

BAB VI

RINGKASAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Sedangkan gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut (Depkes RI, 2009).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dapat didefinisikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggungjawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian yang terdiri atas pelayanan paripurna, mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan atau sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan di rumah sakit; pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis, mencakup pelayanan langsung pada penderita dan pelayanan klinis yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Siregar dan Amalia, 2004).

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan dari pemerintah yang diberikan kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar pelayanan. Melalui akreditasi ini diharapkan mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan karena pelayanan tersebut telah memenuhi standar yang ditentukan. Pelayanan yang sesuai dengan standar tersebut tentunya akan memberi rasa aman kepada dokter, perawat maupun pasien. Namun harus diakui upaya pemenuhan standar pelayanan rumah sakit tersebut bukanlah hal yang mudah, rumah sakit perlu menyiapkan dirinya agar mendapatkan status akreditasi penuh. Persiapan rumah sakit semakin diperlukan dengan adanya kebijakan Departemen Kesehatan bahwa secara bertahap rumah sakit di Indonesia baik rumah sakit umum, swasta dan rumah sakit jiwa akan diakreditasi standar pelayanannya (Luwirhasih, 2002).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian pelayanan farmasi terhadap standar akreditasi yang meliputi : standar falsafah dan tujuan, standar administrasi dan pengelolaan, standar staf dan pimpinan, standar fasilitas dan peralatan, standar kebijakan dan prosedur, standar pengembangan staf dan program pendidikan, standar evaluasi dan pengendalian mutu di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara. Dan untuk mengetahui strategi pengembangan pelayanan farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit berdasarkan analisis prioritas dengan metode Hanlon.

Penelitian di IFRS Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara 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. Data yang diperoleh tersebut untuk mendukung wawancara secara mendalam, di dalam menggali hal-hal yang berhubungan dengan standar akreditasi pelayanan farmasi, kesiapan proses akreditasi dan strategi rencana pengembangan pelayanan farmasi.

Penelitian ini mulai dilakukan pada tanggal 30 Mei- 24 Juni 2013. Langkah awal kuesioner disebarakan kepada pegawai di instalasi farmasi untuk mengetahui penilaian standar akreditasi oleh pegawai di instalasi farmasi. Hasil modus diambil untuk menentukan banyaknya jawaban yang sama terhadap suatu pertanyaan tentang penilaian standar akreditasi oleh pegawai di instalasi farmasi. Dari hasil tersebut kemudian dibandingkan dengan hasil observasi, dokumen dan wawancara.

Berdasarkan hasil penelitian Pelayanan farmasi di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara dengan skor pencapaian masing-masing standar akreditasi, yaitu standar falsafah dan tujuan mencapai dengan skor 80%, standar administrasi dan pengelolaan mencapai skor 60%, standar staf dan pimpinan mencapai skor 66,6 %, standar fasilitas dan peralatan mencapai skor 50%, standar kebijakan dan prosedur mencapai skor 80%, standar pengembangan staf dan program pendidikan mencapai skor 90%, dan standar evaluasi dan pengendalian mutu mencapai skor 40%. Dengan total skor rata-rata pencapaian yaitu 53,75%. Adapun selisih total persentase skor rata-rata

pencapaian dari semua kegiatan berdasarkan penilaian petugas IFRS Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara (65%) dengan syarat standar oleh Departemen Kesehatan (>65%).

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 7.

Tabel 7. Hasil Penentuan Skala Prioritas Penanganan Masalah dengan Metode Hanlon

Standar	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	*OPR	Prioritas Masalah
	A=Besar	B=Kegawatan	C=Kemudahan	*BPR			
S2P2	9	8	7	39,6	11111	39,6	1
S7P1	9	8	7	39,6	11111	39,6	2
S4P2	9	8	6	34,0	11111	34,0	3
S2P1	8	7	6	30,0	11111	30,0	4
S4P1	8	7	6	30,0	11111	30,0	5
S5P1	8	7	6	30,0	11111	30,0	6
S7P2	8	6	6	28,0	11111	28,0	7
S3P1	7	7	6	28,0	11111	28,0	8
S7P3	7	6	6	26,0	11111	26,0	9
S5P2	7	6	5	21,6	11111	21,6	10
S1P1	7	6	5	21,6	11111	21,6	11
S1P2	7	6	5	21,6	11111	21,6	12
S3P3	6	6	5	20,0	11111	20,0	13
S3P2	6	6	5	20,0	11111	20,0	14
S6P2	6	5	5	18,3	11111	18,3	15

Sumber : Data mentah yang diolah

Strategi dan pengembangan IFRS Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara berdasarkan analisis Hanlon yaitu Administrasi dan pengelolaan, dibuat bagan organisai lengkap beserta uraian tugasnya, pembuatan formularium dan SK KFT; Fasilitas dan peralatan, perlu diperjelas denah Rumah Sakit khusus untuk denah IFRS, perbaikan ruang/tempat pengelolaan perbekalan

farmasi, melengkapi buku wajib yang harus ada di IFRS, dan dibuat buku formularium dan dokumentasi pembuatan obat ; Evaluasi dan pengendalian mutu, perlu dibuat program tertulis untuk orientasi pegawai baru dan perbaikan mutu pegawai yang lainnya, dan melakukan rapat yang teratur beserta SK.

Dari hasil pembobotan yang dilakukan dengan metode Hanlon diperoleh skala prioritas yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah di tiap tahapan standar akreditasi sebagai berikut :

1. Falsafah dan tujuan

- a) Segera dibuat SK tentang kebijakan pelayanan kefarmasian dari pimpinan Rumah Sakit
- b) Segera dibuat SK panitia pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi dan KIE
- c) Seharusnya dalam pengadaan perbekalan Farmasi dilakukan oleh seorang Apoteker
- d) Perlunya pemantauan terapi obat (TDM) dan pengkajian penggunaan obat
- e) Harus ada pelaporan dan evaluasi

2. Administrasi dan pengelolaan

- a) Segera dibuat bagan organisasi lengkap beserta uraian tugasnya
- b) Segera dibuat SK KFT yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit

3. Staf dan pimpinan

- a) Kepala IFRS segera mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen Rumah Sakit untuk menunjang kompetensi

- b) Melakukan pelatihan yang belum mengikuti uji kompetensi bagi tenaga IFRS
 - c) Segera dibuat ketentuan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga kefarmasian
4. Fasilitas dan peralatan
- a) Diperjelas denah Rumah Sakit khusus Unit Kerja Farmasi
 - b) Perbaiki ruang penyimpanan perbelakan farmasi
 - c) Melengkapi buku-buku kefarmasian
 - d) Segera buat formularium dan dokumentasi
5. Kebijakan dan prosedur
- a) Perlu membuat SOP dan kebijakan tertulis
 - b) Harus ada pelaporan dan evaluasi
6. Pengembangan staf dan program pendidikan
- a) Dilaksanakannya program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS.
 - b) Harus ada pelaporan dan evaluasi
7. Evaluasi dan pengendalian mutu
- a) Perlu membuat program tertulis pelayanan kefarmasian
 - b) Perlu ada SK pimpinan Rumah Sakit tentang jadwal rapat
 - c) Harus ada pelaporan dan evaluasi

Adapun dilihat dari penelitian Lilihata (2011) pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh pelayanan farmasi yang berkualitas. Pemilihan informan dilakukan secara Purposive Sampling. Data ini kemudian

diukur menggunakan indikator efisiensi pengelolaan obat dan selanjutnya diolah serta dideskripsikan berdasarkan analisis prioritas rencana tindakan dengan menggunakan metode Hanlon. Hasil yang diperoleh, pada tahap seleksi, tidak dapat diukur karena rumah sakit belum memiliki formularium.

Dari hasil penelitian penentuan skala prioritas penanganan masalah dengan metode Hanlon sebagai berikut :

1. Administrasi dan pengelolaan yaitu segera dibuat SK KFT yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit
2. Evaluasi dan pengendalian mutu yaitu perlu membuat program tertulis pelayanan kefarmasian
3. Fasilitas dan peralatan yaitu segera membuat formularium dan dokumentasi serta melengkapi buku-buku kefarmasian
4. Administrasi dan pengelolaan yaitu segera dibuat bagan organisasi lengkap beserta uraian tugasnya
5. Fasilitas dan peralatan yaitu diperjelas denah Rumah Sakit khusus Unit Kerja Farmasi dan perbaikan ruang penyimpanan perbekalan farmasi
6. Kebijakan dan prosedur yaitu segera membuat SOP dan catatan evaluasi dan tindak lanjut
7. Evaluasi dan pengendalian mutu yaitu perlu dilakukan evaluasi data dan tindak lanjut secara berkala oleh pimpinan farmasi
8. Staf dan pimpinan yaitu kepala IFRS segera mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen Rumah Sakit untuk menunjang kompetensi

