *To Err Is Human: Building a Safer Health Systems* pada tahun 1999. Pada bulan Oktober 2004 WHO dan berbagai organisasi di dunia membentuk *World Alliance for Patient Safety* dengan tujuan mengangkat *Patient Safety Goal* “*First do no harm*” dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien.

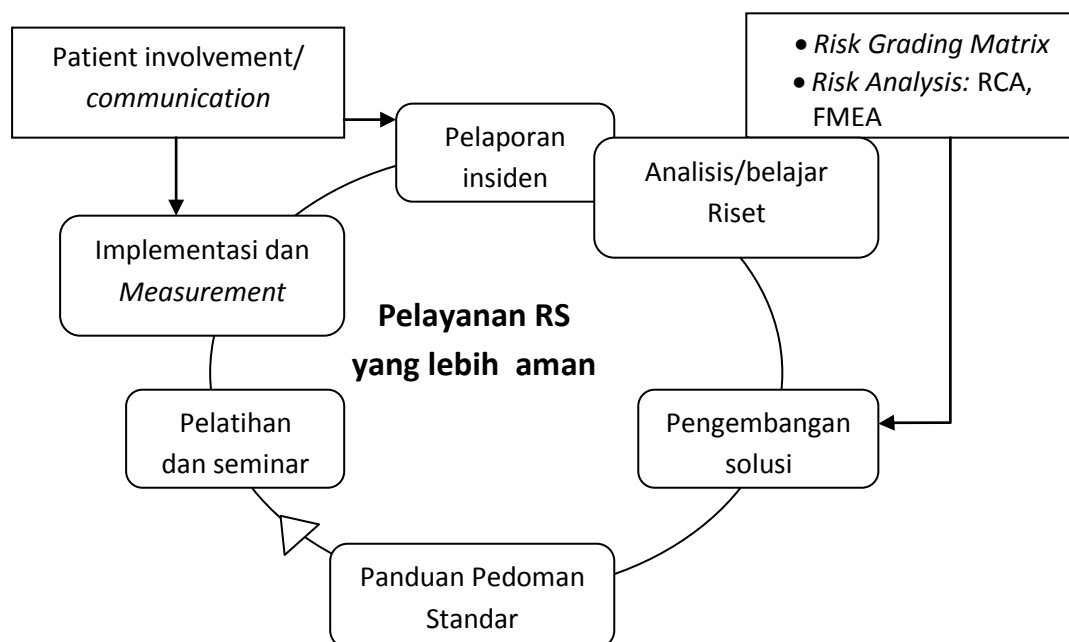
Berbagai Negara telah menerapkan konsep *Patient Safety* dan mendirikan organisasi nasional khusus untuk menangani isu tersebut (Tabel 3). Indonesia melalui PERSI membentuk suatu badan nasional yang dikenal dengan sebutan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tanggal 1 Juni 2005.

Tabel 3. Organisasi Dunia yang menangani Isu *Patient Safety*

NEGARA	TAHUN	ORGANISASI
Australia	2000	<i>Australian Council for Safety and Quality in Health Care</i>
Amerika	2001	<i>AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)</i>
Inggris	2001	<i>NPSA (National Patient Safety Agency)</i>
Kanada	2003	<i>NSCPS (National Steering Committee on Patient Safety)</i> <i>CPSI (Canadian Patient Safety Institute)</i>
Malaysia	2004	<i>Patient Safety Council</i>

Patient safety didefinisikan sebagai “pencegahan terjadinya risiko yang tidak diharapkan pada pasien” (Kohn *et al.*, 1999). Melalui definisi ini maka fokus dari *patient safety* dalam sistem pelayanan kesehatan , yaitu (1) mencegah terjadinya *error*, (2) belajar dari *error* yang terjadi; dan (3) membangun budaya *safety* yang melibatkan tenaga profesional kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan, dan pasien.

Keselamatan pasien RS merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, yang meliputi *assesmen* 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 (Gambar 2).



Gambar 2. Siklus Kegiatan Keselamatan Pasien (KKP-RS, 2007)

Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (KKP-RS, 2007).

The Institute of Medicine menyatakan bahwa *safety* merupakan aspek utama sistem pelayanan kesehatan dan merupakan jaminan bagi para pengguna sistem kesehatan. *World Health Organization* melalui *World Alliance for Patient Safety* juga menyatakan hal serupa, yaitu bahwa *safety* merupakan komponen dasar dalam manajemen kualitas sistem pelayanan kesehatan. Melalui sistem monitoring (*surveillance system*, sistem pelaporan *errors*, dan pemeriksaan langsung) penyedia jasa

kesehatan dapat mengidentifikasi dan memperbaiki *errors* untuk menjamin maupun meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Walaupun mempunyai defenisi yang sangat sederhana, tetapi upaya untuk menjamin keselamatan pasien di fasilitas kesehatan sangatlah kompleks dan banyak hambatan. Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) harus dijalankan secara menyeluruh dan terpadu. Tujuan dari program *patient safety* di rumah sakit, yaitu (1) terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, (2) meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, (3) menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, dan (4) terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes, 2008b).

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia, maka perlu dilakukan upaya penyelenggaraan program *Patient Safety* rumah sakit dengan mengikuti panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) yang berisi uraian langkah-langkah menuju terciptanya keselamatan pasien rumah sakit dan standar keselamatan pasien rumah sakit (Depkes, 2008b).

Upaya-upaya tersebut antara lain membangun kesadaran seluruh karyawan akan nilai keselamatan pasien dan menciptakan kepemimpinan yang terbuka dan adil, membangun komitmen dan fokus yang jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko dengan cara mengembangkan sistem dan proses

pengelolaan resiko, mengidentifikasi dan menilai berbagai hal yang potensial bermasalah, mengembangkan sistem pelaporan insiden dari staf rumah sakit, berkomunikasi dengan pasien dengan mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan cara mendorong staf rumah sakit belajar melakukan *root cause analysis* untuk mengetahui bagaimana dan mengapa insiden terjadi serta mencegah terjadinya insiden melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada tentang insiden.

Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (2002) dalam bukunya *Hospital Patient Safety Standards* menyebutkan tujuh standar keselamatan pasien rumah sakit sebagai acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan program *patient safety* yaitu standar pertama hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), standar dua mendidik pasien dan keluarga mengenai kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, standar tiga rumah sakit menjamin keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan serta menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan, standar empat penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien, standar lima adanya peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan menjamin implementasi

program *patient safety*, standar enam mendidik staf tentang keselamatan pasien melalui pendidikan dan latihan serta *in service training* dan standar tujuh menerapkan komunikasi sebagai kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien dengan mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien.

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan penerapan keselamatan pasien (*patient safety*)

Dalam penerapannya, keselamatan pasien harus dikelola dengan pendekatan sistemik. Sistem ini dapat dilihat sebagai suatu sistem terbuka, dimana sistem terkecil akan dipengaruhi, bahkan tergantung pada sistem yang lebih besar.

Sistem yang terkecil disebut mikrosistem, terdiri dari petugas kesehatan dan pasien itu sendiri, serta proses-proses pemberian pelayanan, termasuk elemen-elemen pelayanan di dalamnya. Mikrosistem dipengaruhi oleh makrosistem, merupakan unit yang lebih besar, misalnya

rumah sakit dan apotek. Mikrosistem dan makrosistem dipengaruhi oleh sistem yang lebih besar lagi disebut megasistem.

Makrosistem merupakan sistem di atas mikrosistem yang menyediakan sumber daya, proses pendukung, struktur dan kebijakan-kebijakan yang berlaku di rumah sakit atau sarana kesehatan lain yang secara tidak langsung akan mempengaruhi pelaksanaan program-program yang menyangkut keselamatan pasien (*patient safety*). Kebijakan-kebijakan itu antara lain sistem penulisan resep, standarisasi bahan medis habis pakai, rekam medis dan lain sebagainya.

