



PANDUAN PELAPORAN MEDICATION ERROR RSUD MOHAMMAD NATSIR



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

KOTA SOLOK



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota SolokTelp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website : www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id Email:rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR
Nomor : 445/156/PKPO/2022**

TENTANG

**PANDUAN PELAPORAN
KESALAHAN PENGGUNAAN OBAT (*MEDICATION ERROR*)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya peningkatan keamanan dalam penggunaan obat diperlukan pelaporan kesalahan penggunaan obat untuk evaluasi dan tindak lanjut perbaikan yang diperlukan.
- b. bahwa untuk pelaksanaan dan pengaturan terhadap pelaporan kesalahan penggunaan obat tersebut diperlukan adanya suatu panduan tentang teknis pelaporan kesalahan penggunaan obat tersebut.
- c. bahwa untuk pelaksanaan butir a dan butir b tersebut diatas perlu diatur dan ditetapkan dalam suatu Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir tentang panduan pelaporan kesalahan penggunaan obat.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

6. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 5 tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Solok.
7. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 63 tahun 2018 tentang Perubahan nama Rumah Sakit Umum Daerah Solok menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR TENTANG PANDUAN PELAPORAN KESALAHAN PENGGUNAAN OBAT (*MEDICATION ERROR*) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR
- KESATU : Panduan pelaporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) di Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir adalah sebagaimana terlampir pada keputusan ini.
- KEDUA : Panduan pelaporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) ini menjadi panduan bagi seluruh unit kerja rumah sakit dalam melaporkan terjadinya kesalahan penggunaan obat (*medication error*).
- KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan akan diubah dan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini

Ditetapkan di : Solok

Pada tanggal : 26 Januari 2022



Dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD

Lampiran : Keputusan Direktur RSUD Mohammad Natsir
Tentang Panduan Pelaporan Kesalahan Obat
(*Medication Error*) di RSUD Mohammad Natsir
Nomor : 445/156/PKPO/2022
Tanggal : 26 Januari 2022

PANDUAN
PELAPORAN PENGGUNAAN OBAT (*MEDICATION ERROR*)
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOHAMMAD NATSIR

I. DEFENISI

Dalam panduan ini, yang dimaksud dengan :

1. Kesalahan Obat (*Medication Error*) adalah :

Kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang seharusnya dapat dicegah

2. Keselamatan pasien rumah sakit adalah :

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen 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.

3. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah :

Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel.

4. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah :

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah :

Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

6. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (*Near miss*) adalah :

Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena "keberuntungan" (misal: pasien menerima suatu obat yang kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena "pencegahan" (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau "peringanan" (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

7. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (*Adverse event*) adalah :

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

8. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) adalah :

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius,

Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.

Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misal Amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

9. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang untuk selanjutnya disebut Pelaporan Insiden adalah :

Suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan terjadinya insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

10. Analisis akar masalah (*Root cause analysis/RCA*) adalah :

Suatu proses terstruktur untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.

11. Manajemen Risiko (*Risk Management*) adalah :

Aktivitas perlindungan diri yang berarti mencegah ancaman yang nyata atau berpotensi nyata terhadap kerugian keuangan akibat kecelakaan, cedera atau malpraktik medis.

II. RUANG LINGKUP

Pelaporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) harus dilaksanakan oleh semua petugas kesehatan yang terkait dengan penggunaan obat yaitu :

- Instalasi farmasi
- Instalasi rawat jalan
- Instalasi rawat Inap
- Instalasi gawat darurat.

Pelaporan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) yang harus dilaporkan adalah :

1. Pelaporan *Prescribing Error* (Kesalahan Peresepan).

Pelaporan dilaksanakan setiap bulan oleh instalasi farmasi kepada Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir

2. Pelaporan *Dispensing Error* (Kesalahan Pengerjaan Obat)

Pelaporan dilaksanakan setiap bulan oleh instalasi farmasi kepada Komite Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir

3. Pelaporan Insiden Kesalahan Penggunaan Obat.

- Pelaporan dilaksanakan setiap terjadi insiden kesalahan penggunaan obat
- Pelaporan dilaksanakan oleh unit kerja dimana terjadi insiden tersebut.
- Laporan diberikan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir.

III. TATA LAKSANA

1) Pelaporan Prescribing Error.

Prescribing error diidentifikasi sebagai berikut :

- Identitas dokter tidak ada atau tidak lengkap
(*minimal ada nama dan nomor dan ada paraf dokter di lembar resep*)
- Nama atau Identitas pasien tidak ada atau tidak lengkap, atau nama pasien ditulis dengan singkatan
- Berat badan pasien tidak ada (khusus untuk pasien anak)
- Tulisan resep tidak jelas atau tidak terbaca
- Nama obat dibuat singkatan atau ditulis salah.
- Bentuk sediaan tidak dituliskan di resep atau ditulis salah
- Dosis tidak dituliskan di resep atau ditulis salah
- Jumlah obat tidak dituliskan di resep atau ditulis salah.
- Cara atau rute pemberian tidak ada atau ditulis salah
- Terjadi duplikasi obat.

