

## **BAB VI**

### **RINGKASAN**

Rumah Sakit merupakan salah satu sarana kesehatan dan merupakan rujukan pelayanan kesehatan. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi rumah sakit menyebutkan bahwa pelayanan farmasi Rumah Sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu dan pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Kepmenkes RI, 2004).

Seperti kita ketahui program akreditasi Rumah Sakit yang merupakan program departemen kesehatan dan diselenggarakan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) merupakan salah satu instrumen penilaian mutu pelayanan yang menilai apakah pelayanan di Rumah Sakit tersebut telah memenuhi standar minimal pelayanan. Tujuan dari akreditasi Rumah Sakit adalah mendapatkan gambaran seberapa jauh Rumah Sakit di Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditetapkan, dengan demikian mutu pelayanan Rumah Sakit dapat dipertanggungjawabkan. Disamping itu akreditasi Rumah Sakit dimaksudkan untuk memberi jaminan dan kepuasan kepada pelanggan (pasien dan karyawan) dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit diselenggarakan sebaik mungkin dengan mutu pelayanan yang baik (Hamurwono, 1999).

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Mengetahui tingkat kesesuaian tujuh standar akreditasi di Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara yaitu 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.
2. Mengetahui strategi dan rencana pengembangan pelayanan di Instalasi Farmasi berdasarkan analisis prioritas dengan metode Hanlon.

IFRSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara. Data di analisis 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 dilakukan pada bulan Januari sampai Februari 2013 di Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara.

Hasil penelitian dan pembahasan yaitu dilakukan penelitian dengan langkah awal menyebarkan kuesioner standar akreditasi terhadap pegawai di

Instalasi Farmasi yang memiliki keterlibatan dalam proses akreditasi. Hal ini dilakukan dalam upaya pengembangan Instalasi Farmasi. Biasanya staf di Instalasi Farmasi hanya melakukan pekerjaan rutinitas saja, tidak mengetahui apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai standar atau belum, dan apakah yang dilakukan mengalami peningkatan atau tidak. Di temukan hasil jawaban dari hasil modus yang banyak muncul dari setiap standar akreditasi. Hasil modus yang diambil adalah untuk mempermudah menentukan banyaknya jawaban yang sama terhadap suatu pertanyaan, penilaian standar akreditasi oleh pegawai di Instalasi Farmasi, yang mengetahui keadaan Instalasi Farmasi baik dalam pelayanan maupun administrasi. Dari hasil tersebut dibandingkan dengan dokumen, catatan, laporan dan wawancara ternyata terjadi gap antara hasil skor akreditasi yang telah dilakukan petugas Instalasi Farmasi dengan observasi. Adapun hasil perbedaan skor antara staf Instalasi Farmasi dan observasi terhadap standar akreditasi pelayanan Instalasi Farmasi diperoleh penilaian diri sendiri staf Instalasi Farmasi dengan skor 31 (38,75 %), sedangkan nilai observasi akreditasi yang diperoleh dengan skor 23 (28,75%).

a. Standar falsafah dan tujuan

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi falsafah dan tujuan sudah memenuhi standar penilaian dengan hasil 90%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 50% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara tidak mempunyai falsafah dan tujuan farmasi yaitu tidak mempunyai visi dan misi Instalasi Farmasi, tetapi pelayanan farmasi

diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Tujuan pelayanan farmasi adalah melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia, menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi, melaksanakan KIE (Komunikasi informasi dan Edukasi) mengenal obat, menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan-aturan yang berlaku, melakukan dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan, mengawasi dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan, mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metoda.

