



Rumah Sakit Umum
Kartini

Jakarta, 16 Oktober 2023

No. : 063/RSUK/X/2023
Perihal : Undangan Narasumber
Kegiatan Pelatihan *Medication Error*
Lampiran : -

Kepada Yth, Ibu apt. Kurniatul Hasanah, S.Si., M.Farm
di tempat

Dengan hormat,

Melalui surat ini kami bermaksud mengundang Ibu untuk dapat menghadiri kegiatan pelatihan *Medication error* sebagai narasumber, yang dijadwalkan akan di selenggarakan pada:

Hari / Tanggal : Senin, 23 Oktober 2023
Waktu : Pukul 08.00 s/d selesai WIB
Tempat : Aula Rumah Sakit Umum Kartini

Demikian surat undangan ini kami sampaikan.
Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,



Rumah Sakit Umum
Kartini

(dr. Sugijanto, Sp. OG)

Tembusan :
Komite PMKP RSU Kartini

TERM OF REFERENCE (TOR)
KEGIATAN PELATIHAN *MEDICATION ERROR*

A. Nama Kegiatan

Pelatihan *Medication Error*

B. Latar Belakang Kegiatan

Menurut WHO *medication error* adalah setiap kejadian yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau memicu kondisi penggunaan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien saat obat berada dalam pengawasan profesi perawatan kesehatan, pasien, atau konsumen. Pemaparan dari IOM (Institute of Medicine) tahun 1999 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (*medical errors*) yang sebenarnya dapat dicegah dan dilakukan antisipasi. Jumlah ini melebihi kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan AIDS (Linda, 2000). Hal tersebut menjadi pendukung pentingnya pelaksanaan *medication safety* dalam pelayanan kesehatan dan perlunya pelatihan *medication error* bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien agar selanjutnya dapat memahami faktor pendukung dan upaya yang harus dilakukan dalam mencegah *medication error* dalam pelayanan kesehatan kepada pasien.

C. Tujuan Kegiatan

Pelatihan ini bertujuan untuk:

1. Memberikan pemahaman dan *refreshing* pengetahuan peserta mengenai *medication error*
2. Meningkatkan kompetensi peserta dalam pencegahan *medication error* di Rumah Sakit Umum Kartini
3. Mendukung pelaksanaan *medication safety* di Rumah Sakit Umum Kartini
4. Mendukung program keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Kartini
5. Meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Umum Kartini

D. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Hari/ Tanggal : Senin, 23 Oktober 2023

Waktu : Jam 08.00 WIB - selesai

Tempat : Aula Rumah Sakit Umum Kartini

Rangkaian Kegiatan :

Waktu	Kegiatan	PIC
08.00 - 08.05 WIB	Pembukaan	MC
08.05 - 08.15 WIB	Sambutan dan Pembukaan Acara	Direktur
08.15 - 08.25 WIB	<i>Pre test</i>	Penanggung Jawab Acara
08.25 - 08.30 WIB	Perkenalan Nara Sumber	MC
08.30 - 09.30 WIB	Tinjauan Teori <i>Medication Error</i>	Apt. Kurniatul H, S.Si., M.Farm
09.30 - 09.40 WIB	<i>Ice Breaking</i>	Tim
09.40 - 10.40 WIB	Implementasi <i>Medication Safety</i>	Apt. Kurniatul H, S.Si., M.Farm
10.40 – 10.55 WIB	Diskusi dan Tanya Jawab	MC
10.55 - 11.00 WIB	Penutup	MC

E. Peserta

Tenaga kefarmasian (apoteker, tenaga teknis kefarmasian) dan perawat

F. Penyelenggara

Penyelenggara kegiatan ini adalah Diklat Rumah Sakit Umum Kartini.

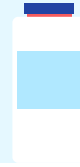
G. Penutup

Demikianlah *Term Of Reference* Pelatihan *Medication Error* ini dibuat sebagai acuan pelaksanaan kegiatan.

Jakarta. 18 Oktober 2023



Apt. Kurniatul H, S.Si., M.Farm
Nara Sumber



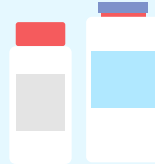
Medication Error



Apt. Kurniatul Hasanah, S.Si., M.Farm



2



SESI



1.

