UNIVERSITAS
GADJAH MADA
Studi Kasus Kejadian Kesalahan Pemberian Obat oleh Perawat di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
Pariyani, Dr. dr. Andreasta Meliala, DiplPH., M.Kes., M.A.S. ; dr. Tjahjono Kunjoro, MPH, DrPH
Universitas Gadjah Mada, 2025 | Diunduh dari http://etd.repository.ugm.ac.id/

ABSTRAK

Latar belakang: Keselamatan pasien merupakan hal yang utama dalam pelayanan kesehatan. Terjadinya insiden keselamatan pasien menyebabkan cidera permanen, meningkatnya hari rawat sampai dengan kematian. Insiden yang terbanyak di RS Akademik UGM terkait medikasi. Perawat sangat berperan dalam pemberian obat dan merupakan barrier terakhir sebelum obat diberikan kepada pasien.

Tujuan: Mengekplorasi angka kejadian kesalahan pemberian obat, faktor-faktor penyebab kesalahan pemberian obat, strategi mengurangi kejadian kesalahan pemberian obat.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus dengan jenis studi kasus kolektif dan desain multikasus. Subyek penelitian ini adalah staf yang mengelola obat di RS Akademik UGM. Pengambilan data dilakukan dengan telaah dokumen laporan insiden keselamatan pasien dan Diskusi Kelompok Terarah. Analisis data dengan pengembangan ekplanasi.

Hasil: Gambaran kesalahan pemberian obat oleh perawat pada tahun 2022-2023 sebanyak 80 kejadian dengan kategori insiden Kejadian Tidak Cedera 71 (71; 88,8%). Kesalahan pemberian obat oleh perawat terjadi di ruang isolasi airborne (11; 13,8%) dengan jenis kesalahan terbanyak adalah salah dosis (30;37,5 %), dan pada pemberian obat dengan rute terbanyak intravena (61;76,3 %). Faktor penyebab kesalahan obat meliputi: kurangnya pengetahuan, kurangnya kesadaran, kurangnya komunikasi antar tim, pasien anak, kompleksitas kasus pasien, beban kerja meningkat, distraksi, keterbatasan alat syringe pump/ infus pump, obat Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM), sediaan obat yang tidak biasa, pelabelan tidak sesuai, kesalahan dan keterlambatan pengentrian resep obat, kesalahan pengaturan infus pump, kurangnya kepatuhan pengecekan ulang dan identifikasi pasien. Strategi mengurangi kesalahan obat meliputi pendidikan dan pelatihan, penyusunan regulasi dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien dan pengecekan ulang, meningkatkan budaya pelaporan insiden, pemisahan pasien anak dan dewasa, media pengingat, optimalisasi fungsi pemimpin dan kerjasama tim.

Kesimpulan: Kesalahan pemberian obat dipengaruhi oleh berbagai faktor dan diperlukan strategi yang perlu diimplementasikan semua lini untuk menjamin keamanan pemberian obat.

Kata kunci: Kesalahan pemberian obat, penyebab, strategi, perawat

UNIVERSITAS
GADJAH MADA
Studi Kasus Kejadian Kesalahan Pemberian Obat oleh Perawat di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada
Pariyani, Dr. dr. Andreasta Meliala, DiplPH., M.Kes., M.A.S. ; dr. Tjahjono Kunjoro, MPH, DrPH
Universitas Gadjah Mada, 2025 | Diunduh dari http://etd.repository.ugm.ac.id/

ABSTRACT

Background: Patient safety is a fundamental aspect of healthcare services. Incidents compromising patient safety can lead to permanent injury, prolonged hospitalization, or even death. At UGM Academic Hospital, the most frequently reported patient safety incidents are related to medication errors. Nurses play a crucial role in medication administration and serve as the final safeguard before medicines are delivered to patients.

Objective: To explore the incidence of medication administration errors, identify contributing factors, and examine strategies to reduce such errors.

Methods: This study applied a collective case study approach with multiple cases. Participants included healthcare personnel involved in medication management. Data were collected through a review of patient safety incident report documents and focus group discussions (FGDs). Data analysis was carried out using an explanation-building approach.

Results: A total of 80 medication administration errors involving nurses were reported between 2022 and 2023. The majority of incidents were classified as No Harm Incidents (71 cases; 88.8%). The highest number of errors occurred in the airborne isolation ward (11 cases; 13.8%). The most common type of error was incorrect dosage (30 cases; 37.5%), and the intravenous route was involved in the majority of incidents (61 cases; 76.3%). Contributing factors included insufficient knowledge and awareness, poor interprofessional communication, the complexity of pediatric patients and clinical cases, increased workload, distractions, equipment shortages, look-alike sound-alike (LASA) medicines, unfamiliar drug formulations, improper labeling, prescription input errors and delays, infusion pump setting mistakes, and non-compliance with double-check and patient identification procedures. Strategies to reduce errors included enhanced education and training, improved regulatory and reinforcing compliance with patient identification and double-check procedures, fostering a culture of incident reporting, separating pediatric and adult patients, implementing reminder tools, strengthening leadership and teamwork.

Conclusion: Medication administration errors result from multiple interrelated factors. The implementation of comprehensive and system-wide strategies is essential to ensure the safety of medication administration at all levels of healthcare delivery.

Keywords: Medication errors, causes, strategies, nurses