Selain itu kultur atau budaya yang dibangun dan diterapkan di lingkungan rumah sakit juga akan sangat mempengaruhi kinerja unit-unit yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Budaya tidak saling menyalahkan (*no blame culture*), sistem informasi manajemen/*information technology* (SIM/IT) rumah sakit, kerjasama tim, kepemimpinan, alur koordinasi, Komite Farmasi dan Terapi (KFT), Formularium RS, dan Komite-komite serta program rumah sakit lainnya, merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kegiatan keselamatan pasien yang berasal dari makrosistem.

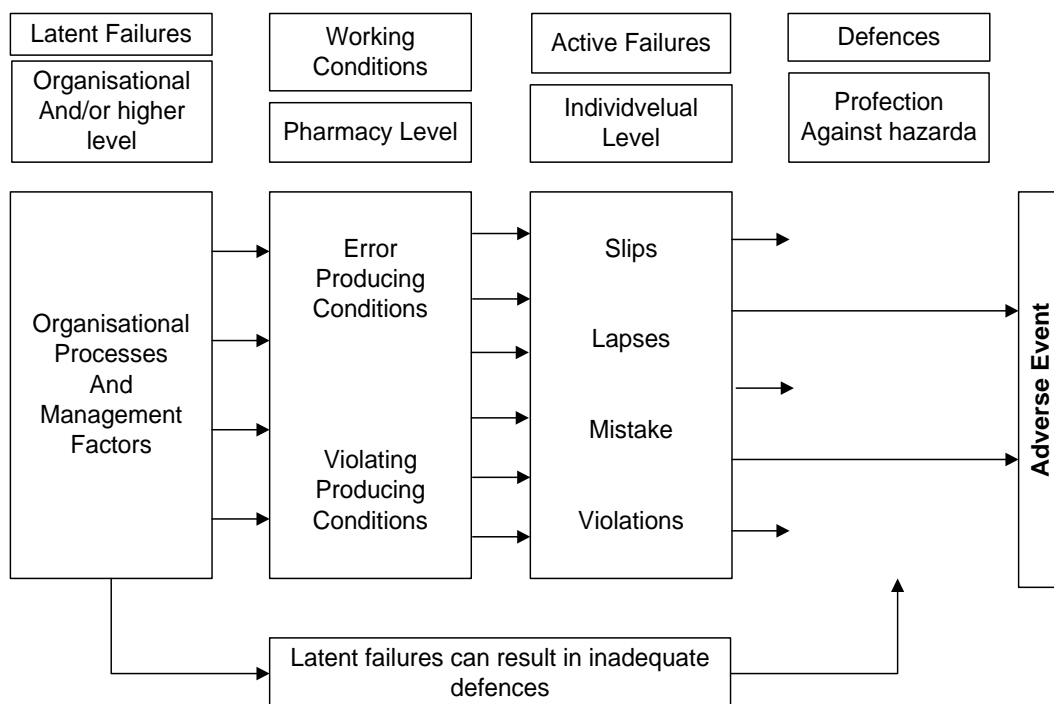
2. Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kefarmasian

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) menetapkan lingkup sistem keselamatan pelayanan kefarmasian meliputi : sistem seleksi (*selection*), sistem penyimpanan sampai distribusi

(*storage*), sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering & transcribing*), sistem penyiapan, labelisasi, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing & dispensing*), sistem penggunaan obat oleh pasien (*administration*), dan monitoring (Depkes 2008b).

Berdasarkan analisis kejadian beresiko dalam proses pelayanan kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication error*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok yang utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara “kesalahan merupakan hal yang manusiawi” (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks.

Teori kesalahan manusia dapat dilihat dalam gambar 3 :



Gambar 3. Reason's four-stage of human error theory (Depkes,2008b)

Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya resiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks; jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat perpasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya.

Salah satu kejadian beresiko dalam pelayanan kefarmasian yang perlu dikendalikan dengan pendekatan sistem adalah kesalahan pengobatan (*medication error*) dengan tujuan untuk meminimalkan resiko dan mempromosikan upaya keselamatan penggunaan obat.

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan kesalahan pengobatan yang jika dipaparkan berdasarkan urutan dampak efektifitas terbesar adalah memaksa fungsi dan batasan (*forcing function & constraints*), otomasi dan computer (*automation &*

computer / CPOE), standard an protokol, sistem daftar tilik dan cek ulang (*chek list & double chek system*), aturan dan kebijakan (*rules and policy*), pendidikan dan informasi (*education and information*), serta lebih cermat dan waspada (*be more careful-vigilant*).

3. Pengelolaan Program *Patient Safety* di Rumah Sakit

1) Perencanaan Program *Patient Safety* RS

Perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan tersebut, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain yang meliputi pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan tidak akan dapat berjalan.

Sebagai langkah awal penerapan *patient safety* di rumah sakit maka perlu dibentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan memperhatikan jumlah dan kompetensi SDM yang terlibat, strategi-strategi yang akan dilakukan, indikator-indikator mutu yang digunakan maupun kebijakan dan prosedur yang perlu dipersiapkan, karena tanpa adanya perencanaan yang baik maka pengimplementasian program *patient safety* di rumah sakit susah terwujud.

2) Pelaporan Insiden

Semua *adverse event* yang menyebabkan cedera serius dan kematian harus dievaluasi untuk mengetahui perbaikan sistem yang

dapat dilakukan untuk mencegah kemungkinan terjadinya *adverse event* yang sama, sedangkan *error* yang tidak mencapai pasien merupakan peluang untuk mengidentifikasi perbaikan sistem untuk mencegah terjadinya *adverse event* potensial. Salah satu kesimpulan utama dari publikasi IOM (1999) adalah bahwa *medical error* bukan disebabkan oleh kesalahan individual maupun kelompok. Secara umum, *error* disebabkan oleh sistem yang cacat, proses maupun kondisi yang memungkinkan orang untuk berbuat kesalahan atau gagal mencegah timbulnya kesalahan. Pencegahan terhadap *error* memiliki makna mendesain sistem pelayanan kesehatan pada setiap level untuk menciptakan sistem yang lebih aman.

Sistem pelaporan insiden memiliki dua peran penting, yaitu untuk menjamin tanggung jawab penyedia jasa dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman serta menyediakan informasi dalam upaya peningkatan *safety*. Beberapa alasan berikut menunjukkan peran penting sistem pelaporan insiden dalam pelaksanaan konsep *Patient Safety* dan peningkatan keamanan sistem pelayanan kesehatan (Kohn *et al.*, 1999):

- a. Sistem pelaporan insiden merupakan alat untuk mengumpulkan informasi mengenai *error* dari para pelapor yang diperlukan untuk mengetahui faktor-faktor pemicu terjadinya *error*.
- b. Tindak lanjut berupa perbaikan sistem dan penyebaran informasi tentang *error* akan meningkatkan kewaspadaan pekerja, timbulnya

harapan agar sistem segera diperbaiki, serta peningkatan kesadaran mengenai pentingnya *patient safety*.

- c. Laporan insiden dalam sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas memungkinkan peningkatan jumlah laporan insiden yang jarang terjadi. *Error* yang bersifat serius umumnya jarang terjadi dalam satu sistem pelayanan kesehatan, sehingga tidak terdeteksi sebagai masalah yang bersifat sistematis.

Secara global, sistem pelaporan *error* dapat digolongkan dalam dua tipe, yaitu *mandatory reporting system* yang fokus pada insiden *error* yang mengakibatkan cedera serius maupun kematian, dan *voluntary reporting system* yang lebih fokus pada *error* yang tidak berakhir dengan cedera pada pasien (disebut juga dengan *near misses* atau KNC).

