

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Rumah Sakit

a. Defenisi 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. Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif* (UU RI No. 44 Tahun 2009).

Rumah sakit menurut Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/per/II/1992 yaitu "sarana upaya kesehatan dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian".

Organisasi kesehatan dunia, menjelaskan mengenai rumah sakit dan peranannya, bahwa rumah sakit merupakan suatu bagian integral dari organisasi sosial dan medis yang

fungsinya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh pada masyarakat baik pencegahan maupun penyembuhan dan pelayanan pada pasien yang jauh dari keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya, serta sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan tempat penelitian biososial (Adisasmito, 2009).

b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit umum sesuai dengan Kepmenkes RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992, tentang pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Berdasarkan UU RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi sebagai :

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

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

c. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 tentang jenis dan klasifikasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

1) Jenis

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan

disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik yaitu rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit publik dikelola pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat. Rumah sakit privat yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

2) Klasifikasi Rumah Sakit

a) Klasifikasi Rumah Sakit Umum adalah :

i. Rumah sakit umum kelas A

Pada rumah sakit kelas A pelayanan spesialisik yang luas termasuk subspesialistik.

ii. Rumah sakit umum kelas B

Pada rumah sakit kelas B mempunyai pelayanan minimal sebelas spesialisik dan subspesialistik terdaftar.

iii. Rumah sakit umum kelas C

Pada rumah sakit kelas C mempunyai minimal empat spesialisik dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan dan anak).

iv. Rumah sakit umum kelas D

Pada rumah sakit kelas D hanya terdapat pelayanan medis dasar.

b) Klasifikasi Rumah Sakit Khusus adalah :

i. Rumah sakit khusus kelas A

Pada rumah sakit kelas A pelayanan spesialisik yang luas termasuk subspesialistik.

ii. Rumah sakit khusus kelas B

Pada rumah sakit kelas B mempunyai pelayanan minimal sebelas spesialisik dan subspesialistik terdaftar.

iii. Rumah sakit khusus kelas C

d. Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur organisasi rumah sakit umumnya terdiri atas Badan Pengurus Yayasan, Dewan Pembina, Dewan

Penyantun, Badan Penasehat, dan Badan Penyelenggara. Badan Penyelenggara terdiri atas direktur, wakil direktur, komite medik, satuan pengawas, dan berbagai bagian dari instalasi. Sebuah rumah sakit bisa memiliki lebih dari seorang wakil direktur, tergantung pada besarnya rumah sakit. Wakil direktur pada umumnya terdiri atas wakil direktur pelayanan medik, wakil direktur penunjang medik dan keperawatan, serta wakil direktur keuangan dan administrasi. Staf Medik Fungsional (SMF) berada di bawah koordinasi komite medik. SMF terdiri atas dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis dari semua disiplin yang ada di suatu rumah sakit. Komite medik adalah wadah nonstruktural yang keanggotaannya terdiri atas ketua-ketua SMF (Siregar, 2004).

e. Panitia Farmasi dan Terapi Rumah Sakit

Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) menurut Kepmenkes No.1197/Menkes/SK/X/2004 adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara staf medik dan staf farmasi. Anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialisasi-spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker yang mewakili farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Keanggotaan PFT terdiri dari 8-15 orang. Semua anggota tersebut mempunyai hak suara yang sama.

- 1) Tujuan dibentuknya Panitia Farmasi dan Terapi yaitu: menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat, dan evaluasinya.
- 2) melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai kebutuhan.

Menurut Kepmenkes No.1197/Menkes/SK/X/2004 fungsi dan ruang lingkup PFT terkait perannya dalam pelayanan farmasi rumah sakit adalah:

- 1) menyusun formularium rumah sakit sebagai pedoman utama bagi para dokter dalam memberi terapi kepada pasien. Pemilihan obat untuk dimasukkan ke dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi terhadap efek terapi, keamanan serta harga obat dan juga harus meminimalkan duplikasi produk obat yang sama. PFT berdasarkan kesepakatan dapat menyetujui atau menolak produk obat atau dosis obat yang diusulkan oleh SMF
- 2) menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit
- 3) melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan meneliti rekam medik kemudian dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi.

- 4) mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat.
- 5) mengembangkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.
- 6) membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

2. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

a. Defenisi.

Instalasi Farmasi menurut Undang-Undang No. 72 Tahun 2016 adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah salah satu unit atau bagian di rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan dan pelayanan kefarmasian (Siregar, 2004).

Menurut Kepmenkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 fungsi Instalasi Farmasi rumah sakit adalah sebagai tempat pengelolaan perbekalan farmasi serta memberikan pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan.

Kegiatan pada instalasi ini terdiri dari pelayanan farmasi minimal yang meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan perbekalan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat inap dan rawat jalan, pengendalian mutu, pengendalian distribusi pelayanan umum dan spesialis, pelayanan langsung pada pasien serta pelayanan klinis yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Siregar, 2004).

b. Pengelolaan Perbekalan Farmasi

Pengelolaan Perbekalan Farmasi merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, penghapusan, administrasi dan pelaporan serta evaluasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan (Kepmenkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004). Tujuan kegiatan ini adalah:

- 1) mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien.
- 2) menerapkan farmakoekonomi dalam pelayanan.
- 3) meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi.