Setelah dilakukan observasi dan telaah dokumentasi ternyata di Instalasi Farmasi tidak dilakukan evaluasi oleh petugas Instalasi Farmasi tentang fungsi Instalasi Farmasi yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Selama ini petugas Instalasi Farmasi melakukan kegiatan rutinitas saja, memberikan pelayanan kefarmasian kepada pasien, namun evaluasi untuk melihat sejauh mana keberhasilan yang dicapai, ini yang tidak dilakukan, sehingga petugas Instalasi Farmasi tidak tahu perubahan/perbaikan apa saja yang harus dilakukan di dalam meningkatkan pelayanan yang bermutu kepada pasien. Dari hasil wawancara dengan kepala Instalasi Farmasi, tidak dilakukan evaluasi karena petugas Instalasi Farmasi tidak mengetahui cara membuatnya, belum adanya SOP, dan tidak adanya data yang diminta tentang evaluasi, hanya memiliki kebijakan pelayanan farmasi tidak tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi, selain itu ketetapan tertulis mengenai

pengelolaan perbekalan farmasi (perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi) belum ada sehingga perlu buat yang sesuai dengan PP 51 tentang pelayanan dan perbekalan kefarmasian 2009.

b. Standar Administrasi dan Pengelolaan

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi administrasi dan pengelolaan belum memenuhi standar penilaian dengan hasil 50%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 30% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Ada bagan organisasi lengkap ditetapkan pimpinan farmasi serta uraian tugas, pembagian kewenangan dan mekanisme hubungan kerja dengan unit kerja lain (nilai skor 4), akan tetapi setelah dilakukan observasi, catatan, dokumen dan wawancara ternyata memang ada bagan organisasi, ada uraian tugas, tetapi tidak lengkap dan belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa bagan di Instalasi Farmasi tidak ada, namun berdasarkan wawancara dengan kepala Instalasi Farmasi bagan organisasi itu ada dan sudah berjalan sesuai dengan fungsi dan tugas yang telah ditentukan, namun belum disahkan dalam bentuk ketetapan Direktur Rumah Sakit. Namun persepsi ini salah karena di dalam penilaian standar akreditasi apabila pada observasi dan pemeriksaan dokumentasi tidak ada, berarti bagan organisasi memang tidak ada. Tetapi hal ini tidak semua petugas Instalasi Farmasi berpikiran seperti ini, karena sebelumnya peneliti telah memberikan penjelasan tentang cara menjawab kuesioner penelitian, telah disampaikan cara menjawab kuesioner sesuai dengan DO dari setiap item

pertanyaan, sehingga mempermudah responden untuk menjawab dengan demikian nilai yang didapat akan lebih valid. bagan organisasi sangatlah penting karena dari bagan tersebut kita dapat mengetahui tugas, wewenang, dan tanggung jawab atas pekerjaannya, serta ada koordinasi antara jabatan yang satu dengan yang lainnya dan memiliki satu arah dan tujuan yang sama didalam memajukan suatu organisasi. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Ruy (2006) struktur organisasi menggambarkan alokasi (pembagian tugas, tanggung jawab, dan wewenang kepada jabatan-jabatan serta hubungan suatu jabatan dengan yang lain secara menyeluruh.

Setelah dilakukan observasi dan wawancara dengan kepala tata usaha, di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara ternyata KFT (Komite farmasi dan Terapi) sementara proses pembahasan sehingga draf ketetapan belum di tetapkan direktur, hal inilah yang menyebabkan formularium Rumah Sakit pun tidak ada, angka rata-rata kelebihan dan kekurangan obat setiap tahunnya sangat tinggi, begitu pula jumlah item obat yang kadaluwarsa, berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Instalasi Farmasi pembentukan KFT sudah sejak lama diusulkan, namun sampai sekarang belum ada respon dari pimpinan Rumah Sakit.

c. Standar staf dan pimpinan

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi standar staf dan pimpinan sudah memenuhi standar penilaian dengan hasil 80%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 66,66% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Pimpinan pelayanan farmasi di Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, telah mempunyai izin kerja dan berpengalaman bekerja di Rumah Sakit minimal dari 2 tahun dibagian farmasi Rumah Sakit (nilai skor 4).