9. Evaluasi dan pengendalian mutu yaitu perlu ada SK pimpinan Rumah Sakit tentang jadwal rapat
10. Kebijakan dan prosedur yaitu dibuat kebijakan dan prosedur tertulis serta harus ada pelaporan
11. Falsafah dan tujuan yaitu segera dibuat SK tentang kebijakan pelayanan kefarmasian dari pimpinan Rumah Sakit
12. Falsafah dan tujuan yaitu segera dibuat dibuat SK panitia pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi dan KIE
13. Staf dan pimpinan yaitu segera dibuat ketentuan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga kefarmasian
14. Staf dan pimpinan yaitu melakukan pelatihan yang belum mengikuti uji kompetensi bagi tenaga IFRS
15. Pengembangan staf dan program pendidikan yaitu dilaksanakannya program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS dan dibuat pelaporan dan evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, TJ. 2004. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit Edisi Kedua*. Jakarta : UI-Press.
- Anwar, Y. 2010. *Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit Umum daerah Tipe C Di Provinsi Kalimantan Selatan* (Tesis). Yogyakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Gajah Mada.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Brooker, C. 2008. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Brown, TR. 1992. *Handbook of institutional Pharmacy Practice*, 3rd ed. ASHP Inc.,.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1998, *Sk Dirjen Pelayanan Medik No. YM.02.03.3.5.2626 tanggal 8 april 1998 tentang komite akreditasi rumah sakit dan Sarana Kesehatan lainnya* (KARS). Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1999. *SK Menteri Kesehatan Nomor : 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 36 Tahun 2009 Tentang Keseharan*. Departemen kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Departemen kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jakarta.
- Early. 2011. *Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat Pencapaian Akreditasi Untuk Lima Pelayanan Dasar di RSUD Bima* (Tesis). Yogyakarta : Fakultas Kedokteran, Universitas Gajah Mada.
- Efendi, F. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunikasi Teori & Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Greenfield D, & Braithwaite J. 2008. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20 No. 3, hal 172-183.
- Harvey. 2013. *Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditas di Rumah Sakit Dengan Metode Hanlon Di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara* (Tesis). Surakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.
- Herijulianti E, Indriani S, Artini S. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC.
- Hunger dan Wheelen TL. 2003. *Manajemen Strategis*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2009. *Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi*. Jakarta : KARS.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2009. *Rekap Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2009-Oktober 2012*. www.kars.or.id/index.php?limitstart=3. (25 Maret 2013).
- Koentjoro T. 2007. Assessing the value of accreditation systems. *European Journal of Public Health*, vol. 7 No. 1, hal 4-8.
- Lilihata, R. 2011. *Analisis Manajemen Obat Di Instalasi Farmasi RSUD Masohi Kabupaten Maluku Tengah* (Tesis). Yogyakarta: Fakultas Farmasi, Universitas Gajah Mada.
- Laksono, NI. 2008. *Analisis Kepuasan Dan Hubungannya Dengan Loyalitas Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dedi Jaya Kabupaten Brebes* (Tesis). Semarang : Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Diponegoro.

- Luwiharsih. 2002. *Persiapan Rumah sakit untuk diakreditasi*. Naskah tulisan untuk buku, (in progress).
- Maftuhah. 2009. *Empat Faktor Penting Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan Masyarakat (Metode Hanlon)*. www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm. (15 Juli 2013).
- Mulyadi. 2001. *Auditing*. Jakarta : Salemba Empat.
- Poerwani SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumhaskitan di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta 20 – 21.
- Rangkuti, F. 1997. *Analisis SWOT: Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Jakarta: Gramedia.
- Sampurno. 2011. *Manajemen Pemasaran Farmasi*. Yogyakarta : UGM Press.
- Saputra, R. 2011. *Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember Dengan Metode SWOT (Tesis)*. Surakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.
- Shaw C. D. 2001. *External assessment of health care. BMJ (Clinical Research Ed.)*.
- Shaw C. D. 2004. *Toolkit for Accreditation Program*. The National Society for Quality In Health Care.
- Siregar C.J.P, Amalia. 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*. Jakarta : EGC.
- Sugian, S. 2006. *Kamus Manajemen (Mutu)*. Jakarta : Gramedia.
- Tayipnapi F.Y. 2008. *Evaluasi program dan instrumen evaluasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Umar, H. 2002. *Evaluasi Kinerja Perusahaan*. Jakarta : Gramedia.
- Warsito. 2012. *Komite Medik Rumah Sakit Dan Asas Tata Kelola Klinik Yang Baik (Good Clinical Governance) (Tesis)*. Semarang : Fakultas Hukum, Universitas Katolik Soegijapranata.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan, teori, strategi dan aplikasi, Vol 1* . Surabaya : Airlangga University Press.

Lampiran 1 : Surat KESBANGPOL



PEMERINTAH KABUPATEN KOLAKA
BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
 Jl. Pemuda No. 118 Telp. (0405) 2322109 Kolaka 93517

Kolaka, 28 Mei 2013

Nomor : 070 / 508
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
 Yth. **Direktur BLUD RS Benyamin Guluh**
 Kab. Kolaka
 DI-

K o l a k a

Berdasarkan **Surat Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta** Nomor : **339.21/FF.0/PPs/PIP/V/2013** tanggal 21 Mei 2013. Perihal tersebut diatas, maka pada prinsipnya kami menyetujui memberikan Izin Penelitian kepada:

N a m a : **ALFIRANTY YUNITA, S.Farm**
 N I M : **SBF081240175**

Untuk mengadakan penelitian dalam rangka penyusunan Tesis :
 Judul Penelitian : **"Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi Di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara".**

Lokasi Penelitian : **BLUD RS Benyamin Guluh Kab. Kolaka.**
 Waktu Penelitian : **Mulai Tgl. 28 Mei 2013 s/d Tgl. 28 Juni 2013**

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang – undangan yang berlaku;
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula;
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat;
4. Wajib menghormati adat – istiadat yang berlaku didaerah setempat;
5. Setelah selesai pelaksanaannya agar melaporkan hasilnya kepada Bupati Kolaka Cq. Badan Kesbangpol dan Linmas Kab. Kolaka.

Demikian Surat Izin ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.


KERALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
KABUPATEN KOLAKA
SYAHRIR LEWANG, SH
 Penjabat Utama Muda Gol. IV/c
 NIP. 19580808 198403 1 017

Tembusan :

1. Bupati Kolaka (sebagai laporan) di Kolaka;
2. Kadis Kesehatan Kab. Kolaka di Kolaka;
3. Dekan Fakultas Farmasi Univ. Setia Budi Surakarta di Surakarta;
4. Mahasiswa yang Bersangkutan; ✓
5. A r s i p.-

Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KOLAKA
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
RUMAH SAKIT BENYAMIN GULUH
Jl. DR. SUTOMO NO. 1 TELAR. (0405) 21042 KOLAKA 93516

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 445/871

Berdasarkan surat Ka. Badan Kesbangpol dan Linmas nomor 070/508 tanggal 28 Mei 2013 perihal izin Penelitian, maka pada prinsipnya kami menyetujui memberikan izin kepada :

N a m a : **ALFIRANTY YUNITA, S.Farm**
Pekerjaan : Mahasiswa UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA
A l a m a t : Kolaka

Untuk melakukan Penelitian di RS Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka dalam rangka penyusunan KTI :

Judul : **"STRATEGI PENGEMBANGAN INSTALASI FARMASI BERBASIS EVALUASI AKREDITASI DI BLUD RUMAH SAKIT BENYAMIN GULUH KAB. KOLAKA PROVINSI SULAWESI TENGGARA"**

Lokasi penelitian : Rumah Sakit Benyamin Guluh Kab. Kolaka

Waktu Penelitian : Tgl. 30 Mei s/d 30 Juni 2013

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati peraturan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan
3. dengan rencana semula.
4. Dalam setiap kegiatan agar senantiasa koordinasi dengan pihak RS Benyamin Guluh Kab. Kolaka.
5. Setelah selesai pelaksanaan penelitian agar memberikan laporan hasil penelitian kepada Direktur RS benyamin Guluh Kabupaten Kolaka.

Demikian surat izin ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kolaka, 30 Mei 2013
 Direktur RS Benyamin Guluh Kolaka



dr. H. ABD. AZIS AMIN, MARS
 NIP. 19640505 200012 1 004

Lampiran 3 : Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KOLAKA
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
RUMAH SAKIT BENYAMIN GULUH
Jl. DR. SUTOMO NO. 1 TELP. (0405) 21042 KOLAKA 93516

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN
 Nomor : 445/ 1014

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : **dr. H. ABD. AZIS AMIN, MARS**
NIP : 19640505 200012 1 004
Pangkat/Gol. : Pembina Tk. I, Gol. IV/b
Jabatan : Direktur BLUD RS BENYAMIN GULUH

Menerangkan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini telah melaksanakan penelitian di RS BENYAMIN GULUH sejak tanggal 30 Mei – 24 Juni 2013 :

N a m a : **ALFIRANTY YUNITA, S.Farm**
Pekerjaan : Mahasiswa UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA
Judul KTI : **"STRATEGI PENGEMBANGAN INSTALASI FARMASI BERBASIS EVALUASI AKREDITASI DI BLUD RUMAH SAKIT BENYAMIN GULUH KAB. KOLAKA PROVINSI SULAWESI TENGGARA DENGAN METODE HANLON"**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kolaka, 24 Juni 2013
 Direktur BLUD RS BENYAMIN GULUH
 KOLAKA



dr. H. ABD. AZIS AMIN, MARS
 NIP. 19640505 200012 1 004

Lampiran 4 : Kesiediaan untuk menjadi responden

**Program Pasca Sarjana
Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit
Universitas Setia Budi Surakarta
2013**

KUESIONER PENELITIAN

Pernyataan Kesiediaan Menjadi responden
(Informed Consent)

Judul penelitian : Strategi pengembangan Instalasi Farmasi berbasis evaluasi akreditasi di BLUD Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara dengan Metode Hanlon

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh Alfiranty Yunita, S.Farm Mahasiswa Manajemen Farmasi Rumah Sakit Universitas Setia Budi Surakarta.