- 4) mewujudkan Sistem Informasi Manajemen berdaya guna dan tepat guna.
- 5) melaksanakan pengendalian mutu pelayanan.

c. Pelayanan Kefarmasian Dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan

Pelayanan ini adalah pendekatan profesional yang bertanggung jawab dalam menjamin penggunaan obat dan alat kesehatan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien melalui penerapan pengetahuan, keahlian, keterampilan dan perilaku apoteker serta bekerja sama dengan pasien dan profesi kesehatan lainnya.

Kegiatan ini meliputi :

- 1) mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien
- 2) mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan alat kesehatan
- 3) mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan
- 4) memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan
- 5) memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien/keluarga
- 6) memberi konseling kepada pasien/keluarga
- 7) melakukan pencampuran obat suntik

- 8) melakukan penyiapan nutrisi parenteral.
- 9) melakukan penanganan obat kanker.
- 10) melakukan penentuan kadar obat dalam darah.
- 11) melakukan pencatatan setiap kegiatan.
- 12) melaporkan setiap kegiatan.

Adapun tujuan kegiatan ini adalah :

- 1) meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan farmasi di rumah sakit
- 2) memberikan pelayanan farmasi yang dapat menjamin efektifitas, keamanan dan efisiensi penggunaan obat
- 3) meningkatkan kerjasama dengan pasien dan profesi kesehatan lain yang terkait dalam pelayanan farmasi
- 4) melaksanakan kebijakan obat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan penggunaan obat secara rasional

3. Medication Error

a. Defenisi Medication Error

Kesalahan pengobatan (*medication error*) merupakan semua keadaan atau kejadian yang dapat menyebabkan penyaluran pengobatan tidak sesuai dengan yang diharapkan dimana dapat mencelakakan pasien (Fowler, 2009). *Medication error* merupakan kesalahan yang terjadi dalam pemberian pelayanan pengobatan terhadap pasien yang menyebabkan terjadinya kegagalan dalam pengobatan

sehingga dapat memiliki potensi membahayakan keselamatan pasien dalam perawatan (Aronson, 2009). Kesalahan pengobatan (*medication error*) adalah kejadian yang dapat merugikan keselamatan pasien akibat pemakaian obat selama dalam pengawasan pengobatan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah (Depkes RI, 2014).

Dengan demikian *medication error* dapat diartikan sebagai suatu kejadian yang dapat dicegah yang bisa sebagai penyebab atau berperan dalam pengobatan yang tidak layak atau yang bersifat merugikan pasien padahal pengobatan tersebut berada dalam pantauan tenaga kesehatan, pasien, atau konsumen. Beberapa kejadian dapat berhubungan dengan praktisi kesehatan, produk kesehatan, prosedur, dan sistem pengobatan, termasuk peresepan, miskomunikasi, pelabelan, dan penamaan produk, pencampuran, penyediaan, pendistribusian, administrasi obat, edukasi, dan penggunaan (Anonim, 2003).

b. Klasifikasi *Medication Error*

Berdasarkan dari dampak klinis terjadinya kesalahan menurut *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCCMERP)* yang dilihat dari tingkat keparahan hasil dari pasien. Tercantum dalam tabel berikut :

Tabel 1. Kategori *Medication Errors* menurut *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP 2005)*.

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

Menurut Cohen, M.R. tahun 1999 kejadian *medication error* dibagi 4 fase, yaitu *fase prescribing* (error saat penulisan resep), *fase transcribing* (error terjadi pada

saat pembacaan resep atau pemahaman), *fase dispensing* (error terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan obat) dan *fase administration* (error yang terjadi pada proses penggunaan obat).

1. *Prescribing Error*

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

a. Kesalahan resep

- 1) Seleksi obat (didasarkan pada indikasi, kontraindikasi, alergi yang diketahui, terapi obat yang ada, dan faktor lain), dosis, bentuk sediaan, mutu, rute, konsentrasi, kecepatan pemberian, atau instruksi untuk menggunakan suatu obat yang diorder atau diotorisasi oleh dokter (atau misalnya seorang pasien dengan infeksi bakteri yang resisten terhadap obat yang ditulis untuk pasien tersebut).
- 2) Resep atau order obat yang tidak terbaca yang menyebabkan kesalahan yang sampai pada pasien.

b. Kesalahan karena yang tidak diotorisasi

Pemberian kepada pasien, obat yang tidak diotorisasi oleh seorang penulis resep yang sah untuk pasien. Mencakup suatu obat yang keliru, suatu dosis diberikan kepada pasien yang keliru, obat yang tidak diorder, duplikasi dosis, dosis diberikan di luar pedoman atau protokol klinik yang telah ditetapkan, misalnya obat diberikan hanya bila tekanan darah pasien turun di bawah suatu tingkat tekanan yang ditetapkan sebelumnya.

c. Kesalahan karena dosis tidak benar

Pemberian kepada pasien suatu dosis yang lebih besar atau lebih kecil dari jumlah yang diorder oleh dokter penulis resep atau pemberian dosis duplikat kepada pasien, yaitu satu atau lebih unit dosis sebagai tambahan pada dosis obat yang diorder.

d. Kesalahan karena indikasi tidak diobati

Kondisi medis pasien memerlukan terapi obat tetapi tidak menerima suatu obat untuk indikasi tersebut. Misalnya seorang pasien hipertensi atau glukoma tetapi tidak menggunakan obat untuk masalah ini.

- e. Kesalahan karena penggunaan obat yang tidak diperlukan

Pasien menerima suatu obat untuk suatu kondisi medis yang tidak memerlukan terapi obat.