**Tinjauan
Teori
*Medication
Error***

2.

**Implementasi
*Medication
Safety***



PENGERTIAN

Setiap peristiwa yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau menyebabkan penggunaan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien saat pengobatan berada dalam kendali profesional kesehatan, pasien, atau konsumen (WHO)



Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat yang dapat menyebabkan cedera (Kemenkes RI)



Berbagai jenis kesalahan yang terjadi dalam prosedur pemberian obat (Valisiki Kapaki)



Pemberian obat, dosis obat, zat diagnostik atau terapeutik yang salah, kepada pasien yang salah atau pada waktu yang salah, atau kegagalan untuk memberikan obat ini pada waktu pemberian atau sesuai resep atau apa yang dianggap sebagai praktik yang dapat diterima (American Hospital Association (AHA))





PENGGELOMPOKKAN



Berdasarkan Dampak:

Errors	Kategori	Hasil
No error	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
Error, no harm	B	Terjadi kesalahan sebelum obat mencapai pasien
	C	Terjadi kesalahan dan obat sudah diminum/digunakan pasien tetapi tidak membahayakan pasien
	D	Terjadinya kesalahan, sehingga monitoring ketat harus dilakukan tetapi tidak membahayakan pasien
Error, harm	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara
	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara
	G	Terjadi kesalahan yang mengakibatkan efek buruk yang bersifat permanen
	H	Terjadi kesalahan dan hampir merenggut nyawa pasien contoh syok anafilaktik
Error, death	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia



PENGELOMPOKKAN

Berdasarkan Alur Proses Pengobatan :

Type Medication Errors	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, strength atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong dose form</i>	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda

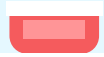


<i>Type Medication Errors</i>	Keterangan
<i>Prescribing error</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan





BEBERAPA ISTILAH



Terkait cedera akibat obat:

1. KTD (*adverse event*) → kejadian cedera pada pasien selama proses terapi/ penatalaksanaan medis mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosa, terapi, kegagalan diagnosa/ terapi, dan sistem peralatan untuk pelayanan:
 - ✓ Dapat dicegah
 - ✓ Tidak dapat dicegah

Contoh: iritasi kulit karena penggunaan perban, jatuh dari tempat tidur.

2. Reaksi obat yang tidak diharapkan (*adverse drug reaction*) → kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat
Contoh: Steven Jhonson Syndrome akibat penggunaan sulfa, anti epilepsi dll

3. Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan (*adverse drug event*) = ROTD → kejadian yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu/ menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis normal:
- ✓ Berkaitan dengan efek farmakologi/ mekanisme kerja (ESO)
 - ✓ Tidak berkaitan dengan efek farmakologi (reaksi hipersensitivitas)

Contoh: syok anafilaktif pada penggunaan penisilin, mengantuk pada penggunaan CTM

4. Efek obat yang tidak diharapkan (*adverse drug effect*) → respon yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu/ menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis lazim → Sama dengan ROTD → tetapi dilihat dari sudut pandang obat

Contoh: syok anafilaktif pada penggunaan penisilin, mengantuk pada penggunaan CTM

5. *Medication error* → Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat yang dapat menyebabkan cedera.
Contoh: peresepan obat yang tidak rasional, kesalahan perhitungan dosis pada saat peracikan, ketidakpatuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih.
6. Efek samping --> efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat:
- ✓ ES dikehendaki
 - ✓ ES tidak dikehendaki
 - ✓ ES tidak ada kaitannya

Penggunaan istilah ES sebaiknya dihindari



FAKTOR PENGARUH



01

Berhubungan dengan Nakes

- kurangnya pelatihan tentang terapi
- kurangnya pengetahuan dan pengalaman
- kurangnya pengetahuan tentang pasien
- kurangnya pengetahuan/persepsi tentang risiko
- kelebihan beban kerja atau kelelahan
- adanya masalah emosional dan fisik
- minimnya komunikasi diantara tenaga kesehatan dan pasien





02

Berhubungan dengan Pasien



- karakteristik pasien (contoh keterbatasan personal, budaya dan bahasa)
- kompleksitas kasus klinis, termasuk kondisi multi penyakit, polifarmasi dan pengobatan risiko tinggi

