



Komisi Akreditasi Rumah Sakit

MENCEGAH MEDICATION ERROR DI RUMAH SAKIT

Dr.dr.Sutoto,M.Kes,FISQua



PENDAHULUAN

- Praktik Pengobatan Yang Tidak Aman (UNSAFE MEDICATION PRACTICE) Dan Kesalahan Pengobatan (MEDICATION ERROR) Adalah Penyebab Utama Cedera Dan Bahaya Yang Dapat Dihindari Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Di Seluruh Dunia.
- Penggunaan Obat Telah Menjadi Semakin Kompleks Belakangan Ini
- Medication Error Adalah Penyebab Utama Kerugian Pasien Yang Dapat Dicegah
- Secara Global, Biaya Yang Terkait Dengan Medication Error Diperkirakan Mencapai \$ 42 Miliar Usd Setiap Tahun.



PENDAHULUAN

- Kesalahan Dapat Terjadi Pada Berbagai Tahap Proses Penggunaan Obat. Kesalahan Pengobatan Terjadi Ketika **Sistem Pengobatan Yang Lemah Dan/Atau Faktor Manusia** Seperti Kelelahan, Kondisi Lingkungan Yang Buruk Atau Kekurangan Staf Memengaruhi Praktik Peresepan, Pembuatan Transkrip, Pengeluaran, Administrasi Dan Pemantauan, Yang Kemudian Dapat Mengakibatkan Cedera Parah, Kecacatan, Dan Bahkan Kematian.
- **The Third Who Global Patient Safety Challenge: *Medication Without Harm***



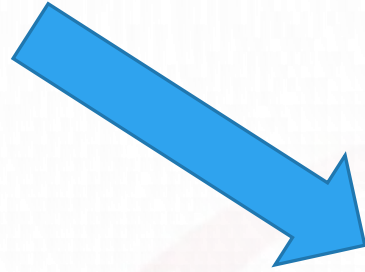
Definition of Medication Error

- Adalah peristiwa yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau mengarah pada penggunaan obat yang tidak tepat atau membahayakan pasien saat obat berada dalam kendali profesional pemberi asuhan, pasien, atau konsumen.
- Peristiwa semacam itu mungkin terkait dengan praktik profesional, produk perawatan kesehatan, prosedur, dan sistem, termasuk peresepan; komunikasi pesanan; pelabelan produk, pengemasan, dan nomenklatur; peracikan; pengeluaran; distribusi; administrasi; pendidikan; pemantauan; dan penggunaan. "

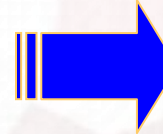
"A medication error is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer. Such events may be related to professional practice, health care products, procedures, and systems, including prescribing; order communication; product labeling, packaging, and nomenclature; compounding; dispensing; distribution; administration; education; monitoring; and use."



- UNSAFE MEDICATION PRACTICE
- MEDICATION ERROR



IKP



Outcome:

- CEDERA PARAH
- KECACATAN
- KEMATIAN

1. SISTEM PENGOBATAN YANG LEMAH
2. DAN/ATAU FAKTOR MANUSIA

kelelahan,
kondisi lingkungan yang buruk
kekurangan staf

mempengaruhi praktik
peresepan, pembuatan
transkrip, pengeluaran,
administrasi dan pemantauan

Medical Errors: Third Leading Cause of Death in US

Data di Amerika Serikat:

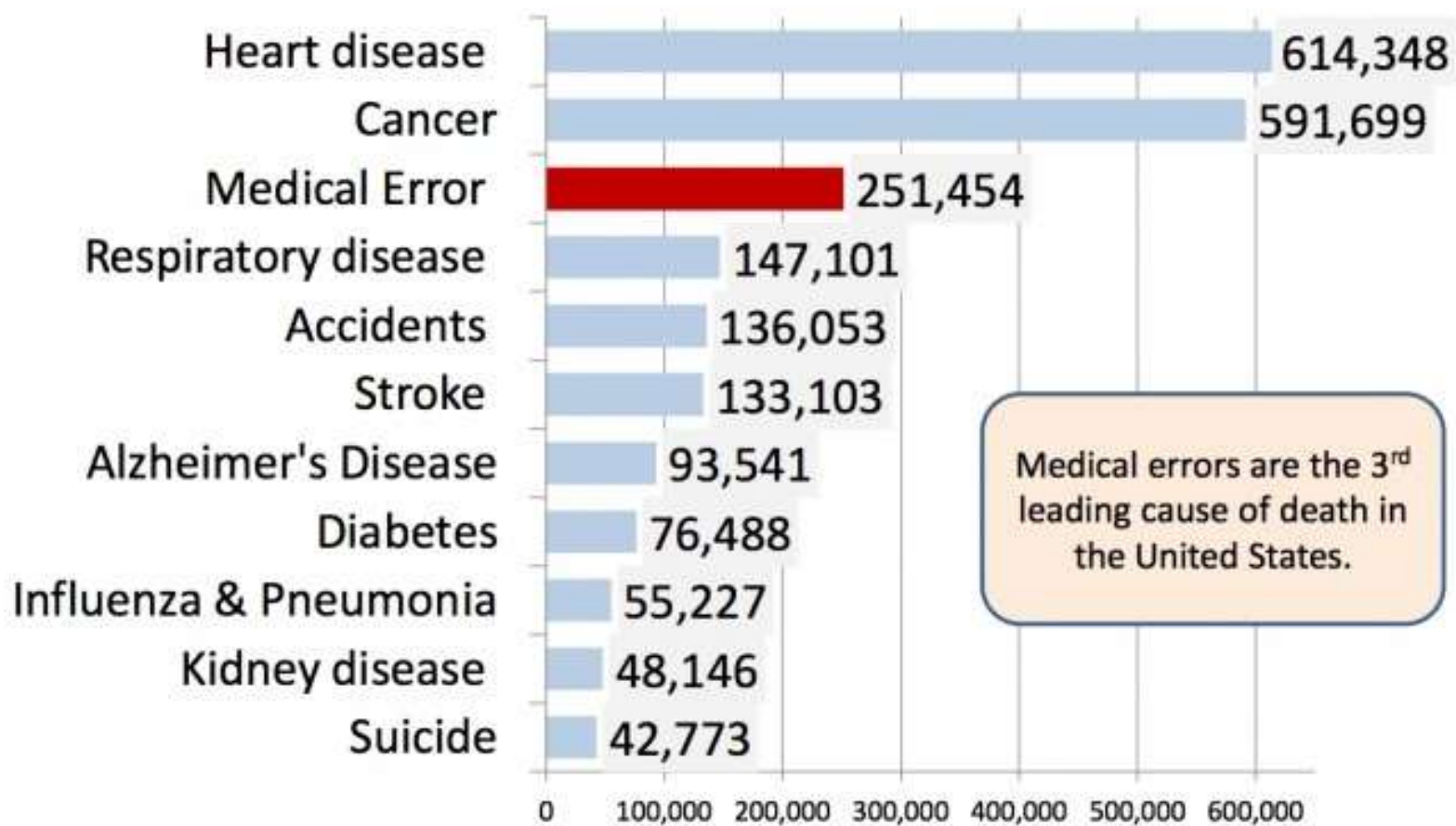
- Medication Error mengakibatkan 7.000 kematian per tahun di AS (IOM, 1999)
- > 770.000 pasien cedera karena medication error per tahun (AHRQ, 2001)

Data di Australia:

- 80.000 admisi per tahun karena medication error (MoH & Aging, 2003)



Number of Deaths in the United States



Sources: CDC. National Center for Health Statistics. Number of deaths for leading causes of death, 2014.

Epidural drug drip 'killed' new mother

By Matthew Hill
BBC West Health Correspondent

"My wife just didn't die, she was killed. For me, intentionally or not, that's the bottom line."

Just hours after Arnel Cabrera's son Zak was born, his wife Mayra died. Instead of being placed on a saline drip, she was given a drug used in epidurals.

It was a fatal mistake compounded by the fact the two infusion bags looked almost identical and were both kept in the same unlocked drawers.

An inquest ruled her death at Swindon's Great Western Hospital in May 2004 was unlawful.



Myra Cabrera worked as a nurse at the Great Western Hospital

"NHS faces 'potentially serious problems' from wrong prescriptions on the NHS."

Daily Telegraph 15/12/9

FACTORS CONTRIBUTING TO MEDICATION ERRORS

- Human-related
- System-related
- Medication-related



HUMAN-RELATED FACTORS

Providers

- ⦿ Over-worked
- ⦿ Under-trained
- ⦿ Competence
- ⦿ Distracted
- ⦿ Illness
- ⦿ Stressed

Patients

- ⦿ In a hurry
- ⦿ Health literacy level
- ⦿ Do not understand the medication/use
- ⦿ Trust providers to not make mistakes



SYSTEM-RELATED FACTORS

- ◉ Lack of communication
- ◉ Poor workflow
- ◉ Disorganized workspace
- ◉ Inadequate tools to complete work
- ◉ Lack of supervision