Tatalaksana pelaporan prescribing error dilakukan sebagai berikut :

- a. Pengumpulan data prescribing error dilaksanakan setiap ditemukan prescribing error dengan identifikasi tersebut diatas.
- b. Pengumpulan data kesalahan penulisan resep dilakukan dengan menggunakan Formulir Data Harian Prescribing Error.
- c. Pelaporan dilakukan setiap bulan dengan melakukan rekapitulasi data menggunakan Formulir Laporan Prescribing Error kepada Komite Mutu RSUD Mohammad Natsir.

2) Dispensing Error

Dispensing error di identifikasikan sebagai berikut :

- A. Salah membaca instruksi pengobatan / resep
 1. Nama obat mirip (Kode A-1)
Contoh : Losec dibaca Lasix
 2. Permintaan resep tidak dimengerti (Kode A-2)
Contoh : Kaptopril ½ tablet 25 mg.
 3. Singkatan tidak dimengerti (Kode A-3)
Contoh : AZT → Azitromisin atau Azathioprin

- B. Salah menghitung dosis
 - 1. Salah membaca permintaan tertulisnya. (Kode B-1)
 - 2. Salah mendengar permintaan lisan (Kode B-2)
 - 3. Tidak memeriksa dosis (Kode B-3)
- C. Salah dalam penyimpanan
 - 1. Susunan penyimpanan membingungkan (Kode C-1)
 - 2. Menyimpan obat yang sudah kadaluarsa (Kode C-2)
 - 3. Menyimpan obat tanpa identitas jelas (Kode C-3)
 - 4. Menyimpan obat LASA berdampingan. (Kode C-4)
- D. Salah mengambil dan meracik obat
 - 1. Tidak teliti membaca etiket / label obat. (Kode D-1)
 - 2. Mengambil obat dari banyak wadah sekaligus (Kode D-2)
 - 3. Menyiapkan lebih dari satu sediaan sekaligus. (Kode D-3)
 - 4. Teknik peracikan tidak benar. (Kode D-4)
 - 5. Menyiapkan dan meracik obat di tempat -
yang banyak gangguan (interupsi, cahaya
kurang, bising, terlalu panas / dingin) (Kode D-5)
- E. Salah memberi label / etiket
 - 1. Tidak memberi etiket sesuai perintah /
aturan pakai yang memadai. (Kode E-1)
 - 2. Memberi label yang tidak benar (Kode E-2)

Tatalaksana pelaporan terhadap dispensing error dilaksanakan sebagai berikut :

- a. Pengumpulan data dispensing error dilaksanakan setiap terjadi dispensing error sesuai dengan identifikasi tersebut diatas.
- b. Pengumpulan data kesalahan penulisan resep dilakukan dengan menggunakan *Formulir Harian Data Dispensing Error*
- c. Pelaporan dilakukan setiap bulan dengan melakukan rekapitulasi data menggunakan *Formulir Laporan Dispensing Error* kepada Komite Mutu RSUD Mohammad Natsir.

3) Pelaporan Insiden kesalahan penggunaan obat

Pelaporan insiden kesalahan penggunaan obat (medication error) dilaksanakan sesuai dengan alur untuk pelaporan insiden. Pengaturan untuk pelaporan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Kesalahan obat yang harus dilaporkan adalah kesalahan obat yang dikategorikan sebagai :
 - *Kejadian Tidak Cedera (KTC)* adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
 - *Kejadian Nyaris Cedera (KNC)* adalah insiden yang terpapar ke pasien tetapi tidak terjadi cedera karena keberuntungan, karena suatu pencegahan atau suatu peringatan.
 - *Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)* yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
 - *Kejadian Sentinel (sentinel event)* adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang menyebabkan kematian atau cedera yang serius.
2. Laporan insiden dibuat oleh Petugas yang terlibat dalam kejadian atau oleh petugas yang pertama kali mengetahui kejadian atau oleh kepala ruangan / penanggung jawab pelayanan
3. Pelaporan dilakukan dengan mengisi Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) oleh petugas atau penanggung jawab pelayanan dan diserahkan kepada kepala unit kerja dimana terjadi insiden.
4. Kepala unit kerja segera memeriksa dan melengkapi laporan serta melakukan analisa grading matrik dan menentukan bands resiko serta selanjutnya dilaporkan ke Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam waktu maksimum 2 x 24 jam.
5. Kepala Unit kerja atau Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menindaklanjuti laporan insiden berdasarkan analisis grading matrik sebagai berikut :