Kepala Instalasi Farmasi di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara adalah seorang apoteker yang bertanggungjawab atas pelayanan farmasi, namun belum mengikuti pendidikan S2. Olehnya itu kepala IFRS harus mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen Rumah Sakit untuk menunjang kompetensi, ada evaluasi tertulis yang ditetapkan oleh pimpinan farmasi, dan sudah dilaksanakan. Namun berdasarkan observasi ada evaluasi tidak tertulis, hanya berdasarkan kesepakatan.

d. Standar fasilitas dan peralatan

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi standar fasilitas dan peralatan belum memenuhi standar penilaian dengan hasil 10%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 10% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Berdasarkan hasil pengamatan, di Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara tidak terdapat denah unit kerja farmasi dengan rincian ruang pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian, namun masih tergantung dengan unit kerja lain, sehingga perlu dibuat dalam bentuk individual.

Ruang atau tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No. 1197 / Menkes / SK/ X/ 2004 adalah tersedianya ruang kantor / administrasi, ruang produksi, ruang penyimpanan, ruang distribusi atau pelayanan, ruang konsultasi, ruang informasi obat dan ruang arsip dokumen. Dari hasil observasi dan wawancara didapat bahwa pada Instalasi Farmasi hanya terdapat 1–2 ruangan / tempat yang memenuhi syarat. Yang, termasuk peralatan minimal yang harus tersedia adalah peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik non steril maupun aseptik, peralatan kantor untuk administrasi dan arsip, perpustakaan yang memadai untuk melaksanakan pelayanan informasi obat, lemari penyimpanan khusus untuk narkoba, lemari pendingin dan AC khusus untuk obat termolabil, penerangan, sarana air, ventilasi dan sistem pembuangan limbah yang baik, alarm, namun di IFRS RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara tidak semua fasilitas peralatan minimal tersedia.

Ruang bangunan Instalasi Farmasi sangat kecil, tata letak ruangan juga kurang baik, maka perlu adanya penataan yang baik di dalam menetapkan ruangan–ruangan yang ada di Instalasi Farmasi. Hal ini sesuai dengan Purwanto (2000) yang mengatakan bahwa lingkungan fisik IFRS yang dirancang dengan benar akan memberikan pengalaman pelayanan yang menyenangkan baik bagi konsumen maupun penyedia jasa kesehatan.

e. Kebijakan dan Prosedur

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi standar kebijakan dan prosedur belum memenuhi standar penilaian dengan hasil 0%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 0% yang mana untuk

memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Berdasarkan penelitian di Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara belum terdapat kebijakan tertulis yang mengatur tentang SOP pelayanan farmasi, Seleksi obat oleh PFT (Panitia Farmasi dan Terapi) tidak ada dan tidak adanya catatan evaluasi dan tindak lanjut. Dari hasil observasi, kegiatan pengkajian resep sudah dilakukan namun tidak ada evaluasi, kegiatan konseling dan PIO belum ada karena tidak adanya ketersediaan ruang, kegiatan *visite* pasien ke bangsal oleh apoteker belum ada.

f. Pengembangan staf dan program pendidikan

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi standar pengembangan staf dan program pendidikan belum memenuhi standar penilaian dengan hasil 20%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 20% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Berdasarkan penelitian, di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara tidak ada program orientasi untuk pegawai baru yang mengacu pada program orientasi pegawai baru rumah sakit, namun kegiatannya dilakukan secara individual oleh pimpinan farmasi.

Program orientasi memuat antara lain : organisasi rumah sakit, kebijakan pimpinan rumah sakit, uraian tugas dan fungsi, uraian pekerjaan dari semua staf di bagian mana pegawai baru akan bertugas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Instalasi, tidak ada program orientasi bagi pegawai baru dilakukan jika ada pegawai baru, kegiatan hanya dilakukan secara individu oleh pimpinan farmasi, hal ini dilakukan agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggungjawabnya. Program adalah program pendidikan berkelanjutan/pelatihan/pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan bagi pegawai Instalasi Farmasi. Berdasarkan wawancara, program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi semua petugas untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan belum ada. pelatihan ada bila tenaga Instalasi Farmasi diminta untuk mengikuti pelatihan, hal ini disebabkan karena tidak ada biaya, dan tidak adanya program pelatihan yang dibuat setiap setahun sekali sehingga sukar untuk menentukan anggaran yang dibutuhkan, disamping itu anggaran pelatihan diminta pada saat akan mengikuti pelatihan sehingga dana sukar diperoleh, kalau ada dana pun terbatas. Jadi jelas bahwa tidak ada program pelatihan yang dilakukan oleh Rumah Sakit. Rachmawati (2008 ) mengatakan program pelatihan teknik dan keterampilan adalah untuk meningkatkan kualitas kinerja, mengurangi pemborosan bahan dan sarana, meningkatkan kecepatan kerja dan penghemat biaya produksi. Sulistiyani (2004) mengatakan salah satu strategi pengembangan sumber daya manusia adalah menciptakan kondisi kerja yang demokrasi dan mendorong kreativitas individu melalui kegiatan pemberdayaan pegawai, berupa pemberian wewenang, kekuasaan, dan fasilitas kepada karyawan untuk mengambil keputusan, tujuannya untuk memberikan kesempatan kondisi yang mendorong

