

## FAILURE MODE AND EFFECT ANALYSIS

Unit Kerja	INSTALASI FARMASI	
Proses yang dianalisis	DISPENSING OBAT PADA APOTEK RAWAT JALAN	
Tim FMEA	Nama	Peran
Ketua	Adrizar, M. Farm. Apt	Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan serta koordinasi dengan manajemen rumah sakit
Anggota	Lira Silkarta, S, Farm. Apt.	Penanggung jawab pelayanan apotek, membantu ketua tim dalam penyusunan FMEA
	Dini Hara Trastuti, S. Farm, Apt	Apoteker, ahli dalam proses dispensing di apotek, membantu ketua tim dalam penyusunan FMEA
	Dermifirdanora, Amd Farm.	Tenaga Teknis kefarmasian, ahli dalam proses dispensing di apotek, membantu ketua tim dalam penyusunan FMEA
	Cici Permata Sari, Amd Farm	Tenaga Teknis Kefarmasian, membantu ketua tim dalam penyusunan FMEA

### I. PROSES YANG DIANALISIS

Proses Dispensing obat di apotek rawat jalan	Alur proses
1.. Penerimaan resep dan telaah resep	Penerimaan resep dan penelaahan resep oleh petugas.
2. Penyiapan obat	Penginputan resep dan pengerjaan resep
3. Pemberian etiket obat	Pengemasan obat, pembuatan etiket dan pemberian etiket
4. Telaah obat dan Penyerahan obat kepada pasien	Telaah obat dan penyerahan obat.

## II. IDENTIFIKASI FAILURE MODE

No	Tahapan proses	Failure Modes
1	Petugas menerima resep dari pasien	Salah membaca resep Salah dalam memahami instruksi dalam resep
2.	Petugas menyiapkan obat	Salah mengambil jenis obat Salah menghitung dosis obat Salah meracik obat
3	Petugas mengemas dan memberi etiket	Salah menuliskan dosis obat Salah menuliskan aturan minum obat
4	Petugas menyerahkan obat kepada pasien	Salah memberikan obat (obat tertukar dengan pasien lain) Salah menjelaskan cara penggunaan obat Salah menjelaskan cara penyimpanan obat

## III.. IDENTIFIKASI AKIBAT JIKA TERJADI FAILURE MODE UNTUK SETIAP FAILURE MODES

No.	Tahapan proses	Failure modes	Akibat
1	Petugas menerima resep dari pasien	Salah membaca resep	Pasien mendapat jenis obat tidak sesuai resep
		Salah dalam memahami instruksi resep	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai instruksi resep
2.	Petugas menyiapkan obat	Salah mengambil jenis obat	Paien mendapat jenis obat yang salah
		Salah menghitung dosis obat	Pasien mendapat obat dengan dosis yang salah
		Salah meracik obat	Pasien mendapat racikan obat yang salah

3	Petugas mengemas dan memberi etiket	Salah membuat etiket atau etiket tidak jelas	Pasien menggunakan obat dengan tidak jelas
		Salah menuliskan aturan penggunaan obat	Pasien menggunakan obat dengan aturan penggunaan yang salah
4	Petugas menyerahkan obat kepada pasien	Salah memberikan obat (obat tertukar dengan pasien lain)	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai
		Salah menjelaskan cara penggunaan obat	Pasien salah dalam cara menggunakan obat
		Salah menjelaskan cara penyimpanan obat	Pasien salah dalam melakukan penyimpanan obat

IV. IDENTIFIKASI KEMUNGKINAN PENYEBAB TIAP FAILURE MODE DAN DESKRIPSI UPAYA YANG TELAH DILAKUKAN

No.	Tahapan proses	Failure modes	Akibat	Penyebab	Upaya yang telah dilakukan
1	Petugas menerima resep dari pasien	Salah membaca resep	Pasien mendapat jenis obat tidak sesuai resep	Tulisan resep tidak jelas  Petugas farmasi kurang teliti	Sosialisasi Pedoman dan SPO Penulisan resep lengkap dan benar kepada staf medis melalui Komite Medik  Sosialisasi SPO Telaah resep bagi petugas penerima resep di apotek
		Salah dalam memahami instruksi resep	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai instruksi resep	Instruksi dalam resep tidak sesuai standar penulisan resep	Sosialisasi Pedoman dan SPO Penulisan resep lengkap dan benar kepada staf medis melalui Komite Medik