Underreporting merupakan kondisi yang saat ini dialami oleh pemerintah dan organisasi kesehatan yang menerapkan *errors reporting system* (Kohn *et al.*, 1999). Laporan IOM (1999) bahkan menyatakan bahwa *voluntary reporting systems* menerima laporan *error* relative lebih sedikit daripada *mandatory reporting systems*. Kondisi seperti *culture of blame*, *confidentiality*, kemampuan deteksi serta persepsi pelapor terhadap *error* merupakan “pekerjaan perawat”, dan laporan yang sering terlambat (KKP-RS, 2007) diperkirakan sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi volume pelaporan *errors*.

Medication error Reporting System

Sistem kesehatan di Amerika Serikat umumnya telah memiliki system pelaporan *medication error* sukarela. Berikut ini adalah *medication errors reporting systems* yang telah diterapkan oleh sistem pelayanan kesehatan di Amerika., (Dewi, L., 2010)

a. Med Watch

Med Watch adalah sistem pelaporan *medication error* yang diselenggarakan oleh *Food and Drug Administration* (FDA) Amerika dan merupakan bagian dari sistem *surveillance* terkait dengan *adverse events* yang timbul pada penggunaan obat yang telah memperoleh ijin edar dari FDA. Med Watch merupakan sistem pelaporan berbasis internet sehingga memudahkan praktisi, organisasi kesehatan, maupun pabrik obat untuk melaporkan *adverse event* maupun mengakses informasi terbaru terkait dengan isu *safety*.

b. *Medication errors Reporting (MER) Program*

Medication errors Reporting Program merupakan *voluntary reporting system* yang dirintis oleh ISMP pada tahun 1975 dan saat ini dikelola oleh *U.S Pharmacopeia* (USP). *Medication errors Reporting Program* menerima laporan dari *frontline practitioner* via surat, telepon, maupun internet. Laporan *errors* yang diterima melalui program ini juga dapat disampaikan kepada FDA dan pabrik obat terkait berdasarkan persetujuan pelapor. *Medication errors Reporting*

Program mengadopsi kategori *error* dari NCC MERP untuk memperoleh data laporan *error* yang konsisten.

Institute of safe Medication Practices menyebarkan informasi mengenai *error* yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan di Amerika melalui publikasi rutin maupun *special alerts* untuk kasus khusus kepada seluruh RS di Amerika.

c. MedMARx Program

MedMARx Program merupakan system pelaporan *medication error* berbasis internet yang bersifat anonym dan sukarela. Rumah sakit yang ingin berpartisipasi dalam program ini terlebih dahulu harus mendaftarkan organisasinya sebagai anggota untuk dapat melaporkan insiden *medication error*. Rumah sakit yang telah terdaftar sebagai anggota selanjutnya dapat mengakses kompilasi data organisasinya maupun memperoleh informasi *error* yang terjadi di fasilitas kesehatan lainnya sebagai data pembanding (identitas pelapor maupun RS tetap dirahasiakan).

Di Indonesia data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Sentinel masih sangat langka. Setiap kegiatan pelayanan kefarmasian baik di rumah sakit maupun di komunitas diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian/insiden terkait dengan keselamatan pasien meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kejadian sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan

Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit – Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

Tujuan dilakukan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah untuk menurunkan jumlah insiden yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut. Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Pelaporan secara sukarela merupakan data dasar untuk melakukan upaya evaluasi dalam pencapaian tujuan. Pelaporan insiden dalam lingkup pelayanan kefarmasian diperkirakan menggambarkan 10% dari kenyataan kejadian kesalahan (Depkes, 2008b). Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien.

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

Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien (KP) di Rumah Sakit (Internal)

- 1) Apabila suatu terjadi insiden (KNC/KTD/Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- 2) Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Apoteker penanggung jawab dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
- 3) Laporan segera diserahkan kepada Apoteker penanggung jawab.
- 4) Apoteker penanggung jawab memeriksa laporan dan melakukan *grading resiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
- 5) Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan :

Grade biru

Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 1 minggu.

Grade hijau

Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 2 minggu.

Grade kuning

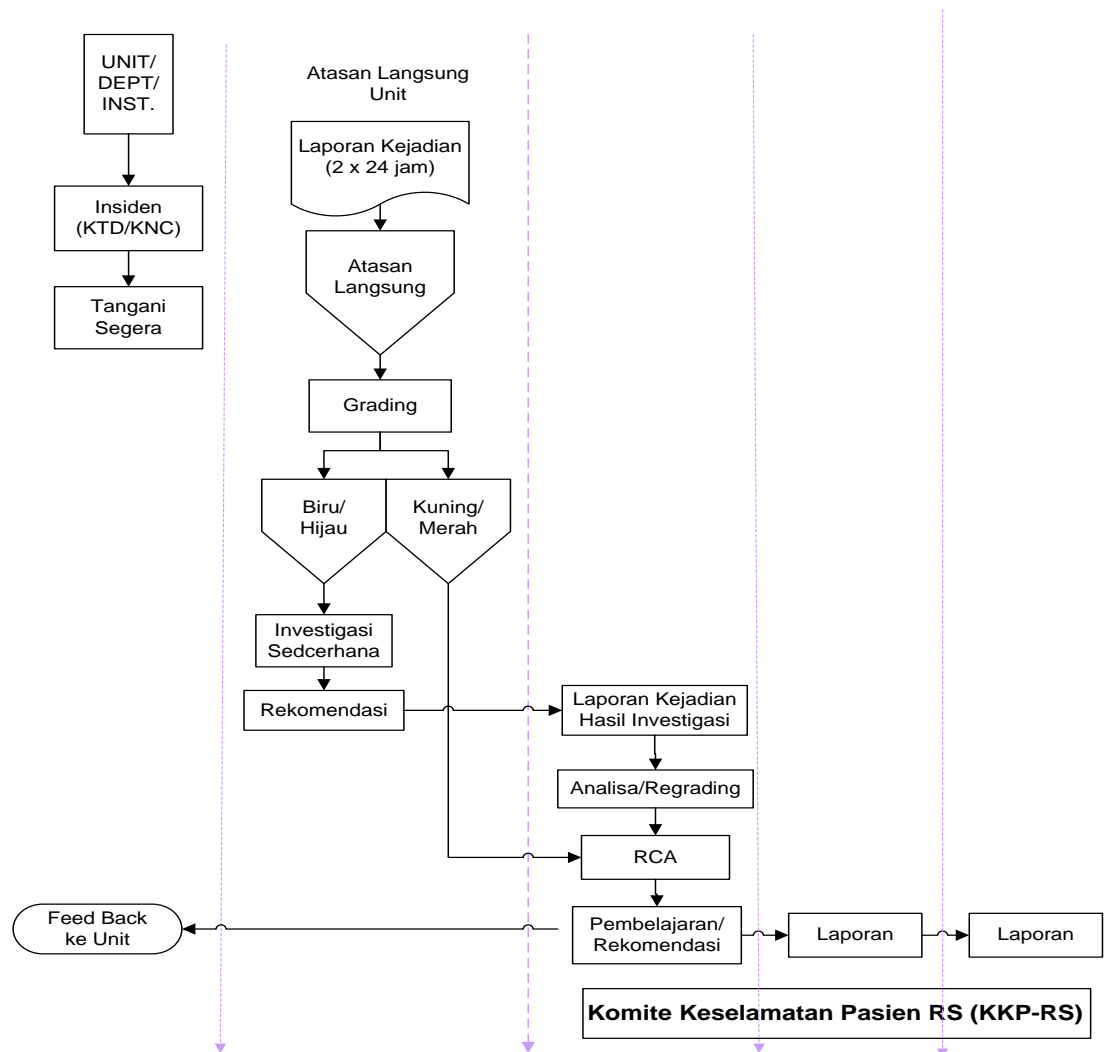
Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh tim KP di rumah sakit.

Grade merah

Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh tim KP di rumah sakit waktu maksimal 45 hari.

