BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang 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. Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Siregar dan Amalia, 2004).

2.1.2 Profil Rumah Sakit Soemarno Sosroatmodjo

RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo merupakan badan layanan publik yang telah berbentuk Badan Layanan Umum Daerah dengan Surat Keputusan Bupati Kapuas pada tahun 2013. RSUD dr. H. Soemarno Sosroatmodjo terletak di jalan Tambun Bungai No. 16, Kabupaten Kuala Kapuas, Kecamatan Selat, provinsi Kalimantan Tengah. Jenis pelayanan dirumah sakit ini meliputi Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Gawat Darurat. (RSUD.kapuas.kab, 2019)

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

2.1.3.1 Tugas rumah sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif*.

2.1.3.2 Fungsi rumah sakit

Berdasarkan Undang-Undang RI No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi sebagai:

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.4 Tentang Pekerjaan Kefarmasian (PP 51 Tahun 2009)

2.1.4.1 Pasal 1:

a. Ayat 1: Pekerjaan Kefarmasian

Adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

b. Ayat 3: Tenaga Kefarmasian

Adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian.

c. Ayat 6: Tenaga Teknis Kefarmasian

Adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi dan tenaga menengah farmasi atau asisten apoteker.

2.1.4.2 Pasal 4 Tujuan Pengaturan Pekerjaan Kefarmasian Untuk:

a. Memberikan perlindungan kepada pasien dan masyarakat dalam memperoleh dan atau menetapkan sediaan farmasi dan jasa kefarmasian.

b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peraturan perundang-undangan.

c. Memberikan kepastian hukum bagi pasien, masyarakat dan tenaga kefarmasian.

2.1.4.3 Permenkes RI No. 72 /2016, tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di RS:

a. Pelayanan Kefarmasian dalam Penggunaan Obat dan Alkes:

1) masalah yang berkaitan dengan penggunaan Mengkaji instruksi pengobatan atau resep pasien.
2) Mengidentifikasi obat & alkes.
3) Mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alkes.
4) Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alkes.
5) Memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien atau keluarga.
6) Melakukan pencatatan setiap kegiatan.
7) Melaporkan setiap kegiatan.

2.2 Pengertian *Medication Error*

Errors adalah sesuatu yang dilakukan dengan salah karena ketidak tahuan atau ketidak sengajaan dan kegagalan untuk menyelesaikannya (Aronson, 2009). *Medication errors* adalah suatu kegagalan dalam proses pengobatan yang memiliki potensi membahayakan pada pasien dalam proses pengobatan ataupun perawatannya (Aronson, 2009). Kesalahan pengobatan ini dapat menyebabkan efek yang merugikan serta berpotensi menimbulkan risiko fatal dari suatu penyakit (Perwitasari, 2010).

2.2.1 Penggolongan *Medication Error*

Kejadian *Medication Error* dibagi 4 fase, yaitu fase *Prescribing* (peresepan) fase *Transcribing* (pembacaan

resep), fase *Dispensing* (penyiapan hingga penyerahan obat), dan fase *Administering* (proses penggunaan obat) (Depkes RI, 2014). Kesalahan *Medication* dapat digolongkan menjadi beberapa jenis seperti sebagai berikut:

a. *Prescribing*

Kesalahan pada tahap *prescribing* meliputi resep yang tidak masuk akal, tidak tepat, dan tidak efektif, resep diberikan kurang ataupun berlebih dan kesalahan dalam penulisan resep (termasuk tidak sahnya resep). Kesalahan pengobatan penting dihindari agar dapat tercapai penggunaan obat yang sesuai dengan kondisi pasien dan batasan yang ditentukan oleh keputusan terapeutik dalam regimen dosis yang mengoptimalkan keseimbangan manfaat yang membahayakan. Pada resep yang seimbang, mekanisme kerja obat harus sesuai dengan patofisiologi penyakit (Aronson, 2009).

