

## **BAB VI**

### **RINGKASAN**

Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan dan merupakan rujukan pelayanan kesehatan. SK Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit menyebutkan bahwa pelayanan kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian (Anonim, 2014b).

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah kepada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang telah dilakukan. Tujuan dari akreditasi rumah sakit ini adalah agar kualitas diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan rumah sakit. Dalam akreditasi terbaru (versi 2012) penilaian standar akreditasi dilakukan terhadap standar yaitu kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien, kelompok standar manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien rumah sakit, sasaran *milinium development goals*. Pada standar akreditasi baru, keselamatan pasien adalah menjadi isu utamanya. Sebagai sumber referensi standar akreditasi nasional adalah diambil dari *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 4 rd Edition 2011*, dimana standar akreditasi harus memenuhi kriteria – kriteria internasional dan bersifat dinamis, pelayanan berfokus pada pasien dan keselamatan pasien serta pelayanan yang berkesinambungan. Sistem akreditasi KARS yang baru (versi 2012) direncanakan mulai dilaksanakan pada Juni 2012 (Depkes RI, 2011).

Ketertarikan peneliti untuk melakukan penelitian di IFRSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya adalah untuk melihat perkembangan dengan meninjau dari segi mutu pelayanan yang telah dijalankan di IFRSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya dan mengadakan suatu strategi pengembangan dengan berdasarkan analisis metode Hanlon. Hasil penelitian diharapkan IFRSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya mampu meningkatkan posisi dan keberadaannya di tengah-tengah pelayanan yang ada dan dapat mengambil strategi yang kompetitif sehingga mampu meningkatkan eksistensinya dan memberikan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat.

Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian pelayanan farmasi RSUD dr. Doris Sylvanus terhadap standar akreditasi Rumah Sakit mengenai MPO (Manajemen Penggunaan Obat) yang meliputi : organisasi dan manajemen, seleksi dan pengadaan, penyimpanan, pemesanan dan pencacatan, persiapan dan penyaluran, pemberian (*administration*) dan pemantauan (*Monitoring*) di instalasi Farmasi RSUD dr. Doris Sylvanus berdasarkan analisis prioritas dengan metode Hanlon.

Penelitian di IFRS RSUD dr. Doris sylvanus palangkaraya dengan data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Cara pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner *self assesment* apoteker dan TTK yang terlibat dalam proses akreditasi berupa hasil hitungan dari jawaban respon pada kuesioner. Observasi juga dilakukan untuk melihat keberadaan dan kelengkapan data/konsumen, SOP, fasilitas di pelayanan farmasi.

Penelitian dilakukan mulai dari tanggal 15 Desember 2014 sampai dengan 15 Januari 2015. Kuisisioner standar akreditasi disebarkan kepada pegawai di

instalasi farmasi untuk mengetahui penilaian standar akreditasi. Setelah kuisisioner tersebut telah diisi selanjutnya dilakukan uji validitas. Dari penyebaran kuisisioner kepada pegawai instalasi farmasi yang berjumlah 28 responden, peneliti menemukan hasil modus atau jawaban yang sering muncul dari setiap standar akreditasi. Hasil modus diambil untuk menentukan banyaknya jawaban yang sama terhadap suatu pertanyaan penilaian standar akreditasi oleh pegawai instalasi farmasi, yang mengetahui keadaan instalasi farmasi baik dalam pelayanan maupun administrasi. Dari hasil tersebut dibandingkan dengan hasil observasi.

Berdasarkan hasil penelitian pelayanan farmasi di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya dengan skor pencapaian masing-masing standar akreditasi yaitu, standar organisasi dan manajemen dengan skor 50%, standar seleksi dan pengadaan mencapai skor 75%, standar penyimpanan mencapai skor 92,5%, standar pemesanan dan pencatatan mencapai skor 92,5%, standar persiapan dan penyaluran mencapai skor 87,5%, standar pemberian mencapai skor 100%, standar pemantauan mencapai skor 75%. Dengan total skor rata-rata pencapaian yaitu 81,8%.

