Optimizing Medication Administration Safety Using The Seven Rights and Patient-Family Verification

Heni Handayani[1)], *Sudiharto James[2)], Sirajudin Noor[3)], Herlina[4)], Widya Lolita[5)], Sofia Baradja[6)]

[1)2)3)4)]Program Studi Keperawatan Program Magister, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta
[5)6)]Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta
***Correspondence author**: Sudihato James, sudiharto@upnvj.ac.id, Jakarta, Indonesia
DOI: https://doi.org/10.37012/jpkmht.v8i2.3982

Abstract

Medication administration safety is a core element of patient safety. An assessment in the General Inpatient Unit of a hospital in Jakarta found that patient/family verification during medication administration was not documented systematically. This managerial residency quality-improvement project aimed to strengthen medication safety through the seven rights and patient/family verification, supported by education, checklists, supervision, monitoring, and feedback. The project ran from 19 August to 11 September 2026. Problems were prioritized using Urgency, Seriousness, Growth (USG) and Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) analyses. Knowledge among 20 nurses was assessed using a 15-item pre-test and post-test; workflow implementation and adherence were evaluated through supervision; and the verification form was trialed with six inpatients. Verification received the highest USG score (15). Mean knowledge scores increased from 68.7% to 95.0% (a 26.3-percentage-point increase). Mean workflow implementation was 95.0%, while adherence to the seven rights and verification was 98.5%. Indicators requiring further improvement included incident/near-miss reporting (75%), clarity of instructions (80%), and communication and confirmation (85%). The form was reportedly used with all six patients without recorded refusal or difficulty; medication-administration opportunities were not tabulated separately. These findings indicate preliminary unit-level feasibility, not a demonstrated reduction in medication errors. Further evaluation requires paired individual data, more observations, and longer follow-up.

Keywords: *Medication Administration Safety, Patient Verification, Seven Rights*

Abstrak

Keselamatan pemberian obat merupakan bagian penting dari keselamatan pasien. Pengkajian di Ruang Rawat Inap Umum sebuah rumah sakit di Jakarta menemukan bahwa verifikasi oleh pasien/keluarga saat pemberian terapi belum terdokumentasi secara terstruktur. Kegiatan perbaikan mutu berbasis residensi manajerial ini bertujuan mengoptimalkan keselamatan pemberian terapi melalui penerapan tujuh benar dan verifikasi pasien/keluarga, didukung edukasi, checklist, supervisi, monitoring, dan umpan balik. Kegiatan dilaksanakan pada 19 Agustus–11 September 2026. Prioritas masalah ditentukan dengan metode Urgency, Seriousness, Growth (USG) dan analisis Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT). Pengetahuan 20 perawat diukur menggunakan pre-test dan post-test 15 butir; keterlaksanaan alur dan kepatuhan dinilai melalui supervisi; formulir verifikasi diuji pada enam pasien. Masalah verifikasi memperoleh skor USG tertinggi (15). Rerata skor pengetahuan meningkat dari 68,7% menjadi 95,0% (26,3 poin persentase). Rerata keterlaksanaan alur mencapai 95,0%, sedangkan kepatuhan terhadap tujuh benar dan verifikasi mencapai 98,5%. Indikator yang masih perlu diperkuat meliputi pelaporan insiden/near miss (75%), kejelasan instruksi (80%), serta komunikasi dan konfirmasi (85%). Formulir dapat digunakan pada enam pasien tanpa penolakan atau kendala yang tercatat; jumlah kesempatan pemberian obat tidak direkap terpisah. Hasil ini menunjukkan keterlaksanaan awal di tingkat unit, bukan bukti penurunan kesalahan pemberian obat. Evaluasi lanjutan memerlukan data individual berpasangan, observasi lebih banyak, dan tindak lanjut lebih panjang.

Kata Kunci: Keselamatan Pemberian Obat, Tujuh Benar, Verifikasi Pasien

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan unsur mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan. Rumah sakit melibatkan banyak tenaga profesional, obat, teknologi, informasi klinis, dan proses yang berlangsung terus-menerus, sehingga keselamatan tidak dapat bertumpu pada kehati-hatian perorangan; diperlukan sistem kerja yang mampu mencegah, mendeteksi, dan menindaklanjuti kesalahan. World Health Organization (WHO, 2024a, 2024b) menetapkan keselamatan obat sebagai prioritas global dan menuntut tindakan terkoordinasi pada seluruh tahap penggunaan obat. WHO (2023) juga memaparkan perlunya strategi yang sistematis untuk mencegah kekeliruan antarobat yang namanya atau tampilannya mirip. Kerangka tersebut sejalan dengan kegiatan ini, sebab standardisasi identifikasi pasien, pemeriksaan tujuh benar, komunikasi, dokumentasi, dan tindak lanjut disusun sebagai lapisan pengendalian proses di tingkat unit.