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kolaka, 3 Juni 2013
Responden,

Lampiran 5 : Instrumen Penelitian

IDENTITAS RESPONDEN

Nomor responden :

1. Nama :
2. Alamat :
3. Jenis kelamin :
 - a. Perempuan
 - b. Laki – laki
4. Pendidikan terakhir
 - a. SMF :
 - b. D3 farmasi :
 - c. S1 farmasi :
 - d. Apoteker :
 - e. Lain – lain :
5. Lama bekerja di Instalasi Farmasi
 - a. < 1 tahun
 - b. 1 – 2 tahun
 - c. 2 – 3 tahun
 - d. 3 – 5 tahun
 - e. > 5 tahun
6. Pelatihan Kefarmasian yang pernah diikuti :
 - a. Pelatihan FARKLIN
 - b. Pelatihan MESO
 - c. Pelatihan Manajemen Rumah sakit
 - d. Pelatihan Handling cytotoxic
 - e. Pelatihan Pelayanan peresepan dan PIO

Mohon dijawab dengan cara melingkari jawaban yang benar pada setiap pertanyaan dibawah ini sesuai dengan situasi sebenarnya.

Std.I Falsafah dan Tujuan

1. Apakah rumah sakit memiliki ketetapan kebijakan pelayanan farmasi untuk mencerminkan tujuan, fungsi dan cakupan pelayanan farmasi di rumah sakit ?
 - a. Tidak ada kebijakan yang ditetapkan
 - b. Kebijakan ditetapkan tidak tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi
 - c. Kebijakan ditetapkan tidak tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
 - d. Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi.
 - e. Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
 - f. Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit dan sudah disosialisasikan kepada seluruh pegawai Farmasi.

D.O. Falsafah dan Tujuan Pelayanan Farmasi yang tertulis di Standard 1 ini harus dijabarkan dalam bentuk **KEBIJAKAN PELAYANAN FARMASI** yang ditetapkan dengan keputusan dari pimpinan rumah sakit. Kebijakan pelayanan farmasi harus mengacu pada Misi rumah sakit dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1197/Menmes/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit serta menetapkan, antara lain :

1. Tujuan pelayanan farmasi
2. Fungsi pelayanan farmasi
3. Sistem pelayanan farmasi
4. Organisasi pelayanan farmasi
5. Cakupan pelayanan farmasi

2. Apakah Pelayanan farmasi diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien?
 - a. Tidak ada pelayanan farmasi.
 - b. Diselenggarakan sebagian kecil pengelolaan Perbekalan Farmasi; Tidak ada pengelolaan Pelayanan Kefarmasian.

- c. Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi; Tidak ada Pelayanan Kefarmasian.
- d. Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi dan sebagian kecil Pelayanan Kefarmasian.
- e. Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi dan sebagian besar Pelayanan Kefarmasian.
- f. Diselenggarakan pengelolaan Perbekalan Farmasi dan seluruh Pelayanan Kefarmasian secara lengkap.

DO :

- A** – Pengelolaan Perbekalan Farmasi adalah Pengelolaan Perbekalan Farmasi sesuai dengan ketentuan yang dimuat dalam SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 Tentang Standard Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.
 - Pelayanan Kefarmasian adalah Pelayanan kefarmasian dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan sesuai SK Menke No.1197/Menkes/SK/X/2004.
- B** – Sebagian kecil artinya kurang dari 50 % fungsi pelayanan farmasi
 - Sebagian besar artinya lebih dari 50 % fungsi pelayanan farmasi
- C** Yang dimaksud dengan Perbekalan Farmasi sesuai SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 adalah obat, bahan obat, alat kesehatan, reagensia, radio farmasi dan gas medis.
- D** Pelayanan Kefarmasian dianggap lengkap apabila sudah ada kegiatan tertentu dilakukan walaupun belum ada dokter/tenaga ahlinya tersedia di rumah sakit.

Std.II Administrasi dan Pengelolaan

- 3. Apakah di IFRS sudah dilengkapi dengan bagan organisasi lengkap yang menggambarkan garis tanggung jawab dan koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan farmasi?
 - a. Tidak ada bagan organisasi dan uraian tugas.

- b. Ada bagan organisasi, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada uraian tugas.
- c. Ada bagan organisasi, ada uraian tugas, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- d. Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- e. Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- f. Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi serta ada evaluasi

DO :

- A. Bagan organisasi lengkap adalah bagan organisasi yang dapat memperlihatkan alur komunikasi dan garis kewenangan dalam pelayanan farmasi diantara petugas dengan kepala farmasi.
- B. Uraian tugas lengkap adalah uraian tugas yang tertulis untuk setiap jabatan yang ada meliputi : kualifikasi yang dibutuhkan untuk setiap jabatan, garis kewenangan, fungsi dan tanggung jawab, frekuensi penilaian penampilan kerja.
- C. Yang dimaksud ada evaluasi adalah pembaharuan bagan tersebut, apakah masih layak/tidak. Apabila masih layak, maka bagan tidak perlu disempurnakan/revisi. Penyempurnaan bagan dapat dilakukan dengan alasan perubahan pola kepegawaian, perubahan standar pelayanan farmasi, perubahan peran rumah sakit dan penambahan atau pengurangan pelayanan.

- 4. Apakah Formularium Rumah sakit direvisi oleh Komite / Sub-Komite / Panitia Farmasi dan Terapi (KFT) setiap 3 tahun?
 - a. Tidak ada KFT.
 - b. Ada KFT akan tetapi belum berfungsi.
 - c. Ada KFT dan sudah berfungsi terbatas.
 - d. Ada KFT dan sudah berfungsi memadai.

- e. Ada KFT dan sudah berfungsi penuh.
- f. Ada KFT dan sudah berfungsi penuh disertai adanya evaluasi terhadap program dan tindak lanjutnya.

DO :

- A. Pembentukan Komite/Sub-Komite/Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit harus mengacu pada Keputusan Menkes No.1197/Menkes/SK/X/2004 Tentang Standard Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit.
- B. “berfungsi terbatas” adalah jika KFT tidak menetapkan program kerja dan hanya menyelenggarakan pertemuan 1 X dalam tiga bulan terakhir.
- C. “berfungsi memadai” adalah jika KFT tidak menetapkan program kerja dan hanya menyelenggarakan pertemuan 2 X dalam tiga bulan terakhir.
- D. “berfungsi penuh” adalah jika KFT sudah menetapkan program kerja dan menyelenggarakan pertemuan secara teratur paling kurang 1 X dalam satu bulan.

Std.III Staf dan Pimpinan

- 5. Apakah Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker?
 - a. Pimpinan bukan apoteker.
 - b. Pimpinan adalah apoteker yang tidak terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.
 - c. Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.
 - d. Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja dan pengalaman bekerja di rumah sakit kurang dari 2 tahun dibagian farmasi rumah sakit.

- e. Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja dan pengalaman bekerja di rumah sakit minimal lebih dari 2 tahun dibagian farmasi rumah sakit.
- f. Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja, pengalaman bekerja di rumah sakit minimal lebih dari 2 tahun di farmasi rumah sakit, terdaftar di Asosiasi Profesi dan sudah mengikuti pelatihan atau pendidikan S2.

DO :

Yang dimaksud dengan pelatihan adalah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian.

- 6. Adanya tenaga kefarmasian yang cukup jumlah dan sesuai kualifikasinya
 - a. Tidak ada tenaga kefarmasian selain pimpinan farmasi.
 - b. Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
 - c. Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
 - d. Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi memenuhi.
 - e. Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman.
 - f. Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, berpengalaman, dan sebagian sudah mengikuti pelatihan.

DO:

- A.** Yang dimaksud dengan tenaga yang memenuhi kualifikasi untuk mengelola perbekalan farmasi adalah tenaga kefarmasian sesuai Undang- Undang Nomor : 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 63 dan SK Menkes Nomor : 1197/Menkes/SK/X/2004.
- B** Yang dimaksud dengan tenaga kefarmasian berdasarkan Peraturan Pemerintah RI, Nomor : 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan adalah Apoteker, Analis Farmasi, Asisten Apoteker.
- C** Yang dimaksud dengan asisten apoteker berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 679/Menkes/SK/V/2003 tentang

Registrasi dan Izin Kerja Asisten Apoteker.

- D** Jumlah kebutuhan tenaga ditentukan oleh masing-masing rumah sakit berdasarkan pola ketenagaan yang ditetapkan secara tertulis oleh pimpinan Rumah Sakit.
- E** Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun.
- F** Yang dimaksud dengan pelatihan adalah pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan farmasi.

7. Apakah ada evaluasi kinerja dari tenaga kefarmasian ?
- a. Tidak ada evaluasi.
 - b. Ada evaluasi tidak tertulis, hanya berdasarkan kesepakatan staf.
 - c. Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum dilaksanakan.
 - d. Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, sudah dilaksanakan.
 - e. Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan dan ada laporan tertulis.
 - f. Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan, ada laporan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut.