proses pembelajaran, daya kreatifitas dan inovasi, serta keberanian pegawai untuk mengambil keputusan dan mencapai hasil yang diharapkan.

g. Evaluasi dan Pengendalian mutu

Berdasarkan hasil penilaian staf Instalasi Farmasi standar akreditasi standar evaluasi dan pengendalian mutu belum memenuhi standar penilaian dengan hasil 13,33%, sedangkan penilaian observasi dengan hasil 13,33% yang mana untuk memenuhi suatu standar akreditasi harus mempunyai nilai standar akreditasi > 60%.

Berdasarkan pengamatan di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara belum ada program/kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, selain itu instalasi/bagian farmasi menyelenggarakan pertemuan untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi namun tidak ada bukti tertulis dan pertemuan dilakukan tidak teratur.

Program peningkatan mutu pelayanan dilaksanakan misalnya dalam hal : perubahan sistem distribusi rawat inap dan sistem *flor stock* menjadi sistem dosis unit, meningkatkan kecepatan pelayanan resep di Apotik, penambahan lingkup pelayanan farmasi, misalnya salah satu bentuk kegiatan farmasi klinik. Berdasarkan hasil observasi, tidak ada program tertulis peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, ada jadwal kegiatan namun laporan pelaksanaan kegiatan, catatan evaluasi dan rekomendasi dan tindak lanjut tidak ada.

Ada beberapa data untuk digunakan sebagai dasar melakukan analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yaitu jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang tersedia dan digunakan, jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang direncanakan dan diadakan di luar prosedur rutin, jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang diterima, yang tidak sesuai spesifikasinya, jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang rusak/kadaluarsa, hilang, kesalahan dalam penyerahan/pemberian perbekalan farmasi, keluhan dari SMF, jumlah dan jenis informasi dan edukasi yang diberikan, jumlah pasien yang dilayani dan macam obat serta biaya, jenis dan jumlah sediaan obat yang diproduksi (bila ada kegiatan produksi) serta data pelayanan farmasi klinik yang telah dijalankan, antara lain jumlah pasien dan indikasi konseling, efek samping obat dan interaksi obat, hasil analisa efektivitas biaya, jumlah dan hasil pemeriksaan kadar obat dalam darah, jumlah pelaksanaan pencampuran obat suntik secara aseptis, jumlah penanganan obat sitostatika, jumlah penyiapan total parenteral nutrisi, macam penyakit dan pengobatannya dan penggunaan obat tertentu. Namun di Instalasi farmasi ada data tentang kegiatan pelayanan tersebut namun tidak semuanya tersedia dan tidak dilakukan evaluasi data secara berkala.

### **Kerangka usulan perbaikan manajemen strategi pengembangan pelayanan Instalasi Farmasi**

Kerangka usulan perbaikan manajemen strategi dan rencana pengembangan pelayanan instalasi farmasi dengan menggunakan metode hanlon yaitu manajemen strategi merupakan suatu proses dimana manajemen proses menetapkan pengarahannya jangka panjang dari kinerja dari organisasi

dengan menjamin formulasinya yang hati – hati, implementasinya yang tepat dan evaluasi terus menerus dimana strategi dibuat. Manfaat manajemen strategi yang pertama adalah konsisten kegiatan bahwa manajemen strategi menyediakan organisasi dengan kegiatan – kegiatan yang konsisten. Proses manajemen sangat membantu menyediakan bahwa seluruh bagian – bagian organisasi bekerja ke arah tujuan dan maksud yang sama (Wijono, 1999).