- Bands resiko biru : Investigasi sederhana oleh kepala unit kerja dalam waktu maksimum 1 minggu.
 - Bands resiko hijau : Investigasi sederhana oleh kepala unit kerja dalam waktu maksimum waktu 2 minggu.
 - Bands resiko kuning : Investigasi komprehensif menggunakan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit waktu maksimal 45 hari.
 - Bands resiko merah : Investigasi komprehensif menggunakan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit waktu maksimal 45 hari.
6. Kepala unit kerja atau tim keselamatan Pasien Rumah Sakit membuat laporan hasil investigasi sebagai berikut :
- Setelah selesai investigasi sederhana oleh kepala unit kerja maka laporan insiden dan laporan hasil investigasi dan tindakan perbaikan diserahkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - Setelah selesai investigasi komprehensif oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit maka Tim Keselamatan pasien Rumah Sakit membuat Laporan Hasil Root Causa Analysis (RCA) serta rekomendasi untuk perbaikan kepada Unit Kerja dan Pimpinan rumah sakit.
7. Tim Keselamatan Pasien Rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi untuk memastikan perbaikan telah dilaksanakan

IV. ANALISIS GRADING MATRIK RESIKO

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

1. Dampak

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

Tabel dampak yang dialami pasien akibat insiden

Tingkat Resiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> • Cedera ringan misal Luka lecet • Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> • Cedera sedang misal Luka robek • Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit • Setiap kasus yg memperpanjang waktu perawatan
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Cedera luas/berat mis. cacat, lumpuh • Kehilangan fungsi motorik / sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

2. Probabilitas / frekuensi

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

Tingkat resiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (> 5 tahun / kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (2 – 5 tahun / kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1 - 2 tahun / kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (beberapa kali / thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (tiap minggu / bulan)

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

A. Skor Resiko

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

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

SKOR RISIKO = Dampak x Probabilitas
--

Tabel Risk Grading Matriks :

Probabilitas / Dampak	Tidak Signifikan (Skor = 1)	Minor (Skor = 2)	Moderat (Skor = 3)	Mayor (Skor = 4)	Katastropik (Skor = 5)
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) Skor = 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) Skor = 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) Skor = 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (2-5 thn/kali) Skor = 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) Skor = 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

B. Bands Resiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu :

- Biru
- Hijau
- Kuning
- Merah

Warna dari bands resiko akan menentukan bentuk investigasi yang akan dilakukan.

Bands resiko Biru dan Hijau : Investigasi sederhana

Bands resiko Kuning dan Merah : Investigasi Komprehensif / RCA

Tindakan sesuai tingkat dan bands resiko:

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

V. DOKUMENTASI

Dokumentasi terkait pelaporan kesalahan penggunaan obat (medication error) ini meliputi dokumen berikut :

1. Formulir Laporan prescribing error
2. Formulir Laporan dispensing error
3. Formulir Laporan Insiden
4. Laporan Hasil Investigasi Sederhana
5. Laporan Hasil Root Cause Analysis (RCA)

Ditetapkan di : Solok

Pada tanggal : 26 Januari 2022

DIREKTUR

M. NATSIR

dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD

Lampiran A : Formulir laporan insiden RSUD Mohammad Natsir



Formulir Laporan Insiden ke Tim KPRS
Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir

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

LAPORAN INSIDEN
(INTERNAL)

I. DATA PASIEN

Nama :

No MR : Ruangan :

Umur * : 0 - 1 bulan
 > 1 bulan – 1 tahun
 > 1 tahun – 5 tahun
 > 5 tahun – 15 tahun
 > 15 tahun – 30 tahun
 > 30 tahun – 65 tahun
 > 65 tahun

Jenis kelamin :
 Laki-laki
 Perempuan

Penanggung biaya pasien : \

<input type="checkbox"/> Pribadi	<input type="checkbox"/> Pemerintah
<input type="checkbox"/> BPJS	<input type="checkbox"/> Asuransi Swasta
<input type="checkbox"/> Perusahaan	<input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan).....

Tanggal Masuk RS : Jam :

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden.

Tanggal : Jam :

2. Insiden :

3. Kronologis Insiden (boleh ditulis di kertas lain dan dilampirkan pada laporan ini)

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

13. Tindakan dilakukan oleh* :

- Tim : terdiri dari :
- Dokter
- Perawat
- Petugas Lainnya.....

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

- Ya
- Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

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

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

Pembuat Laporan	:		Penerima Laporan	:	
Paraf	:		Paraf	:	
Tgl Laporan	:		Tgl terima	:	

Bands Resiko / Grading matrik Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

- BIRU
- HIJAU
- KUNING
- MERAH