Langkah awal yang dilakukan dalam uji perbaikan Hanlon yaitu dengan mengidentifikasi masalah dan solusi di tiap standar pelayanan farmasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 8. Masalah dan Solusi Pengembangan pelayanan farmasi

Nilai skor yang belum memenuhi standar akreditasi	Masalah	Solusi manajemen
<b>Standar Akreditasi</b>		
<b>Organisasi dan Manajemen</b>		
MPO 1.1: Identifikasi Petugas Kompeten	Rumah sakit telah melakukan identifikasi terhadap yang diberi izin untuk mensupervisi pelayanan kefarmasian, namun syarat baik secara akademis dan teknis dari petugas tersebut tidak memenuhi kriteria.	Perlu dilakukan evaluasi dan monitoring terhadap petugas supervisi agar sering mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit/ manajemen kefarmasian/ pelayanan kefarmasian, agar memiliki pengetahuan dan pengalaman yang lebih spesifik.
<b>Seleksi dan Pengadaan</b>		
MPO 2.1 : Pengawasan Obat	Penunjukkan komite untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit belum terkontrol dengan baik. Pengawasan obat bukan hanya tanggung jawab farmasis	Perlu dilakukan monitoring dan pengawasan yang ketat terhadap penggunaan obat agar terkontrol / terjaga dengan baik agar tidak kehilangan obat-obatan.
MPO 2.2 : Persetujuan Pengadaan Obat	Ada kalanya obat tidak tersedia dalam stok di rumah sakit ketika dibutuhkan.	Jumlah dalam persediaan stok harus diperhitungkan dan direncanakan dengan baik.
<b>Penyimpanan</b>		
MPO 3.1: Penyimpanan Produk Nutrisi	Obat disimpan dalam kondisi yang sesuai bagi stabilitas produk tapi belum terkontrol secara akurat sesuai undang-undang	Perlu dimonitoring dan didukung kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya sesuai peraturan yang berlaku
MPO 3.2 : Obat-Obat Emergensi, dimonitor dan aman	Obat emergensi sudah tersedia tetapi pengawasan dan monitoring belum maksimal	Sebaiknya obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan rumah sakit. Perlu dimonitoring secara ketat agar selalu aman bilamana disimpan di luar farmasi
MPO 3.3: Pemusnahan Obat yang kadaluwarsa	Ada sistem penarikan obat dan pemusnahannya dimonitor dengan baik tetapi belum sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan pemerintah.	Kontrol secara rutin dan dilakukan monitoring. Dijalankan dengan baik sesuai jadwal dan prosedur yang ada mengenai sistem penarikan atau pemusnahan obat kadaluwarsa baik di gudang, di depo-depo farmasi atau bangsal.

Lanjutan tabel 8.

Nilai skor yang belum memenuhi standar akreditasi	Masalah	Solusi manajemen
<b>Pemesanan dan Pencatatan</b>		
MPO 4.1: Pemesanan obat atau penulisan resep akseptabel	Pemesanan obat/ penulisan resep telah dilakukan sesuai dengan kebijakan tapi perlu dimonitoring secara rutin dan dievaluasi.	Mengidentifikasi setiap petugas yang diijinkan untuk penulisan resep, pencatatan dan pemesanan obat.
MPO 4.2: Mengidentifikasi Petugas yang kompeten	Ada petugas yang kompeten tetapi belum menjalankan tugasnya secara maksimal.	Meningkatkan kerja sama antara petugas farmasi dan petugas lainnya.
<b>Persiapan dan Penyaluran</b>		
MPO 5.1: Menelaah ketepatan pada pesanan obat	Sudah menjalankan sesuai prosedur, perlu dimonitoring dan divalusi secara rutin agar hasilnya maksimal.	Perlu evaluasi oleh profesional yang terlatih dan rumah sakit harus menjabarkan informasi yang spesifik apa saja yang dibutuhkan agar efektif terhadap pemesanan obat/penulisan resep. Meningkatkan kerja sama antara petugas famasi dan petugas lainnya.
MPO 5.2: Sistem penyaluran dan pendistribusian obat	Sudah ada sistem dan sudah dijalankan tetapi belum maksimal.	Perlu monitoring terhadap sistem keseragaman rumah sakit dalam penyaluran agar dijalankan secara maksimal.
<b>Pemantauan</b>		
MPO 7.1: Menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat untuk memperbaiki proses penggunaan sesuai waktu yang ditentukan	Dilaporkan melalui proses tetraapi belum sesuai dengan kerangka waktu yang ditentukan rumah sakit.	Perlu kerjasama dalam penyusunan pedoman tentang kesalahan obat. Perlu dilakukan pelapoiran setiap kesalahan obat dan mengidentifikasi petugas yang melakukan dan yang melaporkan kejadian kesalahan obat serta terus melakukan perbaikan proses penggunaan obat berdasarkan evaluasi, informasi dan pelaporan kesalahan obat.

Keterangan :

MPO : Manajemen Penilaian Obat

P : Pertanyaan

Dari hasil pembobotan yang dilakukan dengan metode Hanlon, diperoleh skala prioritas yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi

dalam lingkup IFRS. Adapun hasil skala prioritas yang telah tersusun dapat dilihat pada tabel 9.