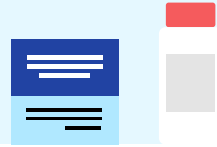


03

Berhubungan dengan Lingkungan Kerja

- Beban kerja dan tekanan waktu
- Distraksi dan interupsi (oleh staf perawatan primer dan pasien)
- Kurangnya protokol dan prosedur standar
- Sumber daya tidak mencukupi
- Masalah dengan lingkungan kerja fisik (misalnya pencahayaan, suhu dan ventilasi)

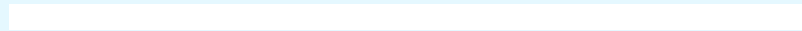




04

Berhubungan dengan Obat-Obatan

- Penamaan obat
- Pelabelan dan pengemasan





05 Berhubungan dengan Tugas

- Sistem berulang untuk pemesanan, pemrosesan, dan otorisasi
- Pemantauan pasien (tergantung pada praktik, pasien, pengaturan perawatan kesehatan lainnya, resep)





06

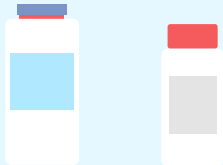
Berhubungan dengan sistem informasi terkomputerisasi

- 
- 
- Proses yang sulit untuk menghasilkan resep pertama (misal: daftar pemilihan obat, rejimen dosis, dan peringatan yang terlewat)
 - Proses yang sulit untuk menghasilkan pengulangan resep yang benar
 - Kurangnya keakuratan catatan pasien
 - Desain yang tidak memadai yang memungkinkan kesalahan manusia
- 



07

Komunikasi Perawatan Primer - Sekunder



- Kualitas komunikasi yang terbatas dengan perawatan sekunder
- Sedikit pembenaran atas rekomendasi perawatan sekunder





Salah satu faktor penyebab terjadinya ME adalah kegagalan komunikasi (salah interpretasi) antara *prescriber* (penulis resep) dengan *dispenser* (pembaca resep) (Rahmawati dan Oetari, 2002)

01 *Prescribing error*

kesalahan pemilihan produk obat (berdasarkan indikasi, alergi yang diketahui, teraoi saat ini dll), dosis, bentuk dosis, jumlah, rute pemberian, konsentrasi, kecepatan pemberian, atau instruksi pemberian dokter, resep tidak terbaca, permintan oat yang memicu kesalahan

02 *Transcribing error*



Penyimpangan dalam terjemah permintaan obat dari tahap sebelumnya (permintaan pada form, cat pemberian perawat &/dokumentasi permintaan pada data base farmasi

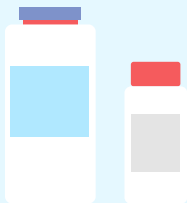
KAPAN ...?

03 *Dispensing error*

Penyimpangan yang tidak disengaja dari resep tertulis yang dapat diinterpretasikan atau permintaan akhir obat yang mendukung kesalahan konten dan etiket; penyimpangan yang tidak disengaja dari nakes atau SOP atau panduan yang mempengaruhi prosedur dispensing, yang juga dianggap sebagai kesalahan dispensing

Source: WHO

04 *administration error*

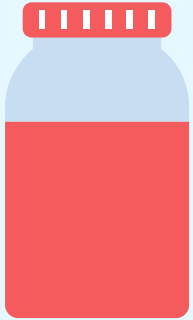


Penyimpangan dari permintaan obat dokter yang tertulis pada grafik kesalahan pasien, instruksi penyiapan/ pemberian dari pabrik, atau kebijakan institusional yang relevan

05 *Monitoring error*

Kegagalan untuk me-*review* regimen yang diresepkan untuk kesesuaian dan identifikasi masalah, atau kegagalan untuk menggunakan data klinis/ lab yang sesuai untuk penilaian yang cukup dari respon pasien terhadap terapi yang diresepkan