- 6) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KPRS.
- 7) Tim KPRS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan Insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan *regarding*.
- 8) Untuk grade kuning/merah, Tim KPRS akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA).
- 9) Setelah melakukan RCA, Tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa: Petunjuk/*Safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- 10) Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
- 11) Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit perawatan dan instalasi farmasi.
- 12) Apoteker penanggung jawab akan membuat analisis dan tren kejadian di satuan kerjanya.
- 13) Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KPRS.

Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Internal) dapat dilihat pada gambar 4 :



Gambar 4. Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (KKP-RS, 2007)

Permasalahan dan hambatan dalam pelaporan insiden

Masalah :

- 1) Laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat
- 2) Laporan sering tidak diuraikan secara rinci karena takut disalahkan

- 3) Laporan terlambat
- 4) Laporan kurang lengkap (cara mengisi formulir salah, data kurang lengkap)

Hambatan :

- 1) Pandangan bahwa kesalahan adalah suatu kegagalan dan kesalahan dibebankan pada satu orang saja.
- 2) Takut disalahkan karena dengan melaporkan KTD, KNC, dan kejadian sentinel akan membeberkan keburukan dari personal atau tim yang ada dalam rumah sakit.
- 3) Terkena risiko tuntutan hukum terhadap kesalahan yang dibuat.
- 4) Laporan disebarluaskan untuk tujuan yang merugikan.
- 5) Pelaporan tidak memberi manfaat langsung kepada pelapor.
- 6) Kurangnya sumber daya.
- 7) Kurang jelas batasan apa dan kapan pelaporan akan dibuat
- 8) Sulitnya membuat laporan dan menghabiskan waktu.

3) Supervisi

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan dalam fungsi manajemen, sebagai satu cara efektif untuk mencapai tujuan pelayanan di suatu tatanan rumah sakit. Supervisi adalah kegiatan kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam meaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari.

Pengertian supervisi

Menurut Azwar (1996) supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk, atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

Tujuan Supervisi

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfir kerja, dan jumlah sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Supervisi berfungsi untuk mengatur dan mengorganisasir proses atau mekanisme pelaksanaan kebijakan dan standar kerja. Selain itu supervisi juga berfungsi untuk membimbing, memberikan contoh, mengarahkan dan menilai atau mengevaluasi. Menurut Marquis dan Houston dalam Wiyana (2008) agar fungsi supervisi dapat dicapai optimal, maka seorang supervisor seharusnya :

- a. Menumbuhkan dan meningkatkan motivasi staf dalam bekerja
- b. Mengembangkan rasa percaya dan keterbukaan staf
- c. Memberikan kesempatan pada staf mengungkapkan ide-ide dan permasalahan yang dihadapi
- d. Menggunakan teknik wawancara agar terjalin komunikasi dua arah

- e. Supervisor melakukan supervisi dengan mengedepankan teknik diskusi
- f. Mengumpulkana data secara terbuka dan obyektif (berdasarkan standar)
- g. Supervisor menjelaskan setiap kegiatan supervisi yang dilakukan dan menggunakan format yang baku sehingga lebih obyektif
- h. Supervisor memberikan penilaian hasil supervisi berdasarkan format yang sudah disosialisasikan dan memberikan kesempatan pada staf yang disupervisi memberikan umpan balik terhadap hasil penilaian.

Peran Supervisor

Menurut Kron (1987) peran supervisor adalah sebagai perencana, pengarah, pelatih, dan penilai.

- a. Peran supervisor sebagai perencana adalah seorang supervisor dituntut untuk mampu membuat perencanaan sebelum melaksanakan supervisi. Dalam perancangan, seorang supervisor merencanakan pemberian arahan untuk memperjelas tugasnya untuk siapa, kapan waktunya, bagaimana, kenapa, dan termasuk memberi instruksi. Cakupan supervisi meliputi siapa yang disupervisi, apa tugasnya, kapan waktunya disupervisi, kenapa dilakukan supervisi dan bagaimana masalah tersebut sering terjadi.

- b. Peran supervisor sebagai pengarah adalah kemampuan seorang supervisor dalam memberikan arahan yang baik yang sangat diperlukan untuk supervisi. Pengarahan harus lengkap sesuai dengan kebutuhannya, dapat dimengerti, pengarahan menunjukkan indikasi yang penting, bicara pelan dan jelas, pesannya logis, hindari pengarahan dalam satu waktu, pastikan arahan dapat dimengerti dan pengarahan harus dapat ditindaklanjuti. Pengarahan diberikan untuk menjamin agar mutu pelayanan yang diberikan berkualitas. Pengarahan bertujuan untuk mencegah karyawan melakukan penyimpangan yang tidak sesuai standar (Azwar, 1996).
- c. Peran supervisor sebagai penilai adalah seorang supervisor dalam melakukan supervisi dapat memberikan penilaian yang baik. Penilaian merupakan pengukuran terhadap akibat yang timbul dari dilaksanakan suatu program dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Teknik supervisi

a. Langsung

Teknik supervisi dimana supervisor berpartisipasi langsung dalam melakukan supervisi. Kelebihan dari teknik ini pengarahan dan petunjuk dari supervisor tidak dirasakan sebagai suatu perintah, selain itu umpan balik dan perbaikan dapat dilakukan langsung saat ditemukan adanya penyimpangan.

b. Tidak langsung

Teknik supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan sehingga supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan.

Dalam supervisi ada beberapa fase yang harus diperhatikan oleh supervisor yaitu :

a) Menetapkan alat ukur (standar)

Standar /kebijakan internal yang digunakan sebagai acuan dalam menilai dan mengarahkan penyimpangan yang terjadi.

b) Mengadakan penelitian (evaluation)

Fakta empirik di lapangan, sebagai pembanding untuk pencapaian tujuan dan menetapkan kesenjangan.

c) Mengadakan tindakan perbaikan (*corrective actions*)

Adanya tindak lanjut sebagai upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki.

C. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Prosedur atau Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan satu set pedoman dalam suatu organisasi yang menjelaskan prosedur kegiatan rutin. SOP sangat dibutuhkan oleh suatu organisasi untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Menurut Stup (2001) SPO merupakan suatu rangkaian instruksi tertulis yang mendokumentasikan kegiatan atau proses rutin yang terdapat dalam suatu organisasi.

Manfaat SPO

- 1) dapat digunakan sebagai sarana untuk mengkomunikasikan pelaksanaan suatu pekerjaan.
- 2) dapat digunakan sebagai sarana acuan dalam melakukan penilaian terhadap proses layanan.
- 3) dapat digunakan sebagai sarana pelatihan bagi staf baru sehingga mengurangi waktu yang terbuang untuk memberikan pengarahan.
- 4) dapat digunakan sebagai sarana mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan sistem.
- 5) dapat digunakan sebagai sarana audit sistem informasi.

Langkah-langkah pembuatan *Standard Operating Procedure* (SOP), adalah (Stup,2001):

- 1) Melakukan pengamatan di lapangan (observasi) untuk memberikan gambaran mengenai aktivitas yang ada.
- 2) Melakukan studi perbandingan (*benchmarking*) pada perusahaan sejenis. Aktivitas dibuat berdasarkan urutan aktivitas yang dilakukan dilapangan,
- 3) Melakukan analisa perbandingan. Bila SPO yang ada mewakili kondisi di lapangan, maka metode kerja di lapangan perlu dianalisa untuk dilakukan perbaikan.

4) Melakukan analisa pada SPO yang telah dibuat. Apabila SPO yang ada tidak mewakili kondisi di lapangan, maka perlu diadakan revisi terhadap SPO.

Kebijakan dan prosedur tersebut merupakan sarana untuk meningkatkan keamanan, efisiensi, serta unjuk kerja yang konsisten dari pengendalian dan pelayanan obat. Kurangnya kebijakan dan prosedur tersebut di rumah sakit dapat berkontribusi pada *medication error* di rumah sakit.