				Petugas farmasi tidak melaksanakan verifikasi resep	Petugas farmasi harus melakukan verifikasi jika terdapat resep yang tidak jelas, sesuai dengan SPO jika terdapat resep yang tidak jelas
2.	Petugas menyiapkan obat	Salah mengambil jenis obat	Pasien mendapat jenis obat yang salah	Petugas kurang teliti dalam mengambil.  Obat LASA tidak disimpan sesuai SPO penyimpanan obat LASA	Membudayakan petugas agar teliti dan selalu teliti  Penyimpanan obat LASA diatur sesuai SPO penyimpanan obat LASA
		Salah menghitung dosis obat	Pasien mendapat obat dengan dosis yang salah	Kalkulator error atau tidak selalu tersedia.  Petugas kurang teliti dalam melakukan perhitungan.	Menyediakan kalkulator di apotek. Pendampingan personal tentang cara perhitungan dosis oleh apoteker
		Salah meracik obat	Pasien mendapat racikan obat yang salah	Petugas kurang pengetahuan dalam meracik obat yang benar  Ruang peracikan kurang kondusif dari kebisingan dan akses petugas lain	Pendampingan personal tentang cara meracik obat yang benar  Ruang peracikan ditata agar bebas dari gangguan kebisingan, cahaya kurang dan dijadikan akses terbatas

3	Petugas mengemas dan memberi etiket	Salah membuat etiket atau etiket tidak jelas	Pasien menggunakan obat dengan tidak jelas.	Etiket masih dibuat secara manual Tulisan pada etiket tidak jelas atau tidak terbaca	Di sediakan blangko etiket di apotek Petugas harus menulis etiket dengan rapi dan dengan tinta yang jelas
		Salah menuliskan aturan penggunaan obat	Pasien menggunakan obat dengan aturan penggunaan yang salah	Petugas kurang memahami aturan penggunaan obat yang terdapat pada resep	Pendampingan personal tentang aturan penggunaan obat oleh apoteker
4	Petugas menyerahkan obat kepada pasien	Salah memberikan obat (obat tertukar dengan pasien lain)	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai	Petugas tidak mengidentifikasi pasien dengan benar	Melatih petugas untuk mengidentifikasi pasien dengan benar
		Salah menjelaskan cara penggunaan obat	Pasien salah dalam cara menggunakan obat	Petugas tidak memahami cara penggunaan obat secara benar  Petugas tidak menguasai cara komunikasi yang benar	Pendampingan personal tentang aturan penggunaan obat oleh apoteker  Melatih petugas untuk tentang komunikasi efektif
		Salah menjelaskan cara penyimpanan obat	Pasien salah dalam melakukan penyimpanan obat	Petugas tidak memahami cara penyimpanan obat secara benar  Petugas tidak menguasai cara komunikasi yang benar	Pendampingan personal tentang cara penyimpanan obat yang benar oleh apoteker  Melatih petugas untuk tentang komunikasi efektif

V. PERHITUNGAN RISK PRIORITY NUMBER (RPN)

No.	Tahapan proses	Failure modes	Akibat	Severty (S)	Penyebab	Occurrence (O)	Upaya yang telah dilakukan	Detectability (D)	RPN
1	Petugas menerima resep dari pasien	Salah membaca resep	Pasien mendapat jenis obat tidak sesuai resep	9	Tulisan resep tidak jelas	3	Sosialisasi Pedoman dan SPO Penulisan resep lengkap dan benar kepada staf medis melalui Komite Medik	2	54
				9	Petugas farmasi kurang teliti	2	Sosialisasi SPO Telaah resep bagi petugas penerima resep di apotek	2	36
		Salah dalam memahami instruksi resep	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai instruksi resep	7	Instruksi dalam resep tidak sesuai standar penulisan resep	2	Sosialisasi Pedoman dan SPO Penulisan resep lengkap dan benar kepada staf medis melalui Komite Medik	1	28
				7	Petugas farmasi tidak melaksanakan verifikasi resep	3	Petugas farmasi harus melakukan verifikasi jika terdapat resep yang tidak jelas, seuai dengan SPO jika terdapat resep yang tidak jelas	3	63
2.	Petugas menyiapkan obat	Salah mengambil jenis obat	Pasien mendapat jenis obat yang salah	8	Petugas kurang teliti dalam mengambil.	3	Membudayakan petugas agar teliti dan selalu teliti	2	72
				8	Obat LASA tidak disimpan sesuai SPO penyimpanan obat LASA	2	Penyimpanan obat LASA diatur sesuai SPO penyimpanan obat LASA	2	32

