



RSUD. dr Gunawan Mangunkusumo
Kabupaten Semarang

LAPORAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN TRIWULAN I TAHUN 2026





PEMERINTAH KABUPATEN SEMARANG
DINAS KESEHATAN

RSUD dr. GUNAWAN MANGUNKUSUMO

Jl. Kartini No. 101 Ambarawa 50611 Telp. (0298) 591020 Fax. (0298) 591866
email : ambarawa_rsud@yahoo.co.id website : rsudambarawa.semarangkab.go.id



Ambarawa, 11 April 2026

Nomor : 01/IFRS/IV/2026

Kepada

Lampiran : 1 (satu) bendel

Yth. Direktur

Perihal : **Laporan PMKP Instalasi
Farmasi**

RSUD dr. Gunawan
Mangunkusumo
di_

AMBARAWA

Bersama ini kami menyampaikan Laporan PMKP Instalasi Farmasi
Triwulan I Tahun 2026, adapun berkas Laporan sebagaimana terlampir.

Demikian untuk menjadi periksa, atas perhatiannya disampaikan
terimakasih.

Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan dan
Penunjang Medik



dr. Gita Feori Irianti

NIP. 19800220 200501 2013

Kepala Instalasi Farmasi

Dwi Retna.S, S.Farm.,M.Clin.Pharm.,Apt
NIP. 19850127 200902 2 007

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Ketua Komite Mutu;
2. Arsip

**LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEIN INSTALASI FARMASI
RSUD dr. GUNAWAN MANGUNKUSUMO KABUPATEN SEMARANG
TRIWULAN I TAHUN 2026**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan pasien merupakan sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, dapat meminimalkan risiko, serta dapat mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat tindakan yang tidak seharusnya. Upaya pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien di rumah sakit didorong dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gunawan Mangunkusumo selalu berupaya memantau dan meningkatkan mutu pelayanan serta keselamatan pasien di rumah sakit. Sesuai dengan misi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gunawan Mangunkusumo yaitu meningkatkan sumber daya manusia yang berkompeten, menyediakan fasilitas, sarana dan prasarana pendukung yang memadai, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, bermutu dan bermanfaat bagi masyarakat. Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja atau instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Instalasi Farmasi menetapkan 3 indikator mutu unit, yang terdiri dari 2 indikator mutu nasional, dan 3 indikator mutu prioritas unit. Laporan Triwulan I tahun 2026 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi farmasi dari Januari – Maret 2026.

Analisis data digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi dan mencegah kejadian yang merugikan. Khususnya perbaikan yang direncanakan untuk area prioritas pengumpulan data yang

sudah diidentifikasi. Dalam rangka rencana perbaikan, dilakukan untuk uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji coba dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah menghasilkan perubahan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbaikan mutu pelayanan dari hasil capaian mutu di Instalasi Farmasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu Instalasi Farmasi melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan untuk triwulan I pada tahun 2026.
- b. Dievaluasinya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien.
- c. Untuk mengetahui perbaikan yang efektif dan berkesinambungan.
- d. Untuk mengetahui perubahan-perubahan regulasi dalam membuat rencana, melaksanakan dan mempertahankan perbaikan.

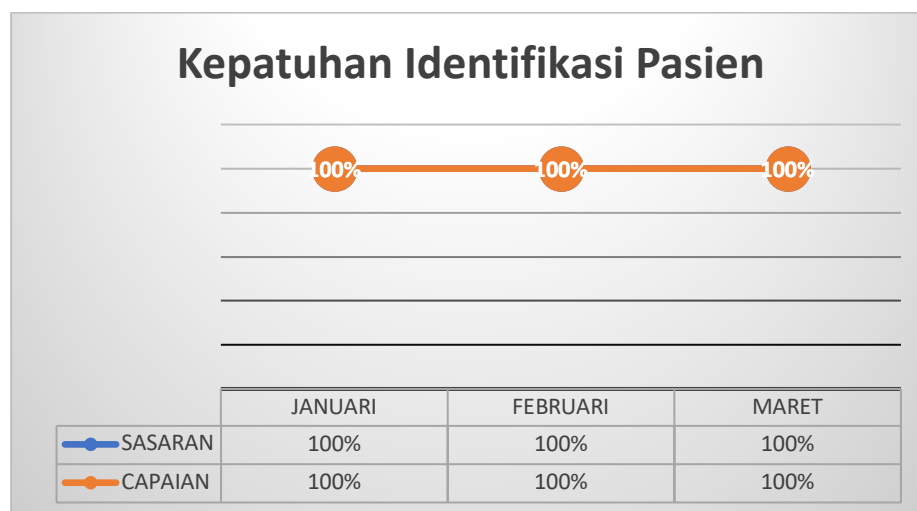
BAB II

HASIL CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM), INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT) DAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

A. INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Grafik 1. Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien



ANALISA

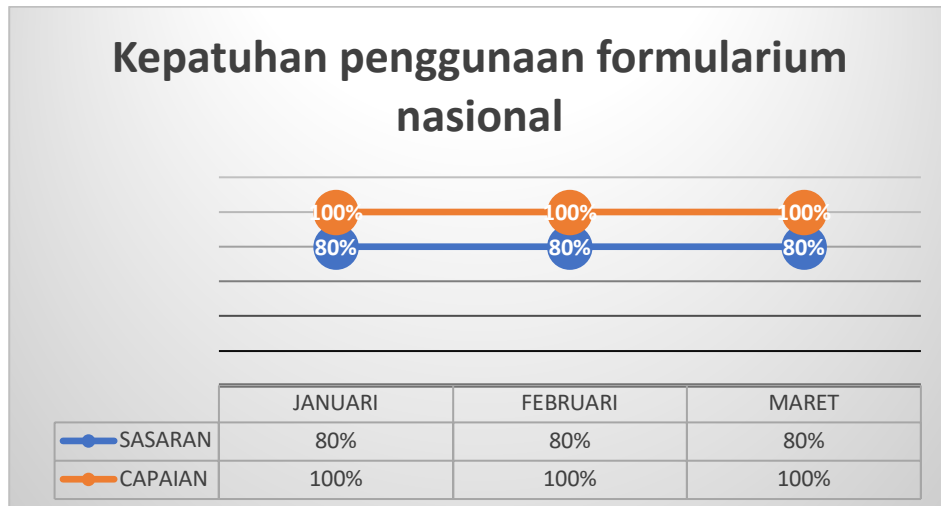
- a. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden. Peluang identifikasi pasien di Instalasi farmasi yaitu pada saat pemberian obat.
- b. Berdasarkan grafik 1, dapat dilihat bahwa hasil kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Januari, Februari dan Maret sudah mencapai sasaran yang diinginkan yaitu 100%.