Dari hasil pembobotan yang dilakukan dengan metode hanlon pada table 6 diatas, diperoleh skala prioritas yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah di tiap tahapan standar akreditasi sebagai berikut :

a. Falsafah dan tujuan

- 1) Segera dibuat surat keputusan kebijakan pelayanan farmasi dari pimpinan Rumah Sakit
- 2) Perlunya surat keputusan Direktur yang baru tentang visi dan misi sebagai perubahan yang mengacu pada UU Kesehatan Tahun 2009
- 3) Perlunya surat keputusan panitia pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi dan KIE
- 4) Harus ada laporan kegiatan
- 5) Harus ada evaluasi pelayanan farmasi

b. Administrasi dan pengelolaan

- 1) Direktur segera mengesahkan usulan surat keputusan pembentukan KFT
- 2) Segera membuat bagan organisasi, lengkap dengan uraian tugas, pembagian wewenang dan mekanisme hubungan kerja

c. Staf dan pimpinan

- 1) Perlu dibuat ketentuan tertulis yang sesuai dengan tenaga kefarmasian
  - 2) Melakukan pelatihan interent yang sudah mengikuti pelatihan terhadap yang belum melakukan uji kompetensi bagi tenaga IFRS
  - 3) Kepala IFRS harus mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen Rumah Sakit atau manajemen kefarmasian untuk menunjang kompetensi
- d. Fasilitas dan peralatan
- 1) Segera dibuat denah unit kerja farmasi
  - 2) Dena Rumah Sakit perlu diperjelas dengan meningkatkan skala denah sehingga ruang farmasi dapat terlihat secara jelas
  - 3) Segera dibuat buku formularium Rumah Sakit dan DPO
  - 4) Perlu penambahan buku-buku kefarmasian
- e. Kebijakan dan prosedur
- 1) Segera dibuat SOP untuk mengatur dan melaksanakan tugas di IFRS dan evaluasi terhadap prosedur yang ada
  - 2) Harus dibuat kebijakan dan prosedur tertulis
- f. Pengembangan staf dan program pendidikan
- 1) Perlu dibuat program secara tertulis yang ditetapkan oleh pimpinan IFRS
  - 2) Membuat program pelatihan setiap tahunnya bagi petugas IFRS secara berangsur-angsur sehingga diharapkan 2-4 tahun kedepan sebagai tenaga IFRS sudah seluruhnya mengikuti pelatihan dan mampu memberikan pelayanan kefarmasian

g. Evaluasi dan pengendalian mutu

- 1) Harus dibuat surat keputusan pimpinan rumah sakit tentang jadwal rapat
- 2) Perlu dilakukan evaluasi data secara berkala oleh pimpinan farmasi
- 3) Perlu dibuat program tertulis pelayanan farmasi untuk mencerminkan kualitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, ada kegiatan, ditetapkan oleh Direktur

Berdasarkan uraian analisis hanlon diatas, maka dapatlah diupayakan rencana-rencana strategis untuk pemenuhan standar pelayanan. Namun upaya ini dapat dilaksanakan secara bertahap mengingat kondisi fisik konstruksi, peralatan, sumber daya manusia, pembiayaan serta kondisi kemampuan dari pemiliknya tidak sama. Perlunya komitmen seluruh staf Instalasi farmasi, *stakeholder* Rumah Sakit dan Direktur yang kuat dalam upaya pemenuhan standar akreditasi. melengkapi segala catatan, pelaporan, dokumentasi, protap, SK Direktur, pemahaman dan penerapan standar. Rumah Sakit harus segera mempersiapkan dan menyesuaikan diri dengan standar yang telah ditetapkan Depkes RI dengan menyusun strategi dan rencana peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dalam rencana jangka pendek, menengah maupun jangka panjang (berupa dokumentasi tertulis) dengan demikian terdapat kejelasan arah pengembangan dan peningkatan Rumah Sakit.