Dalam praktik keperawatan, pemberian obat adalah aktivitas kompleks yang dipengaruhi oleh faktor manusia, kondisi kerja, dan sistem pelayanan. Kellett et al. (2024) menegaskan bahwa perawat terus menyesuaikan cara memberikan obat dengan kondisi klinis dan lingkungan kerjanya, sehingga keselamatan perlu ditopang oleh proses yang andal dan tidak hanya oleh kewaspadaan individu. Studi observasional multisenter oleh Tesar et al. (2025) menemukan bahwa penyimpangan dari prosedur standar, instruksi yang tidak jelas, dan pengalaman perawat berkaitan dengan kesalahan pemberian obat. Dari sisi intervensi, tinjauan sistematik dan meta-analisis Eze et al. (2026) menyimpulkan bahwa intervensi yang dipimpin perawat dapat membantu mengurangi kesalahan pemberian obat, meskipun efektivitasnya berbeda menurut jenis intervensi dan konteks penerapannya. Oleh karena itu, *checklist* dalam kegiatan ini diposisikan sebagai alat bantu standardisasi proses, bukan pengganti penilaian klinis.

Pelibatan pasien dan keluarga kian mendapat perhatian sebagai pendekatan untuk meningkatkan keselamatan pelayanan. Melalui tinjauan lingkup terhadap 98 studi, Cai et al. (2024) melaporkan bahwa intervensi pelibatan pasien dan keluarga digunakan untuk mendukung keselamatan pasien serta meningkatkan pengetahuan, sikap, atau praktik keselamatan. Abdi et al. (2024) menguraikan bahwa pelibatan tersebut dipengaruhi oleh faktor pasien, tenaga kesehatan, dan sistem, antara lain komunikasi, beban kerja, kebijakan, dan pelatihan. Tinjauan sistematik Manias et al. (2025) di unit perawatan kritis menemukan bahwa keterlibatan dalam pengelolaan obat masih lebih banyak berbentuk pertukaran informasi, sehingga dibutuhkan kesempatan komunikasi yang terencana agar pasien dan keluarga dapat menyampaikan kebutuhan serta pertanyaannya. Temuan ini

mendukung perancangan verifikasi sebagai komunikasi dua arah, tetapi tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa tanda tangan pada formulir dapat menurunkan kejadian kesalahan obat.

Di Indonesia, keselamatan pasien termasuk dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Rujukan regulasi kegiatan ini meliputi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Republik Indonesia, 2023), Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 (Republik Indonesia, 2024), Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017), dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Pada tingkat unit, prinsip-prinsip tersebut dijabarkan melalui tujuh benar, yaitu benar pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi, dan informasi.

Ruang Rawat Inap Umum (Ranum) di rumah sakit tersebut telah memiliki Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), dokumentasi elektronik, struktur kepala ruangan (Karu) dan ketua tim (Katim), serta mekanisme supervisi. Meskipun demikian, pengkajian awal menemukan adanya riwayat kejadian tidak diharapkan (KTD) pada pemberian terapi dan dokumentasi verifikasi pasien/keluarga yang belum terstruktur. Catatan Hasil Monitoring Insiden Keselamatan Pasien untuk triwulan pertama 2026 mencatat satu kejadian nyaris cedera, tanpa kejadian tanpa cedera maupun *near miss*, dengan tingkat Grade Hijau. Kejadian tersebut terjadi pada 11 Maret 2026, ketika terapi KCl terlewat dan baru diberikan kepada pasien pada hari berikutnya. Ketiadaan tanda tangan verifikasi belum membuktikan bahwa komunikasi tidak berlangsung dan tidak dapat dianggap sebagai penyebab insiden. Masalah ini memperoleh skor USG 15 dan menjadi prioritas pertama. Akar masalah yang teridentifikasi ialah belum adanya mekanisme verifikasi yang terstruktur dan konsisten, belum jelasnya perawat penanggung jawab pasien pada setiap *shift*, serta monitoring khusus yang belum optimal.

Berdasarkan kondisi tersebut, kegiatan ini mengembangkan konsep “Verifikasi Terapi Aman”, yakni standardisasi tujuh benar yang diperkuat dengan edukasi pasien/keluarga, kesempatan konfirmasi, bukti verifikasi, *checklist*, supervisi, monitoring, dan umpan balik. Tanda tangan pasien/keluarga diposisikan sebagai bukti berlangsungnya komunikasi, bukan sebagai pengalihan tanggung jawab profesional perawat. Verifikasi dirancang untuk mendukung komunikasi dan tidak dijadikan syarat administratif yang menunda terapi yang diperlukan. Bila pasien menolak, tidak mampu berkomunikasi atau menandatangani,

keluarga tidak hadir, atau terapi bersifat mendesak, terapi tetap diberikan sesuai instruksi dengan menerapkan tujuh benar, alasannya dicatat pada formulir, dan komunikasi dilakukan pada kesempatan berikutnya yang memungkinkan.

METODE PELAKSANAAN

Desain, lokasi, dan waktu. Kegiatan ini merupakan proyek perbaikan mutu berbasis manajemen keperawatan dengan pendekatan deskriptif pra–pasca di Ruang Rawat Inap Umum sebuah rumah sakit di Jakarta pada 19 Agustus–11 September 2026. Tahapan meliputi pengkajian dan analisis masalah, penyusunan plan of action (POA), sosialisasi dan edukasi disertai pre-test/post-test (31 Agustus 2026), uji implementasi dan supervisi (4–11 September 2026), serta umpan balik dan rekomendasi (10 September 2026). Unit memiliki 24 tempat tidur, termasuk 5 tempat tidur High Care Unit (HCU), 12 perawat, dan dua perawat per shift. Sampel terdiri atas 12 perawat unit dan 8 perawat dari ruangan lain. Sistem unit menggunakan MPKP, komunikasi SBAR, dan dokumentasi CPPT elektronik.