Tindak Lanjut

Mempertahankan indikator yang sudah dicapai dengan terus melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin oleh Instalasi Farmasi.

2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Grafik 2. Capaian Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



ANALISA

- Kepatuhan penggunaan formularium nasional bertujuan untuk menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien, terutama pasien JKN. Penulisan resep obat yang sesuai formularium nasional adalah jumlah item nama atau jenis obat yang ditulis pada resep pasien JKN yang sesuai dengan formularium nasional.
- Berdasarkan grafik 2, dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari sampai dengan Maret sudah mencapai sasaran yang diinginkan yakni $\geq 80\%$.

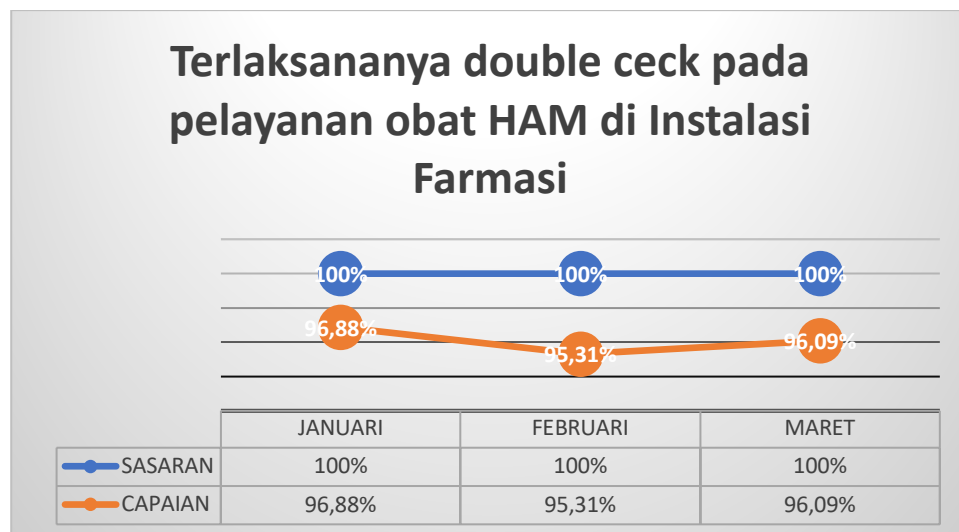
Tindak Lanjut

Untuk selanjutnya, walaupun hasil kepatuhan penggunaan formularium nasional sudah berada diatas target maka tim harus tetap melakukan pemantauan secara rutin setiap bulan di Instalasi Farmasi.

B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT)

1. Terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi

Grafik 3. Capaian Indikator terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi



ANALISA

- a. Obat HAM (*High Alert Medicine*) adalah sejumlah obat – obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat dapat menyebabkan dampak yang tidak diinginkan termasuk obat – obat yang tampak mirip (nama obat, rupa, dan ucapan mirip atau NORUM atau *Look Alike Sound Alike/LASA*), termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi.
- b. Berdasarkan grafik 2 dapat dilihat bahwa pada terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi pada bulan Januari - Maret belum memenuhi sasaran yang diharapkan, bulan Januari sebesar 96, 88%, Februari 95,31 % dan Maret 96,09 %. Hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan staf farmasi.

Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan secara rutin setiap bulan dan melakukan perbaikan kegiatan peningkatan sesuai dengan metode PDCA.

RENCANA PERBAIKAN

A. PLAN

- Rencana : Instalasi Farmasi berencana mengetahui terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi
- Harapan : Kami berharap terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi 100%
- Tindakan : Dilakukan pemantauan dan supervise *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi setiap bulan

B. DO

- a. Menerapkan penggunaan checklist/verifikasi khusus obat HAM pada setiap pelayanan.
- b. Melakukan briefing rutin kepada petugas sebelum pelayanan dimulai.
- c. Menetapkan petugas penanggung jawab untuk memastikan proses *double check* dilakukan sebelum obat diserahkan

C. CHECK

- a. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan *double check* secara berkala setiap hari
- b. Mengevaluasi jumlah pelayanan obat HAM yang belum dilakukan *double check*.
- c. Mengidentifikasi hambatan yang masih ditemukan selama pelaksanaan.

D. ACTION

Rekomendasi yang diusulkan antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Memberikan tindak lanjut berupa pembinaan kepada petugas yang belum patuh terhadap SPO.
- b. Memperbaiki sistem dokumentasi dan alur pelayanan agar lebih efektif.
- c. Menetapkan evaluasi berkala dan mempertahankan kepatuhan agar target 100% dapat tercapai secara konsisten.
- d. Hasil belum sesuai dengan sasaran yang diharapkan.

2. Ketepatan pemberian obat

Grafik 4. Capaian Indikator Ketepatan pemberian obat



ANALISA

- a. Kejadian kesalahan pemberian obat oleh petugas termasuk dalam insiden keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera maupun kejadian tidak cedera. Kejadian kesalahan pemberian obat oleh petugas adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya bisa dicegah. Kesalahan ini dapat terjadi pada setiap tahap mulai dari peresepan/*prescribing*, *transcribing*, *dispensing* (apoteker atau tenaga

vokasi farmasi), untuk administrasi (staf keperawatan atau pasien sendiri). Kesalahan yang dapat terjadi antara lain salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, salah jumlah, dan pemberian obat tidak tepat waktu.