		Salah menghitung dosis obat	Pasien mendapat obat dengan dosis yang salah	7	Kalkulator error atau tidak selalu tersedia.	2	Menyediakan kalkulator di apotek.	3	42
				7	Petugas kurang teliti dalam melakukan perhitungan.	3	Pendampingan personal tentang cara perhitungan dosis oleh apoteker	2	42
		Salah meracik obat	Pasien mendapat racikan obat yang salah	8	Petugas kurang pengetahuan dalam meracik obat yang benar	3	Pendampingan personal tentang cara meracik obat yang benar	2	72
				8	Ruang peracikan kurang kondusif dari kebisingan dan akses petugas lain	2	Ruang peracikan ditata agar bebas dari gangguan kebisingan, cahaya kurang dan dijadikan akses terbatas	1	32
3	Petugas membuat dan memberi etiket	Salah membuat etiket atau etiket tidak jelas	Pasien menggunakan obat dengan tidak jelas.	9	Etiket masih dibuat secara manual	3	Di sediakan blangko etiket di apotek	4	108
				9	Tulisan pada etiket tidak jelas atau tidak terbaca	2	Petugas harus menulis etiket dengan rapi dan dengan tinta yang jelas	2	36
		Salah menuliskan aturan penggunaan obat	Pasien menggunakan obat dengan aturan penggunaan yang salah	8	Petugas kurang memahami aturan penggunaan obat yang terdapat pada resep	3	Pendampingan personal tentang aturan penggunaan obat oleh apoteker	2	48

4	Petugas menyerahkan obat kepada pasien	Salah menyerahkan obat atau obat tertukar dengan pasien lain	Pasien mendapat obat yang tidak sesuai	9	Petugas tidak mengidentifikasi pasien dengan benar	3	Melatih petugas untuk mengidentifikasi pasien dengan benar	2	81
		Salah menjelaskan cara penggunaan obat	Pasien salah dalam cara menggunakan obat	9	Petugas tidak memahami cara penggunaan obat secara benar	2	Pendampingan personal tentang aturan penggunaan obat oleh apoteker	3	54
				9	Petugas tidak menguasai cara komunikasi yang benar	1	Melatih petugas untuk tentang komunikasi efektif	3	27
		Salah menjelaskan cara penyimpanan obat	Pasien salah dalam melakukan penyimpanan obat	7	Petugas tidak memahami cara penyimpanan obat secara benar	2	Pendampingan personal tentang cara penyimpanan obat yang benar oleh apoteker	2	28
				7	Petugas tidak menguasai cara komunikasi yang benar	1	Melatih petugas untuk tentang komunikasi efektif	3	21