**Tabel 9. Penentuan Skala Prioritas Penanganan Masalah dengan Metode Hanlon**

Standar	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	*OPR	Proritas Masalah
	A	B	C	*BPR			
MPO 1.1	5	10	8	40	11111	40	1
MPO 2.1	3	7	7	23,3	11111	23,3	3
MPO 2.2	3	7	7	23,3	11111	23,3	4
MPO 3.1	3	2	6	10	11111	10	7
MPO 3.2	3	2	6	10	11111	10	8
MPO 3.3	3	2	6	10	11111	10	9
MPO 4.1	1	2	6	6	11111	6	10
MPO 4.2	1	2	6	6	11111	6	11
MPO 5.1	3	6	7	21	11111	21	5
MPO 5.2	2	6	7	18,7	11111	18,7	6
MPO 7.1	5	6	7	25,7	11111	25,7	2

Ket :

A : besar masalah. Skor 0-10 (kecil-besar)

B : keseriusan masalah. Skor 0-20 (tidak serius-sangat serius)

C : kemudahan penyelesaian masalah. Skor 0-10 (sulit-mudah).

D atau PEARL : kemungkinan pemecahan masalah. Skor 0 = tidak 1 = ya.

BPR (*Basic priority rating*) =  $(A+B) C / 3$

OPR (*Overall priority rating*) =  $[(A+B) C / 3] \times D$

Tahapan penyelesaian masalah disetiap standar pelayanan farmasi berdasarkan persentase skala prioritas yang dilakukan dengan metode Hanlon dapat disusun sebagai berikut :

#### 1. Organisasi dan manajemen

- a) Perlu dilakukan monitoring terhadap petugas supervisi, sebaiknya sering mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian atau pelayanan kefarmasian.
- b) Petugas yang diidentifikasi harus memenuhi syarat atau kriteria baik secara akademis maupun teknis.

## 2. Pemantauan

- a) Perlu kerjasama dalam penyusunan pedoman tentang kesalahan obat.
- b) Perlu mengidentifikasi petugas yang melakukan dan yang melaporkan kejadian kesalahan obat dan terus melakukan perbaikan proses penggunaan obat berdasarkan evaluasi, informasi dan pelaporan kesalahan obat.

## 3. Seleksi dan pengadaan

- a) Perlu dilakukan monitoring penggunaan dan pengawasan obat yang ketat terhadap penggunaan obat agar terkontrol/terjaga dengan baik, agar tidak terjadi kehilangan obat.
- b) Perlu adanya proses persetujuan dalam pengadaan obat.
- c) Jumlah obat dalam persediaan stok harus diperhitungkan dan direncanakan dengan baik.

## 4. Persiapan dan penyaluran

- a) Rumah sakit menjabarkan informasi pasien yang spesifik apa saja yang dibutuhkan agar efektif terhadap pemesanan obat atau penulisan resep.
- b) Perlu dievaluasi dan dimonitoring secara rutin oleh profesional yang terlatih.
- c) Perlu kerjasama antara petugas farmasi dan petugas lainnya.

## 5. Penyimpanan

- a) Perlu monitoring didukung kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya sesuai peraturan yang berlaku.

- b) Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan rumah sakit.
  - c) Perlu dilakukan kontrol secara rutin sistem penarikan kembali dalam hal ini obat-obat kadaluwarsa baik di gudang, di depo-depo farmasi atau di bangsal.
6. Pemesanan dan pencatatan
- a) Perlu monitoring dalam mengidentifikasi setiap petugas yang diijinkan untuk penulisan resep, pencatatan dan pemesanan obat.
  - b) Perlu meningkatkan kerja sama antara petugas farmasi dan petugas lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiatma, T.y., 2000. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Cetakan Pertama, Penerbit UI Press : Jakarta.
- Anonim, 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan RI Dengan KARS 2011: Jakarta
- Anonim., 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*, Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Anonim., 2009a, *Undang-Undang Republik Indonesia No.36 tentang Kesehatan*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Anonim., 2014a, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Anonim., 2014b, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*, Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011 *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2011 Tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, “*Standar Pelayanan Rumah Sakit*”, Jakarta.
- Early. 2011. *Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat Pencapaian Akreditasi Untuk Lima Pelayanan Dasar di RSUD Bima*. Tesis. Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Fauzar, M., 2013, Pengelolaan Obat di Rumah Sakit Mandai Kabupaten Maros Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Universitas Hasanuddin*, 3 : 61-67
- Ghenadenik A, Rochais C, Atkinson S, Bussieres JF. 2012. *Potential Risk Associated with Medication Administration, as Identified by Simpel Tools and Observation*. JCPH – Vol.65
- Hanlon, J.J., 2010, National Association of Country & City Health Officials. *The Hanlon Method for Prioritizing Health problem*