MEDICATION RELATED ERROR

- ◉ Look-alike/sound-alike medications
- ◉ Multiple dosage forms and strengths



TYPES OF MEDICATION ERRORS

Medication errors include

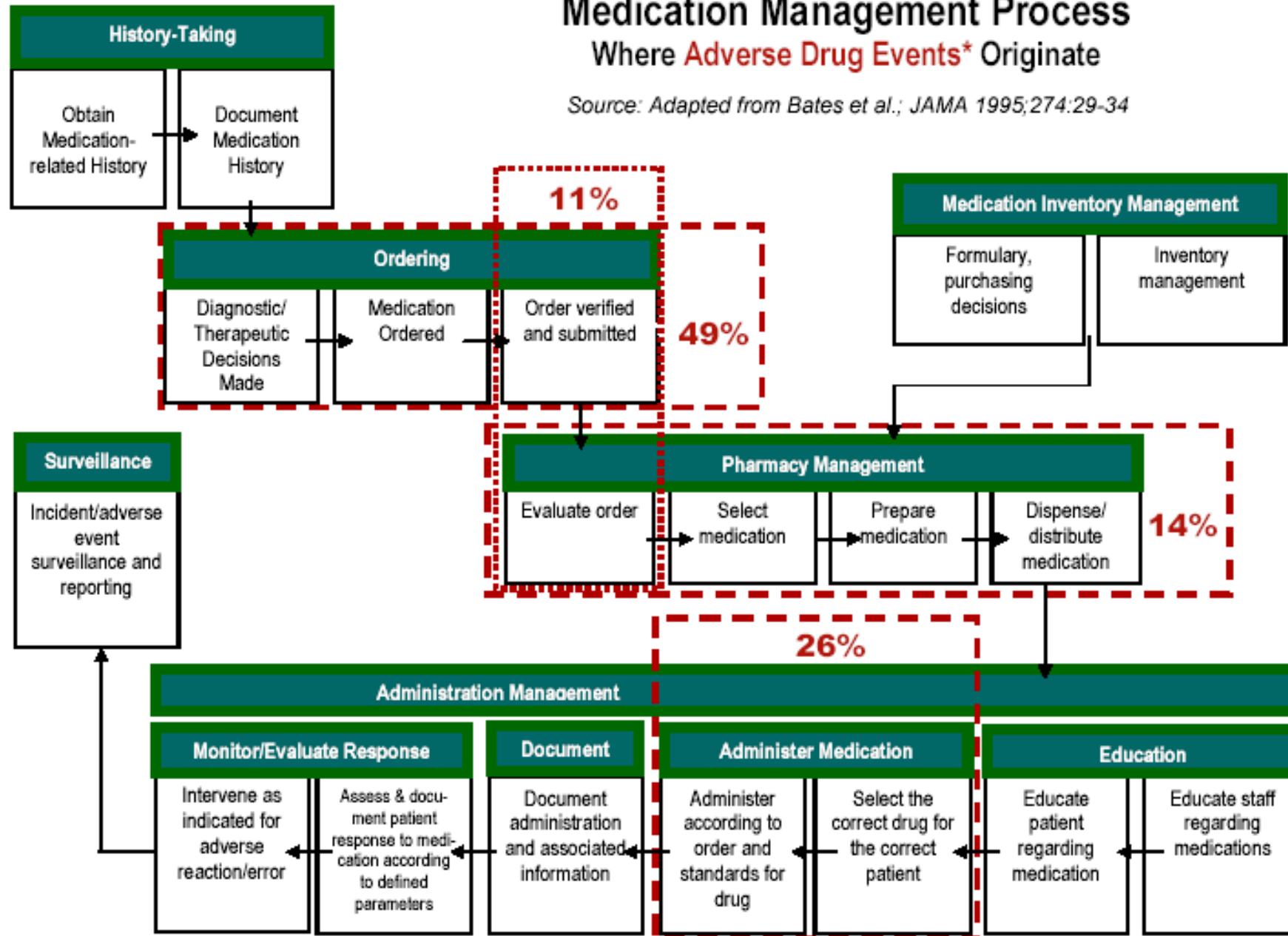
- Prescribing Error
- Dispensing Error
- Documentation Error
- Administration Error
- Transcription Error



Medication Management Process

Where Adverse Drug Events* Originate

Source: Adapted from Bates et al.; JAMA 1995;274:29-34



PRESCRIBING ERROR

- OBAT TIDAK TEPAT
- NAMA OBAT MEMBINGUNGKAN
- DOSIS TIDAK TEPAT
- KEKUATAN OBAT TIDAK TEPAT
- RUTE PEMBERIAN TIDAK TEPAT
- JUMLAH OBAT TIDAK TEPAT
- ADA KONTRAINDIKASI
- TULISAN TIDAK DAPAT DIBACA
- PENULISAN ANGKA, SATUAN TIDAK JELAS
- MENGGUNAKAN ISTILAH DAN SINGKATAN YANG TIDAK LAZIM
- INSTRUKSI VERBAL TIDAK JELAS



DISPENSING ERROR (1)

1. SALAH MEMBACA INSTRUKSI PENGOBATAN / RESEP
NAMA OBAT MIRIP: CONTOH : LOSEC DIBACA LASIX
2. PENULISAN PERMINTAAN OBAT YANG TIDAK
DIMENGERTI CONTOH : CAPTOPRIL 1/2 TABLET 25 MG
APAKAH YANG DIMINTA CAPTOPRIL 12,5 MG
ATAU 25 MG ?
3. SINGKATAN YG TIDAK DIMENGERTI : CONTOH : AZT →
AZIDOVUDIN ATAU AZATHIOPRIN



DISPENSING ERROR (2)

- 2. SALAH MENGHITUNG DOSIS:
 - SALAH MEMBACA PERMINTAAN TERTULISNYA
 - SALAH MENDENGAR PERMINTAAN LISAN
 - TIDAK MEMERIKSA KESESUAIAN DOSIS



DISPENSING ERROR (3)

- 3. SALAH DALAM PENYIMPANAN:
 - SUSUNAN PENYIMPANAN MEMBINGUNGKAN
 - MENYIMPAN OBAT YANG SUDAH KADALUARSA
 - MENYIMPAN OBAT TANPA IDENTITAS JELAS
 - MENYIMPAN OBAT LASA BERDEKATAN



DISPENSING ERROR (4)

- 4. SALAH MENGAMBIL OBAT DAN MERACIK OBAT
 - TIDAK TELITI MEMBACA ETIKET / LABEL OBAT
 - MENGAMBIL OBAT DARI BANYAK WADAH SEKALIGUS
 - MENYIAPKAN LEBIH DARI SATU SEDIAAN SEKALIGUS
 - TEKNIK PERACIKAN TIDAK BENAR
 - MENYIAPKAN DAN MERACIK OBAT DI TEMPAT YANG BANYAK GANGGUAN (INTERUPSI, CAHAYA KURANG, BISING, TERLALU PANAS/DINGIN)