Sejalan dengan perkembangan pelayanan kesehatan, regulasi/perundang-undangan juga mengalami perkembangan pesat yang mengatur regulasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit. Dasar Hukum UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, UU No.24 Tahun 2007 tentang penanggulangan bencana,

UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dimana Rumah Sakit harus terakreditasi sehingga pelayanan yang diberikan tidak melanggar dari peraturan yang telah dibuat. Langkah konkrit standar akreditasi harus segera dilakukan karena Instalasi Farmasi sebagai pintu masuk Rumah Sakit memiliki resiko besar terhadap pelanggaran hukum.

Dilihat dari permasalahan RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara pada penilaian standar akreditasi, upaya strategi dan rencana pengembangan pelayanan instalasi farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara untuk memenuhi standar pelayanan perlu secara matang dan bertahap. Upaya ini meliputi banyak orang (tim) dan meliputi banyak kegiatan yang saling terkait. Dibutuhkan waktu dan upaya yang panjang serta biaya yang cukup besar. Dalam Sistem Kesehatan Nasional akreditasi Rumah Sakit dihubungkan dengan penilaian mutu dimana dengan ditetapkan cara-cara akreditasi Rumah Sakit dapat dilakukan penilaian terhadap mutu. Namun sebenarnya mutu itu sendiri sebagai *outcome* dari terlaksanannya akreditasi, sedangkan akreditasi menilai pelayanan tersebut telah memenuhi standar sekaligus mengukur mutu pelayanan.

Dengan melakukan upaya strategi dan rencana pengembangan, diharapkan pelayanan Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara memenuhi standar akreditasi. Banyak manfaat yang dapat dipetik dengan terakreditasinya Rumah Sakit. Status akreditasi dapat dijadikan alat untuk memasarkan pada masyarakat, sebagai simbol bagi Rumah Sakit dan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat atas Rumah Sakit (Wijono, 2008). Diketuainya kekurangan dibandingkan dengan standar yang ada, rumah

sakit dapat menggunakannya untuk kepentingan pengajuan anggaran dan perencanaan/pengembangan rumah sakit kepada pemilik/pemberi bantuan masyarakat dapat mengenal akreditasi rumah sakit dengan melihat kualitas pelayanan yang memenuhi standar sehingga dapat membantu mereka memilih Rumah Sakit yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan dengan mengacu pada perumusan masalah dari pertanyaan peneliti, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Persentase pencapaian standar pelayanan farmasi di IFRSD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara, pada standar satu 90%, standar dua 50%, standar tiga 80%, standar empat 10%, standar lima 0%, standar enam 20% dan standar tujuh 13,33%, dengan total skor rata-rata pencapaian penilaian dari semua kegiatan penilaian yang dinilai yaitu 38,75%.
2. Selisih total persentase skor rata-rata pencapaian dari semua kegiatan pelayanan yang dinilai berdasarkan penilaian petugas IFRSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara (38,75%) dengan syarat standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan (>65%) untuk syarat akreditasi bersyarat adalah 26,25%. Ini berarti RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara belum memenuhi syarat akreditasi bersyarat.
3. Berdasarkan analisis Hanlon diperoleh prioritas strategi pengembangan pelayanan di IFRSD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara sebagai berikut :
  - a. Administrasi dan pengelolaan, pada Komite Farmasi Terapi (KFT).

- b. Evaluasi dan pengendalian mutu, pada instalasi/bagian farmasi harus menyelenggarakan pertemuan berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam peningkatan pelayanan farmasi.
- c. Fasilitas dan peralatan, pada tersediannya ruang/tempat pengelolaan perbekalan farmasi.
- d. Kebijakan dan prosedur, pada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pengelolaan perbekalan farmasi.
- e. Pengembangan staf dan program pendidikan, pada program orientasi bagi pegawai baru di Instalasi Farmasi.