D. Tinjauan tentang Perilaku Sumber Daya Manusia (SDM)

Theory Of Planed Behavior (TPB) (Ajzen,1991), menyediakan suatu kerangka untuk mempelajari sikap terhadap perilaku. Berdasarkan teori tersebut, penentu terpenting perilaku seseorang adalah intensi untuk berperilaku. Intensi individu untuk menampilkan suatu perilaku adalah kombinasi dari sikap untuk menampilkan perilaku tersebut dan norma subjektif. Sikap individu terhadap perilaku meliputi kepercayaan mengenai suatu perilaku, evaluasi terhadap hasil perilaku, norma subjektif, kepercayaan-kepercayaan normatif dan motivasi untuk patuh.

Menurut Ajzen (1991) intensi merefleksikan keinginan individu untuk mencoba menetapkan perilaku, yang terdiri dari tiga hal, yaitu:

a. Keyakinan terhadap sikap dan perilaku

Individu yang memiliki keyakinan positif terhadap suatu perilaku akan memiliki kecenderungan untuk melakukan perilaku tersebut. Sikap yang mengarah pada perilaku ditentukan oleh konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku.

b. Keyakinan terhadap norma (lingkungan) dan norma subjektif

Apabila individu meyakini apa yang menjadi norma kelompok, maka ia akan mematuhi dan membentuk perilaku yang sesuai dengan kelompoknya. Dapat disimpulkan, bahwa norma kelompok inilah yang membentuk norma subjektif dalam diri individu, yang akhirnya akan membentuk perilakunya.

c. Keyakinan terhadap suatu kontrol dan kontrol perilaku yang disadari

Keyakinan ini didasari oleh pengalaman terdahulu tentang perilaku tersebut, yang dipengaruhi oleh informasi dari orang lain. Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang meningkatkan atau mengurangi kesulitan yang dirasakan jika melakukan tindakan atau perilaku tersebut.

Intensi berperilaku yang dimiliki seseorang untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan perilaku tertentu merupakan determinan awal dari perilaku sebenarnya.

Menurut Ajzen (1991), intensi merupakan indikasi seberapa keras seseorang berusaha atau seberapa banyak usaha yang dilakukan untuk menampilkan suatu perilaku. Intensi merupakan jembatan antara sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku terhadap perilaku sebenarnya. Sebagai aturan umum, semakin keras intensi seseorang untuk terlibat dalam suatu perilaku, semakin besar kecenderungan ia untuk benar-benar melakukan perilaku tersebut.

Manusia (*human*) sebagai salah satu sumber terjadinya *error* pada sistem pelayanan kesehatan, disebabkan karena perilaku meliputi ketelitian, kedisiplinan, kepatuhan, dan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh sikap individu tersebut. Dimana perilaku individu dipengaruhi oleh tujuan perilaku yang merupakan fungsi dari suatu sikap individu terhadap perilaku, norma subyektif disekeliling perilaku, dan kendali perilaku (Ajzen, 1991).

E. Tinjauan Tentang *Medication error*

Medication error merupakan salah satu tipe *error* yang mendapat perhatian besar dalam upaya peningkatan kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan *medication error* merupakan tipe *error* yang paling sering terjadi dalam proses pelayanan kesehatan, paling banyak mencapai pasien dan menimbulkan *outcome* tertentu pada pasien, serta menimbulkan biaya pemeliharaan kesehatan (Leape *et al.*, 1991).

1. Pengertian *Medication error*

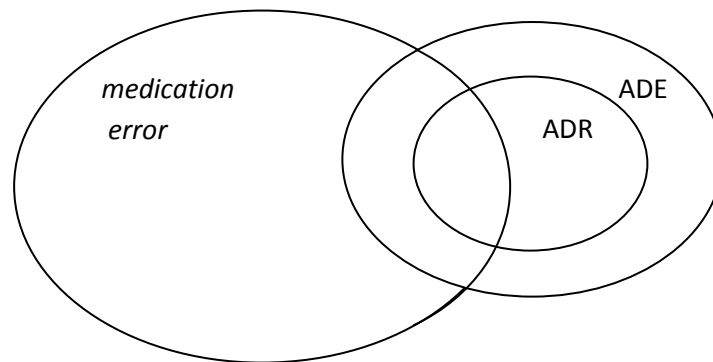
Error (kesalahan) didefinisikan sebagai kegagalan dari rencana kerja untuk diselesaikan sesuai dengan yang dimaksud atau penggunaan cara yang salah untuk mencapai suatu tujuan (Kohn *et al.*, 1999). Sedangkan *medication error* didefinisikan oleh *National Coordinating Council for Medication error Reporting and Prevention*, sebagai kejadian yang sebetulnya dapat dicegah yang menyebabkan terjadinya pemakaian obat yang tidak tepat dan menimbulkan kerugian pada pasien dimana pengobatan tersebut berada dalam pengawasan profesi kesehatan, pasien dan konsumen (NCCMERP, 2003). Defenisi lain disebutkan bahwa *medication error* adalah suatu kesalahan yang terjadi pada proses pengobatan yang sebenarnya dapat dicegah apabila faktor-faktor penyebab dapat diidentifikasi secara dini (Cohen, 1999).

Medication error dapat terjadi pada setiap langkah pengobatan, mulai dari tahap peresepan, pembacaan resep, penyiapan obat, pemberian obat dan monitoring penggunaan obat.

2. Ruang Lingkup *Medication error*

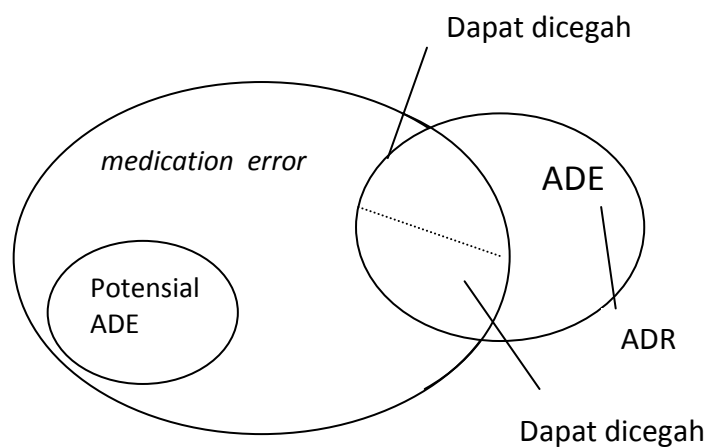
Untuk dapat melakukan pembatasan terhadap bidang kajian *medication error* maka perlu diperjelas mengenai ruang lingkup *medication error*. Hubungan antara *medication error*, ADE dan ADR oleh Bates (1995) dapat dilihat pada gambar 5.

Dari bagan tersebut dapat dikemukakan bahwa ADE dan ADR merupakan bagian kecil dari *medication error*, akan tetapi tidak semua kejadian ADE dan ADR merupakan *medication error*. Kejadian yang belum menimbulkan kerugian dapat dikategorikan sebagai *medication error*.



Gambar 5. Model hubungan *medication error*, ADE dan ADR menurut Bates, (1995)

Gambaran lebih jelas mengenai ruang lingkup dan hubungan antara *medication error* dan ADE serta ADR lebih jelas digambarkan oleh Morimoto *et al.* (2004) pada gambar 6 berikut:



Gambar 6. Model hubungan *medication error*, ADE dan ADR menurut Morimoto *et al.* (2004)

3. Angka Kejadian *Medication error*

Medication error telah banyak diteliti pada pasien rawat inap maupun pada pasien rawat jalan. Dalam sebuah studi oleh Bates (1995) dinyatakan bahwa 6,5% pasien pasien rawat inap mengalami *adverse drug event*. Secara nasional di Amerika diperkirakan 91.000 pasien mengalami kejadian *medication error* di rumah sakit (Hansen *et al.*, 2006). Sedangkan insiden *medication error* pada pasien rawat jalan menurut Miromoto *et.al.*, (2004) terjadi pada 27,4% pasien dewasa dan hanya 2,3% pasien anak-anak.