- Harvey. 2013. *Strategy of pharmacy instalation development based evaluation of hospital accreditation by Hanlon method in HM Djafar Harun Hospital, Notrh Kolaka, South East Sulawesi*. Prosiding. Seminar Kulit cantik dan sehat dengan kosmetik aman, Ball Room Hotel Orange, 27-28 April. Surakarta: Universitas Setia Budi.
- Herijulianti E, Indriani S, Artini S. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC.
- Koentjono, T. 2007. *Assessing the Value of Accreditation Systems*. *European Journal of Public Health*, vol. 7 no. 1, hal 4-8.
- Luwiharsih. 2002. *Persiapan Rumah Sakit untuk Diakreditasi*. Naskah tulisan untuk buku, UI press : Jakarta
- Maftuhah. 2009. *Empat Faktor \*Penting Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan Masyarakat (Metode Hanlon)*. [www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm](http://www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm). (15 Juli 2013).
- MarManson. 2012. *Hanlon Method for Prioritizing Health Problems APEXPH*, National Association of Country & City Health Officials (NACCHO)
- Mulyadi. 2001. *Auditing*. Jakarta : Salemba Empat.
- Mustika, D, Danu, S.S., 2004, Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 4 : 219-224
- Nurbeti, M., 2009, *Panduan penetapan prioritas masalah kesehatan masyarakat*. Aneka ilmu : Jakarta
- Nurwahida, 2014. *Strategi pengembangan Instalasi Farmasi RSUD Kraton Pekalongan dengan metode Hanlon*. Tesis. Manajemen Ilmu Farmasi, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Poerwani SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakitian di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta.
- Pooyan, E.J, Agrizzi, D, Haghghi, F.A., 2011, Healthcare accreditation system : perspectives on performance measures. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 : 645-656
- Sabarudin, 2013. *Strategi pengembangan Instalasi Farmasi RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali dengan metode Hanlon*. Tesis. Manajemen Ilmu Farmasi, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Sampurno. 2011. *Manajemen Pemasaran Farmasi*. Yogyakarta : UGM Press.

- Shaw, C.D. et al., 2104. The Effect of Certification and Accreditation on Quality Management in 4 Clinical Services in 73 European Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 : 100-107
- Siregar, C.J.P., 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sugian, S. 2006. *Kamus Manajemen (Mutu)*. Jakarta : Gramedia.
- Sugiyono. 2006. *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sutapa, G. 2011. *Sistem Penjaminan Mutu Internal Perguruan Tinggi*. Jakarta : Kementrian Pendidikan Nasional.
- Tayipnapi F.Y. 2008. *Evaluasi program dan instrumen evaluasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Umar, H. 2002. *Evaluasi Kinerja Perusahaan*. Jakarta : Gramedia.
- Umar, H. 2002. *Evaluasi Kinerja Perusahaan*. Jakarta : Gramedia.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan, teori, strategi dan aplikasi, Vol 1* . Surabaya : Airlangga University Press.

**L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N**

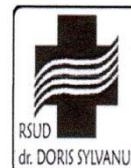
## Lampiran 1. Surat pengantar penelitian



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

RSUD dr. DORIS SYLVANUS



**Terakreditasi Penuh Tingkat Lanjut Sertifikat Kemenkes RI Nomor : YM.01.10/III/8060/2010**  
 Jl Tambun Bungai Nomor 04 Palangka Raya 73111 Telp. (0536) 3308671-3224695-3229194 Fax. (0536)29194  
 E-mail : rsud.dorissylvanus@gmail.com

Palangka Raya, 17 Desember 2014

Nomor : 6403/PN-DPM/RSUD/12-2014

Kepada

Lampiran : -

Yth. : - Instalasi Farmasi

Perihal : **Pengantar Penelitian**

BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus  
 di -

Tempat

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Farmasi program Pascasarjana Universitas Setia Budi Solo, nomor: 98/D3.04/15.12.2014 tanggal 15 Desember 2014, perihal *Pengantar Penelitian*. Kami hadapkan :

Nama : Mensie Martha Lovianie

NIM : SBF 111340258

Judul : Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi Dengan Metode Hanlon di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Agar dapat diterima untuk melakukan Penelitian tersebut, yang bersangkutan akan mentaati ketentuan/ persyaratan yang berlaku di BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Dimohon setelah menyelesaikan penelitian dimaksud agar menyampaikan hasil Penelitian tersebut kebagian Diklit dan Pengembangan Mutu SDM BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya.