2. *Transcribing Error*

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

Jenis kesalahan obat yang termasuk *transcribing error*, yaitu:

- a. Kesalahan karena pemantauan yang keliru

Gagal mengkaji suatu regimen tertulis untuk ketepatan dan pendeteksian masalah, atau gagal menggunakan data klinik atau data laboratorium untuk pengkajian respon pasien yang memadai terhadap terapi yang ditulis.

- b. Kesalahan karena ROM (Reaksi Obat Merugikan)

- 1) Pasien mengalami suatu masalah medis sebagai akibat dari ROM atau efek samping.

2) Reaksi diharapkan atau tidak diharapkan, seperti ruam dengan suatu antibiotik, pasien memerlukan perhatian pelayanan medis.

c. Kesalahan karena interaksi obat

Pasien mengalami masalah medis, sebagai akibat dari interaksi obat-obat, obat-makanan, atau obat-prosedur laboratorium.

3. *Dispensing Error*

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

a. Kesalahan karena bentuk sediaan

1) Pemberian kepada pasien suatu sediaan obat dalam bentuk berbeda dari yang diorder oleh dokter penulis.

2) Penggerusan tablet lepas lambat, termasuk kesalahan.

b. Kesalahan karena pembuatan/penyiapan obat yang keliru

- 1) Sediaan obat diformulasi atau disiapkan tidak benar sebelum pemberian. Misalnya, pengenceran yang tidak benar, atau rekonstitusi suatu sediaan yang tidak benar. Tidak mengocok suspensi. Mencampur obat-obat yang secara fisik atau kimia inkompatibel.
- 2) Penggunaan obat kadaluarsa, tidak melindungi obat terhadap paparan cahaya.

c. Kesalahan karena pemberian obat yang rusak

Pemberian suatu obat yang telah kadaluarsa atau keutuhan fisik atau kimia bentuk sediaan telah membahayakan. Termasuk obat-obat yang disimpan secara tidak tepat.

4. *Administration Error*

Kesalahan pada *fase administration* adalah kesalahan yang terjadi pada proses penggunaan obat. Fase ini dapat melibatkan petugas apotek dan pasien atau keluarganya. Kesalahan yang terjadi misalnya pasien salah menggunakan supositoria yang seharusnya melalui dubur tapi dimakan dengan bubur, salah waktu

minum obatnya seharusnya 1 jam sebelum makan tetapi diminum bersama makan.

Jenis kesalahan obat yang termasuk *administration error* yaitu :

a. Kesalahan karena lalai memberikan obat

Gagal memberikan satu dosis yang diorder untuk seorang pasien, sebelum dosis terjadwal berikutnya.

b. Kesalahan karena waktu pemberian yang keliru

Pemberian obat di luar suatu jarak waktu yang ditentukan sebelumnya dari waktu pemberian obat terjadwal.

c. Kesalahan karena teknik pemberian yang keliru

1) Prosedur yang tidak tepat atau teknik yang tidak benar dalam pemberiansuatu obat.

2) Kesalahan rute pemberian yang keliru berbeda dengan yang ditulis; melalui rute yang benar, tetapi tempat yang keliru (misalnya mata kiri sebagai gantimata kanan), kesalahan karena kecepatan pemberian yang keliru.

d. Kesalahan karena tidak patuh

Perilaku pasien yang tidak tepat berkenaan dengan ketaatan pada suatu regimen obat yang

ditulis. Misalnya paling umum tidak patuh menggunakan terapi obat antihipertensi.

e. Kesalahan karena rute pemberian tidak benar

Pemberian suatu obat melalui rute yang lain dari yang diorder oleh dokter, juga termasuk dosis yang diberikan melalui rute yang benar, tetapi padatempat yang keliru (misalnya mata kiri, seharusnya mata kanan).

f. Kesalahan karena gagal menerima obat

Kondisi medis pasien memerlukan terapi obat, tetapi untuk alasan farmasetik, psikologis, sosiologis, atau ekonomis, pasien tidak menerima atau tidak menggunakan obat.

Adapun bentuk-bentuk kejadian *medication error*

tertera pada table dibawah:

Tabel 2. Bentuk-Bentuk Kejadian *Medication Error* (Cohen, M.R, 1999)

<i>Prescribing</i>	<i>Transcribing</i>	<i>Dispensing</i>	<i>Administration</i>
Kontraindikasi	Copy error	Kontraindikasi	<i>Administration error</i>
Duplikat	Dibaca keliru	Extra dose	Kontraindikasi
Tidak terbaca	Ada instruksi yang terlewatkan	Kegagalan mengecek instruksi	Obat tertinggal di samping bed

Intsruksi keliru	Mis-stamped	Sediaan obat buruk	Extra dose
Instruksi tidak lengkap	Instruksi tidak dikerjakan	Instruksi penggunaan obat tidak jelas	Kegagalan mengecek instruksi
Perhitungan dosis keliru	Instruksi verbal diterjemahkan salah	Salah menghitung dosis	Tidak mengecek identitas pasien
		Salah memberi label	Dosis keliru
		Salah menulis instruksi	Salah menulis instruksi
		Dosis keliru	Patient off unit
		Pemberian obat di luar instruksi	Pemberian obat di luar instruksi
		Instruksi verbal dijalankan keliru	Instruksi verbal dijalankan keliru

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Medication Error*

Terdapat berbagai macam faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya *medication error* menurut WHO, 2016:

- 1) Faktor yang terkait dengan tenaga medis
 - a) Kurangnya pelatihan terkait pengobatan
 - b) Pengetahuan dan pengalaman terkait obata yang tidak memadai
 - c) Pengetahuan terkait profil pasien yang tidak memadai

