

KAJIAN TAHUNAN

SISTEM PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT

RS ...

Nama Rumah Sakit	:	RS ...
Periode Kajian	:	1 Januari – 31 Desember 2025
Tanggal Penyusunan	:	... 2026
Nomor Dokumen	:	...
Disusun Oleh	:	Tim Kajian Farmasi & Terapi
Disetujui Oleh	:	Ketua Komite Farmasi dan Terapi & Kepala Instalasi Farmasi

1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagai bagian dari siklus peningkatan mutu berkelanjutan (Plan-Do-Check-Act), RS ... wajib melakukan kajian tahunan terhadap sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat. Kajian ini menjadi dasar evaluasi internal untuk memastikan seluruh proses—mulai dari perencanaan hingga pemantauan—berjalan efektif, aman, dan sesuai regulasi.

1.2 Tujuan

1. Mengevaluasi efektivitas sistem pelayanan kefarmasian yang meliputi proses a sampai i.
2. Menganalisis tren insiden kesalahan obat (medication error) dan menetapkan strategi penurunannya.
3. Menyusun rekomendasi dan rencana tindak lanjut (RTL) konkret untuk perbaikan sistem di tahun 2026.

1.3 Ruang Lingkup

Kajian ini mencakup seluruh proses pelayanan kefarmasian:

- a) Perencanaan sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat
- b) Pemilihan obat/sediaan farmasi
- c) Perencanaan dan pengadaan sediaan farmasi dan BMHP
- d) BMHP
- e) Penyimpanan
- f) Pendistribusian
- g) Peresepan/permintaan obat/instruksi pengobatan
- h) Penyiapan (dispensing)
- i) Pemberian obat

serta analisis mendalam terhadap insiden kesalahan obat (medication error) periode 2025.

1.4 Dasar Hukum & Acuan

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
- Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah sakit
- Pedoman Pelayanan Unit Farmasi RS ...

2. TIM PELAKSANA KAJIAN

N o	Nama	Jabatan	Peran dalam Tim
1		Ketua Komite Farmasi dan Terapi	Ketua Tim
2		Kepala Instalasi Farmasi	Anggota / Penyusun Laporan
3		Sekretaris Komite Farmasi dan Terapi	Anggota
4		Kepala Ruangan Melati (perwakilan PPA)	Anggota
5		Kepala Seksi Gudang Farmasi	Anggota
6		Petugas Rekam Medis	Anggota

3. METODOLOGI KAJIAN

Kajian dilakukan dengan metode:

Studi Dokumentasi: Evaluasi SOP, regulasi, dan data sekunder dari Instalasi Farmasi, Gudang, Rekam Medis, serta Komite Farmasi Terapi.

Analisis Data Kuantitatif: Evaluasi indikator mutu kefarmasian dan data medication error periode Januari–Desember 2025.

Observasi: Verifikasi langsung terhadap kondisi lapangan (penyimpanan, dispensing, keberadaan sumber informasi obat di unit rawat inap dan IGD).

Focus Group Discussion (FGD): Diskusi dengan stakeholder (dokter, perawat, apoteker) pada tanggal 8 Januari 2026 untuk menggali akar masalah.

4. HASIL KAJIAN PER PROSES

Tabel 1. Evaluasi Proses

Proses	Indikator / Kriteria	Data / Capaian 2025	Temuan	Analisis / Akar Masalah	Rekomendasi
a. Perencanaan Sistem	- Ketersediaan regulasi & SOP - Ketersediaan sumber informasi obat di unit - Kajian kebutuhan obat tahunan	- SOP: 28 dokumen aktif - Akses info obat: 12 dari 15 unit (80%) - Kajian kebutuhan: 1 kali (Jan 2025)	Belum seluruh unit (OK, IGD, NICU) memiliki akses online di lokasi pelayanan.	Keterbatasan terminal komputer/jaringan Wi-Fi di beberapa lokasi strategis.	Pengembangan sistem informasi farmasi berbasis mobile atau tablet di OK dan IGD.

