

Penerapan Manajemen Risiko Kejadian Nyaris Cedera (KNC) di Unit Farmasi Klinik

Nurhaeni Sikki¹, Ghia Oktarini², Mutiara Rizqie³

^{1,2,3}Universitas Sangga Buana YPKP Bandung, Indonesia

E-mail: nurhaeni.sikki@usbykp.ac.id¹, ghiaoktarini@gmail.com², mutiararizqieab@gmail.com³

Article History:

Received: 21 Juli 2026

Revised: 27 Juli 2026

Accepted: 03 Agustus 2026

Keywords: kejadian nyaris cedera; manajemen risiko klinis; keselamatan pasien; LASA; farmasi klinik; 5 Why Analysis.

Abstract: Kejadian Nyaris Cedera (KNC) di unit farmasi merupakan indikator penting dalam keselamatan pasien karena dapat berkembang menjadi insiden serius apabila tidak dikelola secara sistematis. Penelitian ini bertujuan menganalisis penerapan manajemen risiko klinis dalam pencegahan KNC di Unit Farmasi Klinik. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus melalui observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan telaah dokumen laporan Insiden Keselamatan Pasien periode Januari–Desember 2025. Data dianalisis menggunakan matriks grading risiko dan metode 5 Why Analysis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KNC paling banyak terjadi pada fase peresepan dan penyiapan obat, terutama akibat kesalahan pengambilan obat Look-Alike Sound-Alike (LASA). Faktor utama meliputi penataan obat yang belum sesuai standar, peresepan manual tanpa validasi elektronik, dan rendahnya budaya pelaporan. Penerapan manajemen risiko klinis membantu mengidentifikasi akar masalah dan menetapkan strategi mitigasi yang lebih tepat. Penelitian ini merekomendasikan penerapan Tall Man Lettering, standardisasi etiket, e-prescribing, serta sistem pelaporan insiden yang nonpunitif.

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan komponen fundamental dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas. World Health Organization (WHO) melalui Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 menegaskan bahwa pencegahan bahaya yang dapat dihindari dalam perawatan kesehatan merupakan prioritas global yang mendesak (WHO, 2021). Di Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerapkan sistem keselamatan pasien yang komprehensif, termasuk di unit farmasi.

Unit farmasi merupakan salah satu unit pelayanan dengan risiko tinggi karena memiliki peran sentral dalam pengelolaan obat mulai dari peresepan, transkripsi, penyiapan, hingga penyerahan obat kepada pasien. Setiap tahapan tersebut berpotensi menimbulkan kesalahan pengobatan yang dapat berdampak serius terhadap keselamatan pasien (Khairurrijal & Putriana, 2018). Meskipun frekuensi kejadian di suatu unit farmasi klinik berskala kecil mungkin tidak besar,

setiap insiden tetap memiliki potensi dampak yang signifikan apabila tidak dikelola secara sistematis.

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *near miss* merupakan insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien karena terdeteksi dan dicegah sebelum sampai ke pasien, namun memiliki potensi yang sangat besar untuk berkembang menjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang membahayakan keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2017). KNC sering disebut sebagai “gunung es” dari insiden keselamatan pasien karena setiap KTD yang terjadi biasanya didahului oleh KNC yang tidak terdeteksi dan tidak dilaporkan. Oleh karena itu, pengelolaan KNC yang efektif merupakan kunci dalam pencegahan insiden keselamatan pasien yang lebih serius, bahkan pada skala fasilitas pelayanan kecil dengan jumlah kejadian yang relatif terbatas. Salah satu faktor risiko spesifik yang memiliki dampak potensial paling besar di unit farmasi adalah pengelolaan obat *Look-Alike Sound-Alike (LASA)* atau Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Meskipun frekuensinya kecil pada skala klinik, obat *LASA* tetap menjadi penyumbang proporsi kejadian tertinggi dibandingkan jenis insiden lainnya. Penelitian Melina et al. (2024) di RS Bhayangkara Brimob menemukan ketidaksesuaian penyimpanan obat *LASA* mencapai 71,43%–76,16% di berbagai unit pelayanan, yang menegaskan bahwa risiko *LASA* bersifat universal dan tidak terbatas pada fasilitas berskala besar saja.