- d) Persepsi resiko yang tidak memadai
- e) Beban pekerjaan yang terlalu berat
- f) Masalah kesehatan fisik dan emosional
- g) Komunikasi yang buruk antara petugas kesehatan dengan pasien

2) Faktor yang terkait dengan pasien

- a) Karakteristik pasien (misalnya kepribadian, keaksaraan dan hambatan Bahasa)
- b) Kompleksitas kasus klinis, terkait kondisi kesehatan pasien, polifarmasi dan obat yang beresiko tinggi

3) Faktor yang terkait dengan lingkungan kerja

- a) Tekanan kerja dan waktu
- b) Gangguan interupsi (oleh tenaga medis lain dan pasien)
- c) Kurangnya protocol dan prosedur standar
- d) Sumber daya yang tidak mencukupi
- e) Masalah lingkungan kerja fisik (misalnya pencahayaan, suhu dan ventilasi)

4) Faktor yang terkait dengan obat-obatan

- a) Penamaan obat-obatan
- b) Pelabelan dan kemasan

- 5) Faktor yang terkait dengan tugas
 - a) Sistem berulang untuk pemesanan, pemrosesan dan otorisasi
 - b) Pemantauan pasien (tergantung pada praktek, pasien, fasilitas kesehatan lainnya dan penulis)
- 6) Faktor yang terkait dengan system informasi komputerisasi
 - a) Proses yang sulit untuk menghasilkan resep pertama (misalnya, daftar pilihan obat, regimen dosis standar dan peringatan yang tidak terjawab)
 - b) Proses yang sulit untuk menghasilkan resep ulang yang benar
 - c) Kurangnya akurasi catatan pasien
 - d) Desain yang tidak memadai yang memungkinkan kesalahan petugas (*human error*)
- 7) Penghubung antara pelayanan kesehatan primer dan sekunder
 - a) Terbatasnya komunikasi dengan tenaga medis ditingkat sekunder
 - b) Kurangnya justifikasi rekomendasi dari pelayanan kesehatan tingkat sekunder

d. Faktor-faktor Penyebab *Medication Error*

Medication error dapat terjadi dikarenakan adanya petugas yang kurang berpengalaman, kemiripan nama obat (*look alike sound alike*), salah dalam proses transkripsi, beban pekerjaan yang berlebihan, dan jumlah petugas yang kurang memadai (Smith, 2004).

Menurut (*American Hospital Association*, 1999) *medication error* dapat terjadi pada berbagai situasi seperti: informasi pasien yang tidak lengkap, misalnya tidak ada informasi tentang riwayat alergi dan penggunaan obat sebelumnya dan tidak ada informasi obat yang lengkap, misalnya cara penggunaan obat, frekuensi dan lama pemberian. Kesalahan komunikasi dalam peresepan, contohnya interpretasi Tenaga Teknis Kefarnasian yang keliru dalam membaca resep dokter karena tulisan yang tidak jelas, kesalahan membaca nama obat yang relatif mirip dengan nama obat lainnya, kesalahan membaca desimal, pembacaan unit dosis hingga singkatan peresepan yang tidak jelas serta adanya kesalahan penulisan etiket obat yang berisiko dibaca keliru, Faktor-faktor lingkungan yang turut mempengaruhi petugas seperti ruang apotik atau ruang praktik dokter yang tidak terang, hingga suasana tempat kerja yang tidak nyaman yang dapat mengakibatkan timbulnya

medication error. Berdasarkan penelitian kualitatif Rahmawati dan Oetari penyebab kesalahan pemberian obat antara lain: Kurangnya pengetahuan, terutama para dokter yang merupakan 22% penyebab kesalahan, tidak cukupnya informasi mengenai pasien seperti halnya data uji laboratorium, Sebanyak 10% kesalahan dosis yang kemungkinan disebabkan tidak diikutinya SOP pengobatan 9% karena lupa, Ada 9% kesalahan dalam membaca resep seperti tulisan tidak terbaca, interpretasi perintah dalam resep dan singkatan dalam resep, Salah mengerti perintah lisan, Pelabelan dan kemasan nomenklatur yang membingungkan, Blok dari penyimpanan obat yang tidak baik, Masalah dengan standar dan distribusi, Asesmen alat penyampai obat yang tidak baik saat membeli dan penggunaan misalnya pada alat infus obat anti kanker, Kegagalan komunikasi atau salah interpretasi antara dokter penulis resep dengan pembaca resep yaitu petugas farmasi. (Rahmawati, 2002).

Faktor beberapa penyebab *medication error* dapat berupa: 1) komunikasi yang buruk baik secara tertulis dalam bentuk kertas resep atau lisan (antara pasien, dokter dan apoteker), 2) sistem distribusi obat kurang mendukung (sistem komputerisasi, sistem penyimpanan obat, dan

sebagainya), 3) sumber daya manusia (kurang pengetahuan, pekerjaan yang berlebihan, dan lain-lain), 4) edukasi kepada pasien kurang, 5) peran pasien dan keluarganya kurang (Cohen, 1999), 6) nama obat yang hampir sama, 7) kesalahan pada penulisan dan penempelan label sediaan, 9) cara *dispensing* obat yang baik, cara pembuatan obat yang baik (CPOB) tidak diterapkan, dan 10) pelaksanaan sistem *formularium* yang belum memadai (Siregar, 2004).

Menurut Kemenkes 2004 Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain:

- 1) Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)

Komunikasi yang baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidaklengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkat dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

- 2) Kondisi Lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan dengan kondisi lingkungan, area *dispensing* harus di desain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan

pencahayaannya yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu, area kerja harus bersih, dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat yang disediakan untuk pasien harus disediakan dalam nampan yang terpisah.