DO

Evaluasi adalah proses penilaian kinerja yang terkait dengan uraian tugas masing-masing dalam bidang pengelolaan perbekalan farmasi dan atau pelayanan kefarmasian kepada pasien.

Std.IV Fasilitas dan Peralatan

8. Tersediannya ruang / tempat pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian.
- a. Tersedia ruang / tempat yang digunakan bersama dengan unit kerja lain.
 - b. Tersedia 1-2 ruang /tempat yang memenuhi syarat
 - c. Tersedia 3-4 ruang / tempat yang memenuhi syarat

- d. Tersedia 5 ruang / tempat yang memenuhi syarat
- e. Tersedia 5 ruang / tempat yang memenuhi syarat tanpa ruang/tempat untuk konsultasi dan informasi obat.
- f. Tersedia semua ruang/tempat yang memenuhi syarat

DO :	
A	<p>Yang dimaksud dengan ruang / tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 adalah tersedianya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang kantor/administrasi 2. Ruang produksi 3. Ruang Penyimpanan 4. Ruang distribusi/Pelayanan 5. Ruang konsultasi 6. Ruang Informasi Obat 7. Ruang arsip dokumen
B	<p>Yang dimaksud dengan ruang / tempat yang memenuhi syarat adalah sesuai ketentuan dalam Keputusan Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.</p>

- 9. Adanya fasilitas peralatan yang cukup dan memenuhi syarat untuk mendukung kegiatan kefarmasian
 - a. Tidak semua fasilitas peralatan minimal tersedia
 - b. Tersedia 1-2 kelompok peralatan yang memenuhi syarat
 - c. Tersedia 3-4 kelompok peralatan yang memenuhi syarat
 - d. Tersedia 5 kelompok peralatan yang memenuhi syarat
 - e. Tersedia 5 kelompok peralatan yang memenuhi syarat, tidak termasuk 5 & 6
 - f. Semua fasilitas peralatan memenuhi syarat.

DO :

A. Yang dimaksud Peralatan minimal yang harus tersedia adalah:

1. Peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik non steril maupun aseptik
2. Peralatan kantor untuk administrasi dan arsip
3. Kepustakaan yang memadai untuk melaksanakan pelayanan informasi obat
4. Lemari penyimpanan khusus untuk narkoba
5. Lemari pendinginan dan AC khusus untuk obat yang termolabil
6. Penerangan, saran air, ventilasi dan sistem pembuangan limbah yang baik
7. Alarm

B. Yang dimaksud dengan fasilitas peralatan untuk kegiatan kefarmasian, meliputi :

1. Peralatan kantor
2. Peralatan Produksi
3. Peralatan Penyimpanan
4. Peralatan Pendistribusian/pelayanan
5. Peralatan Konsultasi
6. Peralatan Ruang Informasi Obat
7. Peralatan Ruang arsip

C. Persyaratan fasilitas peralatan kegiatan pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan SK Menkes No.1197/Menkes/SK/X/2004.

Std.V Kebijakan dan prosedur

10. Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pengelolaan perbekalan farmasi
 - a. Tidak ada kebijakan dan prosedur tertulis.
 - b. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit.

- c. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit.
- d. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian besar kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit.
- e. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit, belum ada evaluasi dan tindak lanjut.
- f. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit, sudah ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO :

A. Yang dimaksud Kebijakan dan prosedur pengelolaan perbekalan farmasi meliputi:

1. Pemilihan/seleksi obat oleh Panitia Farmasi dan Terapi dengan peran aktif apoteker.
2. Perencanaan perbekalan farmasi mengacu pedoman perencanaan perbekalan farmasi
3. Pengadaan yang meliputi pembelian, produksi dan sumbangan/dropping/hibah
4. Produksi yang merupakan kegiatan membuat, merubah bentuk, dan pengemasan kembali
5. Penerimaan sesuai dengan pedoman penerimaan perbekalan farmasi
6. Penyimpanan yang merupakan kegiatan pengaturan perbekalan farmasi menurut persyaratan yang ditentukan dan disertai sistem informasi yang selalu menjamin ketersediaan perbekalan farmasi sesuai kebutuhan
7. Pendistribusian dengan sistem distribusi yang dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien sesuai dengan kondisi rumah sakit.

B. Sebagian kecil kegiatan apabila kurang dari 50 %, sebagian besar

kegiatan lebih dari 50 %; dan lengkap apabila sudah mengacu secara lengkap dari masing-masing kegiatan sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

11. Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai Pelayanan Kefarmasi dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan.
- a. Tidak ada kebijakan dan prosedur tertulis.
 - b. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit.
 - c. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit.
 - d. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian besar kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit.
 - e. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit, belum ada evaluasi dan tindak lanjut.
 - f. Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan Rumah sakit, sudah ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO :

A. Yang dimaksud Kebijakan dan prosedur Pelayanan Kefarmasian Dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan meliputi:

1. Pengkajian Resep yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, farmasi dan klinis baik rawat jalan maupun rawat inap.
2. Dispensing yang merupakan kegiatan pelayanan dari tahap validasi, interpretasi, menyiapkan.meracik obat, memberikan label/etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi yang dibedakan berdasarkan atas sifat sediaan.
3. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat
4. Pelayanan informasi obat
5. Konseling

6. Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah

7. Ronde/Visite Pasien

8. Pengkajian Penggunaan Obat

B. Sebagian kecil kegiatan apabila kurang dari 50 %, sebagian besar kegiatan lebih dari 50 %; dan lengkap apabila sudah mengacu secara lengkap dari masing-masing kegiatan sesuai dengan SK Menkes No.1197/Menkes/SK/X/2004.

Std.VI Pengembangan Staf dan program pendidikan

12. Ada program orientasi bagi pegawai baru di instalasi/bagian farmasi agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawabnya
- a. Tidak ada program orientasi dan tidak ada kegiatan bagi pegawai baru.
 - b. Tidak ada program orientasi bagi pegawai baru, kegiatannya dilakukan secara individual oleh pimpinan farmasi.
 - c. Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana / program.
 - d. Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana / program.
 - e. Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana / program.
 - f. Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana / program dan ada evaluasi

DO :

Program orientasi memuat antara lain : Organisasi rumah sakit, Kebijakan pimpinan rumah sakit, Uraian tugas, Fungsi, Uraian pekerjaan dari semua staf di bagian mana pegawai baru akan bertugas.

13. Ada program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuannya.
- a. Tidak ada program dan kegiatan.
 - b. Tidak ada program, ada kegiatan secara individual.
 - c. Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana /program.
 - d. Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
 - e. Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
 - f. Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program dan ada evaluasi

DO :

- A. Yang dimaksud dengan program adalah program pendidikan berkelanjutan / pelatihan / pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan bagi pegawai Instalasi Farmasi.
- B. Yang dimaksud dengan pertemuan ilmiah mencakup seminar, workshop dan lokakarya.

Std. VII Evaluasi dan Pengendalian Mutu

14. Ada program/kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah sakit?
- a. Tidak ada program tertulis.
 - b. Tidak ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi
 - c. Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.

- d. Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi disertai evaluasi.
- e. Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi.
- f. Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi, rekomendasi dan tindak lanjut.

DO :

Program peningkatan mutu pelayanan dilaksanakan misalnya dalam hal :

1. Perubahan sistem distribusi rawat inap dan sistem *flood stock* menjadi sistem dosis unit.
2. Meningkatkan kecepatan pelayanan resep di Apotik.
3. Penambahan lingkup pelayanan farmasi, misalnya salah satu bentuk Farmasi Klinik.

Program peningkatan mutu pelayanan harus disertai kerangka acuan yang memuat :

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan khusus
4. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan
5. Cara melaksanakan kegiatan (Metodologi)
6. Sasaran
7. Skedul (jadwal) pelaksanaan kegiatan
8. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

Langkah-langkah dalam aplikasi program pengendalian mutu mengacu pada SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004

15. Tersedia data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan.
 - a. Tidak ada data tentang kegiatan pelayanan.
 - b. Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 3.
 - c. Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 6.

- d. Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9.
- e. Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9 dan ada evaluasi data.
- f. Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9, ditambah dengan salah satu data Pelayanan Farmasi Klinik, ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO :

A. Data harus memuat minimal :

1. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia dan digunakan
2. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan di luar prosedur rutin
3. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima, yang tidak sesuai spesifikasinya
4. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang rusak/kadaluarsa, hilang
5. Kesalahan dalam penyerahan /pemberian perbekalan farmasi
6. Keluhan dari SMF
7. Jumlah dan jenis informasi dan edukasi yang diberikan
8. Jumlah pasien yang dilayani dan macam obat serta biaya
9. Jenis dan jumlah sediaan obat yang diproduksi (bila ada kegiatan produksi)

B. Data Pelayanan Farmasi Klinik yang telah dijalankan, antara lain :

1. Jumlah pasien dan indikasi konseling
2. Efek samping obat dan Interaksi obat
3. Hasil analisa efektivitas – biaya
4. Jumlah dan hasil pemeriksaan kadar obat dalam darah
5. Jumlah pelaksanaan pencampuran obat suntik secara aseptis
6. Jumlah penanganan obat sitostatika
7. Jumlah penyiapan Total Parenteral Nutrisi
8. Macam penyakit dan pengobatannya
9. Penggunaan obat tertentu.

DO : Apabila Instalasi/Bagian Farmasi tidak melakukan kegiatan produksi, data A.9 tidak termasuk dalam penilaian.