HASIL PENELITIAN

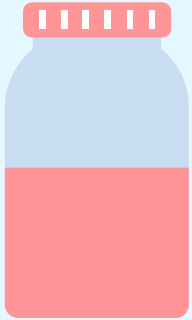


***Prescribing
error***

- Yang sering terjadi *prescribing error* dari beberapa jurnal → penulisan resep yang sulit dibaca nama, satuan numerik, bentuk sediaan obat, tidak ada dosis, umur pasien, nama dokter, SIP dokter, anggal pemberian ((Rahmawati dan Oetari, 2002)
- Faktor penyebab ME fase *prescribing* meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penulisan resep tidak memenuhi syarat kelengkapan resep, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, kondisi lingkungan yaitu pencahayaan yang kurang mendukung saat bekerja, dan komunikasi yaitu permintaan obat secara lisan (Yosefin dkk, 2016)



- Berdasarkan studi dokumentasi dari hasil laporan insiden pada tahap *prescribing* dimana setelah resep di terima oleh unit farmasi rawat inap maka proses *error* yang terjadi adalah pada saat staf farmasi melakukan pembacaan resep dari *prescriber* (proses *transcribing*) (Putu N dkk, 2017).

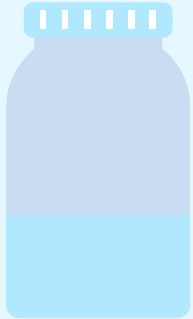


Transcribing error

- Tipe-tipe *transcribing errors* antara lain (Ruchika Garg *et al.*, 2014):
 1. Kelalaian, misalnya ketika obat diresepkan namun tidak diberikan.
 2. Kesalahan interval, misalnya ketika dosis yang diperintahkan tidak pada waktu yang tepat.
 3. Obat alternatif, misalnya pengobatan diganti oleh apoteker tanpa sepengetahuan dokter.
 4. Kesalahan dosis, misalnya pada resep 0.125 mg menjadi 0.25 mg pada salinan.
 5. Kesalahan rute, misalnya pada resep Ofloxacin tablet menjadi Ofloxacin I.V.
 6. Kesalahan informasi detail pasien, meliputi nama, umur, gender, registrasi yang tidak ditulis atau salah ditulis pada lembar salinan.

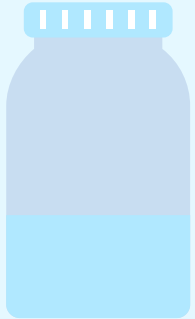


- Jenis kasus *dispensing error* yang terjadi pada layanan farmasi adalah salah obat, salah kekuatan obat, dan salah kuantitas. Hal ini selaras dengan beberapa penelitian lain antara lain Aldhwaihi *et al* (2016), dan James *et al* (2007).



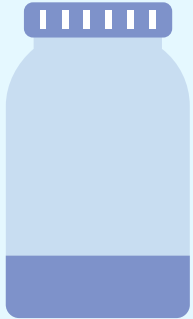
Dispensing error

- Salah obat adalah jenis *error* paling umum dari *dispensing error* pada pelayanan farmasi, sementara *error* lain adalah kekeliruan kekuatan obat (*wrong medicine*), dosis (*wrong drug strength*), dan jumlah obat (*wrong quantity*) (Aldhwaihi *et al.*, 2016 dan James dkk, 2007) selaras dengan temuan penelitian tersebut (Pitoya Z. A. dkk, 2016).
- Penyebab tersebut bisa karena staf tidak mempunyai pengetahuan atau ketrampilan yang benar tentang berbagai ukuran dan ketrampilan kemampuan mengkonversi ke unit pengukuran lain. Hal ini sangat penting untuk mencegah kekeliruan dosis (Pitoya Z. A. dkk, 2016).



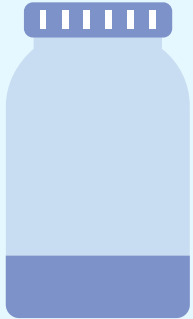
Dispensing error

- Pada penelitian yang dilakukan oleh Yosefin dkk (2016), bahwa faktor penyebab ME fase *dispensing* meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, edukasi yaitu penyiapan obat yang tidak sesuai permintaan resep, komunikasi yaitu kurangnya komunikasi mengenai stok perbekalan farmasi, kondisi lingkungan yaitu tidak adanya ruangan penyiapan obat dan gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon.
→ Hal ini selaras dengan hasil penelitian Aldhwaihi *et al* (2016) yang menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang berkaitan dengan *dispensing errors* adalah beban pekerjaan tinggi, jumlah staf yang kurang, obat LASA, kemasan yang mirip, sistem penyimpanan obat LASA dan gangguan lingkungan antara lain distraksi, interupsi.