3) Gangguan atau interupsi pada saat bekerja

Gangguan atau interupsi harus seminimal mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

4) Beban Kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup tinggi untuk mengurangi stress dan beban kerja yang berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

5) Edukasi Staff

Meskipun edukasi staff merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden atau kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden atau kesalahan (Muchid, 2008).

Penyebab *medication error* berbasis sistem dapat langsung ditelusuri pada kelemahan atau kegagalan dalam elemen-elemen kunci dibawah ini.

- 1) Informasi pasien. Untuk memandu terapi obat yang tepat, penyedia layanan kesehatan membutuhkan demografi

dan informasi klinis yang tersedia (seperti usia, berat badan, alergi, diagnosis, dan status kehamilan) dan informasi monitoring pasien (seperti nilai-nilai laboratorium dan tanda-tanda vital) yang mengukur dampak obat dan proses-proses yang mendasari penyakit pasien.

- 2) Informasi obat. Untuk meminimalkan risiko kesalahan, persediaan obat harus dikontrol dalam beberapa cara, dan informasi obat yang *up-to-date* harus siap dan dapat diakses untuk sistem perawatan kesehatan, catatan administrasi pengobatan pasien dan profil pasien, dan kegiatan klinis rutin oleh apoteker dalam daerah pengobatan pasien atau apotek.
- 3) Komunikasi yang terkait dengan pengobatan. Karena kegagalan komunikasi adalah pusat dari banyak kesalahan, organisasi perawatan kesehatan harus meningkatkan kerja sama tim kolaboratif, menghilangkan hambatan komunikasi antara penyedia layanan kesehatan, dan standarisasi cara-cara pemberian perintah dalam peresepan dan informasi obat lainnya dikomunikasikan untuk menghindari salah penafsiran.
- 4) Pelabelan, pengemasan, dan tata nama obat. Untuk memudahkan identifikasi dan penggunaan obat-obatan,

perusahaan produk, lembaga peraturan, dan organisasi perawatan kesehatan, terutama apotek, harus memastikan bahwa semua obat disediakan dalam wadah dan diberi label dengan jelas, termasuk pengemasan unit dosis untuk penggunaan institusi, dan harus mengambil langkah-langkah untuk mencegah kesalahan seperti nama-nama obat yang terlihat mirip (*look-alike*) dan terdengar mirip (*sound-alike*), kemasan obat yang rancuh, dan label obat yang membingungkan atau tidak ada.

- 5) Standarisasi, penyimpanan dan distribusi obat. Banyak kesalahan dapat dicegah dengan membatasi akses terhadap obat yang berisiko tinggi dan bahan kimia berbahaya, dan mendistribusikan atau memyalurkan obat dari apotek secara tepat waktu. Bila mungkin, organisasi perawatan kesehatan harus menggunakan produk obat yang tersedia secara komersial daripada obat peracikan. Di rumah sakit, penggunaan larutan intravena komersial disiapkan dan konsentrasi standar dapat meminimalkan proses yang rawan kesalahan seperti penyiapan campuran *i.v* dan perhitungan dosisnya di bagian farmasi.

- 6) Perangkat pengiriman dan penerimaan pengobatan, penggunaan, dan monitoring. Desain perangkat pengiriman obat tertentu memfasilitasi, bukan menghalangi, *medication error*. Organisasi perawatan kesehatan harus menilai keamanan perangkat sebelum pembelian, pastikan perlindungan terhadap keamanan – kegagalan yang tepat, dan memerlukan ke tidak bergantung pada proses pemeriksaan ulang dimana kesalahan dapat membahayakan pasien secara serius.
- 7) Faktor-faktor lingkungan. Faktor-faktor lingkungan seperti kurangnya pencahayaan, ruang kerja berantakan, kebisingan, gangguan, ketajaman pasien yang tinggi, dan aktivitas nonstop dapat berkontribusi pada kesalahan jika faktor-faktor tersebut menghambat kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk tetap fokus pada penggunaan obat. Kurangnya staff dan beban kerja yang berlebihan dalam banyak organisasi perawatan kesehatan saat ini membuat potensi untuk berbagai kesalahan terjadi.
- 8) Kompetensi dan edukasi staff. Meskipun pendidikan bagi staff sendiri adalah sebuah pendekatan cukup untuk pengurangan kesalahan, hal ini dapat memainkan peran penting bila dikombinasikan dengan strategi

pengurangan kesalahan berbasis sistem. Kegiatan yang paling efektif meliputi penilaian berkelanjutan dari kompetensi dasar penyedia perawatan kesehatan dan pendidikan tentang obat baru, obat non formularium, obat dengan peringatan tinggi, dan pencegahan kesalahan.