16. Instalasi / bagian farmasi harus menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi?
- a. Tidak ada bukti tertulis adanya pertemuan.
 - b. Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur.
 - c. Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur, ada keputusan.
 - d. Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan.
 - e. Ada bukti tertulis, pertemuan teratur ada keputusan dan rekomendasi.
 - f. Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan, ada rekomendasi dan ditindak lanjuti.

DO : Jadwal pertemuan berkala / teratur ditetapkan dengan Ketetapan Pimpinan Rumah Sakit

Lampiran 6 : Pedoman Survei

Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Khusus Pelayanan Farmasi

PEDOMAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

PEDOMAN KHUSUS

PELAYANAN FARMASI

Std. 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Farmasi rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut.

Kriteria :

1.1 Tercantumnya falsafah dan tujuan tertulis mencerminkan peranan pelayanan farmasi dan kegiatan lainnya.

Pengertian :

Tujuan pelayanan farmasi ialah :

- a. Melaksanakan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia
- b. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.
- c. Melaksanakan KIE mengenai obat
- d. Menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan – aturan yang berlaku.

- e. Melakukan dan memberi pelayanan bermutu mengenai analisa, telaah dan evaluasi pelayanan
- f. Mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metode.

1.2 Pelayanan farmasi meliputi penyediaan dan distribusi semua perbekalan farmasi, pelayanan farmasi klinik serta membuat informasi dan menjamin kualitas pelayanan yang berhubungan dengan penggunaan obat.

Pengertian :

- a. Perencanaan dan pengadaan perbekalan farmasi
- b. Pembuatan obat termasuk pengemasan kembali
- c. Penyimpanan perbekalan farmasi
- d. Distribusi dan penyerahan untuk pasien rawat jalan dan inap
- e. Penyelenggaraan pelayanan farmasi klinik yang meliputi penyiapan, pencampuran, penyampaian obat, pemantauan obat dalam hal dosis, indikasi efek samping, penghitungan kadar dan harga.
- f. Penyediaan informasi dan edukasi bagi staf medik, tenaga kesehatan dan pasien
- g. Pemantauan terapi obat (TDM) dan pengkajian penggunaan obat
- h. Pelayanan bahan / alat steril keperluan pembedahan, kegiatan medis dan perawatan tertentu, diruangan, dan di dalam rumah sakit.

S.1.P1. Kebijakan pelayanan farmasi harus ditetapkan untuk mencerminkan Tujuan, Fungsi dan Cakupan Pelayanan Farmasi di rumah sakit.

Skor :

- 0 = Tidak ada kebijakan yang ditetapkan.
- 1 = Kebijakan ditetapkan tidak tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi.
- 2 = Kebijakan ditetapkan tidak tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
- 3 = Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi.
- 4 = Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
- 5 = Kebijakan ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit dan

sudah disosialisasikan kepada seluruh pegawai Farmasi.

D.O. : Falsafah dan Tujuan Pelayanan Farmasi yang tertulis di Standard 1 ini harus dijabarkan dalam bentuk KEBIJAKAN PELAYANAN FARMASI yang ditetapkan dengan keputusan dari pimpinan rumah sakit. Kebijakan pelayanan farmasi harus mengacu pada Misi rumah sakit dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1197/Menmes/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit serta menetapkan, antara lain :

1. Tujuan pelayanan farmasi
2. Fungsi pelayanan farmasi
3. Sistem pelayanan farmasi
4. Organisasi pelayanan farmasi
5. Cakupan pelayanan farmasi.

C.P. : * D : SK tentang kebijakan pelayanan farmasi dari pimpinan rumah sakit, bukti sosialisasi.

* O : --

* W : Pimpinan dan staf.

Skor :

Keterangan / Catatan

S.1.P.2. Pelayanan farmasi diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Skor :

0 = Tidak ada pelayanan farmasi.

1 = Diselenggarakan sebagian kecil pengelolaan Perbekalan Farmasi; Tidak ada pengelolaan Pelayanan Kefarmasian.

- 2 = Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi; Tidak ada Pelayanan Kefarmasian.
- 3 = Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi dan sebagian kecil Pelayanan Kefarmasian.
- 4 = Diselenggarakan sebagian besar pengelolaan Perbekalan Farmasi dan sebagian besar Pelayanan Kefarmasian.
- 5 = Diselenggarakan pengelolaan Perbekalan Farmasi dan seluruh Pelayanan Kefarmasian secara lengkap.

DO : A. – Pengelolaan Perbekalan Farmasi adalah Pengelolaan Perbekalan Farmasi sesuai dengan ketentuan yang dimuat dalam SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 Tentang Standard Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.

- Pelayanan Kefarmasian adalah Pelayanan kefarmasian dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan sesuai SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

B. - Sebagian kecil artinya kurang dari 50 % fungsi pelayanan farmasi

- Sebagian besar artinya lebih dari 50 % fungsi pelayanan farmasi

C. Yang dimaksud dengan Perbekalan Farmasi sesuai SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 adalah obat, bahan obat, alat kesehatan, reagensia, radio farmasi dan gas medis.

D. Pelayanan Kefarmasian dianggap lengkap apabila sudah ada kegiatan tertentu dilakukan walaupun belum ada dokter/tenaga ahlinya tersedia dirumah sakit.

CP : * D : Ketetapan tertulis mengenai Pengelolaan Perbekalan Farmasi dan Pelayanan Kefarmasian, Surat Keputusan Panitia Pengadaan dan Panitia

Penerimaan yang mencantumkan staf farmasi sebagai anggota, Laporan, Catatan evaluasi.

* O : Pengamatan di Instalasi Farmasi * W : Pimpinan dan staf.

Std. 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN

Pelayanan diselenggarakan dan diatur demi berlangsungnya pelayanan farmasi yang efisien dan bermutu, berdasarkan fasilitas yang ada dan standar pelayanan keprofesian yang universal.

Kriteria :

- 2.1 Adanya bagan organisasi yang menggambarkan uraian tugas, fungsi, wewenang dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi di dalam maupun diluar pelayanan farmasi yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
- 2.2 Bagan organisasi dan pembagian tugas dapat direvisi kembali setiap 3 tahun dan diubah bila terdapat hal :
 - a. Perubahan pola kepegawaian
 - b. Perubahan standar pelayanan farmasi
 - c. Perubahan peran rumah sakit
 - d. Penambahan atau pengurangan pelayanan
- 2.3 Kepala instalasi farmasi harus terlibat dalam perencanaan manajemen dan penentuan anggaran serta penggunaan sumber daya
- 2.4 Instalasi farmasi harus menyelenggarakan rapat pertemuan untuk membicarakan masalah – masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi. Hasil pertemuan tersebut disebar – luaskan dan dicatat untuk disimpan.

- 2.5 Adanya Komite / panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit dan apoteker Instalasi farmasi Rumah Sakit menjadi sekretaris komite.
- 2.6 Adanya komunikasi yang tetap dengan dokter dan paramedik, serta selalu berpartisipasi dalam rapat yang membahas masalah perawatan atau rapat antar bagian atau konferensi dengan pihak lain yang mempunyai relevansi dengan farmasi.
- 2.7 Hasil penilaian pencatatan konduite terhadap staf didokumentasikan secara rahasia dan hanya digunakan oleh atasan yang mempunyai wewenang untuk itu.
- 2.8 dokumentasi yang rapi dan rinci dari pelayanan farmasi dan dilakukan evaluasi terhadap pelayanan farmasi setiap tiga tahun
- 2.9 Kepala instalasi farmasi harus terlibat langsung dalam perumusan segala keputusan yang berhubungan dengan pelayanan farmasi dan penggunaan obat.

Pengertian :

Apoteker harus terwakili di setiap komite yang multi disiplin dan tim dimana masalah farmasi dibicarakan.

S.2.P.1. Adanya bagan organisasi lengkap yang menggambarkan garis tanggung jawab dan koordinasi didalam maupun diluar pelayanan farmasi.

Skor :

0 = Tidak ada bagan organisasi dan uraian tugas.

1 = Ada bagan organisasi,ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada uraian tugas.

- 2 = Ada bagan organisasi, ada uraian tugas, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- 3 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- 4 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- 5 = Ada bagan organisasi dan uraian tugas, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi serta ada evaluasi.

DO : A. **Bagan organisasi lengkap** adalah bagan organisasi yang dapat memperlihatkan alur komunikasi dan garis kewenangan dalam pelayanan farmasi diantara petugas dengan kepala farmasi.

B. **Uraian tugas lengkap** adalah uraian tugas yang tertulis untuk setiap jabatan yang ada meliputi : kualifikasi yang dibutuhkan untuk setiap jabatan, garis kewenangan, fungsi dan tanggung jawab, frekuensi penilaian penampilan kerja.

C. Yang dimaksud **ada evaluasi** adalah pembaharuan bagan tersebut, apakah masih layak/tidak. Apabila masih layak, maka bagan tidak perlu disempurnakan/revisi. Penyempurnaan bagan dapat dilakukan dengan alasan perubahan pola kepegawaian, perubahan standar pelayanan farmasi, perubahan peran rumah sakit dan penambahan atau pengurangan pelayanan.

CP : * D : - SK Organisasi

- Bagan organisasi dengan pejabatnya, Uraian tugas, Fungsi, Wewenang dan tanggung jawab secara tertulis.
- Bukti penyebaran informasi
- Catatan evaluasi

* O : Instalasi Farmasi

* W : Pimpinan dan staf.