Analisis situasi dan penetapan prioritas. Prioritas ditentukan menggunakan USG (urgency, seriousness, growth) pada skala 1–5 berdasarkan pengkajian dan diskusi konsensus. Skor tertinggi diperoleh pada masalah pemberian obat, terutama verifikasi. Skor USG merupakan penilaian prioritas tim, bukan ukuran frekuensi atau risiko medication error. Analisis SWOT memetakan kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman; akar masalah ditelusuri dari temuan pengkajian dan disajikan secara naratif.

Intervensi dan pelaksana. Intervensi meliputi pengkajian baseline, analisis masalah, penyusunan POA, sosialisasi, edukasi/coaching, penerapan tujuh benar dan verifikasi pasien/keluarga, supervisi, monitoring, post-test, umpan balik, serta rekomendasi keberlanjutan. Intervensi memperkuat MPKP tanpa mengubah organisasi unit. Edukasi dan coaching dilakukan pada 4–10 September 2026 dalam dua sesi masing-masing 30 menit: sesi pertama untuk pre-test dan edukasi, sesi kedua untuk implementasi dan post-test. Kehadiran disesuaikan dengan shift. Karu dan Katim mengawasi proses pemberian obat sesuai SOP. Pasien/keluarga belum dilibatkan dalam penyusunan atau perbaikan formulir. Dokumentasi kegiatan tercantum pada Lampiran 4.

Alur verifikasi terapi dan formulir. Alur terdiri atas sembilan langkah: (1) telaah instruksi; (2) persiapan terapi; (3) identifikasi pasien dengan minimal dua identitas; (4) pemeriksaan tujuh benar; (5) edukasi singkat; (6) kesempatan bertanya atau menyampaikan alergi, reaksi, maupun ketidaksesuaian informasi; (7) bila ada keraguan, tunda pemberian, periksa

instruksi, dan koordinasikan dengan dokter penanggung jawab atau farmasi; (8) dokumentasi dan tanda tangan setelah pemberian; serta (9) monitoring respons. Tanda tangan merupakan jejak komunikasi, bukan pencegah kesalahan yang sudah terjadi atau bukti pemahaman pasien; pemahaman diperiksa dengan teach-back. Formulir memuat informasi obat, dosis, rute, waktu, dan tujuan, ditandatangani pasien/keluarga/wali, serta dihubungkan dengan catatan elektronik SIMRS. Verifikasi tidak boleh menunda terapi yang diperlukan. Bila pasien menolak/tidak mampu berkomunikasi, keluarga tidak hadir, atau terapi mendesak, terapi tetap diberikan sesuai instruksi dan tujuh benar; alasan dicatat dan komunikasi dilakukan saat memungkinkan. Contoh formulir dan checklist tersedia pada Lampiran 1 dan 2.

Uji formulir pada pasien. Formulir diuji pada enam pasien rawat inap yang dipilih secara purposive: pasien Ruang Rawat Inap Umum dalam kondisi compos mentis, atau pasien anak dengan keluarga/wali. Pasien yang mampu berkomunikasi diharapkan dapat menjelaskan kembali informasi; keluarga/wali mewakili pasien anak. Jumlah pemberian obat mengikuti program terapi masing-masing. Sebanyak 20 perawat (12 dari unit dan 8 dari ruangan lain) mengikuti pre-test/post-test dan penilaian kepatuhan, sedangkan enam pasien menjadi sampel uji proses pemberian obat.

Instrumen supervisi implementasi. Dua instrumen observasi digunakan dengan fokus berbeda. Instrumen A (18 indikator) menilai seluruh alur, mulai persiapan, instruksi, identifikasi, tujuh benar, edukasi/komunikasi, dokumentasi, monitoring, hingga tindak lanjut. Instrumen B (10 indikator) menilai tujuh prinsip benar—pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi, dan informasi—serta komponen pendukung yang tercantum. Verifikasi, monitoring respons, dan pelaporan bukan bagian dari tujuh benar inti; hasil A dan B karena itu disajikan terpisah. Karu/Katim mengobservasi perawat pelaksana pada 4–11 September 2026, dua kali per perawat. Indikator bersyarat dinilai hanya bila ada kesempatan klinis; kesempatan yang tidak muncul semestinya dikeluarkan dari penyebut. Penyebut beberapa indikator bersyarat belum direkap terpisah sehingga persentase perlu dicocokkan dengan lembar asli.

Evaluasi pengetahuan dan analisis data. Pengetahuan 20 perawat dinilai menggunakan kuesioner 15 butir yang sama pada pre-test dan post-test (7 butir tujuh benar; 8 butir verifikasi). Instrumen lokal disusun berdasarkan asesmen, alur verifikasi, materi edukasi, dan prinsip keselamatan obat; instrumen ini bukan skala baku. Penelaahan formal oleh panel ahli serta uji validitas/reliabilitas psikometrik tidak terdokumentasi, sehingga hasil diperlakukan sebagai evaluasi deskriptif pengetahuan segera setelah edukasi, bukan ukuran

kompetensi tervalidasi. Jawaban benar diberi skor 1 dan salah 0; skor individu dihitung dari jawaban benar/15 × 100%, dan rerata kelompok dari total jawaban benar/(20 × 15). Kategori: kurang (<60%), cukup (60 sampai <80%), dan baik (80–100%). Karena data individual berpasangan tidak tersedia dalam rekapitulasi, analisis inferensial tidak dilakukan; hasil disajikan sebagai distribusi, rerata, dan perubahan poin persentase.