Proses	Indikator / Kriteria	Data / Capaian 2025	Temuan	Analisis / Akar Masalah	Rekomendasi
b. Pemilihan	- Ketersediaan formularium RS - Kepatuhan penggunaan formularium - Evaluasi formularium tahunan	- Formularium Edisi 2025: 320 item - Kepatuhan: 87% - Evaluasi: 2 kali (Juni & Des)	Masih ditemukan resep obat non-formularium sebesar 13%, terutama dari dokter spesialis baru.	Sosialisasi formularium ke dokter baru belum optimal; belum ada alert di sistem resep elektronik.	Revisi formularium 2026 dengan melibatkan seluruh spesialis; pemasangan hard stop non-formularium di sistem.
c. Perencanaan & Pengadaan	- Realisasi pengadaan sesuai rencana - Keterlibatan apoteker - Ketersediaan obat formularium	- Realisasi: 94% - Apoteker terlibat: 100% - Stock out: 4 kali (antibiotik langka)	Keterlambatan pengadaan obat program (OAT TBC) dari pemasok.	Ketergantungan pada satu distributor; lead time tidak dipantau secara ketat.	Penambahan vendor alternatif; pembuatan safety stock khusus obat program.
d. BMHP	- Ketersediaan BMHP sesuai kebutuhan - Keterlambatan pengadaan BMHP	450 item aktif - Ketersediaan: 93% - Keterlambatan: 3 kali	Kekosongan BMHP habis pakai steril (kassa, syringe) saat libur panjang.	Tidak ada perhitungan kebutuhan BMHP berbasis seasonal adjustment.	Penyusunan perencanaan BMHP dengan faktor musim dan hari libur nasional.
e. Penyimpanan	- Kepatuhan syarat penyimpanan (suhu, kelembaban) - Kepatuhan labeling BUD - Ketersediaan obat emergensi	- Deviasi suhu lemari pendingin: 8 kali - Kepatuhan BUD: 94% - Obat emergensi lengkap: 90%	Lemari pendingin di IGD tidak terhubung alarm; beberapa obat emergensi tidak tercantum BUD setelah pembukaan primer.	Lemari pendingin IGD berusia >8 tahun; perawat IGD belum terlatih mencantumkan BUD.	Pemasangan alarm suhu otomatis; pelatihan BUD bagi perawat IGD dan OK.
f. Pendistribusian	- Ketepatan waktu distribusi - Kelengkapan	- Tepat waktu: 97% - Kelengkapan: 99%	Terdapat keterlambatan distribusi obat narkotika pada hari Sabtu pagi	Belum ada backup personil kurir untuk akhir pekan.	Penetapan jadwal on call kurir farmasi untuk akhir pekan dan hari libur.

Proses	Indikator / Kriteria	Data / Capaian 2025	Temuan	Analisis / Akar Masalah	Rekomendasi
	obat yang didistribusikan • Klaim kehilangan	• Kehilangan: 0 kasus	karena petugas kurir tidak masuk.		
g. Peresepan	• Kelengkapan elemen resep (identitas, dosis, rute, frekuensi, tanda tangan) • Kepatuhan formularium • Rekonsiliasi obat	• Resep lengkap: 82% • Kepatuhan formularium: 91% • Rekonsiliasi: Masuk 65%, Transfer 40%, Pulang 50%	Banyak resep anak yang tidak mencantumkan berat badan; rekonsiliasi obat saat transfer ruang masih rendah.	Dokter belum terbiasa menuliskan BB pada resep elektronik; belum ada SOP rekonsiliasi obat yang jelas.	Hard copy template resep pediatrik; sosialisasi dan audit rekonsiliasi obat.
h. Penyia pan (Dispensing)	• Kepatuhan SOP dispensing • Kelengkapan etiket obat • Double checking high-alert • Unit dosis	• Kepatuhan SOP: 95% • Etiket lengkap: 97% • Double check: 100% • Unit dosis: 90%	Etiket obat pulang kadang tidak mencantumkan tanda 'sebelum/sudah makan'.	Keterbatasan template etiket di sistem informasi farmasi lama.	Upgrade sistem informasi farmasi dengan template etiket lengkap otomatis.
i. Pemberian Obat	• Verifikasi 5 benar (right patient, drug, dose, route, time) • Edukasi pasien • Dokumentasi pemberian	• 5 benar: 93% • Edukasi: 78% • Dokumentasi: 96%	Edukasi obat pulang belum merata; pasien lansia sering tidak memahami aturan pakai.	Perawat sibuk; belum ada lembar edukasi khusus pasien lansia dengan huruf besar.	Pembuatan patient information leaflet dengan font besar dan bahasa sederhana.