S.2.P2. Komite/Sub-Komite/Panitia Farmasi dan Terapi (KFT) harus dibentuk di Rumah Sakit.

Skor :

0 = Tidak ada KFT.

1 = Ada KFT akan tetapi belum berfungsi.

2 = Ada KFT dan sudah berfungsi terbatas.

3 = Ada KFT dan sudah berfungsi memadai.

4 = Ada KFT dan sudah berfungsi penuh.

5 = Ada KFT dan sudah berfungsi penuh disertai adanya evaluasi terhadap program dan tindak lanjutnya.

DO : A. Pembentukan Komite/Sub-Komite/Panitia Farmasi dan Terapi di rumah sakit harus mengacu pada Keputusan Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 Tentang Standard Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit.

B. “berfungsi terbatas” adalah jika KFT tidak menetapkan program kerja dan hanya menyelenggarakan pertemuan 1 X dalam tiga bulan terakhir.

- C. “berfungsi memadai” adalah jika KFT tidak menetapkan program kerja dan hanya menyelenggarakan pertemuan 2 X dalam tiga bulan terakhir.
- D. “berfungsi penuh” adalah jika KFT sudah menetapkan program kerja dan menyelenggarakan pertemuan secara teratur paling kurang 1 X dalam satu bulan.

CP : * D : Program kerja, notulen dan laporan rapat, SK pembentukan KFT, jadwal kegiatan, kerangka acuan program, Formularium yang direvisi minimal setiap 3 tahun, Standar Terapi (untuk Rumah Sakit Umum, minimal mencakup Pelayanan Medis Spesialistik Dasar), Laporan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generik, Kebijakan – kebijakan yang berkaitan dengan penggunaan obat di rumah sakit, catatan evaluasi dan tindak lanjut.

* O : –

* W : Pimpinan dan Staf.

Std.3. STAF DAN PIMPINAN

Pelayanan Farmasi diatur dan dikelola demi tercapainya tujuan pelayanan.

Kriteria :

- 3.1 Instalasi Farmasi Rumah sakit dipimpin oleh Apoteker
- 3.2 Pelayanan farmasi diselenggarakan dan dikelola oleh apoteker yang mempunyai pengalaman minimal dua tahun di bagian farmasi rumah sakit
- 3.3 Apoteker telah terdaftar di Depkes dan mempunyai surat ijin kerja

- 3.4 Pada pelaksanaannya apoteker dibantu oleh tenaga ahli madya farmasi (D-3) dan tenaga menengah farmasi (AA)
- 3.5 Kepala Instalasi farmasi bertanggung jawab terhadap segala aspek hukum dan peraturan – peraturan farmasi baik terhadap pengawasan distribusi maupun administrasi barang farmasi.
- 3.6 Setiap saat harus ada apoteker di tempat pelayanan untuk melangsungkan dan mengawasi pelayanan farmasi dan harus ada pendelegasian wewenang yang bertanggung jawab bila kepala farmasi berhalangan.
- 3.7 Ada uraian tugas/ *job description* bagi staf dan pimpinan farmasi
- 3.8 Adanya staf farmasi yang jumlah dan kualifikasinya disesuaikan dengan kebutuhan.
- 3.9 Apabila ada pelatihan kefarmasian bagi mahasiswa fakultas farmasi atau tenaga farmasi lainnya maka harus ditunjuk apoteker yang memiliki kualifikasi pendidikan/ pengajar untuk mengawasi jalannya pelatihan tersebut.
- 3.10 Penilaian terhadap staf harus dilakukan berdasarkan tugas yang terkait dengan pekerjaan fungsional yang diberikan dan juga pada penampilan kerja yang dihasilkan dalam meningkatkan mutu pelayanan.

S.3.P.1. Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker.

Skor :

0 = Pimpinan bukan apoteker.

1 = Pimpinan adalah apoteker yang tidak terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.

- 2 = Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.
- 3 = Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja dan pengalaman bekerja di rumah sakit kurang dari 2 tahun dibagian farmasi rumah sakit.
- 4 = Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja dan pengalaman bekerja di rumah sakit minimal lebih dari 2 tahun dibagian farmasi rumah sakit.
- 5 = Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja, pengalaman bekerja di rumah sakit minimal lebih dari 2 tahun di farmasi rumah sakit, terdaftar di Asosiasi Profesi dan sudah mengikuti pelatihan atau pendidikan S2.

DO : Yang dimaksud dengan pelatihan adalah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian.

Yang dimaksud S2 adalah S2 dalam bidang yang berkaitan langsung dengan Farmasi atau Rumah Sakit.

CP : * D : Surat terdaftar di Departemen Kesehatan, Surat terdaftar di Asosiasi Profesi, Surat izin kerja, Surat persetujuan penempatan dari Kanwil Depkes setempat, Surat Keputusan Direktur, Ijazah, Sertifikat

* O : --

* W : Pimpinan.

S.3. P2. Adanya tenaga kefarmasian yang cukup jumlah dan sesuai kualifikasinya.

Skor :

0 = Tidak ada tenaga kefarmasian selain pimpinan farmasi.

- 1 = Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
- 2 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
- 3 = Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi memenuhi.
- 4 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman.
- 5 = Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, berpengalaman, dan sebagian sudah mengikuti pelatihan.

- DO :
- A. Yang dimaksud dengan tenaga yang memenuhi kualifikasi untuk mengelola perbekalan farmasi adalah tenaga kefarmasian sesuai Undang-Undang Nomor : 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 63 dan SK Menkes Nomor : 1197/Menkes/SK/X/2004.
 - B. Yang dimaksud dengan tenaga kefarmasian berdasarkan Peraturan Pemerintah RI, Nomor : 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan adalah Apoteker, Analis Farmasi, Asisten Apoteker.
 - C. Yang dimaksud dengan asisten apoteker berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 679/Menkes/SK/V/2003 tentang Registrasi dan Izin Kerja Asisten Apoteker.
 - D. Jumlah kebutuhan tenaga ditentukan oleh masing-masing rumah sakit berdasarkan pola ketenagaan yang ditetapkan secara tertulis oleh pimpinan Rumah Sakit.
 - E. Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun.

F. Yang dimaksud dengan pelatihan adalah pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan farmasi.

CP : * D : Analisa kebutuhan tenaga kefarmasian, Daftar tenaga kefarmasian, SK penugasan dari Pimpinan Rumah Sakit, Ijazah, Sertifikat.

* O : –

* W : Pimpinan dan Staf

S.3. P.3. Ada evaluasi kinerja dari tenaga kefarmasian.

Skor :

0 = Tidak ada evaluasi.

1 = Ada evaluasi tidak tertulis, hanya berdasarkan kesepakatan staf.

2 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum dilaksanakan.

3 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, sudah dilaksanakan.

4 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan dan ada laporan tertulis.

5 = Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan, ada laporan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut.

DO : Evaluasi adalah proses penilaian kinerja yang terkait dengan uraian tugas masing-masing dalam bidang pengelolaan perbekalan farmasi dan atau pelayanan kefarmasian kepada pasien.

CP : * D : Ketentuan tertulis, Prosedur evaluasi, Hasil evaluasi, Laporan, Rekomendasi dan Tindak lanjut.

* O : –

* W : Pimpinan dan Staf.

Std. 4. FASILITAS DAN PERALATAN

Harus tersedia ruangan, peralatan dan fasilitas lain yang dapat mendukung administrasi, profesionalisme, dan fungsi teknik pelayanan farmasi, sehingga menjamin terselenggaranya pelayanan farmasi yang fungsional, profesional dan etis.

Kriteria :

4.1 Tersedianya fasilitas penyimpanan barang farmasi yang menjamin semua barang farmasi tetap dalam kondisi yang baik dan dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan spesifikasi masing – masing barang farmasi dan sesuai dengan peraturan

Pengertian :

- a. fasilitas harus direncanakan agar memenuhi persyaratan keamanan, pecahayaan, suhu, kelembaban dan dapat diawasi.
- b. Adanya lemari pendingin untuk barang farmasi yang harus disimpan dingin ($2-8^{\circ}$) yang ditunjuk oleh monitor.
- c. Adanya lemari penyimpanan untuk obat narkotika dan obat keras tertentu
- d. Adanya lemari / rak penyimpanan yang cukup jumlahnya sehingga dapat menjamin terlaksananya sistem penyimpanan yang baik (FIFO)
- e. Adanya lemari penyimpanan obat di ruangan untuk kebutuhan di luar jam kerja
- f. Adanya lemari / rak penyimpan bahan – bahan berbahaya dan mudah terbakar.
- g. Adanya ruangan khusus / terpisah untuk penerimaan resep dan persiapan obat.

4.2 Tersedianya fasilitas produksi obat yang memenuhi standar

4.3 Tersedianya fasilitas untuk pendistribusian obat

4.4 Tersedianya fasilitas pemberian informasi dan edukasi

4.5 Tersedianya fasilitas untuk penyimpanan arsip resep

4.6 Ruang perawatan harus memiliki tempat penyimpanan obat yang baik sesuai dengan peraturan dan tata cara penyimpanan yang baik.

4.7 Obat yang bersifat adiksi disimpan sedemikian rupa demi menjamin keamanan setiap staf.

S.4.P.1. Tersedianya ruang / tempat pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian.

