

Analisa sistem laporan kesalahan pemberian obat dirawat inap rumah sakit X tahun 2000-2003

Irna Susanti Hardiawan, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=73527&lokasi=lokal>

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penerapan sistem laporan kesalahan pemberian obat dirawat inap RS X sejak tahun 2000 hingga saat ini.

Sistem laporan mulai dari masukan yaitu sistematika dan pelatihan penulisan formulir laporan, kebijakan yaitu SOP (Standard Operating Procedure), komitmen pimpinan, dan dukungan semua departemen, motivasi yaitu sistem insentif dan rasa takut, takut hukuman, takut disalahkan, takut dipecat dan persepsi staf terhadap laporan yaitu hanya kasus besar / fatal saja yang dibuat laporan, tidak untuk kasus-kasus yang kecil. Sistem juga dilihat dari proses yaitu analisa / klarifikasi laporan juga pencarian akar masalah, tindakan koreksi / pencegahan yang dilakukan dan umpan balik serta evaluasi.

Metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan model studi kasus, menggunakan 8 kasus 2000-2002 dan 20 kasus hasil observasi 2003. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan juga terstruktur terhadap 14 informan dan observasi lapangan terhadap pemberian obat dirawat inap pada waktu tertentu terhadap 32 pasien.

Hasil penelitian terlihat masukan masih belum maksimal diterapkan, laporan, kebijakan, motivasi dan persepsi masih perlu diperbaiki terutama rasa takut menulis laporan masih sangat menonjol dari staf yang diwawancara. Pada proses kesalahan terbanyak yang dilaporkan adalah wrong drug sedangkan pada observasi kesalahan terbanyak adalah wrong time yang tidak dilaporkan semua kesalahan pada observasi berjumlah 20 kasus tidak ada laporan karena kasus kecil, tak tahu ada kesalahan dan atasan tidak tahu. Masih ada kasus-kasus yang akar masalahnya belum dicari dengan tuntas, hanya berhenti pada kesalahan orang yang tak menjalankan SOP sehingga tindakan koreksi / pencegahan tidak tepat. Kasus lain karena tulisan dokter yang tak jelas, distraksi telpon tindakan koreksi hanya sebatas pemberitahuan kepada dokter. Umpan balik dan evaluasi tidak pernah dilakukan.

Untuk memberikan hasil kerja sistem yang optimal maka perlu disarankan perbaikan-perbaikan sistem dari masukan sampai dengan proses dengan konsisten dapat diterapkan terutama menghilangkan kendala rasa takut untuk menulis dengan sosialisasi rutin.

<hr>

Analysis of the Incident Reporting System on Medication Error in the Wards at Hospital X for the Period Year 2000 ? 2003
The purpose of this research is to assess the effectiveness of the Implementation of the Incident Report System with regards to Medication Errors in the wards at Hospital X from the period year 2000 to 2003.

The design of the research was conducted using descriptive qualitative data obtained from the incident reports filed, hi-depth interviewing, structured interviews and observation studies were conducted from the data obtained from the incident reports.

The analysis were conducted using "input" that is, systematic forms, training on how to fill in the forms, existing policies e.g. SOP (Standard Operating Procedure), Senior management commitment, multidisciplinary support, staff motivation e.g. reward system, fear of job loss, punishment and staff perception of the error, small/big/fatal. The Process of the system was also analyzed from case-analysis/clarification, finding the root causes, corrective actions /preventive actions, feed back and evaluation.

The results of the research showed input should be improved, in particular fear of punishment, job loss. These two factors greatly influenced the "input". In "Process", it was shown that most errors reported were wrong drug errors, and from observation of 19 errors most of them were wrong time errors, no reports were written because of no fatal case, not known by their supervisors, and they did not realized there were errors.

In the majority of the incidents reported, the root causes of the incidents occurred were not well analyzed, blaming individuals by not following SOP were prominent. Corrective / preventive actions were not implemented correctly.

The analysis also revealed that poor doctors' handwritings and telephone distractions added to the drug error. Limited corrective actions were taken for this. Feedback and evaluation were not done.

From this study it is recommended that in order to optimize the implementation of the system, improvement should be made from input until process consistently, in particular, to eliminate fear in filing the incident reports and the system needs to be widely socialized and understood.