Manajemen risiko klinis merupakan pendekatan sistematis yang mencakup identifikasi, analisis, evaluasi, dan pengendalian risiko klinis untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (Wardhani, 2017). Penerapan manajemen risiko klinis yang efektif di unit farmasi diharapkan dapat menjadi strategi proaktif dalam menurunkan angka KNC dan meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, bahkan pada fasilitas dengan volume kejadian yang relatif kecil, karena setiap insiden tetap berpotensi memberikan pembelajaran sistemik yang berharga.

Penelitian mengenai penerapan manajemen risiko klinis secara spesifik di unit farmasi klinik berskala kecil, dengan jumlah kejadian yang terbatas namun tetap memerlukan analisis mendalam, masih jarang dilakukan. Penelitian ini dirancang untuk mengisi celah tersebut dengan menganalisis secara menyeluruh penerapan manajemen risiko klinis dalam pencegahan KNC di Unit Farmasi Klinik, menggunakan kerangka Donabedian (struktur–proses–outcome) dan metode 5 Why Analysis sebagai alat Root Cause Analysis (RCA).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah adalah sebagai berikut: (1) mengidentifikasi jenis dan frekuensi KNC yang terjadi di Unit Farmasi Klinik; (2) menganalisis penerapan tahapan manajemen risiko klinis berdasarkan frekuensi dan dampak tingkat keparahan; (3) mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya KNC; dan (4) merumuskan rekomendasi strategi pencegahan KNC berbasis manajemen risiko.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian bertujuan untuk memahami secara mendalam proses penerapan manajemen risiko klinis dalam konteks nyata pelayanan farmasi, yang tidak dapat sepenuhnya ditangkap melalui pendekatan kuantitatif semata (Creswell & Poth, 2018).

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Unit Farmasi Klinik, yang merupakan klinik pratama yang memberikan pelayanan kefarmasian rawat jalan dengan rata-rata 50–75 lembar resep per hari. Pengumpulan data dilakukan selama 3 bulan (Maret–Mei 2026).

Subjek Penelitian

Penentuan informan menggunakan teknik purposive sampling. Kriteria inklusi informan: (1) terlibat langsung dalam proses pelayanan kefarmasian minimal 3 bulan, (2) bersedia berpartisipasi sebagai informan. Total informan kunci berjumlah 6 orang, terdiri dari 2 Apoteker Penanggung Jawab, 2 Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK), 1 Kepala Klinik, dan 1 Petugas Tim Mutu/PMKP.

Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui tiga metode: (1) Observasi partisipatif pada seluruh alur pelayanan kefarmasian selama 4 minggu, dengan fokus pada identifikasi potensi risiko di setiap tahapan; (2) Wawancara mendalam semi-terstruktur dengan 6 informan kunci menggunakan panduan wawancara yang telah diuji coba; (3) Telaah dokumen, meliputi laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2025, Standar Operasional Prosedur (SOP), hasil inspeksi penyimpanan obat, dan laporan Komite Mutu.

Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan melalui tiga tahapan berdasarkan model Miles & Huberman (2014): (1) Reduksi data yaitu memilih dan memfokuskan data yang relevan dengan tujuan penelitian; (2) Penyajian data yaitu menyusun data dalam bentuk narasi, matriks, dan tabel; (3) Penarikan kesimpulan/verifikasi yaitu merumuskan temuan berdasarkan pola yang muncul dari data. Persentase frekuensi tiap jenis KNC dihitung menggunakan rumus: $\text{Persentase (\%)} = (\text{Frekuensi jenis KNC} \div \text{Total seluruh KNC}) \times 100\%$. Analisis risiko dilakukan menggunakan matriks grading risiko 5x5 (Australian/New Zealand Risk Management Standard AS/NZS 4360:2004) yang disesuaikan dengan konteks pelayanan farmasi, dengan penghitungan $\text{Skor Risiko} = \text{Probabilitas} \times \text{Dampak}$, masing-masing dengan skala 1 (sangat rendah/jarang) hingga 5 (sangat tinggi/sering). Investigasi akar masalah menggunakan metode 5 Why Analysis pada kasus KNC dengan skor risiko tertinggi. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber (informan berbeda), triangulasi metode (observasi, wawancara, dokumen), dan member check.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

1. Karakteristik Unit Farmasi Klinik X

Unit Farmasi Klinik merupakan unit farmasi klinik pratama yang melayani pasien umum dan peserta JKN (BPJS Kesehatan). Kapasitas pelayanan rata-rata 50–75 resep/hari dengan 2 shift kerja. Tenaga kefarmasian terdiri dari 2 apoteker dan 2 TTK. Sistem peresepan menggunakan resep manual (tulisan tangan) dan sudah mengimplementasikan peresepan elektronik (e-prescribing). Sistem pelaporan IKP tersedia namun belum disosialisasikan secara optimal, sehingga budaya pelaporan masih rendah.