Suatu studi yang melibatkan 1116 rumah sakit menemukan kejadian *medication error* sebanyak 5,07% yang 0,25% diantaranya berakhir fatal. Dalam studi tersebut juga dilaporkan bahwa kejadian *medication error* di rumah sakit yang tidak memiliki afiliasi ataupun kerjasama dengan fakultas farmasi ternyata 72% lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki afiliasi dengan fakultas farmasi (Bond C.A., 2001).

Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres PERSI 2007), kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan (Depkes, 2008b).

4. Tipe Medication error

American Society of Hospital Pharmacist (ASHP) (1993) mengelompokkan tipe *medication error* berdasarkan sistem penggunaan obat (*medication use system*), yaitu *prescribing errors*, *dispensing errors*, *medication administration errors* dan *patient compliance errors*. Selanjutnya secara lebih rinci tipe *medication error* dibedakan secara lebih praktis dalam beberapa tipe seperti tersaji dalam Tabel 4 yang dikompilasi dari berbagai literatur.

Tabel 4. Tipe medication error (ASHP, 1993)

Tipe	Defenisi
<i>Prescribing errors</i>	Pemilihan obat yang tidak tepat (berdasarkan pada indikasi, kontra indikasi, alergi yang sudah diketahui, terapi obat yang sedang dilakukan, dan faktor lainnya), dosis, bentuk sediaan, jumlah, jalur pemberian, atau instruksi untuk menggunakan obat yang diminta atau disahkan oleh dokter (atau penulis resep yang berwenang lainnya); kesalahan pembacaan resep atau permintaan obat yang menimbulkan <i>error</i> yang mencapai pasien.
<i>Omission error</i>	Kegagalan memberikan dosis obat sesuai yang diminta sampai jadwal pemberian obat berikutnya.
<i>Wrong time error</i>	Kegagalan pemberian obat dalam interval waktu yang telah ditentukan dari jadwal pemberian obat.
<i>Unauthorized drug error</i>	Pemberian obat untuk pasien yang diresepkan bukan oleh dokter yang berwenang.
<i>Improper dose error</i>	Pemberian obat dengan dosis, kekuatan, maupun jumlah yang tidak sesuai dengan yang diminta oleh penulis resep.
<i>Wrong dosage-form error</i>	Pemberian bentuk sediaan berbeda dengan bentuk sediaan yang diminta oleh penulis resep.
<i>Wrong drug-preparation error</i>	Proses peracikan atau pencampuran obat yang tidak sesuai.
<i>Wrong administration-technique error</i>	Prosedur atau teknik pemberian obat yang tidak tepat, yaitu pemberian obat melalui rute yang salah, rute benar tapi tempat yang salah, kecepatan pemberian salah.
<i>Deteriorated drug error</i>	Pemberian obat yang telah kadaluarsa atau obat dengan kondisi fisik dan kimiawi yang sudah berubah.
<i>Monitoring error</i>	Kegagalan mengkaji regimen yang diberikan untuk ketepatan dan deteksi masalah atau kegagalan dengan menggunakan data klinik laboratorium yang layak untuk penilaian yang adekuat dari respon pasien terhadap terapi yang diberikan.
<i>Compliance error</i>	Prilaku pasien terkait dengan kepatuhan pasien terhadap penggunaan regimen obat yang diberikan.
<i>Other medication error</i>	Kesalahan pengobatan yang lain yang tidak termasuk dalam salah satu kategori di atas.

Dalam melakukan pengukuran angka kejadian *medication error* ada dua jenis *error* yang dikenal dengan kesalahan potensial (*potential error*) dan kesalahan yang sudah terjadi (*error of occurrence*). Kedua kejadian tersebut dapat dikategorikan sebagai *medication error* yang segera terdeteksi dan sempat dilakukan koreksi sebelum menimbulkan kerugian atau cedera. Sementara *error of occurrence* merupakan kesalahan yang telah terjadi dan menimbulkan kejadian yang merugikan kepada pasien (ASHP, 1993)

National Coordinating Council for Medication error Reporting and Preventing (NCCMERP) menyusun kategori *medication error* berdasarkan tingkat *error* atau dampak yang ditimbulkan akibat *medication error*.

Tabel 5. Kategori *medication error* menurut NCCMERP (2003)

Tipe Error	Kategori	Keterangan
Tidak ada kesalahan	A	Keadaan atau kejadian yang potensial menyebabkan terjadinya <i>error</i> .
Ada kesalahan, tidak berbahaya	B	<i>Error</i> terjadi, tetapi obat belum mencapai pasien.
	C	<i>Error</i> terjadi, obat sudah mencapai pasien tetapi tidak menimbulkan risiko.
	D	<i>Error</i> terjadi dan konsekuensinya diperlukan monitoring terhadap pasien, tetapi tidak menimbulkan risiko (<i>harm</i>) pada pasien
Terjadi kesalahan, berbahaya	E	<i>Error</i> terjadi dan pasien memerlukan terapi atau intervensi serta menimbulkan risiko (<i>harm</i>) pada pasien yang bersifat sementara
	F	<i>Error</i> terjadi dan pasien memerlukan perawatan atau perpanjangan perawatan di RS dan mengalami cacat yang bersifat sementara.
	G	<i>Error</i> terjadi dan menyebabkan risiko (<i>harm</i>) permanen.
	H	<i>Error</i> terjadi dan nyaris menimbulkan kematian.
Terjadi kesalahan, pasien meninggal	I	<i>Error</i> terjadi dan menyebabkan kematian pasien.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) telah menyusun kategori insiden pemberian obat berdasarkan insiden akibat obat dan proses medikasi, sesuai dengan tabel 6.

Tabel 6. Kategori *Medication error* oleh KKP-RS (KKP-RS, 2007)

KATEGORI <i>MEDICATION ERRORS</i>	
1) Insiden akibat obat	a) Salah obat b) Salah dosis c) Salah label d) Salah orang e) Salah rute/cara pemberian f) Pemberian obat yang sebenarnya kontra indikasi g) Reaksi efek samping obat (<i>adverse drug reaction</i>)
2) Proses medikasi	a) Peresepan obat b) Persiapan/peracikan obat c) Pemberian obat d) Monitoring pemberian obat e) Kualitas dan penyimpanan obat

5. Penyebab *Medication error*

Penyebab *medication error* merupakan suatu lintas disiplin yang menggambarkan kegagalan sistem. *Joint Commission's Sentinel Event* dalam JCAHO (2002) menyusun sebuah taksonomi untuk mencari penyebab *medication error* dengan metode *root cause analysis*. Metode tersebut mengidentifikasi sumber *error* berorientasi sistem (*system-oriented error sources*) yang meliputi:

1. Orientasi / training
2. Komunikasi
3. Akses / *Storage*
4. Ketersediaan informasi

5. Kompetensi / kredensial

6. Supervisi, pelabelan, kebingungan (*distraction*)

American Society of Hospital Pharmacist (1993) menyatakan bahwa kesalahan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, performa di bawah standar dan *mental lapses* atau kegagalan sistem. *Medication error* dapat dilakukan oleh individu yang berpengalaman maupun yang belum berpengalaman termasuk farmasis, dokter, perawat, tenaga pendukung, administrator, industri obat dan pasien.

McNutt *et al.* (2002), mengklasifikasikan sumber terjadinya *error* pada sistem pelayanan kesehatan dalam 3 domain utama, yaitu manusia (*human*), organisasi (*organizational*), dan teknikal (*technical*).

Tabel 7. Sumber terjadinya *medical error* pada sistem pelayanan kesehatan McNutt *et al.* (2002).