Skor :

0 = Tersedia ruang / tempat yang digunakan bersama dengan unit kerja lain.

1 = Tersedia 1-2 ruang/tempat yang memenuhi syarat

2 = Tersedia 3-4 ruang/tempat yang memenuhi syarat

3 = Tersedia 5 ruang/tempat yang memenuhi syarat

4 = Tersedia 5 ruang/tempat yang memenuhi syarat tanpa ruang/tempat untuk konsultasi dan informasi obat.

5 = Tersedia semua ruang/tempat yang memenuhi syarat.

DO :

A. Yang dimaksud dengan ruang / tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 adalah tersedianya:

1. Ruang kantor/administrasi
2. Ruang produksi
3. Ruang Penyimpanan
4. Ruang distribusi/Pelayanan
5. Ruang konsultasi

6. Ruang Informasi Obat

7. Ruang arsip dokumen

B. Yang dimaksud dengan ruang / tempat yang memenuhi syarat adalah sesuai ketentuan dalam Keputusan Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

C.P. : * D : Denah rumah sakit yang memperlihatkan lokasi unit kerja farmasi, denah unit kerja farmasi dengan rincian ruang/tempat pengelolaan Perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian.

* O : Unit Kerja Farmasi

* W : Pimpinan dan staf unit kerja farmasi.

S.4.P.2 Adanya fasilitas peralatan yang cukup dan memenuhi syarat untuk mendukung kegiatan kefarmasian..

Skor :

0 = Tidak semua fasilitas peralatan minimal tersedia

1 = Tersedia 1-2 kelompok peralatan yang memenuhi syarat

2 = Tersedia 3-4 kelompok peralatan yang memenuhi syarat

3 = Tersedia 5 kelompok peralatan yang memenuhi syarat

4 = Tersedia 5 kelompok peralatan yang memenuhi syarat, tidak termasuk 5 dan 6

5 = Semua fasilitas peralatan memenuhi syarat.

DO :

A. Yang dimaksud Peralatan minimal yang harus tersedia adalah :

a. Peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik nosn steril maupun aseptik

- b. Peralatan kantor untuk administrasi dan arsip
- c. Kepustakaan yang memadai untuk melaksanakan pelayanan informasi obat
- d. Lemari penyimpanan khusus untuk narkoba
- e. Lemari pendinginan dan AC khusus untuk obat yang termolabil
- f. Penerangan, saran air, ventilasi dan sistem pembuangan limbah yang baik
- g. Alarm

B. Yang dimaksud dengan **fasilitas peralatan** untuk kegiatan kefarmasian, meliputi :

1. Peralatan kantor
2. Peralatan Produksi
3. Peralatan Penyimpanan
4. Peralatan Pendistribusian/pelayanan
5. Peralatan Konsultasi
6. Peralatan Ruang Informasi Obat
7. Peralatan Ruang arsip

C. Persyaratan fasilitas peralatan kegiatan pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

CP : * D : Daftar peralatan dan ketersediaanya masing-masing ruang sesuai buku pedoman. Blanko copy resep, Kartu stok, Formulir laporan narkotika dan psikotropika, Buku-buku kefarmasian, Kumpulan resep 3 tahun terakhir, Hasil evaluasi dan Tindak lanjut, Buku Formularium Rumah Sakit setempat dan Dokumentasi Pembuatan Obat (Bila ada kegiatan produksi)

* O : --

* W : Pimpinan dan Staf

Std.5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR

Semua kebijakan dan prosedur yang ada harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkan peraturan tersebut. Peraturan dan prosedur yang ada harus mencerminkan standar pelayanan farmasi mutakhir, yang sesuai dengan peraturan dan tujuan pelayanan farmasi itu sendiri.

Kriteria :

- 5.1 Kriteria kebijakan dan prosedur dibuat oleh kepala instalasi dan Komite Farmasi dan Terapi serta para apoteker.
- 5.2 Obat hanya diberikan setelah mendapat pesanan dari dokter dan apoteker menganalisa secara kefarmasian. Obat adalah bahan berkhasiat dengan nama generik.
- 5.3 Kebijakan dan prosedur yang tertulis harus mencantumkan beberapa hal berikut :
 - a. Macam obat yang dapat diberikan oleh perawat atas perintah dokter
 - b. label obat yang memadai
 - c. daftar obat yang tersedia
 - d. Gabungan obat parenteral dan labelnya
 - e. Pencatatan dalam rekam farmasi

S.5. P.1. Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pengelolaan perbekalan farmasi.

Skor :

0 = Tidak ada kebijakan dan prosedur tertulis.

1 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, ditetapkan oleh Pimpinan RS.

- 2 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS.
- 3 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian besar kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS.
- 4 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS, belum ada evaluasi dan tindak lanjut.
- 5 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS, sudah ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO :

- A. Yang dimaksud Kebijakan dan prosedur pengelolaan perbekalan farmasi meliputi:
 - a. Pemilihan/seleksi obat oleh Panitia Farmasi dan Terapi dengan peran aktif apoteker.
 - b. Perencanaan perbekalan farmasi mengacu pedoman perencanaan perbekalan farmasi
 - c. Pengadaan yang meliputi pembelian, produksi dan sumbangan/dropping/hibah
 - d. Produksi yang merupakan kegiatan membuat, merubah bentuk, dan pengemasan kembali
 - e. Penerimaan sesuai dengan pedoman penerimaan perbekalan farmasi
 - f. Penyimpanan yang merupakan kegiatan pengaturan perbekalan farmasi menurut persyaratan yang ditentukan dan disertai sistem informasi yang selalu menjamin ketersediaan perbekalan farmasi sesuai kebutuhan
 - g. Pendistribusian dengan sistem distribusi yang dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien sesuai dengan kondisi rumah sakit.
- B. Sebagian kecil kegiatan apabila kurang dari 50 %, sebagian besar kegiatan lebih dari 50 %; dan lengkap apabila sudah mengacu secara lengkap dari

masing-masing kegiatan sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

CP : * D : SOP, Catatan evaluasi dan Tindak lanjut.

* O : - -

* W : Pimpinan dan Staf

S.5.

P.2. Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai Pelayanan Kefarmasi D alam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan.

Skor :

0 = Tidak ada kebijakan dan prosedur tertulis.

1 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, ditetapkan oleh Pimpinan RS.

2 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian kecil kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS.

3 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian besar kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS.

4 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS, belum ada evaluasi dan tindak lanjut.

5 = Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, lengkap ditetapkan oleh Pimpinan RS, sudah ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO :

A. Yang dimaksud Kebijakan dan prosedur Pelayanan Kefarmasian Dalam Penggunaan Obat dan Alat Kesehatan meliputi:

- a. Pengkajian Resep yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, farmasi dan klinis baik rawat jalan maupun rawat inap.
 - b. Dispensing yang merupakan kegiatan pelayanan dari tahap validasi, interpretasi, menyiapkan.meracik obat, memberikan label/etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi yang dibedakan berdasarkan atas sifat sediaan.
 - c. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat
 - d. Pelayanan informasi obat
 - e. Konseling
 - f. Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah
 - g. Ronde/Visite Pasien
 - h. Pengkajian Penggunaan Obat
- B. Sebagian kecil kegiatan apabila kurang dari 50 %, sebagian besar kegiatan lebih dari 50 %; dan lengkap apabila sudah mengacu secara lengkap dari masing-masing kegiatan sesuai dengan SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004.

CP : * D : Protap / SOP, Laporan kegiatan kefarmasian, Catatan evaluasi dan tindak lanjut.

* O : --

* W : Pimpinan dan Staf

Std.6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Setiap staf di Rumah Sakit harus mempunyai kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya.

Kriteria :

6.1 Apoteker harus memberikan masukan kepada pimpinan dalam menyusun program pengembangan staf

6.2 Staf yang baru mengikuti orientasi sehingga mengetahui tugas dan tanggung jawab.

6.3 Adanya mekanisme untuk mengetahui kebutuhan pendidikan bagi staf

6.4 Setiap staf diberikan kesempatan yang sama untuk mengikuti pelatihan dan program pendidikan berkelanjutan.

Pengertian :

Apabila tidak ada fasilitas untuk menunjang pendidikan staf maka dapat diadakan koordinasi dengan sektor yang mempunyai sektor pendidikan.

6.5 staf harus secara aktif dibantu untuk mengikuti program yang diadakan oleh organisasi profesi, perkumpulan dan institusi terkait.

6.6 Penyelenggaraan pendidikan dan penyuluhan meliputi :

- a. Penggunaan obat dan penerapannya
- b. Pendidikan berkelanjutan bagi staf farmasi
- c. Praktikum farmasi bagi siswa farmasi dan pasca sarjana farmasi.

S.6. P.1. Ada program orientasi bagi pegawai baru di Instalasi / Bagian Farmasi agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawabnya.

Skor :

0 = Tidak ada program orientasi dan tidak ada kegiatan bagi pegawai baru.

1 = Tidak ada program orientasi bagi pegawai baru, kegiatannya dilakukan secara individual oleh pimpinan farmasi.

2 = Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana /program.

- 3 = Ada program orientasi untuk pegawai baru, belum mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
- 4 = Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
- 5 = Ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program dan ada evaluasi.