2. Profil Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Berdasarkan telaah dokumen laporan IKP periode Januari–Desember 2025 dan hasil observasi selama penelitian, teridentifikasi total 12 kejadian KNC. Jumlah ini relatif kecil dibandingkan rata-rata volume pelayanan klinik, yang mengindikasikan kemungkinan adanya pelaporan lebih rendah daripada jumlah yang sebenarnya (underreporting) mengingat budaya pelaporan yang masih rendah, karena tidak ditemukan laporan KNC pada IKP tahun 2025. Distribusi KNC berdasarkan fase pelayanan dan kategori risiko disajikan pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Distribusi Kejadian Nyaris Cedera (KNC) berdasarkan Fase Pelayanan

Fase Pelayanan	Jenis KNC	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Kategori Risiko
Peresepan (<i>Prescribing</i>)	Penulisan resep tidak lengkap	1	8,33%	Sedang
	Dosis tidak sesuai BB pasien	1	8,33%	Tinggi
	Obat yang tidak ada di sistem	2	16,66%	Sedang
Transkripsi (<i>Transcribing</i>)	Input data salah di sistem	1	8,33%	Sedang
	Salah baca tulisan dokter	1	8,33%	Tinggi
Penyiapan (<i>Dispensing</i>)	Ambil obat LASA salah	3	25%	Sangat Tinggi
	Kesalahan jumlah obat	1	8,33%	Sedang
Penyerahan (<i>Counseling</i>)	Label etiket tidak lengkap	2	16,66%	Sedang
Total		12	100%	

Sumber: Data Primer (2026)

- a. Rincian Perhitungan Persentase Setiap Jenis KNC
Persentase masing-masing jenis KNC dihitung dengan membandingkan frekuensi jenis KNC tertentu terhadap total keseluruhan KNC (n=12), dikalikan 100%, sebagaimana dirinci pada Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Rincian Perhitungan Persentase Setiap Jenis KNC

Jenis KNC	Frekuensi (n)	Perhitungan	Persentase (%)
Penulisan resep tidak lengkap	1	$1/12 \times 100\%$	8,33%
Dosis tidak sesuai BB pasien	1	$1/12 \times 100\%$	8,33%
Obat yang tidak ada di sistem	2	$2/12 \times 100\%$	16,66%
Input data salah di sistem	1	$1/12 \times 100\%$	8,33%
Salah baca tulisan dokter	1	$1/12 \times 100\%$	8,33%
Ambil obat LASA salah	3	$3/12 \times 100\%$	25%
Kesalahan jumlah obat	1	$1/12 \times 100\%$	8,33%
Label etiket tidak lengkap	2	$2/12 \times 100\%$	16,66%
Total	12	$12/12 \times 100\%$	100%

Sumber: Hasil Analisis Penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 2, jenis KNC dengan frekuensi tertinggi adalah pengambilan obat LASA yang salah, yaitu 3 dari 12 kejadian (25%). Jenis KNC dengan frekuensi terbanyak kedua adalah obat yang tidak ada di sistem dan label etiket tidak lengkap, masing-masing dengan 2 kejadian (16,66%). Lima jenis KNC lainnya yaitu penulisan resep tidak lengkap, dosis tidak sesuai berat badan pasien, input data salah di sistem, salah baca tulisan dokter, dan kesalahan jumlah obat masing-masing hanya terjadi 1 kali (8,33%).

- b. Rincian Perhitungan Proporsi Kumulatif per Fase Pelayanan
Untuk memperoleh proporsi kumulatif tiap fase pelayanan, seluruh frekuensi jenis KNC dalam satu fase yang sama dijumlahkan terlebih dahulu, kemudian dibagi dengan total keseluruhan KNC (n=12) dan dikalikan 100%, sebagaimana dirinci pada Tabel 1b berikut.