Administration error

- Kesalahan administrasi pengobatan (MAE) didefinisikan sebagai perbedaan antara apa yang diterima oleh pasien atau yang seharusnya diterima pasien dengan apa yang dimaksudkan oleh penulis resep (Zed *et al.*, 2008).
- MAE adalah salah satu area resiko praktik keperawatan dan terjadi ketika ada perbedaan antara obat yang diterima oleh pasien dan terapi obat yang ditunjukkan oleh penulis resep (Williams, 2007).
- Dari beberapa jurnal, jenis *administration error* yang terjadi pada saat pelayanan farmasi adalah kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama (*right drug for wrong patient*).
- Salah satu contoh *administration error*, misalnya obat diberikan informasi diminum sesudah makan yang seharusnya sebelum makan atau yang seharusnya siang atau malam diberikan pagi hari.

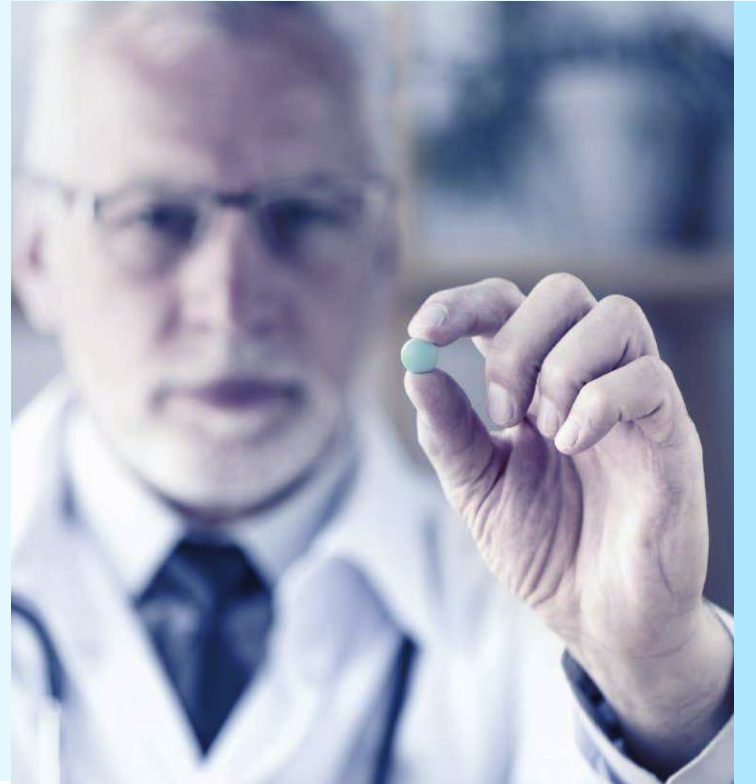


Administration error

- Contoh lain dokter menuliskan R/ Flunarizin 5 mg signa 1×1 malam, Instalasi Farmasi memberikan Sinral 5mg, tetapi perawat tidak mengetahui bahwa obat tersebut komposisinya sama dengan Flunarizin, mungkin juga karena kurang teliti, sampai terjadi pasien tidak diberikan obat karena di CPO ditulis Flunarizine 5 mg, signa 1×1 (Sarmalina dkk, 2011).
- Faktor penyebab ME fase *administration* meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, edukasi yaitu tidak tepat waktu pemberian obat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian obat dan komunikasi yaitu kurangnya komunikasi tenaga kesehatan dan pasien dalam penggunaan obat (Yosefin dkk, 2016).

Untuk menghindari kesalahan pengobatan, Apoteker dapat berperan nyata dalam pencegahan terjadinya kesalahan pengobatan melalui kolaborasi dengan dokter, pasien, serta tenaga kesehatan lainnya. Hal yang dapat dilakukan antara lain (Depkes RI, 2008) :

1. Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/ nomor resep,
2. Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.



3. Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti :
- a. Data demografi (umur, berat badan, jenis kelamin) dan data klinis (alergi, diagnosis dan hamil/menyusui). Contohnya, Apoteker perlu mengetahui tinggi dan berat badan pasien yang menerima obat-obat dengan indeks terapi sempit untuk keperluan perhitungan dosis.
 - b. Hasil pemeriksaan pasien (fungsi organ, hasil laboratorium, tanda-tanda vital dan parameter lainnya). Contohnya, Apoteker harus mengetahui data laboratorium yang penting, terutama untuk obat-obat yang memerlukan penyesuaian dosis (seperti pada penurunan fungsi ginjal).
- Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.