DO : Program orientasi memuat antara lain : Organisasi rumah sakit, Kebijakan pimpinan rumah sakit, Uraian tugas, Fungsi, Uraian pekerjaan dari semua staf di bagian mana pegawai baru akan bertugas.

CP : * D : Program orientasi, Jadwal kegiatan, Laporan pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi.

* O : –

* W : Pimpinan, Staf, Pegawai baru

S.6. P.2. Ada program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuannya.

Skor :

- 0 = Tidak ada program dan kegiatan.
- 1 = Tidak ada program,ada kegiatan secara individual.
- 2 = Ada program,belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana /program.
- 3 = Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
- 4 = Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
- 5 = Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program dan ada evaluasi.

DO : A. Yang dimaksud dengan program adalah program pendidikan berkelanjutan / pelatihan / pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan bagi pegawai Instalasi Farmasi.

B. Yang dimaksud dengan pertemuan ilmiah mencakup seminar, workshop dan lokakarya.

CP : * D : Program pendidikan dan pelatihan, Jadwal Kegiatan, Laporan pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi, Sertifikat.

* O : --

* W : Pimpinan dan Staf.

Std.7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

Pelayanan farmasi harus mencerminkan kualitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, melalui cara pelayanan farmasi rumah sakit yang baik.

Kriteria :

7.1 Pelayanan farmasi dilibatkan dalam program pengendalian mutu pelayanan rumah sakit.

7.2 Mutu pelayanan farmasi harus dievaluasi secara periodik terhadap konsep, kebutuhan, proses dan hasil yang diharapkan, demi menunjang peningkatan mutu pelayanan.

Pengertian :

- a. Pengkajian penggunaan obat secara berkala dipakai untuk mengetahui apakah obat dan barang farmasi telah diberikan secara rasional
- b. Evaluasi proses berdasarkan masukan dan keluaran farmasi rumah sakit
- c. Peninjauan kembali sumber daya rumah sakit seperti peralatan komputer dan lain – lain

7.3 Apoteker dilibatkan dalam merencanakan program pengendalian mutu

7.4 Kegiatan pengendalian mutu mencakup hal – hal sebagai berikut :

- a. Pemantauan : Pengumpulan semua informasi yang penting yang berhubungan dengan pelayanan farmasi.
- b. Penilaian : Penilaian secara berkala untuk menentukan masalah – masalah pelayanan dan berupaya untuk memperbaiki.
- c. Tindakan : Bila masalah – masalah sudah dapat ditentukan maka harus diambil tindakan untuk memperbaikinya dan didokumentasi.
- d. Evaluasi : efektivitas tindakan harus dievaluasi agar dapat diterapkan dalam program jangka panjang
- e. Umpan balik : Hasil tindakan harus secara teratur di informasikan kepada staf.

S.7. P.1. Ada program / kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Skor :

- 0 = Tidak ada program tertulis.
- 1 = Tidak ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- 2 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- 3 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi disertai evaluasi.
- 4 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi.
- 5 = Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi, rekomendasi dan tindak lanjut.

DO : Program peningkatan mutu pelayanan dilaksanakan misalnya dalam hal :

1. Perubahan sistem distribusi rawat inap dan sistem flod stock menjadi sistem dosis unit.
2. Meningkatkan kecepatan pelayanan resep di Apotik.
3. Penambahan lingkup pelayanan farmasi, misalnya salah satu bentuk Farmasi Klinik.

Program peningkatan mutu pelayanan harus disertai kerangka acuan yang memuat:

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan khusus
4. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

5. Cara melaksanakan kegiatan (Metodologi)
6. Sasaran
7. Skedul (jadwal) pelaksanaan kegiatan
8. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan

Langkah-langkah dalam aplikasi program pengendalian mutu mengacu pada SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004

CP : * D : Program tertulis peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, Jadwal Kegiatan, Laporan pelaksanaan kegiatan, Catatan evaluasi, rekomendasi dan tindak lanjut.

* O : --

* W : Pimpinan dan staf.

Skor :

S.7. P.2. Tersedia data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan.

Skor :

0 = Tidak ada data tentang kegiatan pelayanan.

1 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 3.

2 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 6.

3 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9.

4 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9 dan ada evaluasi data.

5 = Ada data tentang kegiatan pelayanan 1 s/d 9, ditambah dengan salah satu data Pelayanan Farmasi Klinik, ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO : A. Data harus memuat minimal :

1. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia dan digunakan
2. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan di luar prosedur rutin
3. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima, yang tidak sesuai spesifikasinya
4. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang rusak/kadaluarsa, hilang
5. Kesalahan dalam penyerahan /pemberian perbekalan farmasi
6. Keluhan dari SMF
7. Jumlah dan jenis informasi dan edukasi yang diberikan
8. Jumlah pasien yang dilayani dan macam obat serta biaya
9. Jenis dan jumlah sediaan obat yang diproduksi (bila ada kegiatan produksi)

B. Data Pelayanan Farmasi Klinik yang telah dijalankan, antara lain :

1. Jumlah pasien dan indikasi konseling
2. Efek samping obat dan Interaksi obat
3. Hasil analisa efektivitas – biaya
4. Jumlah dan hasil pemeriksaan kadar obat dalam darah
5. Jumlah pelaksanaan pencampuran obat suntik secara aseptis
6. Jumlah penanganan obat sitostatika
7. Jumlah penyiapan Total Parenteral Nutrisi
8. Macam penyakit dan pengobatannya
9. Penggunaan obat tertentu.

DO : Apabila Instalasi/Bagian Farmasi tidak melakukan kegiatan produksi, data A.9 tidak termasuk dalam penilaian.

CP : * D : Data, Catatan evaluasi, dan Tindak lanjut.

* O : --

* W : Pimpinan dan Staf.

S.7. P.3. Instalasi / Bagian Farmasi harus menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi.

Skor :

0 = Tidak ada bukti tertulis adanya pertemuan.

1 = Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur.

2 = Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur, ada keputusan.

3 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan.

4 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur ada keputusan dan rekomendasi.

5 = Ada bukti tertulis, pertemuan teratur, ada keputusan, ada rekomendasi dan ditindak lanjuti.

DO : Jadwal pertemuan berkala / teratur ditetapkan dengan Ketetapan Pimpinan Rumah Sakit.

CP : * D : Ketetapan pimpinan rumah sakit tentang jadwal rapat, Notulen rapat, daftar hadir, Laporan, Rekomendasi dan Tindak lanjut.

* O : -

* W : Pimpinan dan staf

Lampiran 7 : Pedoman wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

1. Apakah Rumah sakit memiliki ketetapan kebijakan pelayanan farmasi untuk mencerminkan tujuan, fungsi dan cakupan pelayanan farmasi di Rumah sakit?
2. Apakah di IFRS sudah dilengkapi dengan bagan organisasi lengkap yang menggambarkan garis tanggung jawab dan koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan farmasi?
3. Apakah Formularium Rumah sakit direvisi oleh Komite/Sub-Komite/Panitia Farmasi dan Terapi (KFT) setiap 3 tahun?
4. Apakah Pelayanan farmasi dipimpin oleh apoteker?
5. Apakah di IFRS terdapat fasilitas peralatan yang cukup dan memenuhi syarat untuk mendukung kegiatan kefarmasian?
6. Apakah ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan?
7. Apakah ada program orientasi bagi pegawai baru di instalasi/bagian farmasi agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawabnya?
8. Apakah ada program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan
9. Apakah ada program/kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit?
10. Apakah Instalasi/bagian farmasi menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi?

Lampiran 8. Distribusi skor penilaian staf instalasi farmasi terhadap standar akreditasi di Instalasi Farmasi RS Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara

Responden	S1p1	S1p2	S2p1	S2p2	S3p1	S3p2	S3p3	S4p1	S4p2	S5p1	S5p2	S6p1	S6p2	S7p1	S7p2	S7p3
1	1	5	0	1	3	1	0	4	5	5	4	3	4	4	2	2
2	4	4	0	0	4	5	0	4	5	4	4	3	4	1	2	1
3	4	4	4	5	5	5	0	2	4	4	3	5	1	2	5	2
4	4	1	4	2	5	3	1	2	4	5	1	5	0	4	2	3
5	5	4	5	2	3	5	0	2	4	4	4	5	4	2	4	5
6	4	4	4	1	3	5	0	2	4	5	2	5	4	1	0	2
7	2	1	4	4	4	3	0	4	0	4	4	5	4	1	2	2
8	4	4	2	2	4	3	2	5	4	3	4	2	5	0	2	2
9	5	4	4	2	4	5	4	2	4	3	5	5	0	5	3	0
10	4	4	4	2	5	5	1	2	2	4	3	5	0	1	3	2
11	5	4	4	3	5	5	1	2	4	1	3	4	4	2	5	0

12	5	4	4	3	5	4	5	2	2	1	3	4	5	2	1	0
13	2	5	5	3	5	3	5	2	2	2	1	4	5	0	1	1
14	5	4	4	2	4	5	3	2	0	4	4	4	5	5	0	1
15	4	4	4	2	5	5	5	2	2	1	1	5	4	1	2	1
16	5	4	5	3	4	5	5	1	2	3	0	5	4	2	1	0
17	4	4	2	2	5	5	4	2	0	4	4	5	2	2	4	0

Lampiran 9 : Foto BLUD RSBG

Lampiran 10 : Foto IFRS