Tabel 3. Rincian Perhitungan Proporsi Kumulatif per Fase Pelayanan

Fase Pelayanan	Total n	Perhitungan	Persentase (%)
<i>Prescribing</i>	$1+1+2 = 4$	$4/12 \times 100\%$	33,33%
<i>Transcribing</i>	$1+1 = 2$	$2/12 \times 100\%$	16,66%
<i>Dispensing</i>	$3+1 = 4$	$4/12 \times 100\%$	33,33%
Penyerahan (<i>Counseling</i>)	2	$2/12 \times 100\%$	16,66%
TOTAL	$4+2+4+2 = 12$	$12/12 \times 100\%$	100%

Sumber: Hasil Analisis Penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 1b, fase prescribing memperoleh total frekuensi 4 kejadian dari penjumlahan tiga jenis KNC ($1+1+2=4$), sehingga persentasenya adalah $4/12 \times 100\% = 33,33\%$. Fase dispensing juga memperoleh total frekuensi 4 kejadian dari penjumlahan dua jenis KNC ($3+1=4$), sehingga persentasenya setara dengan fase prescribing, yaitu $33,33\%$. Fase transcribing memperoleh total frekuensi 2 kejadian ($1+1=2$), dengan persentase $2/12 \times 100\% = 16,66\%$. Fase penyerahan memiliki 1 jenis KNC dengan frekuensi 2 kejadian, sehingga persentasenya juga $16,66\%$. Total keseluruhan keempat fase adalah $4+2+4+2=12$ kejadian (100%), yang membuktikan konsistensi perhitungan dengan total KNC yang teridentifikasi.

Secara spesifik per jenis insiden tunggal, pengambilan obat LASA yang salah pada fase dispensing merupakan insiden dengan frekuensi tertinggi (25% , $n=3$), jauh melampaui jenis insiden lainnya yang masing-masing hanya menyumbang 1–2 kejadian. Temuan ini berbeda dengan pola yang umum ditemukan pada fasilitas berskala lebih besar, di mana kesalahan penulisan resep sering menjadi yang paling dominan. Pada Unit Farmasi Klinik X, justru risiko pada fase penyiapan terkait obat LASA yang paling menonjol baik dari segi frekuensi maupun signifikansi risikonya.

3. Analisis Risiko: Matriks Grading

Analisis risiko dilakukan menggunakan matriks grading 5×5 dengan rumus Skor Risiko = Probabilitas $\times$ Dampak. Tabel 2 menyajikan hasil analisis risiko beserta rincian perhitungan skor pada 8 jenis KNC yang teridentifikasi dalam penelitian ini.

Tabel 4. Hasil Analisis Risiko dengan Matriks Grading (5×5) dan Rincian Perhitungan Skor

Jenis Risiko / KNC	Probabilitas	Dampak	Perhitungan Skor	Skor	Prioritas
Obat LASA tertukar saat dispensing	4 (Sering)	5 (Bencana)	4×5	20	Ekstrem
Salah baca tulisan dokter (manual)	2 (Jarang)	5 (Bencana)	2×5	10	Tinggi
Label etiket tidak lengkap	3 (Mungkin)	3 (Sedang)	3×3	9	Sedang
Dosis tidak sesuai berat badan pasien	2 (Jarang)	4 (Mayor)	2×4	8	Sedang
Obat tidak ada di sistem	3 (Mungkin)	2 (Minor)	3×2	6	Sedang
Penulisan resep tidak lengkap	2 (Jarang)	2 (Minor)	2×2	4	Rendah
Input data salah di sistem	2 (Jarang)	2 (Minor)	2×2	4	Rendah
Kesalahan jumlah obat	2 (Jarang)	2 (Minor)	2×2	4	Rendah

Keterangan: Skor ≥ 20 = Ekstrem; $10-19$ = Tinggi; $5-9$ = Sedang; $1-4$ = Rendah

Sumber: Hasil Analisis Penulis (2026)

Berdasarkan Tabel 4, risiko obat LASA tertukar saat penyiapan memperoleh skor risiko tertinggi, yaitu probabilitas 4 (sering) dikalikan dampak 5 (bencana) = 20, sehingga masuk kategori Ekstrem. Risiko salah baca tulisan dokter memperoleh skor probabilitas 2 (jarang) dikalikan dampak 5 (bencana) = 10, masuk kategori Tinggi. Risiko label etiket tidak lengkap memperoleh skor probabilitas 3 (mungkin) dikalikan dampak 3 (sedang) = 9, dan risiko dosis tidak sesuai berat badan pasien memperoleh skor probabilitas 2 (jarang) dikalikan dampak 4 (mayor) = 8; keduanya masuk kategori Sedang. Risiko obat tidak ada di sistem memperoleh skor probabilitas 3 (mungkin) dikalikan dampak 2 (minor) = 6, juga kategori Sedang. Tiga jenis risiko lainnya — penulisan resep tidak lengkap, input data salah di sistem, dan kesalahan jumlah obat — masing-masing memperoleh skor probabilitas 2 (jarang) dikalikan dampak 2 (minor) = 4, sehingga masuk kategori Rendah.