Perizinan dan etika. Kegiatan perbaikan mutu ini memperoleh izin uji coba dari manajemen rumah sakit dan kepala ruangan. Persetujuan lisan penggunaan data/foto diperoleh dari perawat; identitas pasien dan petugas dianonimkan. Status penelaahan etik mengacu pada komite etik rumah sakit. Formulir dan instrumen masih memerlukan validasi serta pengesahan internal dan belum menjadi dokumen resmi. Verifikasi tidak menggantikan identifikasi pasien, tujuh benar, dokumentasi, atau tanggung jawab profesional tenaga kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prioritas masalah dan analisis situasi. Pengkajian awal mengidentifikasi tiga masalah manajerial: SOP tujuh benar yang belum optimal disertai belum adanya verifikasi pasien-keluarga pada pemberian obat; supervisi keperawatan yang belum optimal; serta pelaksanaan *preconference* dan *postconference* yang belum optimal (Tabel 1 dan 2). Pada penilaian USG, masalah keselamatan pemberian terapi memperoleh skor tertinggi, yakni 15 (U5-S5-G5), disusul supervisi keperawatan dengan skor 14 (U5-S4-G5) dan *preconference–postconference* dengan skor 12 (U4-S4-G4). Skor tersebut merupakan penilaian prioritas tim dan bukan ukuran frekuensi atau tingkat risiko *medication error* yang telah terukur, sehingga interpretasinya dibatasi pada dasar pemilihan program.

Tabel 1.
Analisis SWOT keselamatan pemberian terapi di unit

Komponen	Temuan utama
Strengths	MPKP; Karu/Katim berpengalaman; komunikasi SBAR; dokumentasi elektronik; sistem mutu/KTD tersedia; supervisi berjenjang
Weaknesses	Verifikasi belum terstruktur; formulir belum seragam; kejelasan perawat penanggung jawab pasien per *shift* belum memadai; monitoring khusus belum optimal
Opportunities	Kerangka regulasi keselamatan pasien nasional dan prioritas WHO pada keselamatan obat; pasien/keluarga sebagai mitra keselamatan; dukungan manajemen rumah sakit
Threats	Pasien heterogen; variasi terapi; beban kerja; pergantian *shift*; risiko asumsi antarperawat; risiko KTD

Tabel 2.
Identifikasi dan prioritas masalah

No	Data pengkajian	Analisis	Masalah	Prioritas	Skor USG (U-S-G)
1	Ada riwayat KTD pemberian terapi; belum ada verifikasi pasien/keluarga; formulir belum memuat verifikasi.	Terdapat celah pada proses verifikasi dan komunikasi terapi yang berpotensi menimbulkan *medication error*.	SOP tujuh benar belum optimal dan verifikasi pasien-keluarga belum ada pada pemberian obat.	I	5-5-5 = 15
2	Supervisi belum optimal; belum ada instrumen; fokus pada kelengkapan dokumen, belum pada ketepatan asuhan.	Pengendalian proses asuhan belum terstandar dan belum mampu mendeteksi penyimpangan praktik secara konsisten.	Supervisi keperawatan belum optimal.	II	5-4-5 = 14
3	*Preconference* dan *postconference* belum berjalan; rencana/evaluasi asuhan belum dibahas secara terstruktur.	Forum koordinasi klinis tiap *shift* belum dimanfaatkan untuk menyatukan rencana dan evaluasi asuhan.	*Preconference* dan *postconference* belum optimal.	III	4-4-4 = 12

Keterangan: USG = Urgency, Seriousness, Growth. Skor merupakan penilaian prioritas tim, bukan ukuran frekuensi atau risiko.

Berdasarkan penilaian USG, belum optimalnya SOP tujuh benar dan belum adanya verifikasi pasien-keluarga ditetapkan sebagai prioritas utama. Analisis SWOT (Tabel 1) memperlihatkan bahwa unit sudah memiliki modal organisasi berupa MPKP, Karu/Katim yang berpengalaman, komunikasi SBAR, dokumentasi elektronik, supervisi berjenjang, dan mekanisme mutu. Namun, kekuatan tersebut belum sepenuhnya diwujudkan menjadi proses verifikasi yang terstruktur dan terdokumentasi. Karena itu, intervensi diarahkan untuk menambah lapisan keselamatan, bukan mengganti sistem yang telah ada, melalui standardisasi alur, formulir verifikasi, edukasi, *coaching*, *checklist*, supervisi, monitoring, dan umpan balik. Pendekatan ini disusun mengikuti fungsi manajemen POSAC (*planning, organizing, staffing, actuating, controlling*).

Perubahan pengetahuan perawat. Tabel 3 dan 4 menyajikan jumlah peserta yang menjawab benar pada setiap butir kuesioner, sedangkan Tabel 5 merangkum rerata skor dan distribusi kategori pengetahuan.