DISPENSING ERROR (5)

- 5. SALAH MEMBERI LABEL / ETIKET:
 - TIDAK MEMBERI ETIKET DENGAN PERINTAH / ATURAN PAKAI YANG MEMADAI
 - MEMBERI LABEL YANG TIDAK BENAR



ADMINISTRATION ERROR

- 1. WAKTU PEMBERIAN TIDAK TEPAT
- 2. TERLEWATNYA DOSIS OBAT
- 3. DOSIS TIDAK TEPAT
- 4. MEMBERIKAN OBAT YANG SEHARUSNYA
TIDAK DIBERIKAN
- 5. OBAT TERTUKAR
- 6. CARA PEMBERIAN YANG TIDAK
BENAR (RUTE, KECEPATAN)

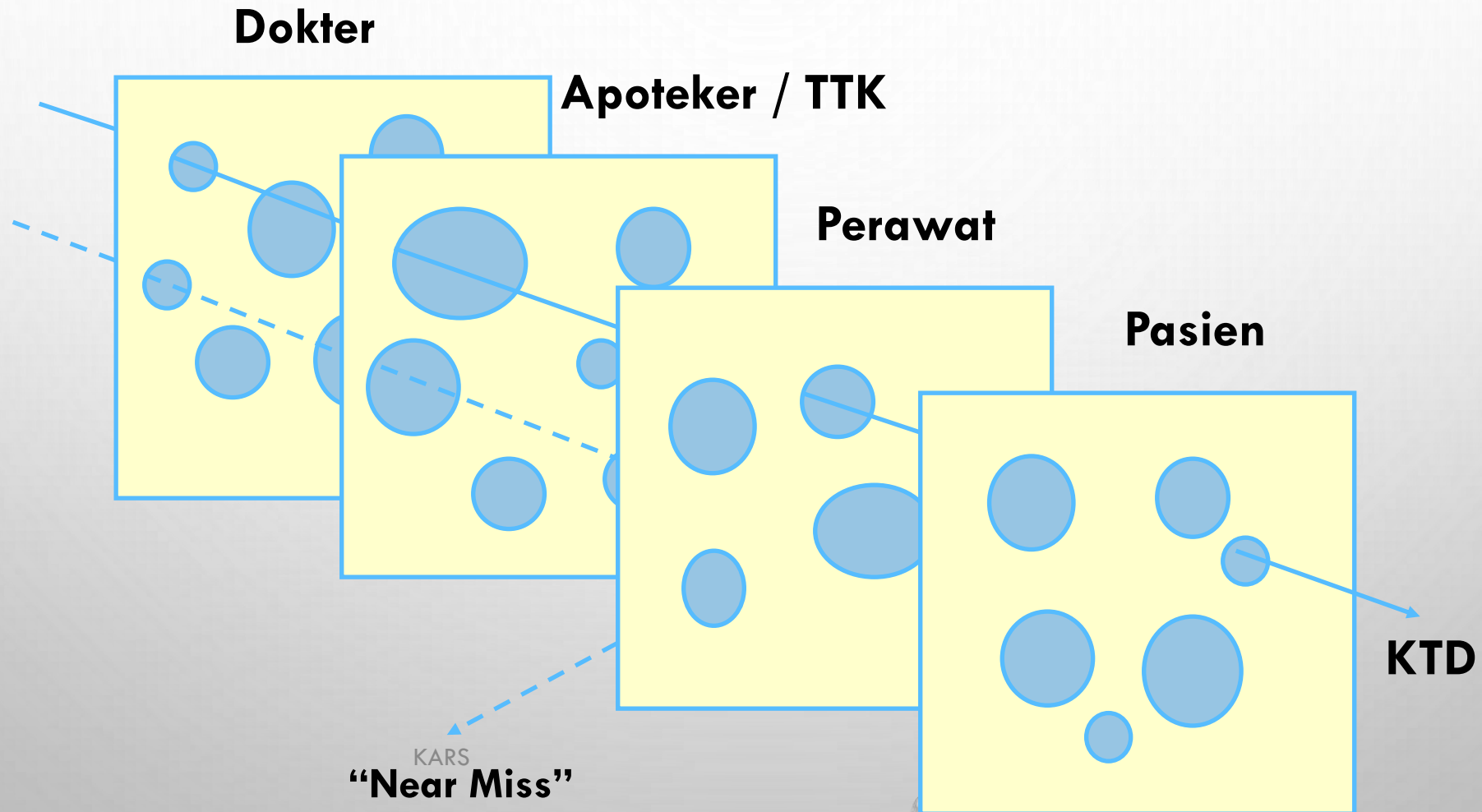


Kategori	Definisi	Level Error
A	Kejadian yang masih berpotensi akan menyebabkan kecelakaan	<i>No Error</i>
B	Kesalahan telah terjadi namun kesalahan tsb belum mencapai pada pasien.	<i>Error, No Harm</i>
C	Kesalahan terjadi dan telah mencapai pasien namun tidak mencederai pasien.	<i>Error, No Harm</i>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