Surat ini berlaku sejak tanggal 15 Desember 2014 s/d 15 Januari 2015, demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wadir Penunjang  
 BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

  
**Dra. LILIS SURIANI, MM**  
**Pembina Tk I**  
**NIP . 19660405 198511 2 001**

Tembusan disampaikan kepada Yth.:

1. Dekan Fakultas Farmasi Program Pascasarjana Universitas Setia Budi
2. Arsip

## Lampiran 2. Surat keterangan telah melakukan penelitian



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH

**BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. DORIS SYLVANUS



**Terakreditasi Penuh Tingkat Lanjut Sertifikat Kemenkes RI Nomor : YM.01.10/III/8060/2010**  
 Jl Tambun Bungai Nomor 04 Palangka Raya 73111 Telp. (0536) 3308671-3224695-3229194 Fax. (0536)29194  
 E-mail : rsud.dorissylvanus@gmail.com

### SURAT KETERANGAN

NOMOR: 307 /PN-DPM/RSUD/01-2015

Yang bertanda tangan di bawah ini Wadir Penunjang BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya Menyatakan bahwa :

Nama : MENSIE MARTHA LOVIANIE

NIM : SBF 111340258

Perguruan Tinggi : Universitas Setia Budi

Telah melaksanakan Penelitian di BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya dengan judul “ Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi Dengan Metode Hanlon di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya”.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya, 15 Januari 2015

Wadir Penunjang

BLUD RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya



**Dra. LILIS SURIANI, MM**

**Pembina Tk I**

**NIP . 19660405 198511 2 001**

### Lampiran 3. Kesediaan untuk menjadi responden



Program Pasca Sarjana  
Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit  
Universitas Setia Budi Surakarta  
2014

---

#### KUESIONER PENELITIAN Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden (Informed Consent)

Judul Penelitian : Strategi Pengembangan Instansi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya dengan Metode Hanlon.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Lokasi Kerja :

Umur :

Pendidikan :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh Mensie Martha Lovianie, S.Farm., Apt. Mahasiswa Manajemen Farmasi Rumah Sakit Universitas Setia Budi Surakarta.

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya, Januari 2015

Responden,

---

*Apabila ada yang hendak ditanyakan, silahkan hubungi nomor di bawah ini.*

*Contact person : Mensie Martha L. (085728462868)*

## Lampiran 4. Identitas responden

### IDENTITAS RESPONDEN

#### Nomor Responden :

1. Jenis Kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
2. Pendidikan Terakhir
  - a. SMF
  - b. D3 Farmasi
  - c. S1 Farmasi
  - d. Apoteker
  - e. Lain-lain :
3. lama Bekerja di Instalasi Farmasi
  - a. < 1 Tahun
  - b. 1 – 2 Tahun
  - c. 2 – 3 Tahun
  - d. 3 – 5 Tahun
  - e. > 5 Tahun
4. Pelatihan Kefarmasian yang pernah diikuti :
  - a. Pelatihan FARKLIN
  - b. Pelatihan Manajemen Rumah Sakit
  - c. Pelatihan Handling Cytotatic
  - d. Pelatihan Pelayanan Peresepan dan PIO
  - e. Dan lain-lain :.....

## Lampiran 5. Kuesioner penelitian

### MPO.1. Organisasi dan Manajemen

1. Apakah rumah sakit mengidentifikasi petugas kompeten yang diberi izin untuk mensupervisi pelayanan kefarmasian?
  - a. Tidak melakukan identifikasi
  - b. Ada identifikasi, kualifikasi tidak memenuhi
  - c. Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi
  - d. Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi, belum pengalaman
  - e. Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi, berpengalaman dan mengikuti pelatihan

#### **DO:**

- A. Petugas yang secara langsung mensupervisi aktivitas pelayanan kefarmasian yang membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik, dan yang pasti memiliki izin, sertifikat serta terlatih.
- B. Supervisi meliputi semua proses seleksi dan pengadaan obat, penyimpanan, pemesanan dan pencatatan obat, persiapan dan penyaluran obat serta pemberian obat, kemudian dilakukan pemantauan.
- C. Yang dimaksud dengan pelatihan adalah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian atau pelayanan kefarmasian.