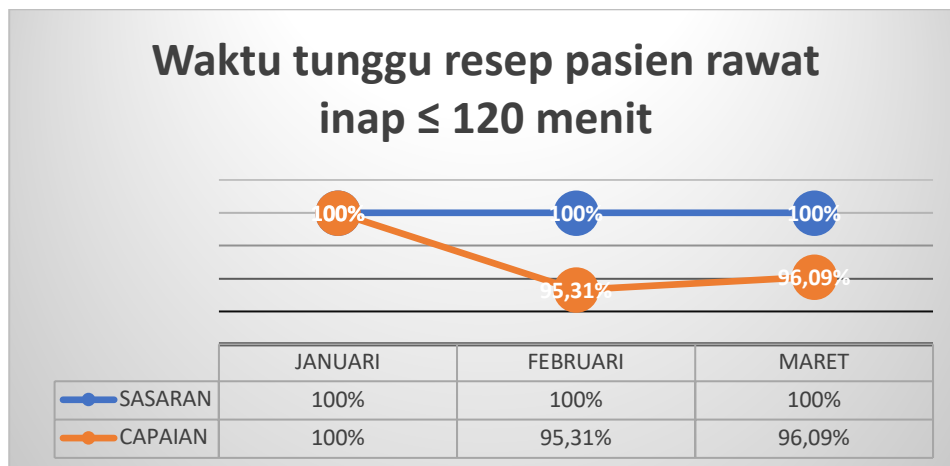
- b. Berdasarkan grafik 4 dapat dilihat bahwa pada bulan Januari sampai dengan Maret tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat.

Tindak Lanjut

Melaksanakan monitoring dan evaluasi berkala terhadap insiden atau potensi kesalahan pemberian obat. Memastikan kepatuhan terhadap SPO pelayanan farmasi dan identifikasi pasien sebelum pemberian obat. Mengoptimalkan komunikasi antar tenaga kesehatan untuk meminimalkan kesalahan dalam pelayanan obat.

3. Waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit

Grafik 5. Capaian Indikator waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit



ANALISA

- a. Berdasarkan grafik indikator mutu “Waktu Tunggu Resep Pasien Rawat Inap ≤ 120 Menit”, diketahui bahwa target sasaran setiap bulan adalah 100%. Pada bulan Januari capaian telah memenuhi target yaitu 100%, namun pada bulan Februari mengalami penurunan

menjadi 95,31% dan bulan Maret sedikit meningkat menjadi 96,09%, tetapi masih belum mencapai sasaran yang ditetapkan.

b. Penurunan capaian ini menunjukkan masih terdapat resep pasien rawat inap yang pelayanan penyelesaiannya melebihi waktu ≤ 120 menit. Beberapa kemungkinan penyebab antara lain:

- Tingginya jumlah resep pada jam tertentu sehingga terjadi penumpukan pelayanan.
- Keterlambatan konfirmasi resep atau klarifikasi obat.
- Proses peracikan obat yang membutuhkan waktu lebih lama.
- Keterbatasan jumlah petugas farmasi pada waktu sibuk.

Meskipun terjadi peningkatan pada bulan Maret, hasil tersebut masih memerlukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan agar target mutu pelayanan dapat tercapai secara optimal.

Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan secara rutin setiap bulan dan melakukan perbaikan kegiatan peningkatan sesuai dengan metode PDCA.

RENCANA PERBAIKAN

A. PLAN

Rencana : Instalasi Farmasi berencana mengetahui waktu tunggu resep pasien rawat inap

Harapan : Kami berharap waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit 100%

Tindakan : Dilakukan pemantauan waktu tunggu resep pasien rawat inap setiap bulan

B. DO

- a. Membagi tugas petugas farmasi secara lebih efektif sesuai beban kerja.
- b. Mempercepat proses skrining dan verifikasi resep.

- c. Melakukan koordinasi dengan dokter dan perawat terkait kelengkapan resep.
- d. Mengutamakan pelayanan resep prioritas/rawat inap yang membutuhkan segera.

C. CHECK

- a. Melakukan monitoring waktu tunggu resep setiap hari atau setiap minggu.
- b. Membandingkan hasil capaian dengan target yang telah ditentukan.
- c. Mengevaluasi kendala yang masih terjadi selama proses pelayanan.
- d. Melakukan audit sederhana terhadap resep yang melebihi waktu standar.

D. ACTION

Rekomendasi yang diusulkan antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Menetapkan perbaikan alur pelayanan yang terbukti efektif menjadi prosedur tetap.
- b. Memberikan edukasi dan pembinaan kepada petugas terkait efisiensi pelayanan.
- c. Menambah evaluasi rutin dan pelaporan indikator mutu setiap bulan.
- d. Melakukan perbaikan berkelanjutan agar capaian waktu tunggu resep dapat kembali mencapai target 100%.

BAB III

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RSUD dr. GUNAWAN
MANGUNKUSUMO KABUPATEN SEMARANG

1. Data insiden keselamatan pasien

a. Kejadian Potensi Cidera Signifikan (KPCS)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

c. Kejadian Tidak Cidera (KTC)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
1.	10-Mar-26	225843-2023	Pasien mengalami efek samping ARV FDC TLE	KTD	Tinggi	
2.	28-Mar-26	126292-2017	Pasien mengalami efek samping ARV FDC TLE	KTD	Tinggi	

e. Sentinel

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

2. Grafik insiden keselamatan pasien



3. Analisa insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien adalah bentuk kejadian yang berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien ketika sistem pemberian asuhan yang aman tidak dikelola dengan baik oleh suatu rumah sakit. Insiden keselamatan pasien dapat berupa kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian potensi cedera (KPC), kejadian tidak cedera (KTC), dan sentinel. Berdasarkan laporan insiden di instalasi farmasi periode Januari sampai dengan Maret 2023 yang dilaporkan ke Komite PMKP sejumlah 2 insiden, yaitu 2 KTD berupa kejadian efek samping obat/*adverse event* yang serius

Medication Error dapat terjadi dimana saja dalam rantai pelayanan obat kepada pasien mulai dari produksi dalam peresepan, pembacaan resep, peracikan, penyerahan dan monitoring pasien. Laporan kesalahan obat mengubah paradigma pelayanan kesehatan menuju keselamatan pasien (*patient safety*). Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan

melaporkan kesalahan obat. Identifikasi *medication error* dapat menggunakan rekam kesehatan pasien selama dirawat atau dapat menggunakan format pelaporan yang distandarisasi dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang memusatkan pada pencegahan kesalahan obat melalui pemahaman jenis kesalahan yang terjadi di rumah sakit lain dan mengapa *medication error* terjadi. Perbaikan dalam manajemen pengobatan secara terpadu digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari.

Medication error kesalahan pengobatan tidak dapat dihindari, tetapi kesalahan tersebut dapat diminimalkan secara signifikan dengan adanya pengawas, manajemen rumah sakit, pabrik farmasi, resep, apoteker atau staf pemberian obat dan perawat bekerja sama untuk mengidentifikasi kesalahan pengobatan dan mengadopsi strategi untuk mengurangnya. Rekomendasi yang dapat dilakukan untuk mengeliminasi kesalahan pemberian obat dengan selalu melakukan monitoring evaluasi terkait pemberian obat kepada pasien serta adanya SPO pemberian obat.