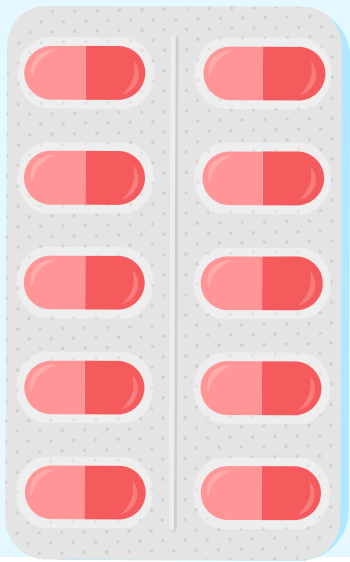


- Strategi lain untuk mencegah kesalahan obat dapat dilakukan dengan penggunaan otomatisasi (*automatic stop order*) dan sistem komputerisasi (*eprescribing*).
- Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengecek nama obat serta memastikan dosisnya. Informasi obat yang penting harus diberikan kepada petugas yang meminta/menerima obat tersebut.
→ Petugas yang menerima permintaan harus menulis dengan jelas instruksi lisan setelah mendapat konfirmasi.

MANAJEMEN *MEDICATION ERROR*

1. Klasifikasi kesalahan pengobatan
2. Penentuan penyebab
3. Didokumentasikan dan dilaporkan
4. Tindakan korektif diidentifikasi dan didokumentasikan
5. Terapi suportif untuk pasien
6. Program peningkatan kualitas dan sosialisasi tindakan korektif.

SOLUSI POTENSIAL



Review Pengobatan
dan Rekonsiliasi



Otomatisasi Sistem
Informasi



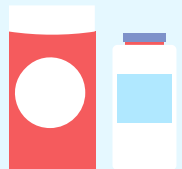
Edukasi



Intervensi Multikomponen
(meliputi pendidikan,
pengawasan penyedia dan
strategi manajemen kasus
komunitas)



IMPLEMENTASI *MEDICATION SAFETY*



5 Moment Medication Safety



Starting

a medication



Taking

my medication



Adding

a medication



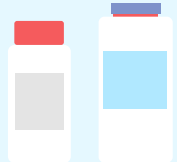
Reviewing

my medication



Stopping

my medication



“Untuk meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit harus berupaya mengurangi terjadinya kesalahan obat dengan membuat sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*)”

—Komite Akreditasi RS



PKPO 1 & 2



- RS melakukan kajian $\geq 1x/$ tahun $\rightarrow$ informasi dan pengalaman pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat $\rightarrow$ termasuk jumlah laporan insiden kesalahan obat serta upaya untuk menurunkannya $\rightarrow$ melibatkan KFT, Tim Penyelenggara Mutu dan unit terkait $\rightarrow$ tujuan: RS memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan.





- RS menyediakan sumber informasi dalam pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat, misalnya informasi tentang dosis, interaksi obat, ESO, stabilitas dan kompatibilitas → cetak dan/atau elektronik.



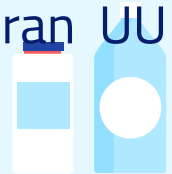
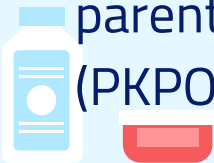


PKPO 3



RS menetapkan dan menerapkan regulasi:

- Penyimpanan sediaan farmasi dan BMHP sesuai peraturan UU dan standar profesi(PKPO 3)
- pengelolaan obat atau produk yang memerlukan penanganan khusus (obat dan bahan berbahaya, radioaktif, obat penelitian, produk nutrisi parenteral, obat/BMHP) dari program/donasi sesuai peraturan UU (PKPO 3.1)





- pengelolaan obat, dan BMHP untuk kondisi emergensi yang disimpan di luar Instalasi Farmasi untuk memastikan selalu tersedia, dimonitor dan aman (PKPO 3.2)
- *recall* dan pemusnahan sediaan farmasi, BMHP dan implan sesuai peraturan UU (PKPO 3.3)