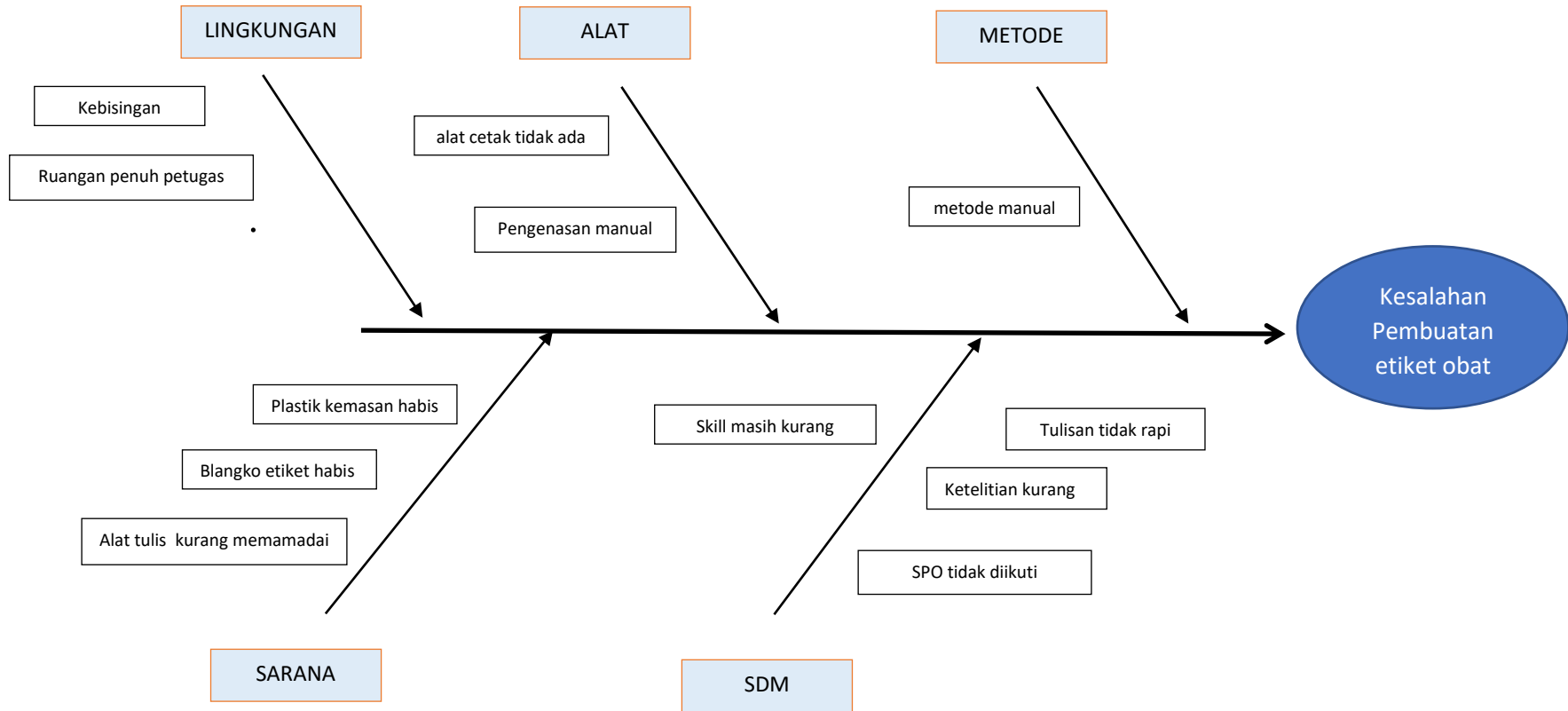
Prioritas Failure modes yang akan diintervensi :

1. Salah membuat etiket atau etiket ditulis tidak jelas RPN 108
2. Salah menyerahkan obat atau obat tertukar dengan pasien lain