Tabel 3.
Jumlah peserta yang menjawab benar pada butir pengetahuan tentang tujuh benar sebelum dan sesudah edukasi (n = 20)

No	Butir pengetahuan	*Pre-test* (n = 20)		*Post-test* (n = 20)	
		n	%	n	%
1	Tujuan utama tujuh benar adalah	20	100	20	100
2	Identifikasi pasien dilakukan dengan	20	100	20	100
3	Nomor tempat tidur pasien bukan merupakan identitas yang digunakan untuk verifikasi pasien	13	65	18	90
4	Benar obat berarti	10	50	19	95
5	Benar dosis bertujuan	13	65	16	80
6	Benar waktu berarti	20	100	20	100
7	Benar informasi berarti	12	60	19	95
	Jumlah jawaban benar (butir 1–7)	**108**	**77,1**	**132**	**94,3**

Keterangan: n = jumlah peserta yang menjawab benar; % = n/20 × 100. Redaksi butir disingkat; pertanyaan lengkap dan kunci jawaban tersedia pada Lampiran 3.

Tabel 4.
Jumlah peserta yang menjawab benar pada butir pengetahuan tentang verifikasi pasien-keluarga sebelum dan sesudah edukasi (n = 20)

No	Butir pengetahuan	*Pre-test* (n = 20)		*Post-test* (n = 20)	
		n	%	n	%
1	Tujuan verifikasi pasien/keluarga adalah	1	5	16	80
2	Pasien yang mampu berkomunikasi sebaiknya	15	75	20	100
3	Bila pasien tidak mampu verifikasi	20	100	20	100
4	Tujuan supervisi dalam verifikasi	20	100	20	100
5	Bila terjadi insiden terapi	20	100	20	100
6	Formulir verifikasi digunakan untuk apa	2	10	17	85
7	Prinsip utama verifikasi	20	100	20	100
8	Pentingnya verifikasi pasien-keluarga	0	0	20	100
	Jumlah jawaban benar (butir 1–8)	**98**	**61,3**	**153**	**95,6**

Keterangan: n = jumlah peserta yang menjawab benar; % = n/20 × 100. Redaksi butir disingkat; pertanyaan lengkap dan kunci jawaban tersedia pada Lampiran 3.

Tabel 5.
Rerata skor dan distribusi kategori pengetahuan perawat sebelum dan sesudah edukasi (n = 20)

Kategori	*Pre-test* n (%)	*Post-test* n (%)	Perubahan (poin persentase)
Kurang (<60%)	5 (25%)	0 (0%)	−25
Cukup (60 sampai <80%)	10 (50%)	4 (20%)	−30
Baik (80–100%)	5 (25%)	16 (80%)	+55
Rerata skor pengetahuan (%)	68,7	95,0	+26,3

Keterangan: rerata skor dihitung dari total jawaban benar pada Tabel 3 dan 4, yaitu 206/300 (pre-test) dan 285/300 (post-test).

Berdasarkan total jawaban benar, rerata skor pengetahuan kelompok setelah sosialisasi naik dari 68,7% (206/300) menjadi 95,0% (285/300), atau bertambah 26,3 poin persentase. Distribusi kategori bergeser ke arah baik: dari 5 orang (25%) menjadi 16 orang (80%), sementara kategori cukup turun dari 10 orang (50%) menjadi 4 orang (20%) dan kategori kurang turun dari 5 orang (25%) menjadi tidak ada. Peningkatan terbesar terjadi pada butir

yang semula rendah, yaitu tujuan verifikasi pasien/keluarga, fungsi formulir verifikasi, dan pentingnya verifikasi pasien-keluarga. Pada butir terakhir, jumlah peserta yang menjawab benar berubah dari 0 menjadi 20; perubahan sebesar ini perlu ditafsirkan menurut isi butir dan kunci jawabannya, serta mungkin hanya mencerminkan pemahaman sesaat setelah edukasi dan bukan penguasaan praktik. Karena data berupa distribusi kelompok tanpa kelompok pembanding, perubahan ini tidak dipakai untuk menarik kesimpulan kausal maupun uji inferensial.

Keterlaksanaan alur dan kepatuhan pada praktik. Uji implementasi dilakukan pada 20 perawat pelaksana selama 4–11 September 2026 dengan supervisi oleh ketua tim menggunakan Instrumen A dan B (lihat Metode). Hasil kedua instrumen dimanfaatkan untuk mengenali indikator yang sudah konsisten dan area yang memerlukan penguatan (Tabel 6 dan 7).

Tabel 6.
Hasil supervisi alur pemberian terapi (Instrumen A) oleh ketua tim (n = 20 orang)

No	Indikator alur pemberian terapi	Melakukan (n)	%
1	Kebersihan tangan	20	100%
2	Memeriksa instruksi terapi	20	100%
3	Memastikan instruksi jelas/sesuai	16	80%
4	Identifikasi pasien dengan benar	20	100%
5	Benar obat	20	100%
6	Benar dosis	20	100%
7	Benar rute	20	100%
8	Benar waktu	20	100%
9	Benar dokumentasi	20	100%
10	Benar informasi	20	100%
11	Menjelaskan terapi kepada pasien/keluarga	17	85%
12	Memberi kesempatan bertanya/menyampaikan informasi	17	85%
13	Konfirmasi informasi penting yang relevan	17	85%
14	Melibatkan keluarga/wali bila ada	20	100%
15	Mendokumentasikan tindakan	20	100%
16	Monitoring respons pasien	20	100%
17	Tindak lanjut keluhan/reaksi	20	100%
18	Pelaporan insiden/*near miss* bila terjadi	15	75%

Keterangan: indikator bersyarat dinilai hanya pada kesempatan yang relevan; penyebut jumlah kesempatan observasi untuk tiap indikator bersyarat tidak direkap terpisah pada tabel hasil, sehingga persentase dipertahankan sesuai rekapitulasi awal dan perlu diverifikasi terhadap lembar observasi asli. Rerata = rerata persentase 18 indikator berbobot sama (95,0%).