- 9) Edukasi pasien. Pasien dapat memainkan peran penting dalam mencegah kesalahan jika mereka telah diberikan edukasi tentang pengobatan mereka dan didorong untuk mengajukan pertanyaan dan mencari jawaban yang memuaskan. Pasien yang mengetahui nama dan dosis obat mereka, alasan untuk mengambil masing-masing obat, bagaimana obat-obat tersebut harus dikonsumsi, bagaimana bentuk obat-obat tersebut, dan bagaimana obat-obat tersebut bekerja, semua hal tersebut berada dalam posisi yang sangat baik untuk membantu meminimalkan kemungkinan kesalahan. Penyedia layanan kesehatan tidak hanya harus mengajarkan pasien bagaimana melindungi diri dari kesalahan-kesalahan pengobatan tetapi juga meminta masukan dari mereka dalam inisiatif peningkatan kualitas dan keamanan.
- 10) Kualitas proses dan manajemen resiko. Organisasi perawatan kesehatan, termasuk apotek masyarakat, dan

apotek layanan antar, membutuhkan sistem untuk mengidentifikasi, pelaporan, analisis dan mengurangi risiko kesalahan pengobatan. Budaya yang tidak menghukum untuk keamanan harus diusahakan untuk mendorong pengungkapan kesalahan dengan jujur dan kejadian yang mendekati kesalahan, memacu diskusi yang produktif, dan mengidentifikasi solusi berbasis sistem yang efektif. Pengecekan kontrol kualitas yang diletakkan di tempat strategis diperlukan. Kelebihan sederhana yang mendukung sistem yang tidak bergantung pada pemeriksaan ulang untuk obat peringatan tinggi dan proses yang rawan kesalahan dapat mempromosikan deteksi dan koreksi kesalahan sebelum kesalahan mencapai dan membahayakan pasien (Cohen, 2007).

Atas dasar sistem-sistem kunci ini, penyebab *medication error* dapat dirangkum sebagai berikut :

- 1) Kurangnya informasi tentang pasien
- 2) Kurangnya informasi tentang obat
- 3) Kegagalan komunikasi dan kerjasama
- 4) Label dan kemasan obat yang tidak jelas, tidak ada, atau terlihat mirip (*look- alike*) dan nama-nama obat yang

terlihat mirip (*look-alike*) dan terdengar mirip (*sound-alike*) yang membingungkan

- 5) Standarisasi, penyimpanan, dan distribusi obat yang tidak aman
- 6) Perangkat pengiriman obat-obatan yang tidak standar, cacat, atau tidak aman
- 7) Faktor-faktor lingkungan dan pola staff yang tidak mendukung keamanan
- 8) Orientasi staf, pendidikan yang masih berjalan, pengawasan, dan validasi kompetensi yang tidak memadai
- 9) Edukasi pada pasien yang tidak memadai tentang pengobatan dan kesalahan pengobatan (*medication error*)
- 10) Kurangnya budaya yang mendukung keamanan, kegagalan untuk belajar dari kesalahan, dan kegagalan atau tidak adanya strategi pengurangan kesalahan (Cohen, 2007).

e. Upaya Pencegahan Terjadinya *Medication Error*

Kesalahan obat berkisar dari resiko minimal sampai ke risiko yang mengancam kehidupan pasien. Kesalahan ini diakibatkan oleh karena melaksanakan suatu kesalahan (*commission*) atau kesalahan karena tidak mengambil

tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan untuk menurunkan tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) menurut (Depkes, 2008) :

1) Memaksa fungsi dan Batasan

Suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh: sediaan potassium clorida siap pakai dalam konsentrasi 10% NaCl 0,9%, karena sediaan dipasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi).

2) Otomatis dan computer

Membuat statis/rebotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh: komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan tanda “ atau tanda peringatan jika diluar standar (ada standar otomatis ketika digoxin ditulis 0,5g).

3) Standar dan protokol, standarisasi prosedur

Menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam panitia farmasi dan terapi serta

pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.

4) Sistem daftar tilik dan cek ulang

Alat kontrol berupa alat tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dan sistem.

5) Peraturan dan kebijakan

Untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien, contoh: semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker.

6) Pendidikan dan Informasi

Penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi.

7) Lebih hati-hati dan waspada

Membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh: baca sekali lagi sebelum menyerahkan.

4. Resep

Kelengkapan resep merupakan aspek yang sangat penting dalam peresepan karena dapat membantu mengurangi terjadinya *medication error*. Dalam hasil penelitian yang dilakukan di rumah sakit Amerika menunjukkan bahwa resep yang bebas dari kesalahan sebesar 85% tetapi 15% memiliki lebih dari satu kesalahan dalam peresepan. Pada penelitian di Yogyakarta menunjukkan bahwa resep yang memenuhi persyaratan yang berlaku adalah 39,8% (Rahmawati, 2002; Ridley et al., 2004).

a. Defenisi Resep

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit , resep merupakan permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien. Resep yang benar adalah ditulis secara jelas, dapat dibaca, lengkap dan memenuhi peraturan perundangan serta kaidah yang berlaku.

b. Ukuran Lembaran Resep

Lembaran resep umumnya berbentuk empat persegi panjang, ukuran ideal lebar 10-12 cm dan panjang 15-20 cm (Jas, 2009).

c. Jenis-jenis Resep

- 1) Resep standar (R/.Officinalis), yaitu resep yang komposisinya telah dibakukan dan dituangkan ke dalam buku farmakope atau buku standar lainnya. Penulisan resep sesuai dengan buku standar.
- 2) Resep magistrales (R/. Polifarmasi), yaitu resep yang sudah dimodifikasi atau diformat oleh dokter, bisa berupa campuran atau tunggal yang diencerkan dalam pelayanannya harus diracik terlebih dahulu.
- 3) Resep medicinal, yaitu resep obat jadi, bisa berupa obat paten, merek dagang maupun generik, dalam pelayanannya tidak mengalami peracikan. Buku referensi: Organisasi Internasional untuk Standarisasi (ISO), *Indonesia Index Medical Specialities (IIMS)*, Daftar Obat di Indonesia (DOI), dan lain-lain.
- 4) Resep obat generik, yaitu penulisan resep obat dengan nama generik dalam bentuk sediaan dan jumlah tertentu. Dalam pelayanannya bisa atau tidak mengalami peracikan (Jas, 2009).

d. Format Penulisan Resep

Penulisan resep merupakan kompetensi dokter dalam pelayanan kesehatan yang secara komprehensif menerapkan ilmu pengetahuan dan keahlian dibidang farmakologi dan

terapeutik secara tepat, aman, dan rasional khususnya kepada pasien (Amalia, 2014).