BAB IV

PENUTUP

Rencana perbaikan pelaksanaan monitoring dan evaluasi pengukuran indikator mutu Instalasi Farmasi kami buat sebagai acuan dalam melakukan perbaikan terhadap hasil yang sudah dicapai. Rencana perbaikan dengan metode PDCA (*Plan-Do-Check-Action*) dapat digunakan sebagai acuan rumah sakit untuk merencanakan, melaksanakan, dan monitoring evaluasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo. Namun demikian, upaya-upaya ini akan lebih berhasil apabila didukung oleh pimpinan rumah sakit dan kerjasama yang baik dari seluruh instalasi pelayanan dan manajemen rumah sakit.

Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan dan
Penunjang Medik



dr. Gita Febri Irianti
NIP. 19800220 200501 2013

Kepala Instalasi Farmasi

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Dwi Retna.S.", written over a horizontal line.

Dwi Retna.S. S.Farm..M.Clin.Pharm..Apt
NIP. 19850127 200902 2 007



RSUD. dr Gunawan Mangunkusumo
Kabupaten Semarang

LAPORAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN TRIWULAN II TAHUN 2026





PEMERINTAH KABUPATEN SEMARANG
DINAS KESEHATAN

RSUD dr. GUNAWAN MANGUNKUSUMO

Jl. Kartini No. 101 Ambarawa 50611 Telp. (0298) 591020 Fax. (0298) 591866
email : ambarawa_rsud@yahoo.co.id website : rsudambarawa.semarangkab.go.id



Ambarawa, 2 Juli 2026

Nomor : 01/IFRS/VII/2026

Kepada

Lampiran : 1 (satu) bendel

Yth. Direktur

Perihal : **Laporan PMKP Instalasi
Farmasi**

RSUD dr. Gunawan
Mangunkusumo
di_

AMBARAWA

Bersama ini kami menyampaikan Laporan PMKP Instalasi Farmasi
Triwulan II Tahun 2026, adapun berkas Laporan sebagaimana terlampir.

Demikian untuk menjadi periksa, atas perhatiannya disampaikan
terimakasih.

Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan dan
Penunjang Medik



dr. Gita Feori Irianti

NIP. 19800220 200501 2013

Kepala Instalasi Farmasi

Dwi Retna.S, S.Farm.,M.Clin.Pharm.,Apt
NIP. 19850127 200902 2 007

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Ketua Komite Mutu;
2. Arsip

**LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIEIN INSTALASI FARMASI
RSUD dr. GUNAWAN MANGUNKUSUMO KABUPATEN SEMARANG
TRIWULAN II TAHUN 2026**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Keselamatan pasien merupakan sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, dapat meminimalkan risiko, serta dapat mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat tindakan yang tidak seharusnya. Upaya pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien di rumah sakit didorong dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gunawan Mangunkusumo selalu berupaya memantau dan meningkatkan mutu pelayanan serta keselamatan pasien di rumah sakit. Sesuai dengan misi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Gunawan Mangunkusumo yaitu meningkatkan sumber daya manusia yang berkompeten, menyediakan fasilitas, sarana dan prasarana pendukung yang memadai, dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, bermutu dan bermanfaat bagi masyarakat. Kegiatan ini dilakukan di setiap unit kerja atau instalasi terkait untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Instalasi Farmasi menetapkan 3 indikator mutu unit, yang terdiri dari 2 indikator mutu nasional, dan 3 indikator mutu prioritas unit. Laporan Triwulan I tahun 2026 ini dibuat untuk mengevaluasi perkembangan hasil pemantauan indikator mutu yang diambil oleh instalasi farmasi dari Januari – Maret 2026.

Analisis data digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan atau untuk mengurangi dan mencegah kejadian yang merugikan. Khususnya perbaikan yang direncanakan untuk area prioritas pengumpulan data yang

sudah diidentifikasi. Dalam rangka rencana perbaikan, dilakukan untuk uji perubahan dengan mengumpulkan data lagi selama masa uji coba dan dilakukan re-evaluasi untuk membuktikan bahwa perubahan adalah menghasilkan perubahan.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbaikan mutu pelayanan dari hasil capaian mutu di Instalasi Farmasi.

2. Tujuan Khusus

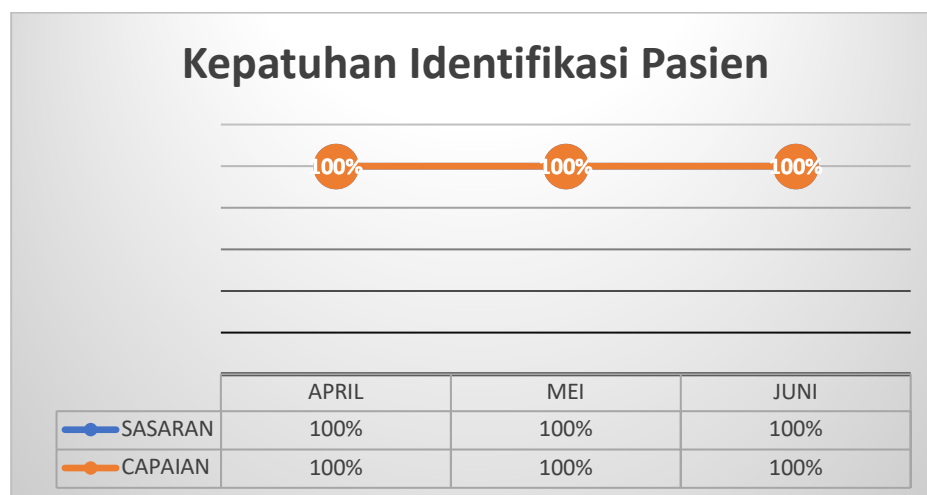
- a. Dievaluasinya peningkatan mutu Instalasi Farmasi melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan untuk triwulan II pada tahun 2026.
- b. Dievaluasinya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien.
- c. Untuk mengetahui perbaikan yang efektif dan berkesinambungan.
- d. Untuk mengetahui perubahan-perubahan regulasi dalam membuat rencana, melaksanakan dan mempertahankan perbaikan.