Berdasarkan kesimpulan, adapun saran sebagai berikut :

1. Pihak Rumah Sakit harus melengkapi segala catatan, pelaporan, dokumentasi, protap, SK Direktur, serta pemahaman dan penerapan standar.
2. Direktur, komite medik, komite akreditasi perlu meningkatkan komitmen yang kuat di dalam meningkatkan pelayanan sesuai dengan standar akreditasi.
3. Petugas instalasi farmasi harus meningkatkan kepatuhan di dalam menjalankan standar akreditasi, dengan cara setiap melaksanakan pelayanan kesehatan kepada pasien harus berdasarkan SOP/ protap yang ada
4. Pimpinan rumah sakit harus memberikan kesempatan bagi petugas untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan, sehingga petugas dapat menguasai perkembangan pengetahuan dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien dan keluarga.
5. Perlu dilakukan evaluasi dari seluruh standar akreditasi, secara berkala dan berkesinambungan sekurang - kurangnya satu tahun sekali dengan melihat

pelaksanaan pelayanan dan telaah dokumentasi terhadap standar akreditasi yang telah ditetapkan.

6. Kepada peneliti yang akan meneliti standar akreditasi rumah sakit sebaiknya melakukan persamaan persepsi dengan melakukan diskusi, koordinasi bersama stake holder rumah sakit, audit mutu eksternal, petugas instalasi farmasi didalam menyimpulkan nilai standar akreditasi.

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak adanya kualifikasi khusus bagaimana yang di isyaratkan oleh KARS sebagai *surveyor* untuk melakukan penelitian terhadap suatu Instalasi Farmasi di Rumah Sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, N. 2005. Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit Tipe C di Daerah Istimewah Yogyakarta. *Tesis*. Universitas Gadjja Mada.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Brown, T.R. 1992. *Handbook of institutional Pharmacy Practice*, 3<sup>rd</sup> ed ASHP Inc.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004. *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1999. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1994. *Pedoman akreditasi Rumah sakit di Indonesia SK Dirjen Pelayanan medik Bekerja sama dengan Proyek ADB II Loan Ino 926*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1994. *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, 1993. *SK Menkes No 436/Menkes/SK/VI/1993 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Kelayakan Medis*. Jakarta.
- Djojogugito, A. 2000. Kebijakan Pemerintah Dalam Bidang Pelayanan Kesehatan Menyongsong AFTA 2003. *Kumpulan Makalah Kongres PENSI*. Jakarta.
- 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.
- Hamurwono, B. 1995. *Kebijakan Akreditasi Rumah Sakit. Departemen Kesehatan RI*. Jakarta.
- Join Commision Internasional. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: JCI.
- Kardinah, I.E. 2008. Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Farmasi di Empat Rumah Sakit Tipe C di Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. *Tesis*, Universitas Gadjja Mada.

- Kepmenkes, 2004. *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, No 1197/Menkes/SK/X/2004*. Jakarta.
- Koentjoro, 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, (in progress).
- Maftuhah, N. 2009. 4 Faktor Penting Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan Masyarakat (Metode Hanlon). *Jurnal Penetapan Prioritas dan Metode Hanlon*, Vol.3, hal.45-56.
- Mulyadi. 2001. *Auditing*. Salemba Empat. Jakarta.
- Permenkes. 2008. *Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit No. 129/MenKes/SK/II/2008*. Jakarta.
- Poerwani, S.K., dan Sopacua E. 2004. Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakit di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi. *Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes*. Jakarta. Hal 20 – 21.
- Purwanto, B.M. 2000. *Persepsi Konsumen Akan Citra Rumah Sakit Berdasarkan Penampilan Fisik*. Jogjakarta.
- Shaw, C. 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., dan Amalia, L. 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*. EGC. Jakarta.
- Tayipnapi, F.Y. 2008. *Evaluasi Program dan Instrumen Evaluasi*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi, Vol 1*. Airlangga University Press.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Safe Management of Wastes from Healthcare Activities*. WHO: Geneva.