Tabel 7.
Hasil supervisi kepatuhan terhadap tujuh benar dan verifikasi pasien-keluarga (Instrumen B) oleh ketua tim (n = 20 orang)

No	Indikator kepatuhan	Melakukan (n)	%
1	Identifikasi pasien	20	100%
2	Benar obat	20	100%
3	Benar dosis	20	100%
4	Benar rute	20	100%
5	Benar waktu	20	100%
6	Benar dokumentasi	20	100%
7	Benar informasi	17	85%
8	Verifikasi oleh pasien-keluarga	20	100%
9	Monitoring respons	20	100%
10	Pelaporan/tindak lanjut †	20	100%

Keterangan: † indikator bersyarat; penyebut jumlah kesempatan observasi untuk indikator bersyarat tidak direkap terpisah, sehingga persentase dipertahankan sesuai rekapitulasi awal dan perlu diverifikasi terhadap lembar observasi asli. Rerata = rerata persentase 10 indikator berbobot sama (98,5%).

Pada Instrumen A, rerata persentase 18 indikator sebesar 95,0% dengan 13 indikator mencapai 100%; pada Instrumen B, rerata persentase 10 indikator sebesar 98,5% dengan 9 indikator mencapai 100%. Rerata ini dihitung dengan bobot yang sama untuk setiap indikator dan bukan persentase perawat yang patuh pada seluruh alur. Indikator Instrumen A yang belum mencapai 100% adalah kejelasan instruksi (80%); penjelasan terapi, kesempatan bertanya, dan konfirmasi informasi (masing-masing 85%); serta pelaporan insiden/*near miss* (75%). Pada Instrumen B, indikator benar informasi mencapai 85%. Indikator yang tampak serupa memberikan nilai berbeda antarinstrumen: benar informasi bernilai 100% pada Instrumen A tetapi 85% pada Instrumen B, sedangkan pelaporan/tindak lanjut bernilai 75% pada Instrumen A tetapi 100% pada Instrumen B. Indikator pelaporan pada Instrumen A secara khusus merujuk pada pelaporan insiden/*near miss* ketika kejadian tersebut muncul, sedangkan Instrumen B mencatat pelaporan/tindak lanjut sebagai komponen kepatuhan umum. Karena definisi operasional dan jumlah kesempatan kejadian tidak direkap terpisah, kedua hasil tidak dibandingkan secara langsung dan perlu dicocokkan dengan formulir observasi asli. Angka 75% untuk pelaporan insiden/*near miss* juga belum dapat ditafsirkan tanpa mengetahui jumlah kejadian yang wajib dilaporkan; angka tersebut berasal dari rekapitulasi supervisi awal, dan jumlah kesempatan pelaporan yang memenuhi kriteria serta apakah penilaian didasarkan pada kejadian nyata atau situasi simulasi tidak tercatat tersendiri. Oleh karena itu, angka ini ditafsirkan dengan hati-hati dan perlu diverifikasi terhadap lembar observasi asli.

Keterlaksanaan formulir verifikasi. Formulir pemberian terapi yang dilengkapi kolom verifikasi pasien/keluarga diuji pada enam pasien rawat inap. Pengujian menitikberatkan pada penyampaian informasi, kesempatan bagi pasien/keluarga untuk bertanya atau mengonfirmasi informasi yang relevan, dan dokumentasi tanda tangan sebagai bukti proses komunikasi. Menurut catatan kegiatan, formulir dilaporkan dapat digunakan pada keenam pasien tanpa penolakan atau kesulitan pelaksanaan dan tanpa tambahan waktu yang dirasakan. Pasien/keluarga secara informal menyatakan merasa dilibatkan dalam proses pemberian obat, sedangkan tanggapan perawat tidak dihimpun dengan instrumen terstandar. Jumlah total kesempatan pemberian obat yang diamati dan jumlah formulir yang terisi lengkap pada tiap kesempatan tidak direkap terpisah; informasi tersebut tidak dapat disimpulkan hanya dari jumlah pasien. Dengan demikian, uji coba ini menunjukkan keterlaksanaan awal di tingkat unit, tetapi belum membuktikan penerimaan yang luas, pemahaman pasien yang terukur, maupun penurunan *medication error*. Tanda tangan diposisikan sebagai bukti dokumentasi proses komunikasi, bukan bukti bahwa pasien/keluarga mengambil alih tanggung jawab profesional perawat.

Secara keseluruhan, indikator pengetahuan, keterlaksanaan alur, kepatuhan, dan uji formulir memperlihatkan bahwa intervensi tidak berhenti pada sosialisasi, tetapi mulai membentuk mekanisme pengendalian proses di tingkat unit. Area yang belum mencapai 100% menjadi dasar perbaikan berkelanjutan dan tidak dipandang sebagai kegagalan implementasi (Tabel 8).