BAB II
HASIL CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM), INDIKATOR MUTU
PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT) DAN
INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

A. INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Grafik 1. Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien



ANALISA

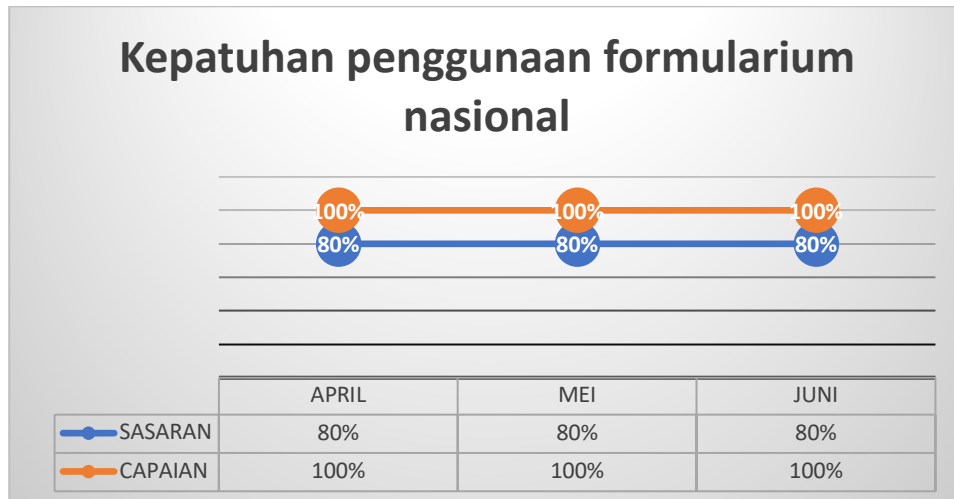
- a. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden. Peluang identifikasi pasien di Instalasi farmasi yaitu pada saat pemberian obat.
- b. Berdasarkan grafik 1, dapat dilihat bahwa hasil kepatuhan identifikasi pasien pada bulan April, Mei, dan Juni sudah mencapai sasaran yang diinginkan yaitu 100%.

Tindak Lanjut

Mempertahankan indikator yang sudah dicapai dengan terus melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin oleh Instalasi Farmasi.

2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Grafik 2. Capaian Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



ANALISA

- a. Kepatuhan penggunaan formularium nasional bertujuan untuk menggambarkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien, terutama pasien JKN. Penulisan resep obat yang sesuai formularium nasional adalah jumlah item nama atau jenis obat yang ditulis pada resep pasien JKN yang sesuai dengan formularium nasional.
- b. Berdasarkan grafik 2, dapat dilihat bahwa indikator pada bulan Januari sampai dengan Maret sudah mencapai sasaran yang diinginkan yakni $\geq 80\%$.

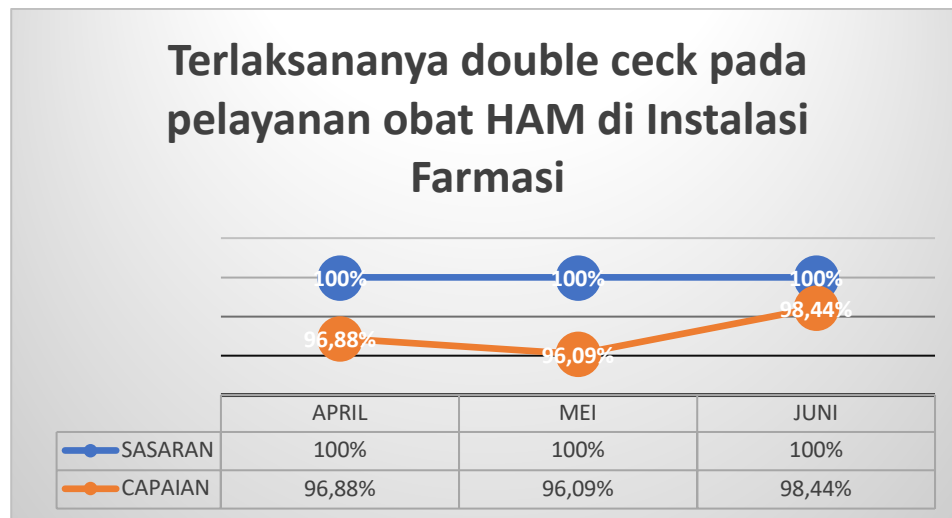
Tindak Lanjut

Untuk selanjutnya, walaupun hasil kepatuhan penggunaan formularium nasional sudah berada diatas target maka tim harus tetap melakukan pemantauan secara rutin setiap bulan di Instalasi Farmasi.

B. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-UNIT)

1. Terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi

Grafik 3. Capaian Indikator terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi



ANALISA

- a. Obat HAM (*High Alert Medicine*) adalah sejumlah obat – obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat dapat menyebabkan dampak yang tidak diinginkan termasuk obat – obat yang tampak mirip (nama obat, rupa, dan ucapan mirip atau NORUM atau *Look Alike Sound Alike/LASA*), termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi.
- b. Berdasarkan grafik 2 dapat dilihat bahwa pada terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi pada bulan April-Juni belum memenuhi sasaran yang diharapkan, bulan April sebesar 96, 88%, Mei 96,09 % dan Juni 98,44 %. Hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan staf farmasi.

Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan secara rutin setiap bulan dan melakukan perbaikan kegiatan peningkatan sesuai dengan metode PDCA.

RENCANA PERBAIKAN

A. PLAN

- Rencana : Instalasi Farmasi berencana mengetahui terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi
- Harapan : Kami berharap terlaksananya *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi 100%
- Tindakan : Dilakukan pemantauan dan supervise *double ceck* pada pelayanan obat HAM di Instalasi Farmasi setiap bulan

B. DO

- a. Menerapkan penggunaan checklist/verifikasi khusus obat HAM pada setiap pelayanan.
- b. Melakukan briefing rutin kepada petugas sebelum pelayanan dimulai.
- c. Menetapkan petugas penanggung jawab untuk memastikan proses *double check* dilakukan sebelum obat diserahkan

C. CHECK

- a. Melakukan monitoring dan audit kepatuhan *double check* secara berkala setiap hari
- b. Mengevaluasi jumlah pelayanan obat HAM yang belum dilakukan *double check*.
- c. Mengidentifikasi hambatan yang masih ditemukan selama pelaksanaan.