### MPO.2. Seleksi dan Pengadaan

2. Apakah ada metode untuk mengawasi penggunaan obat di rumah sakit?
  - a. Tidak ada metode, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
  - b. Ada metode, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, tidak diketahui oleh sebagian anggota

- c. Ada metode, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh sebagian anggota
- d. Ada metode, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota tetapi tidak dijalankan
- e. Ada metode, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota dan dijalankan

**DO:**

- A. Rumah sakit mempunyai metode, seperti penunjukan komite, untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit, mereka yang dilibatkan dalam pengamatan daftar termasuk praktisi pelayanan kesehatan juga diikuti – sertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat.
- B. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar mempunyai panduan kriteria yang meliputi indikasi penggunaan, efektivitas, risiko dan biaya.
- C. Ada proses atau mekanisme untuk memonitor respons pasien terhadap obat yang baru ditambahkan. Contohnya, bilamana keputusan diambil untuk menambahkan dalam daftar suatu jenis obat atau suatu kelas obat, ada proses untuk memonitor ketepatan dari indikasi, bagaimana obat itu diresepkan (misalnya, dosis atau rute pemberian) dan setiap Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) yang tidak diantisipasi atau kondisi yang berhubungan dengan obat baru selama periode pengenalan.
- D. Daftar itu ditelaah kembali sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan informasi safety dan informasi efektivitas yang muncul dan informasi tentang penggunaan serta KTD.

3. Apakah ada proses persetujuan dalam pengadaan obat yang dibutuhkan tetapi tidak ada dalam persediaan atau tidak tersedia dalam rumah sakit?
  - a. Tidak ada proses persetujuan dalam pengadaan obat
  - b. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, tidak diketahui oleh anggota
  - c. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui oleh sebagian anggota
  - d. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui seluruh anggota tidak disertai evaluasi
  - e. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui seluruh anggota disertai adanya evaluasi

**DO :**

- A. Adakalanya obat tidak ada dalam persediaan atau tidak tersedia dalam stok di rumah sakit ketika dibutuhkan, oleh sebab itu perlu adanya proses persetujuan untuk pengadaan obat-obat tersebut dan ada saat di mana obat dibutuhkan pada malam hari, atau bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci.
- B. Pengadaan obat merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui proses pembelian, produksi atau pembuatan sendiri dan sumbangan atau hibah.

**MPO.3. Penyimpanan**

4. Apakah kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi?
  - a. Tidak ada kebijakan yang ditetapkan
  - b. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi produk nutrisi tetapi tidak tepat
  - c. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi produk nutrisi yang tepat

- d. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi produk nutrisi tetapi tidak dikendalikan dengan baik
- e. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan produk nutrisi dan dikendalikan dengan baik

**DO:**

- A. Setelah barang diterima di instalasi farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian.
- B. Persyaratan kefarmasian meliputi: Stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan kimia habis pakai.
- C. Ada beberapa jenis obat yang karena resikonya tinggi (obat – obatan radioaktif), lingkungan yang tidak biasa (dibawa oleh pasien), kemungkinan untuk penyalahgunaan, misalnya obat sampel dan obat emergensi atau sifat yang khusus (produk nutrisi), perlu didukung kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya.

- 5. Apakah di rumah sakit tersedia obat emergensi, dimonitor dan disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian?
  - a. Tidak tersedia obat emergensi
  - b. Tersedia obat emergensi tetapi tidak dimonitor
  - c. Tersedia obat emergensi, dimonitor tetapi tidak dijaga
  - d. Tersedia obat emergensi dimonitor dan dijaga tetapi tidak dilindungi dari kehilangan
  - e. Tersedia obat emergensi dimonitor, dijaga dan dilindungi dari kehilangan

**DO:**

- A. Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting/kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai ke lokasi.
- B. Untuk memastikan akses obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat yang dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluwarsa.

6. Apakah rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur yang mengatur pemusnahan obat yang diketahui kadaluwarsa?
- a. Tidak ada kebijakan
  - b. Ada kebijakan tetapi tidak dilaksanakan
  - c. Ada kebijakan, dilaksanakan tetapi tidak sesuai prosedur
  - d. Ada kebijakan, dilaksanakan sesuai prosedur tetapi tidak dilakukan oleh petugas yang kompeten
  - e. Ada kebijakan, dilaksanakan sesuai prosedur dan dilakukan oleh petugas yang kompeten

**DO:**

- A. Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnahkan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier, ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*).
- B. Pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

<b>MPO.4. Pemesanan dan Pencatatan</b>
--

7. Apakah pemesanan obat atau penulisan resep yang akseptabel sesuai dengan kebijakan rumah sakit?
- a. Tidak ada kebijakan
  - b. Ada kebijakan, tidak dilaksanakan dan pemesanan obat tidak sesuai
  - c. Ada kebijakan dan dilaksanakan tetapi pemesanan obat tidak sesuai
  - d. Ada kebijakan dan dilaksanakan, pemesanan obat sesuai tetapi hanya elemen a) sampai dengan d)
  - e. Ada kebijakan dan dilaksanakan, pemesanan obat sesuai elemen a) sampai dengan i)