b. *Transcribing Errors*

Lembar transkripsi adalah salinan perintah dokter yang identik berbentuk lembar elektronik sebagai bantuan untuk apoteker. Kesalahan dalam persiapan lembar transkripsi adalah *trascribing error*. *Transcribing errors* meliputi perubahan pada nama obat, formulasi obat, rute, dosis, regimen dosis terhadap perintah resep. Kesalahan lain sebagai berikut: Kesalahan informasi detail pasien: meliputi nama, umur, gender, registrasi yang tidak ditulis atau salah ditulis pada lembar salinan. Tipe-tipe *trascribing errors* antara lain (Ruchika Garg et al., 2014):

1) Kesalahan interval: ketika dosis yang diperintahkan tidak mencapai pasien pada waktu yang tepat.
2) Obat alternative: pengobatan diganti oleh apoteker tanpa sepengetahuan dokter
3) Kesalahan dosis: misalnya pada resep 0.125 mg menjadi 0.25 mg pada salinan.
4) Kesalahan rute: misalnya pada resep Ofloxacin tablet menjadi Ofloxacin I.V.

c. Dispensing

Pada tahap *dispensing* meliputi Kontraindikasi, extra dose, kegagalan mengececk intruksi, Sediaan obat buruk, intruksi penggunaan obat tidak jelas, salah menghitung dosis, salah member label, salah menulis intruksi, dosis keliru, pemberian obat diluar intruksi, (Dwiprahasto dan Kristin, 2008)

Kesalahan *dispensing* dapat berupa kesalahan obat yang diberikan kepada pasien, kesalahan pada label dan ketika pasien tidak menerima informasi obat (Sard BE et al., 2008).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sard BE (2008), kesalahan pada tahap dispensing terjadi ketika persiapan obat tidak tepat dan tidak lengkap atau tidak ada informasi obat (3,66%). Kesalahan ini dapat disebabkan oleh tingginya jumlah resep disaat jumlah apoteker terbatas. Ketidaklengkapan atau tidak ada informasi obat kepada pasien dapat menyebabkan perbedaan antara apa yang dimaksud dokter pada resep dan apa yang dilaksanakan oleh pasien. Perbedaan ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas.

d. Administering Error

Administering errors merupakan perbedaan antara apa yang diterima pasiendengan apa yang seharusnya diterima atau apa yang dimaksudkan oleh penulis resep pada urutan awal (Zed et al., 2008).

Kesalahan administrasi pengobatan adalah salah satu area risiko praktik keperawatan dan terjadi ketika adanya perbedaan antara obat yang diterima oleh pasien dan terapi obat yang ditujukan oleh penulis resep (Williams, 2007). Faktor yang paling umum yang berkontribusi pada *administering errors* adalah kegagalan untuk memeriksa identifikasi pasien sebelum pemberian, penyimpanan sediaan serupa di area yang sama, dan faktor lingkungan seperti ganobat (Williams, 2007).

Dokumentasi yang tidak akurat dan komunikasi yang buruk selama perubahan shift di rumah sakit juga berkontribusi pada *administering errors* (Kane-Gill et al., 2008).

Tabel. 1. Indeks *Medication Errors* untuk kategorisasi *errors* (berdasarkan dampak) (DepkesRI, 2008)

Errors	Kategori	Hasil
No Error	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
Erro, no harm (tidak membahayakan)	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 (membahayakan)	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 hamper merenggut nyawa pasien contoh syok anafilaktik
Error, death	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia

2.3 Prevelensi *Medication Error*

2.3.1 Prevalensi *Medication Error* pada *Dispensing Error*

Dalam penelitian Sekhar dkk di india (2011) Penelitian ini merupakan prospektif yang melibatkan resep rawat inap dari periode Desember 2007 hingga September 2008. Resep dari pasien dirawat di bangsal umum dilibatkan dalam penelitian ini. Kesalahan yang dilaporkan oleh perawat, yang didokumentasikan oleh apoteker dalam bentuk laporan kesalahan *Dispensing*. Semua kesalahan didokumentasikan dikumpulkan, dianalisis dan dikategorikan ke dalam berbagai jenis. Frekuensi terjadinya berbagai jenis kesalahan pengeluaran dihitung. Insiden kesalahan *dispensing* ditemukan menjadi 4,8% dan jenis yang paling sering ditemukan adalah *dispensing* obat yang salah (43,1%).