Hasil perhitungan ini menegaskan bahwa obat LASA tertukar merupakan satu-satunya risiko berkategori Ekstrem (skor 20) di antara seluruh jenis KNC yang teridentifikasi, dengan

selisih skor yang cukup besar dibandingkan risiko tertinggi kedua (salah baca tulisan dokter, skor 10). Temuan ini menegaskan bahwa frekuensi tinggi (25%) yang dimiliki obat LASA tertukar juga diikuti oleh tingkat keparahan dampak yang tinggi, sehingga risiko ini harus menjadi prioritas mutlak dalam strategi mitigasi di Unit Farmasi Klinik.

4. **Root Cause Analysis (RCA) — 5 Why Analysis**

Mengingat obat LASA tertukar merupakan risiko dengan skor tertinggi (kategori Ekstrem, skor 20) dan juga frekuensi tertinggi (25%, $n=3$ dari 12), RCA dengan metode 5 Why Analysis difokuskan pada akar masalah insiden tersebut. Hasil RCA disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil Root Cause Analysis (5 Why Analysis) KNC Obat LASA Tertukar

Why ke-	Pertanyaan	Jawaban / Temuan	Kategori Faktor	Rekomendasi
Why 1	Mengapa terjadi KNC obat LASA tertukar saat dispensing?	Petugas mengambil obat dengan nama/kemasan mirip namun kekuatan berbeda pada 3 dari 12 kasus KNC (25%)	Human error	Verifikasi ganda (double-check) sebelum penyerahan
Why 2	Mengapa petugas salah mengambil obat LASA?	Kemasan obat LASA sangat mirip dan diletakkan berdekatan pada rak penyimpanan	Sistem penyimpanan	Pisahkan obat LASA dan beri stiker warna/Tall Man Lettering
Why 3	Mengapa obat LASA diletakkan berdekatan tanpa penandaan?	Belum ada kebijakan tertulis tentang penataan khusus obat LASA	Kebijakan/SOP	Buat SOP penyimpanan dan penandaan LASA
Why 4	Mengapa belum ada kebijakan penataan LASA?	Manajemen belum memprioritaskan revisi SOP farmasi terkait LASA	Manajemen	Jadwalkan revisi SOP & audit penyimpanan berkala
Why 5	Mengapa belum diprioritaskan oleh manajemen?	Jumlah insiden yang terdokumentasi relatif kecil sehingga urgensinya belum terlihat oleh manajemen	Budaya keselamatan	Aktifkan sistem pelaporan IKP non-punitif

Sumber: Hasil Wawancara dan Observasi (2026)

Hasil RCA mengungkapkan bahwa akar masalah paling mendasar dari KNC obat LASA tertukar bukan semata-mata human error pada level individu, melainkan kegagalan sistem pada level organisasi yang belum sepenuhnya menerapkan SOP tertulis tentang penataan LASA. Jumlah insiden yang relatif kecil pada skala klinik (3 dari 12 kejadian) justru menyebabkan urgensi perbaikan sistem belum dianggap mendesak oleh manajemen, padahal dari sisi perhitungan skor risiko, insiden ini termasuk kategori Ekstrem yang seharusnya menjadi prioritas utama.

5. **Identifikasi Faktor Risiko Berdasarkan Kerangka Donabedian**

Faktor Struktur (*Structure*): Ketersediaan SDM farmasi masih terbatas (rasio apoteker:TTK = 1:2, idealnya 1:3–4 sesuai standar), masih adanya sistem peresepan manual tanpa validasi elektronik, dan belum adanya sistem pelabelan khusus untuk obat LASA, meskipun volume pelayanan klinik tergolong sedang.