**Lampiran 1. Surat Keterangan Telah melaksanakan penelitian di Instalasi farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara**



**PEMERINTAH KABUPATEN KOLAKA UTARA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
H.M.DJAFAR HARUN**

*Jl. Trans Sulawesi No. Kode Pos 93911*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

NOMOR : 50 /02/RSUD/I/2013

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Ns. Muh. Aidin, S.Kep, MM**  
Jabatan : Direktur RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara  
Nip : 19670506 198903 1 022

Menerangkan bahwa mahasiswa dibawah ini :

Nama : HARVEY, S.Si  
NIM : **SBF071140145**  
Asal Instansi : **UNIVERSITAS SETIA BUDI**  
Program Studi : **MAGISTER MANAJEMEN FARMASI RUMAH SAKIT**

**Benar-benar** telah melakukan penelitian di **INSTALASI FARMASI** di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Provinsi Sulawesi Tenggara terhitung sejak tanggal 14 Jan s/d 14 Februari 2013.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lasusua, 15 Februari 2013  
Direktur RSUD H.M. Djafar Harun  
Kab. Kolaka Utara

**Ns. Muh. Aidin, S.Kep, MM**  
Pangkat : Pembina, Gol. IV/a  
Nip. 19670505 198903 1 022

**Lampiran 2. Kesiediaan untuk menjadi responden**

**Program Pasca Sarjana Ilmu Farmasi  
Fakultas Farmasi  
Universitas Setia Budi Surakarta  
2013**

---

**KUESIONER PENELITIAN**

Pernyataan Kesiediaan Menjadi responden  
( *Informed Consent* )

Judul penelitian: Starategi pengembangan Instalasi Farmasi berbasis evaluasi akreditasi Rumah Sakit dengan metode Hanlon di RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh Harvey, S.Si Mahasiswa Pasca Sarjana Ilmu Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta .

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kolaka Utara, Januari 2013  
Responden,

**Lampiran 3. Instrumen penelitian**  
**IDENTITAS RESPONDEN**

**Nomor responden :**

1. Nama :
2. Alamat :
3. Jenis kelamin :
  - a. Perempuan
  - b. Laki – laki
4. Pendidikan terakhir
  - a. Apoteker :
  - b. S1 Farmasi :
  - c. D3 Farmasi :
  - d. SMF :
  - 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. 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.

**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:**

- 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.

**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:
- 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.

**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:
- 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.

#### **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 jindividual 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 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

**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 4. 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 izin 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, penerangan, suhu, kelembaban dan dapat diawasi.
- b. Adanya lemari pendingin untuk barang farmasi yang harus disimpan dingin ( 2-8°) 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 :

1. Peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik nosn 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.

CP : \* D : Daftar peralatan dan ketersediaannya 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:

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.

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 Dalam 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:

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. 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
2. sistem dosis unit.
3. Meningkatkan kecepatan pelayanan resep di Apotik.
4. 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 5. 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 6 : Distribusi skor**

Responden	S1p1	S1p2	S2p1	S2p2	S3p1	S3p2	S3p3	S4p1	S4p2	S5p1	S5p2	S6p1	S6p2	S7p1	S7p2	S7p3
1	5	4	4	1	4	5	3	1	0	1	0	0	1	0	1	5
2	5	4	2	0	4	5	2	1	0	1	0	1	2	1	1	0
3	5	4	4	1	4	5	3	1	0	1	0	1	1	1	1	0
4	5	4	4	1	4	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0
5	5	4	4	1	4	5	3	1	0	0	1	1	1	1	1	0
6	5	4	2	1	2	5	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
7	5	4	4	1	4	5	4	1	0	0	0	1	1	1	1	0
8	5	4	4	1	4	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0
9	5	4	4	1	4	5	3	0	0	1	0	1	1	0	1	0
10	5	4	4	1	4	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0
11	5	4	4	1	4	5	2	1	0	0	0	1	1	0	1	0
12	5	4	4	1	4	5	3	0	0	1	0	1	1	1	1	0
13	5	4	2	1	4	5	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0
14	5	4	2	1	4	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0
15	5	4	2	1	4	5	3	0	0	1	1	1	1	1	1	0
16	5	4	2	1	4	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0



Lampiran 8. Foto RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara



Lampiran 9. Foto Instalasi Farmasi RSUD H.M. Djafar Harun Kabupaten Kolaka  
Utara Sulawesi Tenggara