Dalam penelitian silvia dkk di brazil 2011 disebutkan lebih dari satu kesalahan dalam peresepan, total 1.632 kesalahan, ditemukan dalam obat yang perlu waspada tinggi (*high-alert*) sebanyak 632 (89,6%) dari 705 obat yang diresepkan dan dibagikan. Kemudian mengidentifikasi setidaknya satu kesalahan dispensing dalam setiap obat *high alert* yang di keluarkan, sejumlah 1.707 kesalahan. Di antara kesalahan *dispensing*, sebanyak 723 (42,4%) terjadi pada kesalahan isi yang bersamaan dengan kesalahan resep.

2.4 *Medication Error* Pada Fase *Dispensing*

2.4.1 Definisi *Dispensing*

Dispensing adalah kegiatan atau proses untuk memastikan kelayakan atau order resep obat, seleksi suatu obat zat aktif yang memadai dan pemberian obat yang tepat dari obat tersebut (Siregar, 2003).

Dispensing adalah proses menyiapkan dan menyerahkan obat kepada orang yang namanya tertulis pada resep. *Dispensing* merupakan tindakan atau proses yang memastikan ketepatan resep obat, ketepatan seleksi zat aktif yang memastikan ketepatan resep obat, ketepatan seleksi zat aktif yang memadai dan memastikan bahwa pasien atau perawat mengerti penggunaan dan pemberian yang tepat (Siregar, 2006).

Dispensing error adalah perbedaan antara obat yang diresepkan dengan obat yang diberikan oleh farmasi kepada pasien atau yang di distribusikan ke bangsal x, meliputi pemberian obat dengan kualitas informasi yang rendah (Cheung, 2009).

Dispensing yang baik adalah suatu proses praktik yang memastikan bahwa suatu bentuk obat yang benar dan efektif dihanntarkan pada penderita yang benar, dalam dosis dan dari obat yang tertuls kuantitasnya, dengan intruksi yang jelas, dan dalam suatu kemasan yang memelihara potensi obat. *Dispensing* termasuk semua kegiatan yang terjadi antara waktu resep atau dokter dan obat diterima. Atau suplai lain yang ditulis disampaikan kepada penderita (Siregar, 2003).

2.4.2 Kategori Kesalahan *Dispensing*

Menurut Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2008) 2.4.2.1 kategori kesalahan dalam pemberian obat adalah:

a. Pasien mengalami reaksi alergi
b. Kontraindikasi
c. Obat kedaluwarsa
d. Bentuk sediaan yang salah
e. Frekuensi pemberian yang salah
f. Label obat salah atau tidak ada atau tidak jelas

g. Informasi obat kepada pasien yang salah atau tidak jelas
h. Obat diberikan kepada pasien yang salah
i. Cara menyiapkan (meracik) obat yang salah
j. Jumlah obat yang tidak sesuai
k. ADR (Jika digunakan berulang)
l. Rute pemberian yang salah
m. Cara penyiapan yang salah
n. Penyiapan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah

2.4.3 Proses Dispensing

Good Pharmacy Practice menurut Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia (2011) adalah:

a. Tahap pertama:

Menerima dan memvalidasi order atau resep dengan mengidentifikasi penderita dan menegaskan nama penderita.

b. Tahap kedua:

Mengkaji order atau resep untuk kelengkapan resep meliputi:

a. Nama penderita
b. Ruang, kamar, nomor penderita
c. nama obat, kekuatan, bentuk sediaan, kuantitas, aturan pakai
d. Tanggal dan jam penulisan order atau resep
e. Tanda tangan dokter penulis dan Jika perlu, instruksi lain dari dokter.

c. Tahap ketiga:

Mengerti dan menginterpretasi order atau resep. Harus dilakukan oleh apoteker atau asisten apoteker senior yang telah terlatih untuk tahap ini:

a. Membaca order atau resep

b. Menginterpretasi setiap singkatan yang digunakan dokter penulis resep secara benar
c. Menegaskan bahwa dosis yang ditulis berada dalam rentang yang normal bagi penderita (jenis kelamin dan umur perlu diperhatikan)
d. Melakukan perhitungan dosis dan kuantitas secara benar
e. Mengkaji ketidak tepatan yang tertera pada resep, antara lain kontra indikasi, interaksi, duplikasi dan inkompatibilitas. Order obat secara lisan hanya diberikan dalam situasi luar biasa dan darurat.