Faktor Proses (*Process*): *Double check* sebelum penyerahan obat pada kasus LASA belum dilaksanakan secara konsisten, skrining kelengkapan resep saat penerimaan tidak terdokumentasi secara sistematis, dan pelaporan KNC tergolong rendah dibandingkan estimasi kejadian sesungguhnya, mengingat skala klinik yang melayani 50–75 resep per hari namun hanya tercatat 12 kejadian KNC dalam periode penelitian.

Faktor Outcome (*Outcome*): Meskipun jumlah kejadian KNC tergolong kecil secara absolut

(n=12), risiko obat LASA tertukar (skor 20, kategori Ekstrem) tetap berpotensi menimbulkan dampak klinis yang serius apabila satu kejadian saja tidak terdeteksi. Rendahnya pelaporan KNC menyebabkan keterbatasan data insiden, sehingga evaluasi mutu pelayanan farmasi tidak dapat dilakukan secara akurat dan menyeluruh, serta berpotensi menutupi besarnya risiko sesungguhnya di lapangan.

Pembahasan

Penelitian ini menemukan 12 kejadian KNC dalam periode Maret–Mei 2026, karena pada laporan IKP tahun 2025 tidak ada pelaporan KNC. Pada unit farmasi klinik dengan proporsi kumulatif yang setara antara fase peresepan dan penyiapan (masing-masing $4/12 \times 100\% = 33,33\%$). Jumlah kejadian yang relatif kecil ini perlu dimaknai secara hati-hati, mengingat volume pelayanan Unit Farmasi Klinik mencapai 50–75 resep per hari. Rendahnya angka KNC yang dilaporkan kemungkinan besar mencerminkan fenomena underreporting, sejalan dengan temuan Nhestricia et al. (2024) bahwa budaya pelaporan insiden di fasilitas kesehatan Indonesia masih menghadapi hambatan signifikan akibat rasa takut dan stigma.

Hasil penelitian ini menunjukkan temuan penting bahwa pengambilan obat LASA yang salah merupakan insiden dengan frekuensi tertinggi ($3/12 \times 100\% = 25\%$) sekaligus risiko dengan skor tertinggi ($4 \times 5 = 20$, kategori Ekstrem) berdasarkan matriks grading. Berbeda dengan banyak penelitian terdahulu pada fasilitas berskala besar yang menemukan dominasi kesalahan pada fase prescribing (Annisa et al., 2023; Fatimah et al., 2021), pada Unit Farmasi Klinik risiko LASA pada fase penyiapan justru menjadi yang paling menonjol baik dari segi frekuensi maupun signifikansi. Temuan ini memperkuat hasil penelitian Melina et al. (2024) yang menemukan ketidaksesuaian penyimpanan LASA 71,43%–76,16% di berbagai unit farmasi, serta menegaskan bahwa risiko LASA bersifat universal, tidak terbatas pada skala fasilitas tertentu.

Suryanto et al. (2025) membuktikan bahwa implementasi Tall Man Lettering dan stiker LASA terbukti efektif mencegah terjadinya kesalahan obat LASA, sejalan dengan rekomendasi Institute for Safe Medication Practices (ISMP) dan WHO. Mengingat obat LASA tertukar merupakan satu-satunya risiko kategori Ekstrem dalam penelitian ini, penandaan LASA menjadi intervensi mitigasi paling mendesak yang harus diimplementasikan di Unit Farmasi Klinik, terlepas dari jumlah kejadian absolutnya yang kecil.

Hasil Root Cause Analysis dengan 5 Why Analysis mengungkapkan bahwa akar masalah KNC obat LASA bukan hanya human error, tetapi kegagalan sistem: tidak adanya SOP penataan LASA. Menariknya, jumlah insiden yang relatif kecil justru dapat menjadi faktor yang menghambat urgensi perbaikan sistem oleh manajemen menjadi sebuah paradoks yang konsisten dengan temuan Purwasih (2021) bahwa kualitas kepemimpinan dan kesadaran terhadap risiko, bukan semata jumlah insiden, menjadi faktor penentu keberhasilan pencegahan KNC. Adhelna et al. (2024) juga mengkonfirmasi bahwa belum optimalnya implementasi intervensi dan pengkajian risiko menjadi akar masalah KNC yang umum ditemukan, terlepas dari skala fasilitas.