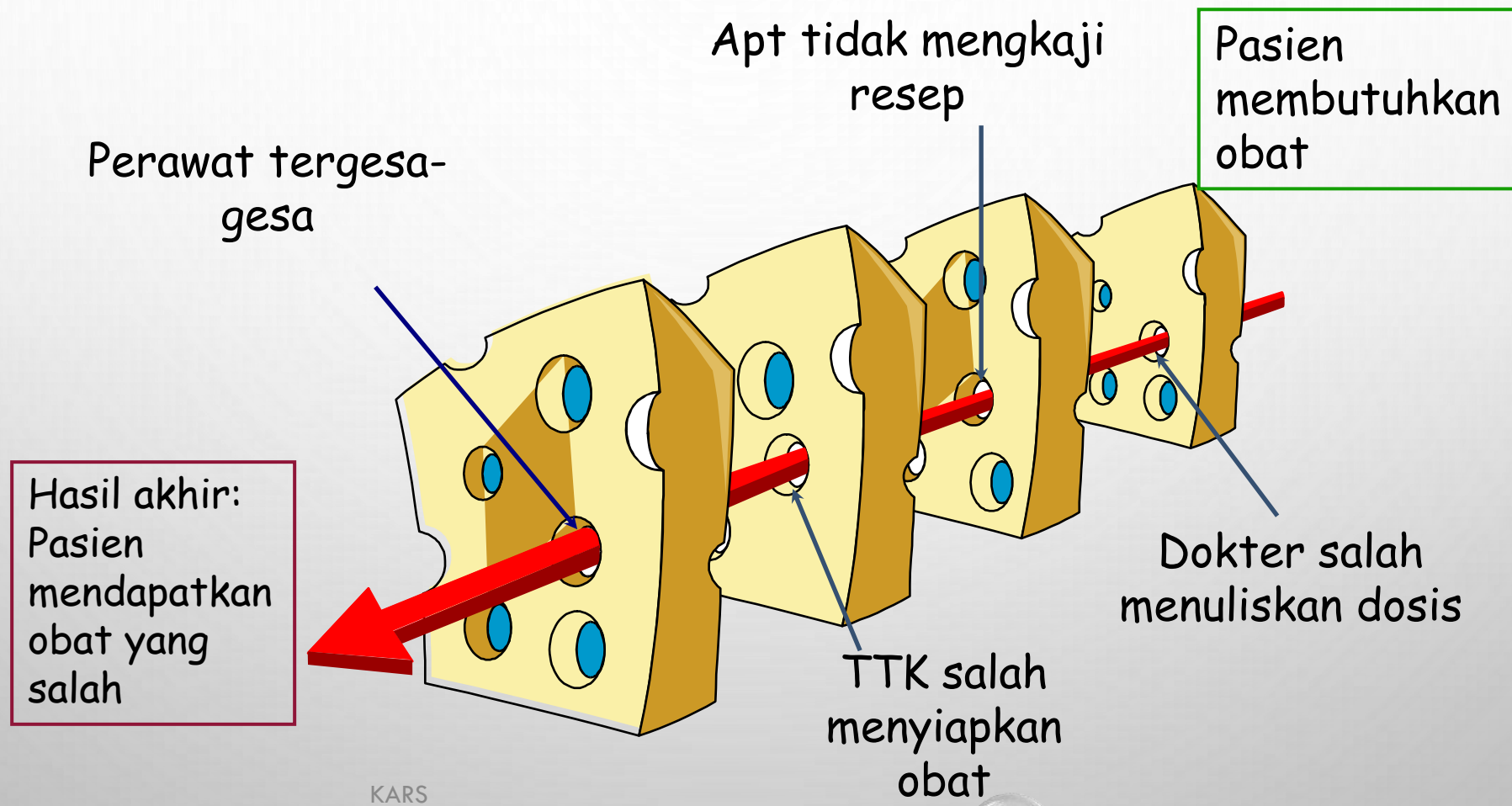
KATEGORISASI MEDICATION ERROR



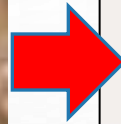
Lapisan Penghalang



“Swiss Cheese” Model of System Error: Example



PERESEPAN SAMPAI KE PEMBERIAN OBAT YANG AMAN



RESEP:

- Tulisan jelas dan terbaca, lengkap
- Pastikan 3 kondisi:
 1. Alergi obat
 2. Kontra indikasi
 3. Interaksi obat



- Telaah Resep
- Obat disiapkan asisten
- Telaah obat

Label obat Ranap:
5 info: Identitas pasien, nama obat, dosis, rute, waktu



Pastikan minimal 5R (5 Right):