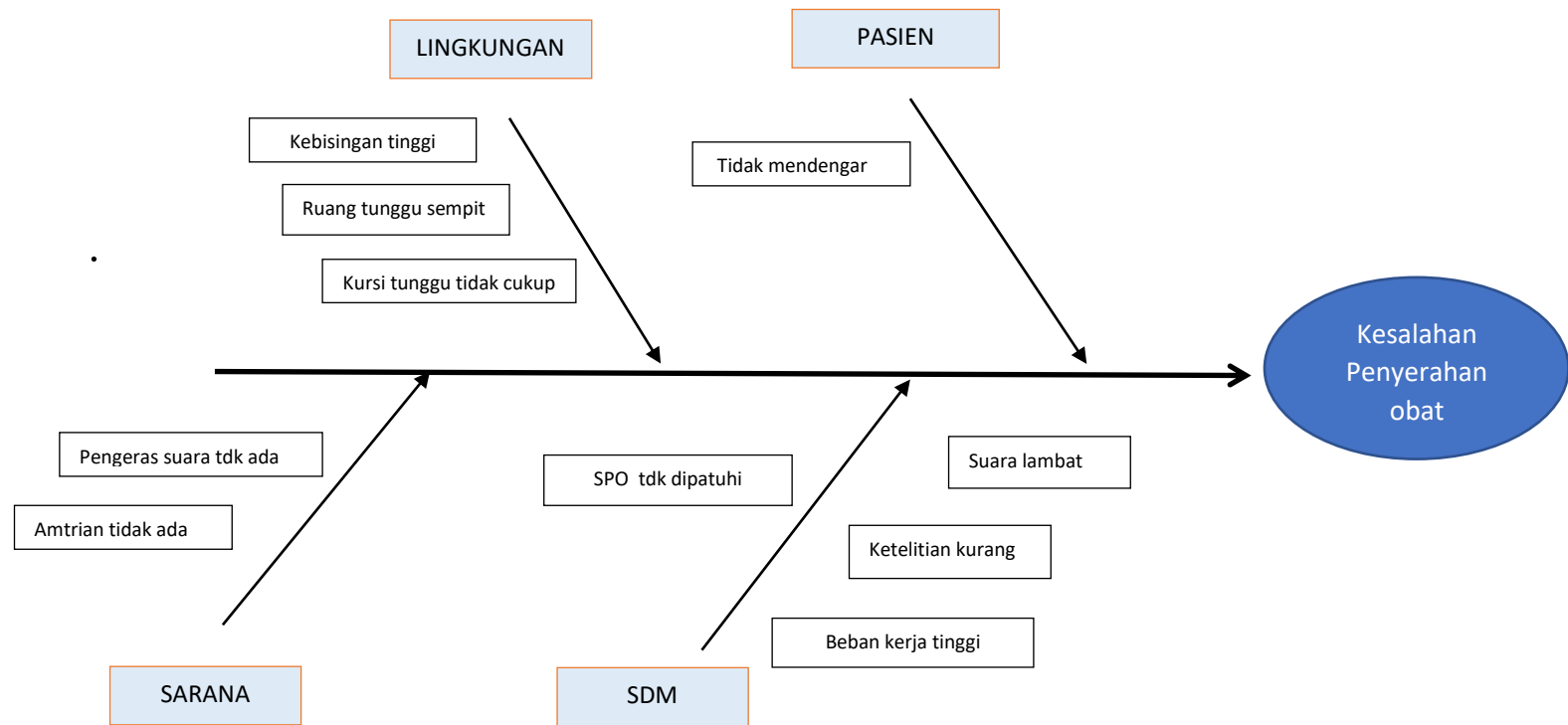


## VI FISHBONE DIAGRAM FAILURE MODES

Fishbond diagram kesalahan pembuatan etiket atau etiket ditulis tidak jelas



Fishbond diagram kesalahan penyerahan obat atau obat tertukar dengan pasien lain



VII. RENCANA PERBAIKAN DAN TINDAKAN UNTUK PERBAIKAN FAILURE MODES

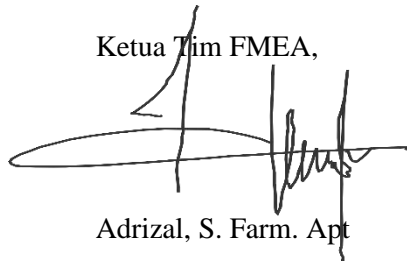
No	Tahapan Proses	Failure modes	TPN	Rencana Perbaikan	Waktu	Penanggung Jawab
1	Petugas mengemas dan memberi etiket	Salah membuat etiket atau etiket tidak jelas	108	<p>Etiket langsung dicetak dengan computer dengan tahapan berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyempurnaan fitur pada inputan resep pada SIMRS sehingga dapat mengakomodasi pencetakan etiket obat</li> <li>2. Penyediaan printer dan kerta/media cetak etiket obat</li> <li>3. Tahap uji coba dan evaluasi hasil ujicoba dalam penerapan cetak etiket</li> <li>4. Penerapan penggunaan etiket cetak langsung dengan printer</li> </ol>	<p>Mei – Juli 2022</p> <p>Agt 2022</p> <p>Agt 2022</p> <p>Sep 2022</p>	Adrizal
2	Petugas menyerahkan obat kepada pasien	Salah menyerahkan obat atau obat tertukar dengan pasien lain	81	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telaah obat dilakukan 2 kali oleh petugas yang berbeda</li> <li>2. Menerapkan prinsip 5 benar sesuai SPO dalam penyerahan obat</li> </ol>	<p>Dimulai Juni 2022</p>	Lira Silkarta

### VIII. ALUR BARU PROSES DISPENSING HASIL PERBAIKAN

Proses Dispensing di apotek rawat jalan	Alur proses hasil perbaikan
1.. Penerimaan resep dan telaah resep	a. Penerimaan resep b. Penelaahan resep oleh petugas.
2. Penyiapan obat	a. Penginputan resep pada SIMRS b. Pencetakan etiket obat
3. Pemberian etiket obat	a. Pengemasan obat b . Pemasangan etiket obat
4. Telaah obat dan Penyerahan obat kepada pasien	a. Telaah obat di ruang peracikan b. Telaah obat di ruang penyerahan obat c. Penyerahan obat sesuai prinsip 5 benar.

Solok, Maret 2022

Ketua Tim FMEA,



Adrizal, S. Farm. Apt