5. ANALISIS INSIDEN KESALAHAN OBAT (MEDICATION ERROR)

Tabel 2. Profil Medication Error Tahun 2025

No	Kategori Insiden	Jumlah Kasus	Tren vs Tahun 2024	Tahapan Terjadi	Contoh Kasus (Anonim)
1	Near Miss (hampir terjadi)	15	Naik (+3 kasus)	Penyiapan: 8 kasus, Peresepan: 4	Salah ambil obat look alike (amiodarone vs amlodipine) di

N o	Kategori Insiden	Jumlah Kasus	Tren vs Tahun 2024	Tahapan Terjadi	Contoh Kasus (Anonim)
				kasus, Pemberian: 3 kasus	gudang, tertangkap saat verifikasi apoteker sebelum diserahkan.
2	KTD (Kejadian Tidak Diharapkan)	4	Turun (-2 kasus)	Pemberian: 3 kasus, Peresep: 1 kasus	Pasien mengalami mual hebat akibat dosis NSAID melebihi dosis maksimal harian (ketidaktepatan dosis di resep).
3	KTC (Kejadian Tidak Cedera)	2	Tetap	Pemberian: 2 kasus	Obat pasien Bed 3 (antibiotik) diberikan ke pasien Bed 4, segera diketahui perawat setelah pasien menolak minum karena warna berbeda.
4	KNC (Kejadian Nyaris Cedera)	3	Naik (+1 kasus)	Pemberian: 2 kasus, Peresep: 1 kasus	Salah waktu pemberian obat anti-diabetes (metformin diberikan pada malam hari, seharusnya pagi), tidak terjadi hipoglikemia karena segera dikoreksi.
TOTAL		24	Turun dari 27 kasus (2024)	Peresep: 40% Penyiapan: 20% Pemberian: 35% Lainnya: 5%	

Tabel 3. Root Cause Analysis (RCA) & Tindak Lanjut

N o	Kasus Prioritas	Akar Masalah (Fishbone / 5 Whys)	Tindak Lanjut yang Sudah Dilakukan di 2025	Hasil Evaluasi
1	Salah pemberian insulin glargine antar pasien (KTC) di Ruang Melati, April 2025.	Manusia: Perawat tidak memverifikasi gelang pasien dengan label obat. Metode: SOP pemberian high-alert belum mensyaratkan independent double check oleh 2 perawat. Material: Label obat injeksi hanya mencantumkan nama pasien tanpa NRM. Lingkungan: Tidak ada area khusus (dedicated zone) untuk menyiapkan obat	1. Revisi label obat injeksi (tambah NRM, tanggal lahir, alergi). 2. Sosialisasi ulang verifikasi gelang dan label. 3. Pemasangan poster high-alert medication di ruang Melati dan Mawar.	Keterjadian kesalahan pemberian insulin turun dari 3 kasus di Semester 1 menjadi 0 kasus di Semester 2.