Analisis berdasarkan kerangka Donabedian menunjukkan bahwa kelemahan pada komponen struktur (SDM terbatas, sistem ganda yaitu peresepan manual dan e-prescribing, belum ada pelabelan LASA) dan proses (double check tidak konsisten, pelaporan rendah) berkontribusi terhadap risiko KNC meskipun pada skala klinik yang lebih kecil. Hartono et al. (2020) menegaskan bahwa sistem double-check dan kepatuhan SOP merupakan faktor paling signifikan dalam mencegah dispensing error, terlepas dari ukuran fasilitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa prinsip manajemen risiko klinis tetap relevan dan perlu diterapkan secara konsisten meskipun pada fasilitas pelayanan berskala kecil dengan jumlah kejadian yang terbatas.

Rendahnya jumlah KNC yang terdokumentasi (12 kejadian dalam 3 bulan) pada volume pelayanan yang cukup tinggi (50–75 resep/hari) mengindikasikan kemungkinan besar terjadinya underreporting. Nhestricia et al. (2024) membuktikan bahwa penerapan sistem pelaporan insiden yang menganut asas No Naming, No Shaming, dan No Blaming secara signifikan meningkatkan jumlah insiden yang dilaporkan. Oleh karena itu, sebelum dapat menyimpulkan bahwa Unit Farmasi Klinik memiliki tingkat risiko yang rendah, perlu dilakukan penguatan budaya pelaporan terlebih dahulu untuk memastikan data yang lebih representatif terhadap kondisi sesungguhnya di lapangan.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan: (1) dilakukan pada satu klinik (single site) dengan jumlah kejadian yang relatif kecil, sehingga generalisasi temuan perlu dilakukan dengan sangat hati-hati; (2) data KNC kemungkinan besar underreported akibat rendahnya budaya pelaporan, sehingga 12 kejadian yang teridentifikasi mungkin hanya merepresentasikan sebagian kecil dari kejadian sesungguhnya; (3) desain kualitatif tidak memungkinkan inferensi kausalitas statistik. Meski demikian, penelitian ini memberikan kontribusi penting berupa penegasan bahwa prinsip manajemen risiko klinis, termasuk identifikasi risiko kategori Ekstrem seperti obat LASA, tetap krusial diterapkan meskipun pada fasilitas dengan volume kejadian yang relatif kecil.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penerapan manajemen risiko klinis di Unit Farmasi Klinik mampu mengidentifikasi berbagai kejadian nyaris cedera yang muncul pada tahapan pelayanan kefarmasian, terutama pada fase peresepan dan penyiapan obat. Insiden pengambilan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) yang tidak sesuai menjadi temuan paling menonjol karena memiliki frekuensi kejadian tertinggi sekaligus tingkat risiko paling serius. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kesamaan nama, bentuk, kemasan, atau pelafalan obat dapat menimbulkan ancaman keselamatan pasien apabila tidak diimbangi dengan sistem penataan, pelabelan, dan verifikasi yang memadai. Ketiadaan prosedur operasional khusus dalam pengelolaan obat LASA menjadi akar masalah yang perlu segera ditangani.

Jumlah kejadian nyaris cedera yang tercatat relatif kecil dibandingkan dengan tingginya volume pelayanan belum dapat langsung diartikan sebagai rendahnya risiko keselamatan pasien. Kondisi tersebut justru dapat mengindikasikan bahwa sebagian insiden belum dilaporkan atau belum terdokumentasi secara optimal. Rendahnya pelaporan dapat dipengaruhi oleh keterbatasan pemahaman petugas, kekhawatiran terhadap sanksi, beban kerja, maupun belum terbentuknya budaya keselamatan yang mendukung pelaporan insiden secara terbuka. Oleh karena itu, data kejadian yang tersedia perlu dipahami secara hati-hati agar tidak menimbulkan kesimpulan yang terlalu sederhana mengenai tingkat keamanan pelayanan farmasi.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa manajemen risiko klinis tetap penting diterapkan secara sistematis meskipun jumlah insiden yang ditemukan relatif terbatas. Identifikasi risiko, penilaian melalui matriks grading, penentuan prioritas, analisis akar masalah, dan penyusunan strategi mitigasi memungkinkan unit farmasi mengenali risiko yang jarang terjadi tetapi berpotensi menimbulkan dampak serius. Temuan ini menegaskan bahwa prioritas penanganan tidak seharusnya ditentukan hanya berdasarkan frekuensi kejadian, tetapi juga harus mempertimbangkan tingkat keparahan dampak yang mungkin ditimbulkan terhadap pasien.