1. Person
2. Drug
3. Dose
4. Route
5. Time

High alert drug : double check

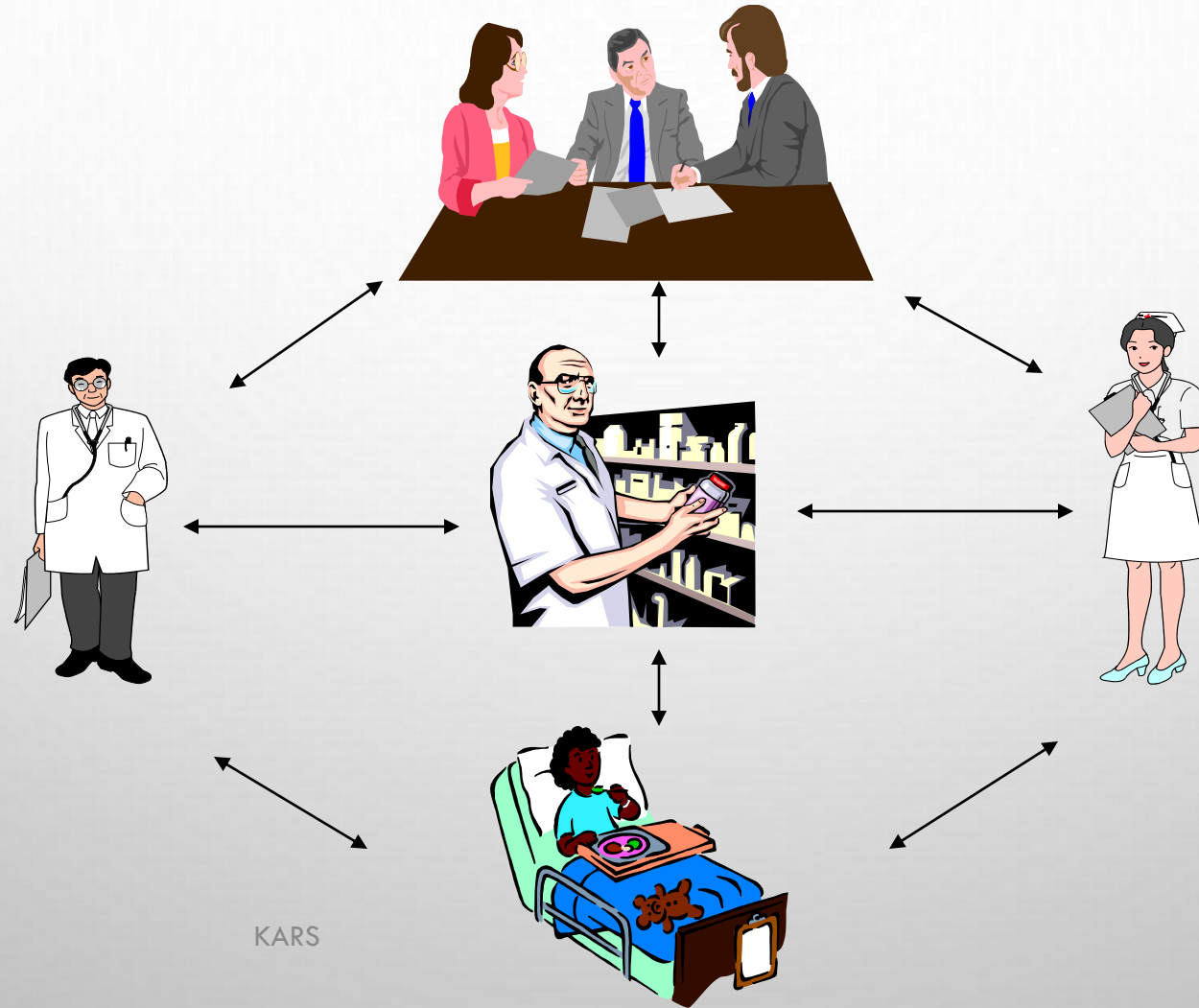
IDENTIFIKASI



MENCEGAH MEDICATION ERROR BERBASIS SISTEM



Medication error = Organizational / System error



Medication Without Harm



WHO Global Patient Safety Challenge



Objectives of the Global Challenge on Medication Safety

The Global Patient Safety Challenge on Medication Safety will facilitate a strengthening of systems and practices that can initiate corrective action within countries to improve patient safety and decrease avoidable harm related to medications.

In order to achieve this, the Challenge will adopt five specific objectives:

1. **ASSESS** the scope and nature of avoidable harm and strengthen the monitoring systems to detect and track this harm.
2. **CREATE** a framework for action aimed at patients, health professionals and Member States, to facilitate improvements in ordering, prescribing, preparation,

dispensing, administration and monitoring practices, which can be adopted and adapted by Member States.

3. **DEVELOP** guidance, materials, technologies and tools to support the setting up of safer medication use systems for reducing medication errors.
4. **ENGAGE** key stakeholders, partners and industry to raise awareness of the problem and actively pursue efforts to improve medication safety.
5. **EMPOWER** patients, families and their carers to become actively involved and engaged in treatment or care decisions, ask questions, spot errors and effectively manage their medications.

Standar Pelayanan
Kefarmasian di Rumah Sakit
(PMK No. 72/2016)