Sumber <i>medical error</i>	Faktor yang berperan
Manusia	<ul style="list-style-type: none"> • Kelelahan (<i>fatigue</i>) • Kurang terlatih (<i>lack of training</i>) • Komunikasi yang buruk (<i>poor communication</i>) • Kekuasaan/pengendalian • Waktu terbatas (<i>time shortage</i>) • Pengambilan keputusan yang buruk (<i>poor judgement</i>) • Keragu-raguan (<i>heuristics</i>) • <i>Logic error</i>
Organisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Rancang bangun ruang kerja • Perencanaan/kebijakan-kebijakan • Administrasi/pembiayaan • Insentif/kepemimpinan (<i>incentives/leadership</i>) • Manajemen suplai • Handoff/transfer • Supervisi/umpan balik • Ketidakjelasan tugas • Salah menempatkan personel

Bersambung...

Sambungan..

Sumber <i>medical error</i>	Faktor yang berperan
Teknikal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Poor automation</i> • Peralatan yang buruk • Keterbatasan peralatan • Tidak memiliki <i>decision support</i> • Kompleksitas • Kurang terintegrasi • Tidak terdapat forcing function • <i>Irreversible error</i> • Terlalu banyak informasi • Tidak menggunakan checklist

Adapun beberapa penyebab *medication error* antara lain:

1. Desain label atau kemasan yang membingungkan
2. Nama produk obat (nama obat yang mirip, pengucapan nama obat yang mirip, dan penggunaan awalan atau akhiran yang mirip)
3. Peralatan yang rusak atau tidak berfungsi
4. Tulisan tangan dalam resep yang tidak terbaca
5. Transkripsi resep yang tidak tepat (pembacaan dan penafsiran)
6. Perhitungan dosis yang tidak tepat
7. Petugas yang tidak terlatih
8. Penggunaan singkatan yang tidak tepat dalam resep
9. Kesalahan pelabelan / pengetiketan
10. Beban kerja yang berlebihan dan *lapses*
11. Modifikasi tidak tersedia

Berbagai penelitian mengenai *medication error* telah banyak dilakukan, tidak hanya dalam hal identifikasi dan analisisnya tetapi juga

rekomendasi untuk mencegah terjadinya *medication error*. Namun demikian tidak banyak yang mengulasnya secara komprehensif dan sistematis. Pencegahan terjadinya *medication error* dapat didekati dengan konsep-konsep human error sebagaimana ditulis oleh Belay dalam Dwiprahasto, I., (2008) :

- 1) **Error awareness.** Dalam konteks ini maka setiap individu yang terlibat harus menyadari bahwa *medication error* dapat terjadi kapan saja, di mana saja, dan menimpa siapa saja. Bahwa jika terjadi *medication error* maka konsekuensi yang dapat timbul akan sangat beragam mulai dari yang ringan/tanpa gejala hingga menyebabkan kematian. Pemahaman yang baik mengenai *medication error* ini perlu diterapkan di unit-unit pelayanan yang langsung berkaitan dengan obat dan pengobatan, mulai dari dokter, perawat, apoteker, asisten apoteker dan petugas administrasi obat.
- 2) **Lakukan pengamatan sistematis.** Awal dari terjadinya *medication error* dapat berasal dari individu tetapi juga sistem. Petugas yang lelah, ceroboh, atau dalam situasi psikologis yang buruk dapat sewaktu-waktu mengawali terjadinya *medication error*. Namun demikian sistem yang buruk, yang tidak mendukung mekanisme kerja yang baik, atau tidak dijalankan atas dasar prosedur yang standar juga dapat menjadi sumber *medication error* yang latent. Oleh sebab itu perlu dilakukan pengamatan secara sistematis apakah sistem yang ada ikut berperan untuk terjadinya *error*. Sebagai contoh, buruknya

sistem kerjasama antara dokter, perawat, dan apoteker akan selalu menjadi penyebab laten timbulnya *medication error*.

- 3) **Gunakan data *medication error* sebagai alat untuk menyusun instrumen analisis error.** Untuk komponen ini maka setiap unit pelayanan hendaknya memiliki data *medication error* yang pengumpulannya dilakukan secara berkesinambungan. Dari data yang ada selanjutnya dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi area-area yang berpotensi untuk terjadinya error, sehingga upaya antisipasi dapat dilakukan secara baik dan benar.
- 4) **Kembangkan kemauan untuk mendesign ulang sistem yang ada.** Tantangan yang paling berat bagi semua orang adalah mengubah atau mengganti sama sekali prosedur atau mekanisme yang selama ini sudah berjalan. Sistem yang buruk tentu akan menghasilkan produk yang buruk. Oleh sebab itu jika terbukti kejadian *medication error* umumnya bersumber dari sistem maka tidak ada salahnya untuk mengubah sistem yang ada yang mampu mencegah terjadinya error di masa mendatang. Apabila misalnya sistem pencampuran/peracikan obat yang ada masih bersifat tradisional, manual dan berisiko terjadinya *error*, maka perubahan ke sistem yang lebih otomatis sangat dianjurkan.
- 5) **Gunakan simulasi jika memungkinkan.** Contoh untuk ini adalah di dunia penerbangan yang selalu menggunakan *flight simulators* untuk menguji kemampuan, ketahanan, dan stamina pilot. Di bidang

kefarmasian hal ini bisa dilakukan misalnya dengan *interactive computer assisted learning* atau dapat juga menggunakan *role playing*. Pendekatan ini akan sangat bermanfaat bagi petugas untuk setiap saat mawas diri dan mampu bersikap secara benar untuk meminimalkan terjadinya *medication error*.

- 6) **Pengumpulan data secara otomatis untuk analisis error.** Sistem komputerisasi dan otomatisasi dalam proses pengumpulan data *medication error* akan sangat bermanfaat dalam mendeteksi dini setiap kejadian *error*. Perintah peresepan melalui komputer juga terbukti menurunkan kejadian *error* hingga lebih dari 60%. Melalui sistem ini maka setiap komponen yang terlibat akan berpikir beberapa kali untuk memasukkan data secara akurat, misalnya perintah peresepan, instruksi mengenai cara pemberian, dosis dsb.
- 7) **Lakukan evaluasi terhadap kinerja petugas.** Jika *error* sudah terjadi, mekanisme defensif pasti muncul pada diri setiap orang. Tidak ada satupun petugas yang secara kesatria mengakui bahwa dialah yang paling bertanggungjawab dalam kejadian *medication error*. Oleh sebab itu perlu dikembangkan suatu mekanisme evaluasi yang sistematis dan komprehensif untuk mengetahui kinerja petugas dari waktu ke waktu. Kinerja ini kemudian diumpangkanbalikkan secara terus menerus sehingga masing-masing petugas mengetahui hal-hal apa saja yang selama ini dilakukannya yang berpotensi menimbulkan *medication error*. Melalui cara ini maka setiap petugas akan selalu

tersadar untuk tidak mengulang hal yang sama di kemudian hari, karena penayangan hasil kinerja yang buruk akan sangat berpengaruh secara psikologis bagi yang bersangkutan.

8) **Antisipasi *error* melalui sistem koding dan SOP yang lebih baik.**

Standard operating procedure (SOP) untuk *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering* perlu dibuat untuk meminimalkan risiko *medication error*. Sebagai contoh jika ada bagian resep yang tidak terbaca, maka konsultasi langsung ke penulis resep haruslah menjadi langkah pertama yang harus dilakukan. Pencatatan nama dan alamat pasien sebenarnya merupakan satu SOP yang baik, hanya sayangnya selama ini tidak pernah ada evaluasi harian bagi apotek untuk selanjutnya segera menghubungi pasien pada hari yang sama jika terbukti terjadi kekeliruan.

9) ***Computerised prescribing*.** Metode ini telah dilakukan di berbagai

rumahsakit di Amerika, khususnya untuk pasien rawat inap. Penulisan resep oleh dokter tidak dilakukan di secarik kertas resep tetapi melalui komputer. Suatu perangkat lunak (*software*) kemudian menerjemahkan dan menginformasikan mengenai ketepatan dosis, frekuensi, dan cara pemberian obat serta kemungkinan interaksi obat yang terjadi dalam peresepan yang dituliskan oleh dokter. Melalui cara ini risiko *medication error* dapat dikurangi hingga 75%.