**DO:**

- A. Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit dalam kebijakannya menetapkan elemen-elemen suatu permintaan atau resep yang lengkap dan dapat diterima.
- B. Elemen-elemen yang dibahas dalam kebijakan tersebut mencakup setidaknya sebagai berikut:
  - a) Data yang diperlukan untuk mengidentifikasi pasien secara akurat
  - b) Unsur-unsur permintaan atau resep
  - c) Kapan obat generik atau bermerek dapat diterima dan diperlukan
  - d) Apakah atau kapankah indikasi penggunaan diperlukan secara PRN (*pro re nata* “sesuai keperluan) atau berdasarkan permintaan lain dan kapan diperlukannya
  - e) Tindakan atau prosedur pencegahan khusus untuk permintaan obat-obat yang terlihat mirip / memiliki nama yang mirip
  - f) Tindakan-tindakan yang akan diambil apabila permintaan obat-obatan tidak lengkap, tidak terbaca atau tidak jelas
  - g) Jenis-jenis penambahan permintaan yang diinginkan, seperti darurat, tetap, atau penghentian otomatis, dan unsur-unsur yang diperlukan dalam permintaan semacam itu
  - h) Permintaan obat-obatan secara verbal melalui telepon serta proses untuk memverifikasi permintaan tersebut
  - i) Jenis-jenis permintaan berdasarkan berat badan, seperti misalnya untuk populasi pediatrik

8. Apakah rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diizinkan untuk menulis resep atau memesan obat?
- Tidak mengidentifikasi petugas
  - Hanya petugas yang kompeten yang diizinkan
  - Mengidentifikasi petugas yang kompeten, tidak sesuai dengan peraturan yang ditetapkan
  - Mengidentifikasi petugas yang kompeten sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit
  - Mengidentifikasi petugas yang kompeten sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit, dan Monitoring

**DO:**

- Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik, setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan juga diizinkan dengan lisensi, sertifikat, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat.
- Rumah Sakit dapat menentukan batasan sampai berapa kali seseorang boleh melakukan peresepan seperti misalnya zat – zat yang dikontrol ketat, agen kemoterapi, atau obat – obatan radioaktif dan investigasional.

9. Apakah obat beserta dosis yang diresepkan dicatat dalam rekam medis pada setiap pasien?
- Tidak ada pencatatan
  - Obat dicatat, tetapi dosisnya tidak
  - Obat dicatat, dosis dicatat tetapi tidak dalam rekam medis
  - Obat beserta dosis dicatat dalam rekam medis tidak pada setiap pasien
  - Obat beserta dosis dicatat dalam rekam medis pada setiap pasien

**DO:**

Pencatatan setiap pasien yang menerima obat, rekam medisnya berisi daftar obat yang diresepkan untuk pasien beserta dosis dan berapa kali obat diberikan. Termasuk pula obat yang diberikan “bila perlu”. Bila informasi ini dicatat pada lembaran obat yang terpisah, maka lembaran tersebut diselipkan dalam rekam medis pasien saat dipulangkan atau dipindahkan.

**MPO.5. Persiapan dan Penyaluran**

10. Apakah setiap resep atau pesanan obat ditelaah ketepatannya sebelum diberikan kepada pasien?
- Tidak ditelaah ketepatannya
  - Ditelaah tetapi tidak tepat
  - Ditelaah ketepatannya tetapi tidak setiap resep
  - Ditelaah ketepatannya sebelum diberikan kepada pasien serta meliputi elemen a) sampai dengan d)
  - Ditelaah ketepatannya sebelum diberikan kepada pasien serta meliputi elemen a) sampai dengan g)

**DO:**

- Rumah sakit menjabarkan informasi pasien yang spesifik apa saja yang dibutuhkan untuk penelaahan yang efektif terhadap pemesanan obat atau penulisan resep. Hal ini dilakukan sebelum penyaluran obat atau pemberian obat bila obat di salurkan dari lokasi diluar farmasi.
- Proses untuk menelaah satu pesanan obat atau resep termasuk evaluasi oleh profesional yang terlatih terhadap:
  - Ketepatan dari obat, dosis, frekuensi, dan route pemberian
  - Duplikasi terapi
  - Alergi atau reaksi sensitivitas yang sesungguhnya maupun yang potensial
  - Interaksi yang sesungguhnya maupun yang potensial antara obat dengan obat – obatan lain atau makanan
  - Variasi dari kriteria penggunaan yang ditentukan oleh rumah sakit
  - Berat badan pasien dan informasi fisiologis lain dari pasien
  - Kontraindikasi yang lain

11. Apakah ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat?
- Tidak ada sistem penyaluran dan pendistribusian obat
  - Ada sistem penyaluran dan pendistribusian obat tetapi tidak seragam
  - Ada sistem penyaluran dan pendistribusian obat tetapi tidak dilaksanakan
  - Ada sistem penyaluran dan pendistribusian obat yang seragam dan tidak dilaksanakan
  - Ada sistem penyaluran dan pendistribusian obat yang seragam dan dilaksanakan

**DO:**

- Pendistribusian merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dari tempat penyimpanan sampai pada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu.
- Rumah sakit menyalurkan obat dalam pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian.