Standar PKPO SNARS Ed.1

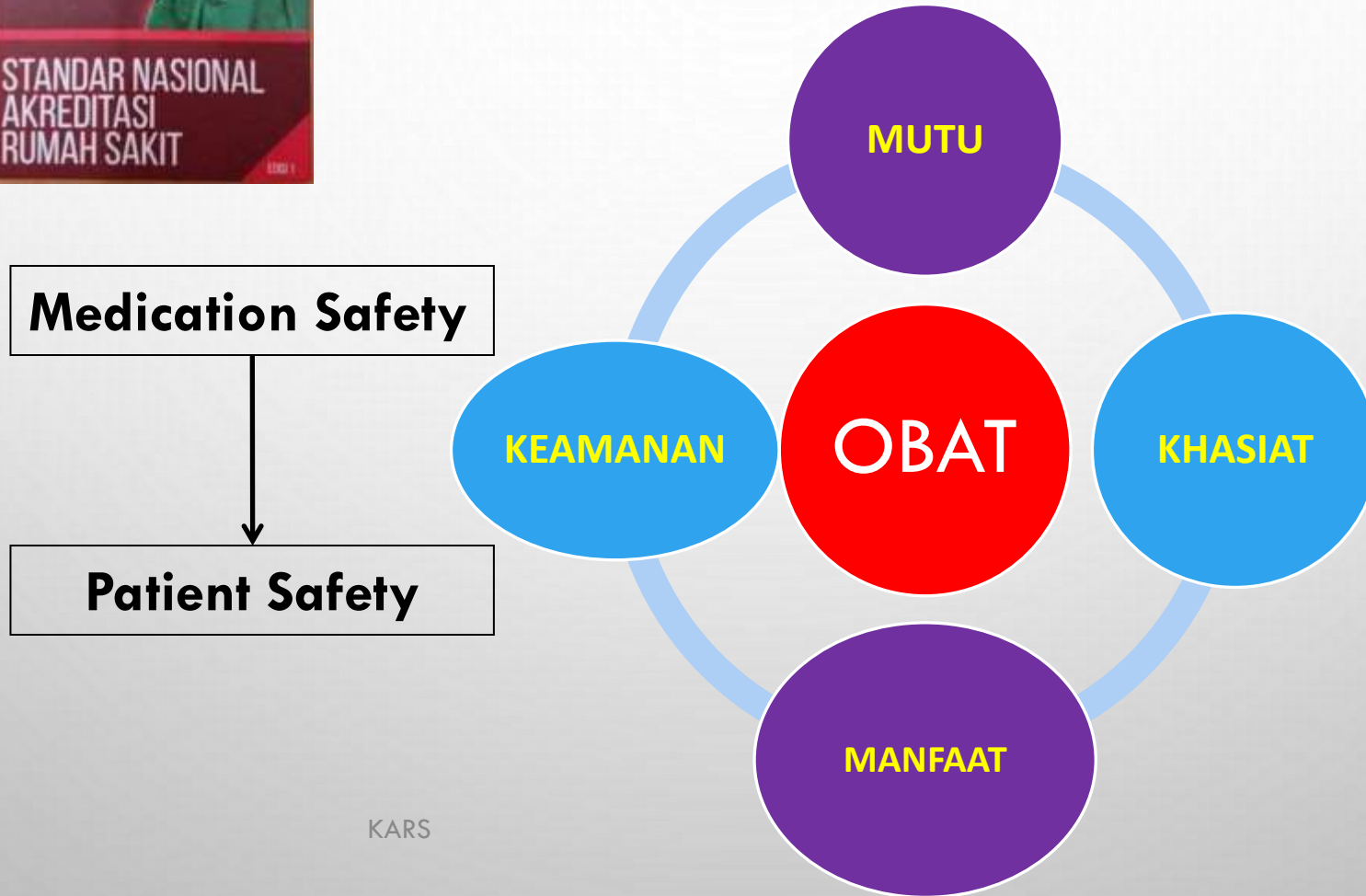
Basel Statements
www.fip.org/globalhosp

A Roadmap for Medication Safety



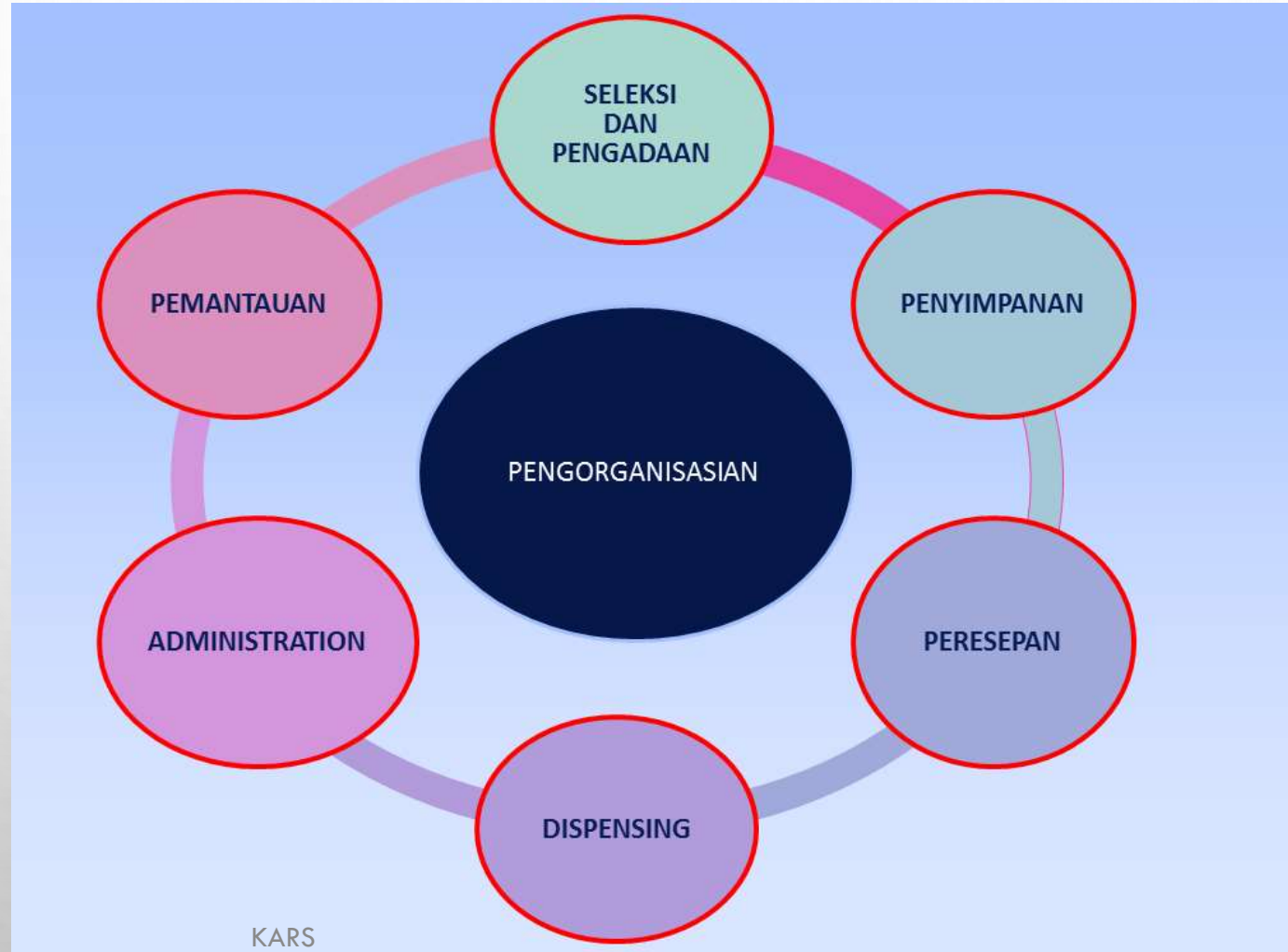


Rumah sakit harus memiliki sistem Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) yang menjamin:



PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT

SNARS EDISI 1.1



PKPO 1

Pengorganisasian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di rumah sakit harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien.



EP	R	D	O	W
1. Ada regulasi organisasi yang mengelola pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh atau mengarahkan semua tahapan pelayanan obat aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	Regulasi tentang organisasi PKPO yang menyeluruh			
2. Ada bukti seluruh apoteker memiliki ijin dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya. (D,W)		STRA; Form ceklis, Laporan supervisi semua proses PKPO		KaIF, Apt
3. Ada bukti pelaksanaan sekurang-kurangnya satu kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir. (D,W)		Kajian PKPO 12 bulan terakhir		KaIF, apoteker
4. Ada bukti sumber informasi obat yang tepat, terkini, dan selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat. (D,O,W)		Sumber informasi obat (formularium, MIMS/ISO disemua unit layanan	IF, unit kerja terkait	KaIF, Ka/staf Unit RI dan RJ
5. Terlaksananya pelaporan kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)		Laporan ME		KaIF, TFT, staf IF
6. Terlaksananya tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat untuk memperbaiki sistem manajemen dan penggunaan obat sesuai peraturan perundang-undangan. (D,W)		Tindak lanjut laporan ME		TFT, staf IF

Standar PKPO 7.1

Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pelaporan serta tindakan terhadap kesalahan penggunaan obat (*medication error*) serta upaya menurunkan angkanya.