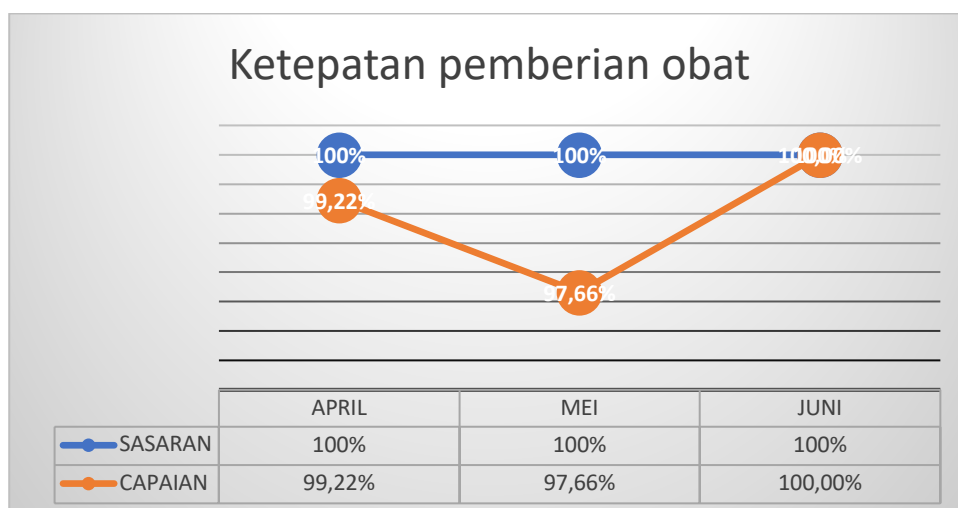
D. ACTION

Rekomendasi yang diusulkan antara lain adalah sebagai berikut :

- Memberikan tindak lanjut berupa pembinaan kepada petugas yang belum patuh terhadap SPO.
- Memperbaiki sistem dokumentasi dan alur pelayanan agar lebih efektif.
- Menetapkan evaluasi berkala dan mempertahankan kepatuhan agar target 100% dapat tercapai secara konsisten.
- Hasil belum sesuai dengan sasaran yang diharapkan.

2. Ketepatan pemberian obat

Grafik 4. Capaian Indikator Ketepatan pemberian obat



ANALISA

- Kejadian kesalahan pemberian obat oleh petugas termasuk dalam insiden keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera maupun kejadian tidak cedera. Kejadian kesalahan pemberian obat oleh petugas adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya bisa dicegah. Kesalahan ini dapat terjadi pada setiap tahap mulai dari peresepan/*prescribing*, *transcribing*, *dispensing* (apoteker atau tenaga vokasi farmasi), untuk administrasi (staf keperawatan atau pasien

sendiri). Kesalahan yang dapat terjadi antara lain salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, salah jumlah, dan pemberian obat tidak tepat waktu.

- b. Berdasarkan grafik 4 dapat dilihat bahwa pada bulan April ada 1 kejadian kesalahan pemberian obat dan bulan Mei ada 3 kejadian.

Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan secara rutin setiap bulan dan melakukan perbaikan kegiatan peningkatan sesuai dengan metode PDCA.

RENCANA PERBAIKAN

A. PLAN

- Rencana : Instalasi Farmasi berencana mengetahui ketepatan pemberian obat
- Harapan : Kami berharap terlaksananya ketepatan pemberian obat di Instalasi Farmasi 100%
- Tindakan : Dilakukan pemantauan dan supervise pelayanan obat di Instalasi Farmasi setiap bulan

B. DO

- a. Sosialisasi ulang SPO dispensing.
- b. Penerapan **double check** oleh dua petugas sebelum obat diserahkan.
- c. Monitoring penyimpanan obat LASA dan pemberian label LASA.
- d. Penataan ulang rak berdasarkan alfabet dan kelompok terapi.
- e. Audit harian oleh apoteker penanggung jawab.

C. CHECK

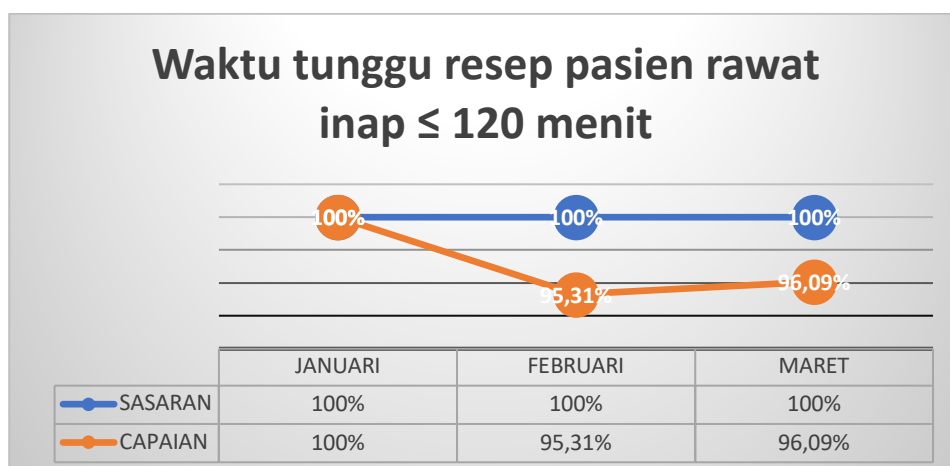
- a. Kepatuhan terhadap SPO meningkat signifikan.
- b. Kesalahan akibat obat LASA hampir tidak ditemukan.
- c. Masih ditemukan beberapa kasus pada jam sibuk karena tingginya beban kerja.

D. ACTION

- a. Menetapkan *double check* sebagai prosedur wajib.
- b. Sosialisai ulang obat yang termasuk LASA dan *high-alert medication*.
- c. Mengusulkan penambahan SDM pada jam pelayanan dengan volume resep tinggi.
- d. Melakukan monitoring berkelanjutan melalui rapat mutu Instalasi Farmasi.

3. Waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit

Grafik 5. Capaian Indikator waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit



ANALISA

- a. Berdasarkan grafik indikator mutu “Waktu Tunggu Resep Pasien Rawat Inap ≤ 120 Menit”, diketahui bahwa target sasaran setiap bulan adalah 100%. Pada bulan Januari capaian telah memenuhi target yaitu 100%, namun pada bulan Februari mengalami penurunan menjadi 95,31% dan bulan Maret sedikit meningkat menjadi 96,09%, tetapi masih belum mencapai sasaran yang ditetapkan.
- b. Penurunan capaian ini menunjukkan masih terdapat resep pasien rawat inap yang pelayanan penyelesaiannya melebihi waktu ≤ 120 menit. Beberapa kemungkinan penyebab antara lain:

- Tingginya jumlah resep pada jam tertentu sehingga terjadi penumpukan pelayanan.
- Keterlambatan konfirmasi resep atau klarifikasi obat.
- Proses peracikan obat yang membutuhkan waktu lebih lama.
- Keterbatasan jumlah petugas farmasi pada waktu sibuk.

Meskipun terjadi peningkatan pada bulan Maret, hasil tersebut masih memerlukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan agar target mutu pelayanan dapat tercapai secara optimal.

Tindak Lanjut

Dilakukan pemantauan secara rutin setiap bulan dan melakukan perbaikan kegiatan peningkatan sesuai dengan metode PDCA.

RENCANA PERBAIKAN

A. PLAN

Rencana	: Instalasi Farmasi berencana mengetahui waktu tunggu resep pasien rawat inap
Harapan	: Kami berharap waktu tunggu resep pasien rawat inap ≤ 120 menit 100%
Tindakan	: Dilakukan pemantauan waktu tunggu resep pasien rawat inap setiap bulan

B. DO

- Membagi tugas petugas farmasi secara lebih efektif sesuai beban kerja.
- Mempercepat proses skrining dan verifikasi resep.
- Melakukan koordinasi dengan dokter dan perawat terkait kelengkapan resep.
- Mengutamakan pelayanan resep prioritas/rawat inap yang membutuhkan segera.

C. CHECK

- a. Melakukan monitoring waktu tunggu resep setiap hari atau setiap minggu.
- b. Membandingkan hasil capaian dengan target yang telah ditentukan.
- c. Mengevaluasi kendala yang masih terjadi selama proses pelayanan.
- d. Melakukan audit sederhana terhadap resep yang melebihi waktu standar.

D. ACTION

Rekomendasi yang diusulkan antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Menetapkan perbaikan alur pelayanan yang terbukti efektif menjadi prosedur tetap.
- b. Memberikan edukasi dan pembinaan kepada petugas terkait efisiensi pelayanan.
- c. Menambah evaluasi rutin dan pelaporan indikator mutu setiap bulan.
- d. Melakukan perbaikan berkelanjutan agar capaian waktu tunggu resep dapat kembali mencapai target 100%.

BAB III

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RSUD dr. GUNAWAN
MANGUNKUSUMO KABUPATEN SEMARANG

1. Data insiden keselamatan pasien

a. Kejadian Potensi Cidera Signifikan (KPCS)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
1	24 Mei 2026	285272	Kesalahan pemberian obat sampai di tangan perawat	KNC	Rendah	Rawat Inap

c. Kejadian Tidak Cidera (KTC)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
1	5 Mei 2026	230744-2023	Kesalahan identifikasi pasien	KTC	Rendah	Rawat jalan
2	10 Mei 2026	283769-2026	Kesalahan identifikasi pasien	KTC	Rendah	Rawat jalan

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
1.	13-Apr-26	263257-2025	Kesalahan pemberian obat karena LASA	KTD	Tinggi	Rawat jalan
2	06 April 2026	126292-2017	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap

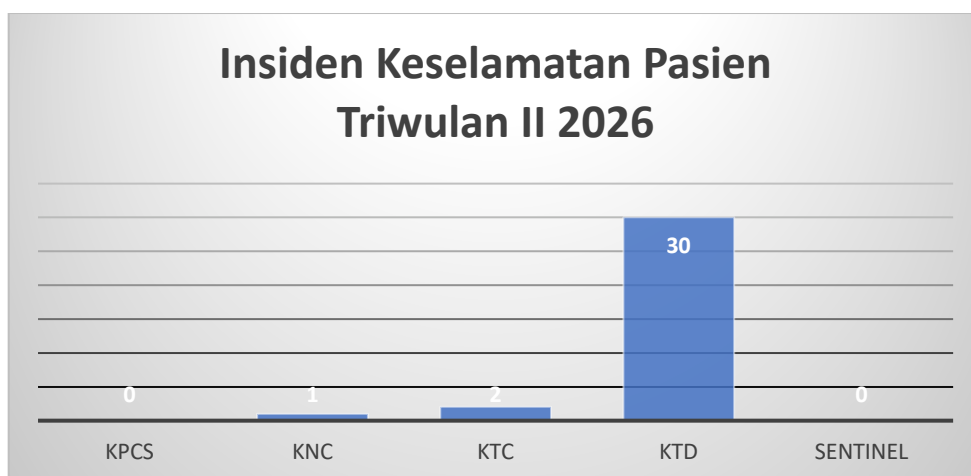
3	06 April 2026	254210-2024	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
4	07 April 2026	140056-2018	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
5	07 April 2026	022678-2012	ESO obat Methylprednisolon inj	KTD	Sedang	Rawat Inap
6	07 April 2026	049493-2013	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
7	09 April 2026	225843-2023	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
8	09 April 2026	263246-2025	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
9	09 April 2026	234169-2023	ESO obat warfarin	KTD	Tinggi	Rawat Inap
10	13 April 2026	082703-2015	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
11	13 April 2026	113576	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
12	13 April 2026	228042	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
13	16 April 2026	079908-2015	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
14	16 April 2026	140153-2018	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
15	18 April 2026	230755-2023	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
16	22 April 2026	90893-2015	ESO obat Hyoscine inj	KTD	Sedang	Rawat Inap
17	06 Mei 2026	049414-2013	ESO obat hyoscine inj	KTD	Sedang	Rawat Inap
18	06 Mei 2026	283962-2026	ESO obat levofloxacin inf	KTD	Sedang	Rawat Inap
19	08 Mei 2026	244820-2024	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
20	14 Mei 2026	253654-2024	ESO obat TLE	KTD	Tinggi	Rawat Inap
21	26 June 2026	160792-2018	ESO obat FDC OAT	KTD	Tinggi	Rawat Inap
22	30 June 2026	233460-2023	ESO obat FDC OAT	KTD	Tinggi	Rawat Inap
23	30/06/26	286840-2026	ESO obat FDC OAT	KTD	Tinggi	Rawat Inap
24	25-Jun-26	216804-2022	ESO obat asetosal dan klopidogrel	KTD	Sedang	Rawat Inap
25	17/06/26	028777-2013	ESO obat ceftriaxone inj	KTD	Sedang	Rawat Inap