Kegiatan pengkajian resep meliputi administrasi, kesesuaian farmasetik dan pertimbangan klinis (Depkes RI, 2014)

1) Kajian administratif meliputi:

- a) Nama pasien, umur, jenis kelamin dan berat badan
- b) Nama dokter, nomor surat izin praktik (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf
- c) Tanggal penulisan resep

2) Kajian kesesuaian farmasetik meliputi;

- a) Bentuk dan kekuatan sediaan
- b) Stabilitas
- c) Kompatibilitas (ketercampuran obat)

3) Pertimbangan klinis meliputi

- a) Ketepatan indikasi dan dosis obat
- b) Aturan, cara dan lama penggunaan obat
- c) Dublikasi dan atau polifarmasi
- d) Reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, efek samping obat, dan manifestasi klinis lain)
- e) Kontraindikasi
- f) Interaksi

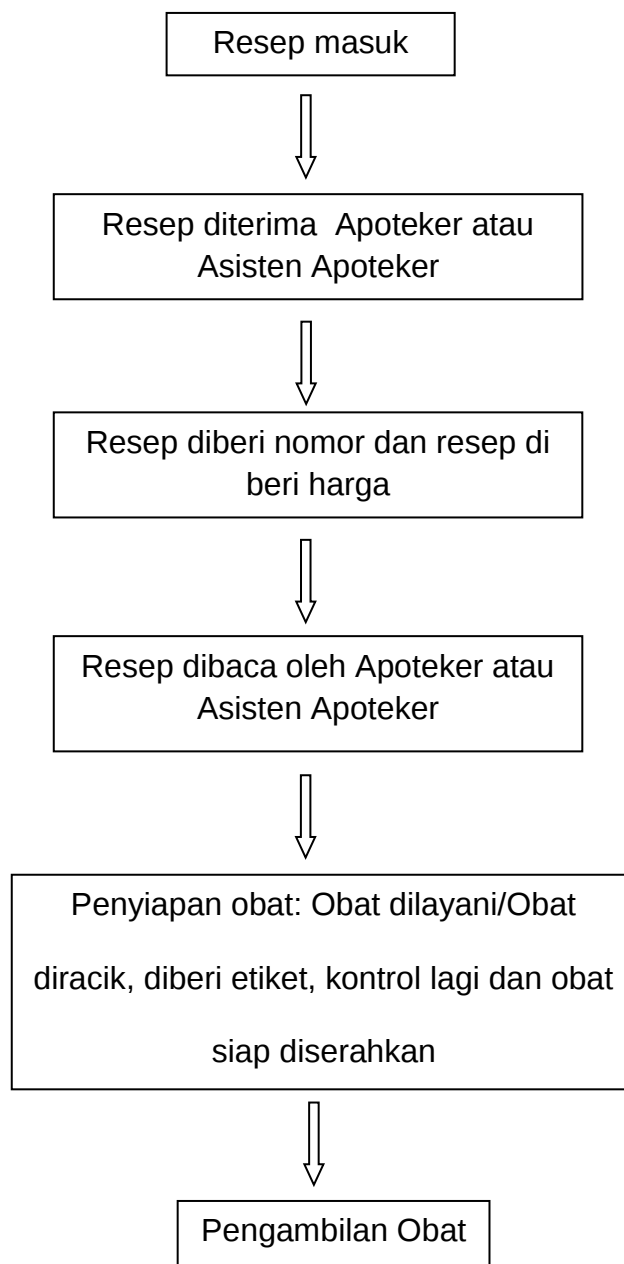
Dan bila ditemukan adanya ketidaksesuaian dari hasil pengamatan atau pembacaan maka apoteker harus menghubungi dokter penulis resep. Resep terdiri dari enam bagian, antara lain (Jas, 2009):

- 1) *Inscriptio*: Nama dokter, no. SIP, alamat/telepon/HP/kota/tempat, tanggal penulisan resep. Untuk obat narkotika hanya berlaku untuk satu kota provinsi. Sebagai identitas dokter penulis resep. Format *inscriptio* suatu resep dari rumah sakit sedikit berbeda dengan resep pada praktik pribadi.
- 2) *Invocatio*: permintaan tertulis dokter dalam singkatan latin "R/ = *resipe*" artinya ambilah atau berikanlah, sebagai kata pembuka komunikasi dengan apoteker di apotek.
- 3) *Prescriptio/Ordonatio*: nama obat dan jumlah serta bentuk sediaan yang diinginkan.
- 4) *Signatura*: yaitu tanda cara pakai, regimen dosis pemberian, rute dan interval waktu pemberian harus jelas untuk keamanan penggunaan obat dan keberhasilan terapi.
- 5) *Subscriptio*: yaitu tanda tangan/paraf dokter penulis resep berguna sebagai legalitas dan keabsahan resep tersebut.

6) *Pro* (diperuntukkan): dicantumkan nama dan umur pasien.

Teristimewa untuk obat narkotika juga harus dicantumkan alamat pasien (untuk pelaporan ke dinkes setempat).