**MPO.6. Pemberian**

12. Apakah obat, jumlah dosis obat, dan rute pemberian obat selalu dilakukan verifikasi berdasarkan resep atau pesanan?
- Tidak ada diverifikasi
  - Dilakukan verifikasi tetapi hanya obat
  - Dilakukan verifikasi hanya obat dan jumlah dosis obat
  - Dilakukan verifikasi secara menyeluruh tetapi bukan petugas yang kompeten
  - Dilakukan verifikasi secara menyeluruh oleh petugas yang kompeten

**DO:**

A. Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap:

- a) Obat dengan resep atau pesanan
- b) Waktu dan frekuensi pemberian resep atau pesanan
- c) Jumlah dosis dengan resep atau pesanan
- d) Rute pemberian dengan resep atau pesanan
- e) Identitas pasien

B. Proses verifikasi terhadap resep atau pesanan harus dilakukan oleh petugas yang kompeten

13. Apakah kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk mengatur pendokumentasian dan pengelolaan setiap obat yang di bawa ke dalam rumah sakit?

- a. Tidak ada kebijakan dan prosedur
- b. Kebijakan dan prosedur tidak diimplementasikan
- c. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan hanya pada sebagian pengelolaan obat tetapi tidak didokumentasikan
- d. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk dokumentasi tetapi hanya sebagian pengelolaan obat
- e. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan untuk dokumentasi dan pengelolaan obat

**DO:**

Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya diketahui oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan dicatat di status pasien. Penggunaan obat oleh pasien/pengobatan sendiri, baik yang dibawa ke dalam rumah sakit atau yang di resepkan atau dipesan di rumah sakit diketahui oleh DPJP.

**MPO.7. Pemantauan**

14. Apakah Rumah Sakit menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat untuk memperbaiki proses penggunaan obat dalam kurun waktu yang ditetapkan?
- a. Tidak ada informasi pelaporan
  - b. Menggunakan informasi pelaporan tidak dalam waktu yang ditetapkan
  - c. Menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat tidak dievaluasi dan tidak dalam waktu yang ditetapkan
  - d. Menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat tidak dievaluasi dalam waktu yang ditetapkan
  - e. Menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat dan dilakukan evaluasi dalam waktu yang ditetapkan

**DO:**

- A. Rumah Sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC) (*near misses*). Proses mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC menggunakan format pelaporan yang distandardisir dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari.
- B. Pemantauan terapi obat merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.
- C. Tahapan pemantauan terapi obat:
  - a) Pengumpulan data pasien
  - b) Identifikasi masalah terkait obat
  - c) Rekomendasi penyelesaian masalah terkait obat
  - d) Pemantauan
  - e) Tingkat lanjut

## Lampiran 6. Foto Instalasi Farmasi



**Instalasi Farmasi**



**Apotek Rawat inap**



**Apotek Rawat Jalan**



**Depo Farmasi IBS**



**Unit Distribusi/Amprahan**



**Gudang Perbekalan Farmasi**





**Lampiran 7. Distribusi skor penilaian staf instalasi farmasi terhadap standar akreditasi di Instalasi Farmasi RSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya**

RESPONDEN	PERTANYAAN DENGAN SKOR														
	MPO1		MPO2		MPO3			MPO 4			MPO 5		MPO 6		MPO7
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	4	4	4	2	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	
2	0	0	2	4	0	4	3	3	4	2	4	2	0	2	
3	4	4	4	4	4	4	3	1	4	2	4	2	4	4	
4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	
5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	
6	2	1	2	2	0	4	4	2	4	2	4	4	3	3	
7	3	2	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	
8	2	1	4	2	3	4	3	3	2	2	4	0	4	4	
9	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	
10	4	4	4	4	1	4	4	4	3	4	4	3	4	3	
11	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	3	4	3	
12	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	3	4	3	
13	4	4	4	4	1	4	4	4	3	4	4	3	4	3	
14	4	4	4	4	1	4	3	4	4	4	4	3	4	3	
15	4	2	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	
16	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	4	3	4	3	
17	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	4	3	4	3	
18	2	1	2	1	1	4	1	3	2	2	2	2	1	3	
19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
20	0	4	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	
21	2	1	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	
22	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	
23	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	
24	3	4	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	
25	2	1	4	2	4	4	3	1	2	2	3	0	4	4	
26	3	2	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	
27	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	
28	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	