Upaya perbaikan perlu diarahkan pada penguatan sistem pencegahan, terutama melalui pemisahan fisik obat LASA, penggunaan penanda khusus dan *Tall Man Lettering*, serta penyusunan prosedur operasional yang mengatur penyimpanan dan pengambilannya. Standarisasi etiket, penerapan daftar Periksa sebelum penyerahan obat, pelaksanaan pemeriksaan ganda secara

konsisten, dan penggunaan resep elektronik juga diperlukan untuk mengurangi kesalahan pada setiap tahapan pelayanan. Selain itu, klinik perlu membangun sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang bersifat nonpunitif agar petugas merasa aman dalam melaporkan kesalahan maupun kejadian nyaris cedera. Dengan langkah tersebut, manajemen risiko klinis dapat berkembang dari sekadar pencatatan insiden menjadi sistem pembelajaran yang mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

DAFTAR REFERENSI

- Adhelna, S., Jannah, N., Yusuf, M., Putra, A., & Yullyzar. (2024). Studi kasus kejadian nyaris cedera (KNC) pada pasien risiko jatuh. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(4), 1417–1426. <https://doi.org/10.37287/jppp.v6i4.2658>
- Annisa, A. T., Yasin, N. M., & Kristina, S. A. (2023). Analisis medication error di Instalasi Farmasi Rawat Jalan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Pusat. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 13(3), 113–128. <https://doi.org/10.22146/jmpf.82186>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Fatimah, S., Nuur Rochmah, N., & Pertiwi, Y. (2021). Analisis kejadian medication error resep pasien rawat jalan di Rumah Sakit X Cilacap. *Jurnal Ilmiah JOPHUS: Journal of Pharmacy UMUS*, 2(2), 71–78. <https://doi.org/10.46772/jophus.v2i02.434>
- Handoko, N., Theofika, E., Pujiyanto, & Andriani, H. (2023). Analisis penerapan keselamatan pasien dalam pemberian obat terhadap terjadinya medication error di Instalasi Farmasi RS X tahun 2023. *Media Bina Ilmiah*, 18(4), 829–836. <https://doi.org/10.33758/mbi.v18i4.479>
- Hartono, Y., Adi, S., & Suryawati, C. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan medication error fase dispensing di instalasi farmasi rumah sakit. *VISI KES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 19(2), 363–370. <https://doi.org/10.33633/visikes.v19i2.3632>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/114491/permenkes-no-72-tahun-2016>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. <https://jdih.kemkes.go.id/documents/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-11-tahun-2017>
- Khairurrijal, M. A. W., & Putriana, N. A. (2018). Review: Medication error pada tahap prescribing, transcribing, dispensing, dan administration. *Farmasetika.com (Online)*, 2(4), 8–13. <https://doi.org/10.24198/farmasetika.v2i4.15020>
- Melina, C., Hartianty, E. P., & Wijayanti, R. (2025). Analisis penerapan penyimpanan obat high alert dan potensi kejadian medication errors pada penyimpanan obat high alert di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob. *Jurnal Farmasi dan Farmakoinformatika*, 3(1), 66–78. <https://ejournal.gunadarma.ac.id/index.php/jff/article/view/12942>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Nhestricia, N., Rokhmah, N. N., & Hapsari, V. V. (2024). Gambaran budaya dan insiden keselamatan pasien di Instalasi Farmasi Rumah Sakit X. *Majalah Farmasetika*, 9(Suppl. 1), 11–26. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v9i7.59079>
- Purwasih, D. B. (2021). *Analisis faktor penyebab terjadinya insiden kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KDT) dalam program keselamatan pasien di rumah sakit*

- [Skripsi sarjana, STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo]. Repository STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo. <https://repository.stikes-yrsds.ac.id/id/eprint/283/>
- Standards Australia, & Standards New Zealand. (2004). *AS/NZS 4360:2004 risk management*.
- Suryanto, S., & Rostinawati, T. (2025). Kajian efektivitas penataan obat LASA di unit rawat jalan rumah sakit swasta Bandung. *Majalah Farmasetika*, 10(4), 319–327. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v10i4.65388>
- Wardhani, V. (2017). *Manajemen keselamatan pasien di rumah sakit*. UB Press.
- World Health Organization. (2009). *The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1—Final technical report*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-PSP-2010.2>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>