- RS mempunyai sistem yang menjamin sediaan farmasi dan BMHP tidak layak pakai karena rusak, mutu substandar atau kedaluwarsa tidak digunakan serta dimusnahkan.
- Obat yang sudah dibuka dari kemasan primer atau sudah dilakukan perubahan, misalnya: dipindahkan dari wadah aslinya, sudah dilakukan peracikan → ED tidak mengikuti ED di kemasan obat → BUD → dicantumkan pada label obat.
- RS memastikan bahwa proses recall dikomunikasikan dan dilaksanakan secepatnya → mencegah penggunaan produk *recall*.





PKPO 4



RS menetapkan dan menerapkan proses rekonsiliasi → sebelum masuk RS, saat pindah rawat dan sebelum pasien pulang → Hasil rekonsiliasi obat didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada PPA dan pasien/keluarga.





PKPO 4.1



- RS menetapkan dan menerapkan regulasi tentang peresepan/permintaan obat dan BMHP/instruksi pengobatan yang benar, lengkap dan terbaca → menetapkan dan melatih tenaga medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan/instruksi pengobatan → menetapkan persyaratan resep/permintaan obat/instruksi pengobatan
- RS menetapkan dan menerapkan proses untuk menangani resep/permintaan obat dan BMHP/instruksi pengobatan:
 - ✓ Tidak lengkap, tidak benar dan tidak terbaca.
 - ✓ NORUM atau LASA.
 - ✓ Jenis resep khusus (emergensi, cito, *automatic stop order*, *tapering* dll)
 - ✓ Secara lisan atau melalui telepon





- RS mengevaluasi penulisan resep/instruksi pengobatan yang tidak lengkap dan tidak terbaca
- Daftar obat yang diresepkan tercatat dalam BRM → menyertai pasien ketika dipindahkan
- Daftar obat pulang diserahkan kepada pasien disertai edukasi penggunaannya → pasien dapat menggunakan obat dengan benar dan mematuhi aturan





PKPO 5



- RS Memiliki :
- Sistem penyerahan obat harus dalam bentuk yang siap digunakan, dan disertai dengan informasi lengkap tentang pasien dan obat
- Sistem distribusi dan dispensing yang sama/seragam diterapkan di RS sesuai peraturan UU.
- Pelatihan dispensing:
 - ✓ Non steril
 - ✓ Steril
 - ✓ Sitostatika





PKPO 5.1



- Pelaksanaan pengkajian resep → untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah terkait obat sebelum obat disiapkan.
- Pelaksanaan telaah obat sebelum obat diserahkan kepada perawat/pasien → memastikan bahwa obat yang sudah disiapkan tepat





PKPO 6



- RS menetapkan dan menerapkan regulasi pemberian obat.
- Rumah sakit menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang memberikan obat sesuai peraturan perundang-undangan.
- RS dapat membatasi kewenangan staf klinis dalam melakukan pemberian obat, misalnya pemberian obat anestesi, kemoterapi, radioaktif, obat penelitian.
- Pelaksanaan verifikasi kesesuaian obat dengan resep/ instruksi.





PKPO 6.1



- RS melakukan penilaian terhadap obat yang dibawa pasien/keluarga dari luar rumah sakit terkait kelayakan penggunaannya di rumah sakit.
- Penggunaan obat oleh pasien secara mandiri harus diketahui oleh dokter yang merawat dan dicatat di BRM → edukasi dan pemantauan penggunaannya untuk menghindari penggunaan obat yang tidak tepat.





PKPO 7



- Pelaksanaan PTO secara kolaboratif yang melibatkan PPA dan pasien
→ pemantauan meliputi efek yang diharapkan dan ESO
→ didokumentasikan di CPPT
- RS menerapkan sistem pemantauan dan pelaporan ESO → dilaporkan ke KFT dan BPOM





PKPO 7.1



- RS membuat regulasi tentang *medication safety*
- RS menerapkan pelaporan IKP serta tindak lanjut terhadap kejadian kesalahan obat serta upaya perbaikannya (FMEA)
- RS memberikan pelatihan kepada staf rumah sakit tentang kesalahan obat (*medication error*)