d. Tahap keempat:

Menapis profil pengobatan penderita. Apoteker memasukkan semua data obat yang tertulis pada order atau resep formula kedalam profil formulir pengobatan penderita (terkomputerisasi). Suatu profil pengobatan penderita (p-3) mengandung dua jenis informasi, yaitu pertama informasi khusus penderita atau disebut juga data base yaitu umur dan bobot tubuh dihubungkan dengan kesesuaian dosis yang ditulis dokter dan kedua informasi terapi penderita.

e. Tahap kelima:

Menyiapkan, membuat, atau meracik sediaan obat. Beberapa langkah dalam penyiapan atau peracikan sediaan obat yang diminta dokter yaitu:

a. Menemukan atau memilih wadah obat persediaan
b. Formula (membuat, menghitung, mengukur dan menuang)
c. Proses memberikan etiket
d. Penghantaran atau distribusi

f. Tahap keenam :

Menyampaikan atau mendistribusikan obat kepada penderita. Untuk rawat jalan obat harus diberikan kepada penderita yang

namanya tertera pada resep atau perwakilannya. Untuk penderita rawat inap, obat didistribusikan sesuai dengan sistem distribusi obat untuk penderita rawat tinggal di RS.

2.5 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):

2.5.1 Memaksa fungsi dan batasan (*forcing function and constraints*) 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).

2.5.2 Otomatis dan komputer (*computerized prescribing order entry*)

2.5.3 Membuat statis atau 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).

2.5.4 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.

2.5.5 Sistem daftar tilik dan cek ulang Alat kontrol berupa alat tilik dan penetapan cek ulang setiap lagkah kritis dalam pelayanan. Untuk

mendukung efektifitas sistemini diperlukan pemetaan analisis titik krisis dan sistem.

2.5.6 Peraturan dan kebijakan Untuk mendukung keamanan proses managemen obat pasien, contoh: semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker.

2.5.7 Pendidikan dan Informasi

2.5.8 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.

2.5.9 Lebih hati-hati dan waspada Membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi sebelum menyerahkan.

2.6 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)

Digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya. (KKPRS Jakarta, 2015).

2.6.1 Definisi (KKPRS Jakarta, 2015)

2.6.1.1 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau Adverse Event Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*Commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien

2.6.1.2 Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss* adalah

suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien senhinggan tidak menyebabkan cedera pada pasien

2.6.1.3 Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan”

2.6.1.4 Kondisi Potensial Cedera (KPC) Adalah kondisi yang sangat berpotensi untik menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden

2.6.1.5 Kejadian Sentinel (Sentinel Event) Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius biasanya dipakai untik kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima

Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. (Depkes RI, 2008)

2.6.2 Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (Internal) (Depkes RI, 2008)

2.6.2.1 Apabila terjadi suatu insiden (KNC, KTD atau Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian wajib segera ditindaklanjuti (dicegah atau ditangani) untuk mengurangi dampak atau akibat yang tidak diharapkan.

2.6.2.2 Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja atau shift kepada Apoteker penanggung jawab dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam)

2.6.2.3 Laporan segera diserahkan kepada Apoteker penanggung jawab

2.6.2.4 Apoteker penanggung jawab memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang

dilaporkan.

2.6.2.5 Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan:

a. Grade Biru: Investigasi sedrhana oleh Apoteker penanggung jawab, maksimal 1 minggu
b. Grade Hijau: Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 2 minggu
c. Grade Kuning: Investigasi Koperhesif atau Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
d. Grade Merah: Investigasi komperhesif atau Root Cause Anlysis (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

2.6.2.6 Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.

2.6.2.7 Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan Regrading

2.6.2.8 Untuk Grade kuning atau merah, Tim KP di RS akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA)

2.6.2.9 Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa: Petunjuk atau *safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali

2.6.2.10 Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi

2.6.2.11 Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran “diberikan umpan baik kepada instalasi farmasi

2.6.2.12 Apoteker penanggung jawab akan membuat analisis dan tren kejadian di satuan kerjanya

2.6.2.13 Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.