N o	Kasus Prioritas	Akar Masalah (Fishbone / 5 Whys)	Tindak Lanjut yang Sudah Dilakukan di 2025	Hasil Evaluasi
		high-alert di ruang perawatan.		
2	Keterlambatan pemberian obat emergensi di IGD (KNC), Juli 2025.	Manusia: Petugas IGD tidak mengetahui lokasi obat emergensi yang baru dipindahkan. Metode: Tata letak obat emergensi di troli tidak seragam; tidak ada panduan cepat. Lingkungan: Troli emergensi tidak terkunci dengan segel bernomor seri; obat tidak dikeluarkan dari kemasan primer.	1. Standarisasi tata letak obat emergensi di seluruh troli (sesuai urutan ABCDE). 2. Pemasangan panduan cepat dosis di dalam troli. 3. Penandaan segel bernomor seri pada troli.	Waktu pencarian obat emergensi berkurang dari rata-rata 4 menit menjadi 1,5 menit.
3	Resep tidak lengkap (tanpa berat badan) pada pasien anak (Near Miss), berulang di Poliklinik Anak.	Manusia: Dokter baru di poliklinik anak belum memahami aturan peresepan pediatrik. Metode: Sistem resep elektronik tidak ada mandatory field untuk BB pada pasien <12 tahun. Metode: Belum ada audit resep rutin oleh Komite Farmasi Terapi.	1. Sosialisasi khusus bagi dokter baru (2 kali, Agt & Nov 2025). 2. Penyediaan template resep pediatrik di sistem. 3. Audit resep bulanan oleh apoteker.	Kepatuhan kelengkapan resep anak naik dari 65% menjadi 82%.

6. EVALUASI INDIKATOR MUTU KEFARMASIAN

N o	Indikator Mutu	Target	Capaian 2025	Status	Keterangan
1	Ketersediaan obat formularium	≥ 95%	93%	Belum Tercapai	Stock out 4 kali pada antibiotik langka dan obat program TBC.

N o	Indikator Mutu	Target	Capaian 2025	Status	Keterangan
2	Ketepatan waktu penyediaan obat emergensi	≤ 15 menit	12 menit	Tercapai	Setelah perbaikan tata letak troli IGD.
3	Kepatuhan penggunaan formularium	≥ 90%	87%	Belum Tercapai	Masih banyak resep non-formularium dari dokter spesialis baru.
4	Kepatuhan labeling BUD (Beyond Use Date)	100%	94%	Belum Tercapai	Deviasi terutama di IGD dan OK setelah pembukaan kemasan primer.
5	Medication error rate	Menurun	0,08% (turun dari 0,12% di 2024)	Tercapai	Penurunan signifikan setelah intervensi high-alert dan troli emergensi.
6	Kepuasan pasien terhadap pelayanan farmasi	≥ 85%	88%	Tercapai	Peningkatan setelah penambahan konsultasi apoteker di loket pulang.

7. RENCANA TINDAK LANJUT (RTL) TAHUN 2026

N o	Temuan / Masalah	Rekomendasi	Penanggung Jawab	Target Selesai	Output yang Diharapkan
1	Keterbatasan akses sumber informasi obat di OK, IGD, dan NICU.	Pengembangan sistem informasi farmasi berbasis mobile atau tablet di titik pelayanan kritis.		Juni 2026	Minimal 90% unit pelayanan memiliki akses info obat online.
2	Kepatuhan formularium 87% dan resep non-formularium meningkat.	Revisi Formularium RS Edisi 2026; socialization ke seluruh dokter spesialis baru; pemasangan hard stop non-formularium di sistem resep elektronik.		Maret 2026	Kepatuhan formularium ≥ 90%.
3	Rekonsiliasi obat saat transfer ruang dan pulang masih rendah (40% & 50%).	Penyusunan SOP Rekonsiliasi Obat; pelatihan bagi dokter, perawat, dan apoteker;		Mei 2026	Rekonsiliasi obat ≥ 80% pada 3 momen (masuk, transfer, pulang).