Tabel 8.
Hasil supervisi kepatuhan terhadap tujuh benar dan verifikasi pasien-keluarga (Instrumen B) oleh ketua tim (n = 20 orang)

Aspek	Hasil utama	Interpretasi manajerial	Tindak lanjut
Pengetahuan perawat	68,7% → 95,0% (+26,3 poin persentase)	Skor pengetahuan kelompok meningkat secara deskriptif.	Evaluasi pemahaman berkala dan *refresher*.
Kategori baik	25% → 80% (+55 poin persentase)	Distribusi bergeser ke kategori baik; belum menunjukkan kompetensi.	Dipakai sebagai dasar evaluasi pemahaman; penilaian kompetensi memerlukan bukti keterampilan.
Instrumen A: alur pemberian terapi	Rerata 95,0% (18 indikator berbobot sama); 13 dari 18 indikator = 100%	Alur umumnya terlaksana saat supervisi; titik lemah pada kejelasan instruksi, komunikasi, konfirmasi, dan pelaporan.	*Coaching* pada indikator <100% dan audit berkala.
Instrumen B: tujuh benar dan verifikasi	Rerata 98,5% (10 indikator berbobot sama); 9 dari 10 indikator = 100%	Kepatuhan inti tinggi saat supervisi; benar informasi 85%; belum membuktikan praktik saat tidak diamati.	Perkuat edukasi, konfirmasi, dan monitoring.
Formulir verifikasi pasien/keluarga	Diuji pada 6 pasien; contoh formulir pada Lampiran 1	Keterlaksanaan awal di tingkat unit; formulir menjadi jejak komunikasi.	Validasi/pengesahan internal dan integrasi ke supervisi rutin.

Temuan menunjukkan bahwa keselamatan pemberian terapi merupakan persoalan sistem yang perlu dikelola melalui standardisasi, bukan hanya kehati-hatian individu. Skor USG tertinggi pada masalah verifikasi menjadi dasar pemilihan program. Hal ini sejalan dengan penekanan WHO (2024c) pada penguatan sistem untuk mengurangi medication-related harm. MPKP, SBAR, dokumentasi elektronik, dan struktur Karu/Katim menjadi fondasi perubahan; formulir, checklist, supervisi, dan umpan balik menghubungkan standar tertulis dengan praktik.

Rerata pengetahuan meningkat 26,3 poin persentase, dari 68,7% menjadi 95,0%. Peningkatan tampak pada tujuan verifikasi pasien/keluarga (5% menjadi 80%), fungsi formulir (10% menjadi 85%), pentingnya verifikasi (0% menjadi 100%), benar obat (50% menjadi 95%), benar informasi (60% menjadi 95%), dan pemahaman bahwa nomor tempat tidur bukan identitas pasien (65% menjadi 90%). Skor segera setelah edukasi belum membuktikan retensi jangka panjang atau perubahan praktik. Temuan bersifat deskriptif karena data individual berpasangan dan kelompok pembanding tidak tersedia.

Rerata keterlaksanaan Instrumen A sebesar 95,0% dan kepatuhan Instrumen B 98,5% menunjukkan sebagian besar komponen tercatat terlaksana saat supervisi. Instrumen A menilai alur, sedangkan B menilai tujuh benar dan indikator pendukung. Purnamasari et al. (2024) juga melaporkan bahwa edukasi pasien masih perlu diperkuat dalam praktik tujuh benar. Dalam kegiatan ini, kejelasan instruksi, penjelasan terapi, kesempatan bertanya, konfirmasi informasi, dan pelaporan insiden/near miss belum mencapai 100%. Temuan menjadi dasar coaching dan monitoring, tetapi belum membuktikan kepatuhan di luar pengamatan. Perbedaan indikator serupa pada kedua instrumen perlu diperiksa terhadap definisi operasional dan lembar asli.

Verifikasi pasien/keluarga membedakan kegiatan ini dari penerapan tujuh benar semata. Tujuannya membangun komunikasi dua arah: perawat menjelaskan terapi, pasien/keluarga mendapat kesempatan bertanya atau mengonfirmasi informasi, dan proses didokumentasikan. Cai et al. (2024) mendukung pelibatan pasien/keluarga dalam keselamatan, sedangkan Manias et al. (2025) menekankan komunikasi obat yang terencana. Namun, bukti tersebut tidak otomatis membuktikan manfaat formulir lokal ini. Respons pasien/keluarga bahwa mereka merasa dilibatkan dicatat secara informal, bukan melalui instrumen terstandar. Dampak edukasi dan checklist perlu dinilai melalui perubahan perilaku dan luaran proses, bukan skor pengetahuan saja (Owen et al., 2023).

Dalam manajemen keperawatan, POSAC diterapkan sebagai rangkaian: planning menghasilkan standar, alur, instrumen, dan target; organizing menempatkan Karu/Katim

sebagai penggerak; staffing diperkuat melalui edukasi; actuating dilakukan melalui coaching, implementasi, dan umpan balik; controlling memakai checklist dan monitoring. Supervisi memberi bukti awal bahwa proses dapat dipantau secara sistematis. Namun, tanpa pembanding dan data kepatuhan baseline, besar peningkatan praktik maupun kontribusi POSAC terhadap perubahan tidak dapat disimpulkan. Indikator di bawah 100% memerlukan penguatan, khususnya komunikasi, konfirmasi, kejelasan instruksi, dan pelaporan insiden/near miss.

Kegiatan berlangsung pada satu unit dengan periode singkat; uji formulir hanya melibatkan enam pasien sehingga keterlaksanaan belum dapat digeneralisasi. Rekap pengetahuan tidak menyediakan data individual berpasangan dan kuesioner belum diuji secara psikometrik. Supervisi oleh atasan berpotensi menimbulkan bias dan belum menunjukkan kestabilan kepatuhan dari waktu ke waktu. Luaran kesalahan atau cedera akibat obat juga belum diukur. Hasil karena itu merupakan bukti awal implementasi unit. Evaluasi berikutnya memerlukan data berpasangan, observasi lebih banyak, tindak lanjut lebih panjang, serta indikator proses dan medication error/near miss.