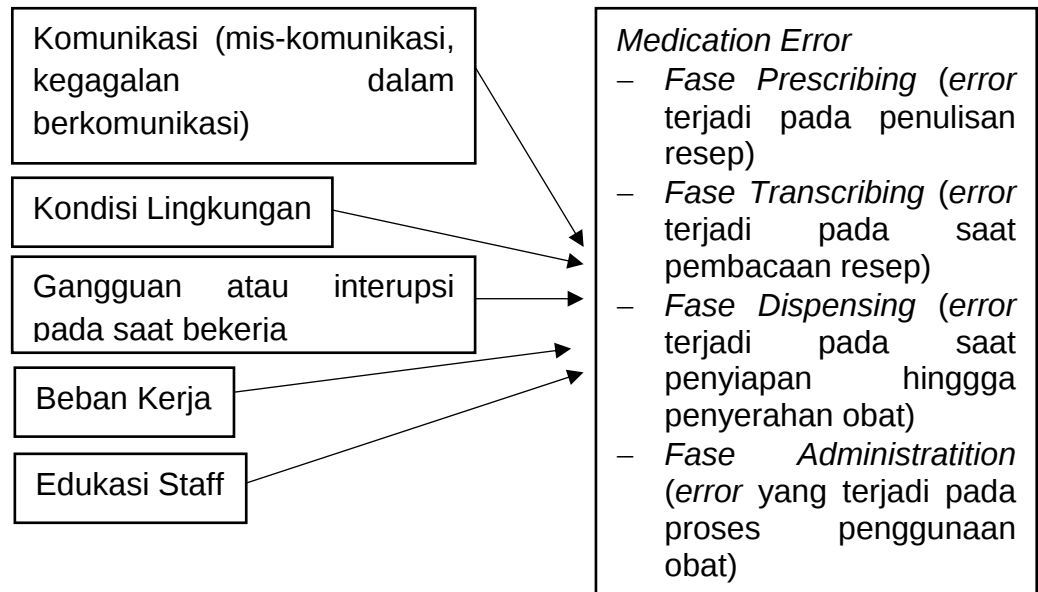
5. Alur Pelayanan Resep di Instalasi Farmasi RS Islam Faisal



Gambar 1. Alur pelayanan resep

6. Landasan Teori

Menurut Kemenkes faktor-faktor yang berkontribusi pada *medication error* antara lain:



Gambar 2. Teori Kemenkes dan Cohen, M.R

B. PENELITIAN TERDAHULU

Tabel 3. Matriks Penelitian Terdahulu Mengenai Pelayanan dan *Medication Error*.

No	Nama Jurnal, Tahun, volume, Nomor jurnal, Nama Peneliti	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Rekomendasi
1	PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT, Vol. 5, MEI 2016, Yosefien Ch. Donsu et al	Mengevaluasi pelayanan kefarmasian dan kesesuaian pelayanan kefarmasian dalam pendistribusian sediaan farmasi menurut Permenkes RI No. 58 Tahun 2014 di Instalasi Farmasi RSUP Prof. DR.R.D. Kandou Manado.	Menggunakan teknik sampling jenuh dengan seluruh tenaga farmasi depo rawat inap sebagai sampel dan wawancara kepada kepala Instalasi Farmasi dan penanggungjawab ruangan.	Sistem distribusi sediaan farmasi yang diterapkan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah sistem distribusi resep perorangan dan sistem dosis unit, dan telah sesuai Permenkes RI No. 58 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit.	Penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi Instalasi Farmasi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado untuk meningkatkan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Penelitian ini juga sebaiknya dapat menjadi pengetahuan tenaga farmasi di Instalasi

					Farmasi Farmasi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado mengenai sistem distribusi yang sedang diterapkan di Rumah Sakit.
2	PHARMACON Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT Vol. 5 No. 3, AGUSTUS 2016, Chintia Timbongol et al	Mengetahui <i>medication error</i> yang terjadi dan Mengetahui persentase <i>medication error</i> pada tahap <i>prescribing</i> di Poli Interna RSUD Bitung.	Penelitian deskriptif dengan pengumpulan data secara retrospektif yang didasarkan pada data resep di Poli Interna RSUD Bitung. Resep pasien sebanyak 369 lembar resep di Poli Interna RSUD Bitung pada periode Juli-Desember 2015	<i>Medication error</i> yang terjadi pada tahap <i>prescribing</i> meliputi tulisan resep tidak jelas atau tidak terbaca 6,50%, tidak ada umur pasien 62,87%, tidak ada bentuk sediaan 74,53%, tidak ada dosis sediaan 20,87%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa potensi terjadinya <i>medication error</i> pada tahap <i>prescribing</i> tergolong cukup tinggi.	

3	Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 5 Nomor 1, 2017, Vidia Sabrina Budihardjo	Untuk menggambarkan faktor perawat yang berkontribusi terhadap kejadian <i>medication error</i> di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya.	Jenis penelitian deskriptif observasional, pengambilan data adalah cross sectional. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik cluster sampling. Responden 56 perawat	57,1% di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya memiliki tingkat pengetahuan perawat yang cukup. 57,1% memiliki tingkat keterampilan perawat yang baik dan komunikasi dengan pasien baik, Kejadian <i>medication error</i> terjadi di sebagian besar ruangan (71,4%), Jenis kesalahan yang terjadi antara lain, waktu pemberian obat yang tidak sesuai, salah membaca advice dokter, pemberian obat dengan dosis berlebih dan obat yang tertukar dengan pasien lain.	
---	--	---	--	---	--