N o	Temuan / Masalah	Rekomendasi	Penanggun g Jawab	Target Selesa i	Output yang Diharapkan
		pemasangan checklist rekonsiliasi di rekam medis.			
4	Deviasi suhu lemari pendingin dan keterbatasan alarm.	Pemasangan temperature alarm dengan auto-logger di seluruh lemari pendingin farmasi, IGD, dan OK.		April 2026	Tidak ada deviasi suhu yang tidak terdeteksi >30 menit.
5	Belum adanya independent double check tertulis untuk high-alert di ruang perawat.	Implementasi SOP Independent Double Check untuk obat high-alert (insulin, antikoagulan, kemoterapi) di seluruh rawat inap; pelatihan perawat.		Februar i 2026	100% pemberian high-alert menggunakan formulir verifikasi ganda.
6	Edukasi pasien pulang belum optimal (78%).	Pembuatan Patient Information Leaflet (PIL) khusus lansia dengan font besar, bahasa sederhana, dan ikon; konseling apoteker di loket pulang.		Juli 2026	Kepatuhan edukasi pasien pulang $\geq$ 90%.

8. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil kajian tahunan periode 2025, sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di RS ... secara umum telah berjalan dengan baik dan memenuhi regulasi, dengan capaian positif sebagai berikut:

1. **Tren medication error menurun signifikan** dari 0,12% (2024) menjadi 0,08% (2025), terutama setelah intervensi pada obat high-alert dan troli emergensi.
2. **Kepuasan pasien meningkat** menjadi 88%, melebihi target 85%.
3. **Keterlibatan apoteker** dalam pengadaan dan supervisi penyimpanan telah berjalan 100%.
4. Namun demikian, terdapat tiga fokus perbaikan utama untuk tahun 2026:
 - a. Peningkatan ketersediaan obat formularium dan kepatuhan penggunaannya.
 - b. Perbaikan sistem rekonsiliasi obat di seluruh momen perpindahan perawatan.
 - c. Penguatan infrastruktur teknologi (sistem informasi farmasi dan alarm suhu) untuk mendukung keselamatan pasien.

9. PENUTUP & PENGESAHAN

Kajian ini disusun untuk dijadikan bahan evaluasi internal dan dasar perbaikan berkelanjutan.
Disahkan oleh:

Mengetahui,
Ketua Komite Farmasi dan Terapi

Kota, ... 2026
Kepala Instalasi Farmasi

(...)

(Apt. ...)

LAMPIRAN (Wajib Ada & Diverifikasi Surveior)

Lampiran 1: Daftar Hadir dan Notulen Rapat Kajian Tahunan (tanggal ... 2026).

Lampiran 2: Rekapitulasi Laporan Insiden Kesalahan Obat (Medication Error) periode Januari–Desember 2025 dari unit terkait.

Lampiran 3: Bukti Foto Observasi Lapangan (kondisi penyimpanan, troli emergensi setelah perbaikan, contoh label BUD).

Lampiran 4: Grafik Tren Indikator Mutu Kefarmasian 2024 vs 2025.

Lampiran 5: Bukti Tindak Lanjut Kajian Tahun 2024 (RTL 2025 yang sudah closed).

Lampiran 6: Sertifikat / Daftar Pelatihan Staf terkait Keselamatan Obat tahun 2025.

PANDUAN PENGGUNAAN FORMAT INI DI LAPANGAN

Aspek Kritis	Cara Membuktikannya ke Surveior
Kelengkapan Proses a–i	Tunjukkan tabel di atas. Jika ada proses yang belum punya indikator, jangan dikosongi, tulis "indikator dalam pengembangan" dengan bukti RTL-nya.
Medication Error	Surveior akan trace dari laporan insiden (SKP) ke kajian ini. Pastikan angkanya match. Jangan tutupi data.
Keterlibatan Tim	Notulen harus ada tanda tangan minimal Ketua Komite Farmasi Terapi dan Kepala Instalasi Farmasi.
Siklus PDCA	Tunjukkan di Lampiran 5 bahwa RTL tahun lalu sudah ditindaklanjuti. Ini adalah bukti Check & Act yang kuat.