SIMPULAN

Optimalisasi keselamatan pemberian terapi melalui tujuh benar dan verifikasi pasien/keluarga dapat diterapkan sebagai kegiatan perbaikan mutu unit. Masalah verifikasi menjadi prioritas dengan skor USG 15. Luaran kegiatan berupa alur verifikasi, formulir, dan checklist supervisi yang diuji pada enam pasien dan dipantau oleh ketua tim. Rerata pengetahuan perawat meningkat secara deskriptif dari 68,7% menjadi 95,0%. Penurunan medication error belum dapat disimpulkan. Verifikasi perlu dipertahankan sebagai lapisan keselamatan dan jejak komunikasi tanpa menggantikan tujuh benar, identifikasi pasien, dokumentasi, atau tanggung jawab profesional perawat.

Rekomendasi (belum dilaksanakan). Sebelum diterapkan rutin, formulir dan SOP perlu ditelaah bersama perawat, dokter, farmasi, tim mutu, dan perwakilan pasien melalui mekanisme rumah sakit, lalu divalidasi dan disahkan. Karu dapat menjadi penanggung jawab, Katim melaksanakan supervisi, dan tim mutu menerima evaluasi. Evaluasi triwulanan disarankan untuk memantau beban dokumentasi, keterlambatan terapi, penolakan, serta tindak lanjut informasi pasien seperti alergi atau ketidaksesuaian. Verifikasi perlu dimasukkan ke supervisi, briefing, handover, dan audit. Evaluasi lanjutan sebaiknya menggunakan lebih banyak observasi, data individual berpasangan, tindak lanjut

lebih panjang, dan indikator medication error/near miss.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pimpinan dan jajaran rumah sakit tempat kegiatan dilaksanakan, Kepala Ruangan dan Ketua Tim Ruang Rawat Inap Umum, perawat pelaksana, pembimbing akademik, pembimbing klinik/preseptor, serta semua pihak yang mendukung pelaksanaan kegiatan residensi manajerial di RSKO Jakarta. Kegiatan ini tidak memperoleh pendanaan dari pihak lain. Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dalam artikel ini.

REFERENSI

1. Abdi, Z., Ravaghi, H., Sarkhosh, S., Nafar, H., Khani, S., & Letaief, M. (2024). Patient and family engagement in patient safety in the Eastern Mediterranean Region: A scoping review. BMC Health Services Research, 24, Article 765. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11198-3
2. Cai, Y., Liu, Y., Wang, C., Liu, S., Zhang, M., & Jiang, Y. (2024). Patient and family engagement interventions for hospitalized patient safety: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 33(6), 2099–2111. https://doi.org/10.1111/jocn.17022
3. Eze, A. U., Marufu, T., Amagyei, A., Nelson, D., Laparidou, D., & Manning, J. C. (2026). Assessing the effectiveness of interventions implemented by nurses to reduce medication administration errors in hospitalised acute adult patient settings: Systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing, 35(3), 1104–1124. https://doi.org/10.1111/jocn.70109
4. Kellett, P. L. R., Franklin, B. D., Pearce, S., & Benn, J. (2024). Resilience in nursing medication administration practice: A systematic review with narrative synthesis. BMJ Open Quality, 13(4), Article e002711. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002711
5. 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
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.

https://peraturan.bpk.go.id/Details/111761/permenkes-no-11-tahun-2017

7. Manias, E., Jarden, R., Ottosen, K., Wong, P., Peter, P., Curnow, S., Elliott, M., & Lin, F. (2025). Engagement with patients and families about managing medications in critical care units: A mixed methods systematic review. Australian Critical Care, 38(5), Article 101267. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101267
8. Owen, S., Menzies, J., & Pontefract, S. (2023). Educational interventions to reduce nurse medication interruptions: A scoping review. Nurse Education Today, 121, Article 105665. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105665
9. Purnamasari, E. R. W., Afrina, R., Rizal, A., Novianti, N., & Ervina. (2024). Evaluating nurses' adherence to the seven rights of medication administration in an Indonesian hospital: A cross-sectional study. Journal of Healthcare Administration, 3(2), 166–175. https://doi.org/10.33546/joha.3527
10. Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023
11. Republik Indonesia. (2024). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/294077/pp-no-28-tahun-2024
12. Tesar, O., Dosedel, M., Kubena, A. A., Mala-Ladova, K., Prokesova, R., Brabcova, I., Hajduchova, H., Cerveny, M., Chloubova, I., Tothova, V., & Maly, J. (2025). Errors associated with medication administration by a nurse during hospitalisation: A prospective observational multicentric study. Nursing Open, 12(1), Article e70139. https://doi.org/10.1002/nop2.70139
13. World Health Organization. (2023). Medication safety for look-alike, sound-alike medicines. https://www.who.int/publications/i/item/9789240058897
14. World Health Organization. (2024a). Global burden of preventable medication-related harm in health care: A systematic review. https://www.who.int/publications/i/item/9789240088887
15. World Health Organization. (2024b). Global patient safety report 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458
16. World Health Organization. (2024c). Medication without harm: Policy brief. https://www.who.int/publications/i/item/9789240062764