Langkah-langkah di atas merupakan salah satu upaya sistematis yang dapat dikembangkan untuk mencegah terjadinya *medication error*.

Setiap institusi dapat lebih mendetailkan setiap langkah ke dalam satu bentuk *standard operating procedure* yang dapat diadopsi oleh segenap staf/petugas, baik di apotek, bangsal, maupun poliklinik. Salah satu hal yang penting dipertimbangkan adalah bahwa apabila kita tidak pernah merasa bahwa *medication error* ada, maka sebenarnya kita sudah menjadi bagian dari *medication error* itu sendiri.

F. Landasan Teori

Berdasarkan telaah pustaka yang telah dilakukan secara sistematis, bahwa *medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan petugas kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah (Anonim, 2008a).

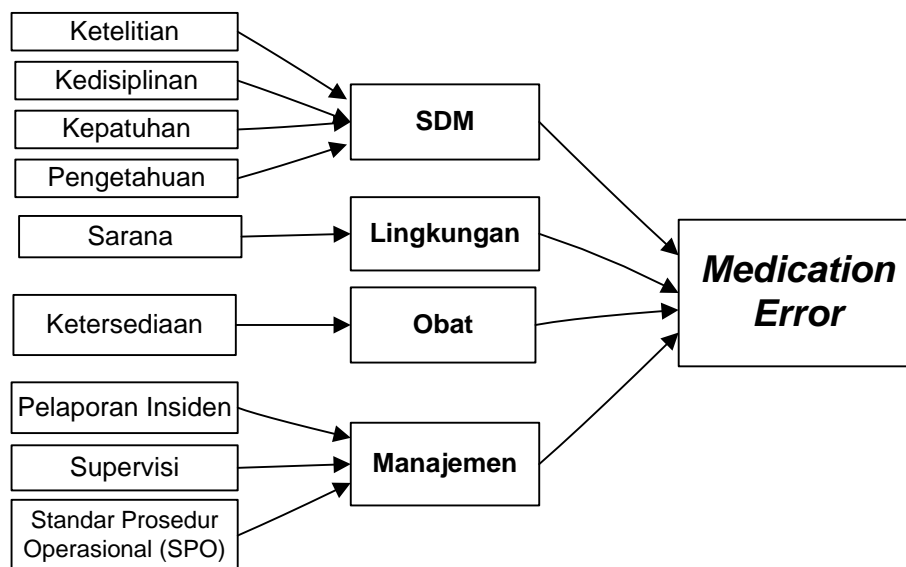
Faktor penyebab *medication error* menurut MCNutt *et al.* (2002), mengklasifikasikan sumber terjadinya *error* pada sistem pelayanan kesehatan dalam tiga domain utama, yaitu manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknikal (*technical*).

Manusia (*human*) sebagai salah satu sumber terjadinya *error* pada sistem pelayanan kesehatan, disebabkan karena perilaku meliputi ketelitian, kedisiplinan, kepatuhan, dan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh sikap individu tersebut. Dimana perilaku individu dipengaruhi oleh tujuan perilaku yang merupakan fungsi dari suatu sikap individu terhadap perilaku, norma subyektif disekeliling perilaku, dan kendali perilaku (Ajzen, 1991).

Medication error juga merupakan salah satu indikator mutu dari dimensi mutu keselamatan pasien (*patient safety*). Sehingga penerapan program *patient safety* yang meliputi pelaporan insiden, supervisi dan SPO pemberian obat dapat berkontribusi terhadap kejadian *medication error* di rumah sakit (Depkes, 2008b).

G. Kerangka Teori

Dari beberapa teori tersebut, maka dapat dikembangkan suatu kerangka teori penelitian seperti terlihat pada gambar 7.



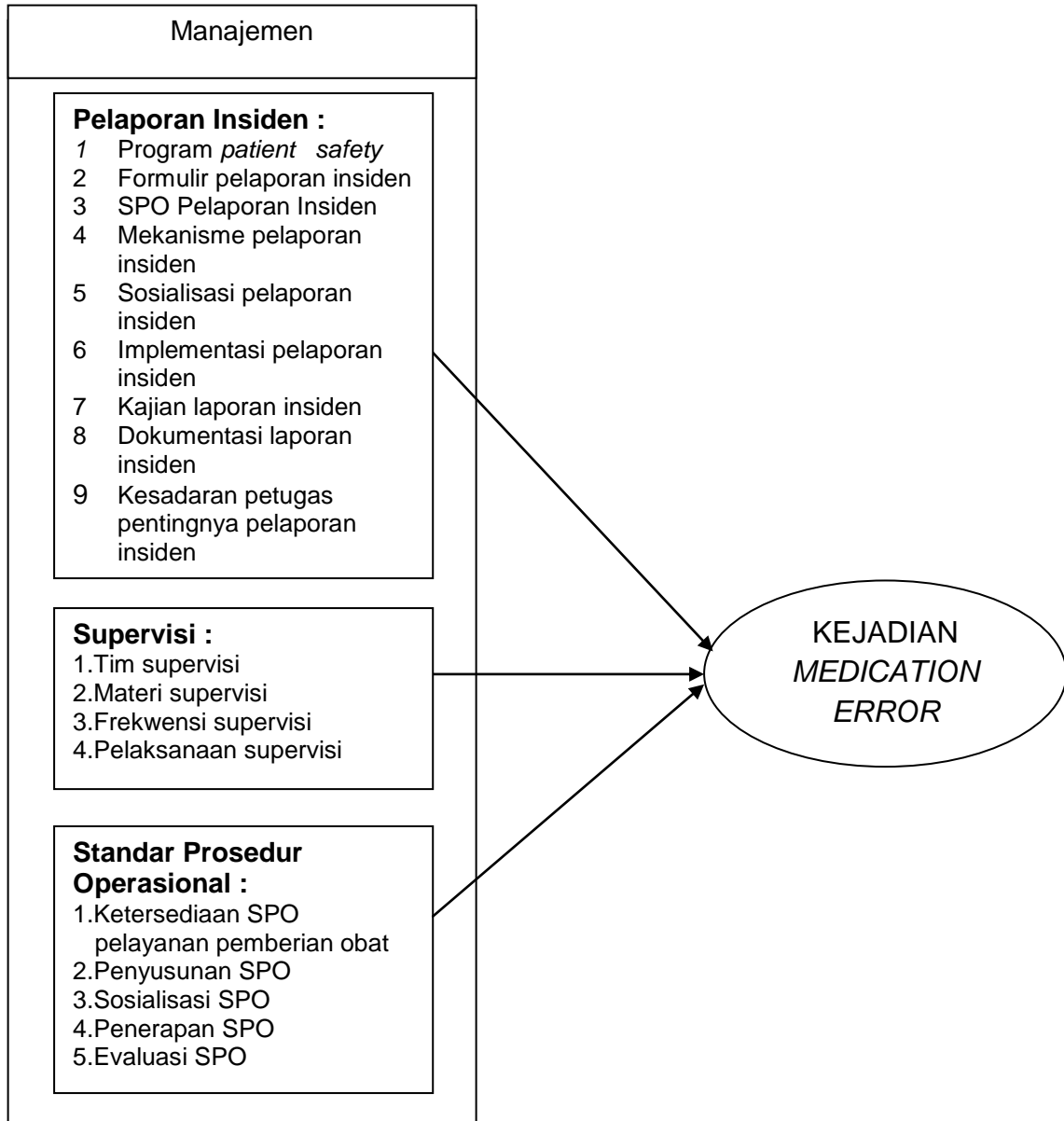
Gambar 7. Kerangka Teori Penelitian

H. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori di atas maka penelitian ini membatasi kajian penelitian dengan fokus pada hubungan manajemen yaitu

pelaporan insiden, supervisi, dan SPO terhadap kejadian *medication error*.

Berikut gambar kerangka konsep penelitian :



Gambar 8. Kerangka Konsep Penelitian