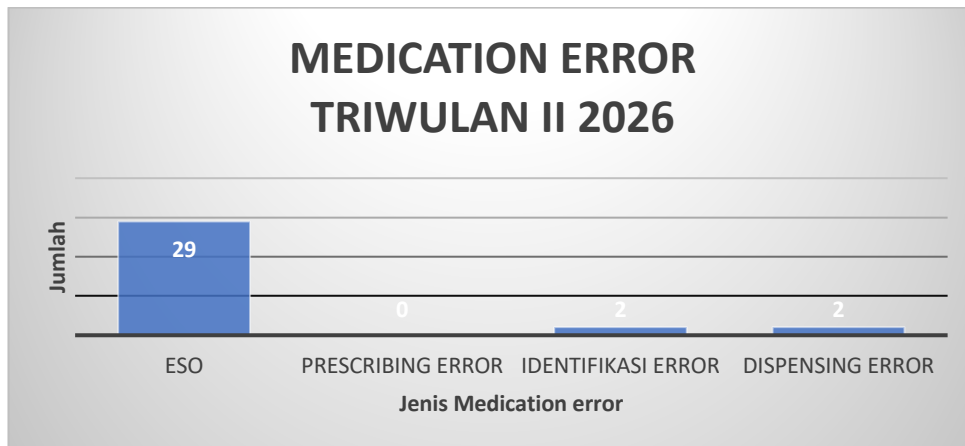
26	25/06/26	223157-2022	ESO obat levofloxacin inf	KTD	Sedang	Rawat Inap
27	17/06/26	018399-2012	ESO obat metformin tab	KTD	Sedang	Rawat Inap
28	17/06/26	196382-2020	ESO obat metronidazole inf	KTD	Sedang	Rawat Inap
29	18/06/26	218558-2022	ESO obat ranitidine inj	KTD	Sedang	Rawat Inap
30	19/06/26	281191-2026	ESO obat salbutamol inhalasi	KTD	Sedang	Rawat Inap

e. Sentinel

No	Tanggal Kejadian	Nomor RM	Uraian Kejadian	Jenis Insiden	Grading	Keterangan
	NIHIL					

2. Grafik insiden keselamatan pasien





3. Analisa insiden keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien adalah bentuk kejadian yang berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien ketika sistem pemberian asuhan yang aman tidak dikelola dengan baik oleh suatu rumah sakit. Insiden keselamatan pasien dapat berupa kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian potensi cedera (KPC), kejadian tidak cedera (KTC), dan sentinel. Berdasarkan laporan insiden di instalasi farmasi periode April sampai dengan Juni 2026 yang dilaporkan ke Komite PMKP sejumlah 33 insiden, yaitu 30 KTD, 2 KTC DAN 1 KNC. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang paling dominan, yaitu 30 kasus (90,9%), menunjukkan sebagian besar laporan merupakan insiden yang telah mencapai pasien dan menimbulkan dampak. Terdapat 2 kasus KTC (6,1%), yaitu insiden yang telah mencapai pasien tetapi tidak menimbulkan cedera. Terdapat 1 kasus KNC (3,0%), yang berhasil terdeteksi sebelum mencapai pasien. Tidak ditemukan KPCS maupun kejadian sentinel, sehingga tidak terdapat insiden dengan dampak kematian atau cedera permanen.

ESO (Efek Samping Obat) mendominasi laporan sebanyak 29 kasus (87,9%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar insiden berasal dari reaksi obat yang dialami pasien dan bukan karena kesalahan dalam proses penggunaan obat. *Identification Error* sebanyak 2 kasus (6,1%), menunjukkan masih terdapat kesalahan dalam proses identifikasi pasien maupun identifikasi obat yang perlu diperkuat melalui penerapan identifikasi dua identitas pasien dan verifikasi sebelum pelayanan. *Dispensing Error*

sebanyak 2 kasus (6,1%), mengindikasikan masih terdapat kesalahan pada proses penyiapan atau penyerahan obat sehingga perlu peningkatan ketelitian, penerapan *double check*, serta pemanfaatan barcode apabila tersedia. Tidak ditemukan *Prescribing Error*, yang menunjukkan proses penulisan resep oleh tenaga medis selama periode ini telah berjalan dengan baik atau belum terdapat laporan terkait.

Secara umum, pelaporan keselamatan pasien di Instalasi Farmasi pada Triwulan II Tahun 2026 didominasi oleh KTD, sedangkan berdasarkan jenis medication error didominasi oleh ESO. Tidak adanya kejadian sentinel merupakan indikator positif, namun tingginya jumlah KTD menunjukkan perlunya evaluasi menyeluruh terhadap proses pelayanan farmasi, khususnya pada tahap pemantauan terapi obat, identifikasi pasien, dan dispensing.

BAB IV

PENUTUP

Rencana perbaikan pelaksanaan monitoring dan evaluasi pengukuran indikator mutu Instalasi Farmasi kami buat sebagai acuan dalam melakukan perbaikan terhadap hasil yang sudah dicapai. Rencana perbaikan dengan metode PDCA (*Plan-Do-Check-Action*) dapat digunakan sebagai acuan rumah sakit untuk merencanakan, melaksanakan, dan monitoring evaluasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo. Namun demikian, upaya-upaya ini akan lebih berhasil apabila didukung oleh pimpinan rumah sakit dan kerjasama yang baik dari seluruh instalasi pelayanan dan manajemen rumah sakit.

Rekomendasi perbaikan:

- Meningkatkan monitoring terapi obat dan pelaporan ESO melalui kegiatan farmakovigilans.
- Memperkuat penerapan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas sebelum penyerahan obat.
- Menerapkan *double check* pada proses dispensing, terutama untuk obat *high alert* dan LASA.
- Melakukan edukasi dan refresh training kepada petugas farmasi mengenai patient safety dan medication safety.
- Melakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap tren insiden keselamatan pasien setiap triwulan sebagai dasar perbaikan mutu pelayanan.

Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan dan
Penunjang Medik



Kepala Instalasi Farmasi



Dwi Retna.S, S.Farm.,M.Clin.Pharm.,Apt
NIP. 19850127 200902 2 007