Link dengan standar **Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 5:**

Rumah sakit memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi dan indikator-indikator berdasar atas prioritas tersebut.

EP	R	D	W
<p>1. Ada regulasi medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)</p>	<p>Regulasi tentang medication safety pada seluruh tahap PKPO</p>		
<p>2. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyari cedera, dan kejadian tidak cedera. (D,W)</p>		<p>Bukti pengumpulan dan monitoring seluruh angka kesalahan penggunaan obat</p>	<p>Komite Medis, Komite Mutu/Keselamatan Pasien, TFT, KaIF, Apoteker, Staf Farmasi</p>
<p>3. Ada bukti Instalasi Farmasi mengirimkan laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit. (D,W)</p>		<p>Bukti laporan Instalasi Farmasi ke Tim Keselamatan Pasien rumah sakit</p>	<p>KKPRS, KaIF, Apoteker, Staf Farmasi</p>

EP	D	W
<p>4. Ada bukti Tim Keselamatan Pasien RS menerima laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) dan akar masalah atau investigasi sederhana, solusi dan tindak lanjutnya, serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. (Lihat juga PMKP 7). (D,W)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti Tim KPRS menerima laporan kesalahan penggunaan obat 2. Bukti pelaksanaan mencari akar masalah/ investigasi sederhana 3. Bukti pencarian solusi dan tindak lanjutnya 4. Bukti penyusunan laporan ke KNKP 	<p>TFT, Komite Mutu/Keselamatan Pasien RS</p>
<p>5. Ada bukti pelaksanaan RS melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (medication error). (lihat juga PMKP 7 EP 1). (D,W)</p>	<p>Dokumen implementasi upaya</p>	<p>Komite Medis, TFT, KaIF, Apoteker</p>

Sekian
terimakasih

The End

Multidisipliner :

- Dokter
- Tenaga farmasi : Apoteker,
Tenaga Teknis Kefarmasian
- Perawat
- Tenaga administrasi
- Pabrik farmasi
- Pasien & keluarganya

Multifaktorial :

- kurangnya pengetahuan
- kinerja di bawah standar
- perilaku
- kelemahan sistem