TALL MAN LETTERING



- Adalah praktik penulisan bagian dari nama obat dalam huruf besar untuk membantu membedakan seperti suara, obat mirip satu sama lain untuk menghindari kesalahan pengobatan.
- Digunakan pada penulisan nama obat untuk menyoroti bagian perbedaan utamanya dan membantu membedakan nama-nama yang mirip

ALPRAZolam – LORazepam	metyro SINE – metyra PONE
amLODIPine – aMILoride	mi FEPRI Stone – mi SOPRO Stol
ARIPIprazole – RABEprazole	mito XANTRONE – mito MYcin
azaCITIDine – aza THIO prine	morphine – HYDRO morphone
ce FAZ olin – ce TRIAX one – ce TAZ idime – cefo TE tan – cef OX itin	Nex UM – Nex AVAR
Cele BREX – Cele XA	ni MOD ipine – NIFE dipine – ni CARD ipine
chlорpro MAZINE – chlорdiaze POXIDE	Novo LOG – Novo LIN
CISplatin – CARBO platin	

clonaze PAM – clo NID ine – clo ZAP ine – cloBAZam	OX carbazepine – car BAM azepine
clonaze PAM – LORazepam	oxy CODONE – Oxy CONTIN – oxyMOR phone – HYDRO morphone
clo NID ine – Klon oPIN	penicillAMINE – penicillin
DACTIN omycin – DAPTO mycin	PENT obarbital – PHEN obarbital
diazePAM – diltiaZEM	PONAT inib – PAZO Panib
DOCE taxel – PACL itaxel	PRAL atrexate – PEME trexed
e PHED rine – EPINEPH rine	Pri LOSEC – PRO zac
eri BUL in – epi RUB icin	





fenta NYL – SUF entanil	QUE tiapine – OLAN zapine
FLU oxetine – DUL oxetine – PAR oxetine	qui NINE – qui NID ine
fluoxa MINE – flu PHENAZ ine – flavo xATE	romi PLO stim – romi DEP sin
guan FACINE – guai FEN esin	raNI Tidine – riMANT adine rifAMP in – rifAXI Min
hydroCHLORO thiazide – hydr OXY zine – hydr ALAZINE	risperi DONE – rOPINIR ole – Risper DAL
Huma LOG – Humu LIN	riTUX imab – in FLIX imab
HYDROXY progesterone – medroxy PROGESTER one	Sand IMMUNE – Sando STATIN
HYDRO codone – oxy CODONE	SERO quel – SINE quan
idaruCIZU mab – IDA rubicin – DOXO rubicin	Solu- CORTEF – SOLU -Medrol – DEPO -Medrol
INV anz – AVIN za	SORA fenib – SUNI tinib
ISO tretinoin – tretinoin	sulf ADIAZINE – sulfa SALA zine
La MIC tal – Lam ISIL	SUM Atriptan – SAX agliptin – SIT agliptin
lami VUD ine – lamo TRIG ine	

LEVO leucovorin – leucovorin	SUM Atriptan – ZOL Mitriptan ti ZAN idine – tia GAB ine
lev OCAR Nitine – lev ETIR acetam – levo FLOX acin	tra ZOD one – tra MAD ol
metro NIDAZOLE – met FORMIN	TREN tal – TEG retol
methIM Azole – met OL azone – methazolAMIDE	val ACY clovir – val GAN ciclovir ZyPREXA – Zyr TEC

Huma LOG – Humu LIN
Novo LOG – Novo LIN
oxy CODONE – Oxy CONTIN
FLU oxetine – DULOX etine
ce FAZ olin – ce TRIAXONE
AL prazo LAM – LOR aze PAM
morphine – HYDRO mor PHONE
morphine – HYDRO morphone
HYDRO codone – oxy CODONE
clonaze PAM – LOR aze PAM

TERIMA KASIH 😊





Rumah Sakit Umum
Kartini

SERTIFIKAT

Diberikan kepada :

apt. Kurniatul Hasanah, S.Si., M.Farm

Sebagai Narasumber Pelatihan

MEDICATION ERROR

Yang diselenggarakan oleh RS Umum Kartini

Aula Gedung RSU Kartini - Jakarta

23 Oktober 2023



Rumah Sakit Umum
dr. Sugijanto, Sp. OG

Direktur RSU Kartini



