

BAB VI

RINGKASAN

Pelayanan farmasi di rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa 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 termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Depkes RI, 2004).

Dengan semakin tingginya tingkat pendidikan masyarakat menyebabkan meningkatnya kesadaran akan arti hidup sehat dan keadaan tersebut menyebabkan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan nyaman semakin mendesak. Upaya yang dilakukan Departemen Kesehatan untuk itu adalah melalui kegiatan akreditasi rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta, yang tujuan akhirnya adalah menjaga mutu pelayanan. Dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit telah disusun dua puluh standar pelayanan yang mana salah satunya adalah standar pelayanan farmasi.

Namun, hingga saat ini kenyataannya sebagian besar instalasi farmasi rumah sakit di Indonesia belum melakukan kegiatan pelayanan farmasi seperti yang diharapkan, mengingat kendala-kendala yang ada, antara lain kemampuan tenaga farmasi, terbatasnya pengetahuan manajemen rumah sakit dan fungsi

rumah sakit, kebijakan manajemen rumah sakit, terbatasnya pengetahuan pihak-pihak terkait tentang pelayanan farmasi rumah sakit. Akibat kondisi ini, maka pelayanan farmasi rumah sakit masih bersifat konvensional yang hanya berorientasi pada produk yaitu sebatas penyediaan dan pendistribusian (Depkes RI, 2006).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian pelayanan farmasi terhadap standar akreditasi di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali dan strategi pengembangannya berdasarkan metode Hanlon. Penelitian ini merupakan rancangan studi kasus di IFRS Pandan Arang Kabupaten Boyolali. Data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner *self assesment*. Observasi dan wawancara juga dilakukan untuk melihat kelengkapan dokumen.

Lokasi penelitian adalah di IFRS Pandan Arang Kabupaten Boyolali. Penelitian dilakukan mulai dari tanggal 15 Januari - 28 Februari 2013. Subyek pada penelitian ini adalah seluruh Apoteker dan Tenaga Teknik Kefarmasian (TTK) yang terlibat dalam akreditasi di Instalasi Farmasi RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali. Instrumen penelitian merupakan kuesioner yang daftar pertanyaan yang terstruktur untuk mendapatkan informasi tentang tingkat kesesuaian pelaksanaan tujuh standar akreditasi pelayanan farmasi di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali.

Data dianalisis dengan menggunakan analisis data univariat, variabel - variabel penelitian disusun secara deskriptif dalam bentuk tabel frekuensi yang memuat tujuh standar akreditasi. Dari hasil jawaban responden dari masing

masing pertanyaan pada tiap standar dilihat jawaban yang banyak keluar (modus), kemudian dari modus setiap masing masing pertanyaan tersebut dijumlahkan (jumlah nilai). Jumlah nilai dikalikan 100% dibagi jumlah parameter yang dinilai dikali 5 sehingga didapat rata - rata persentase pencapaian standar pada kegiatan pelayanan tersebut. Data kuantitatif tersebut digunakan untuk mendukung data kualitatif yang didapat dari hasil observasi, wawancara dan telaah dokumen,. Analisis data pada penelitian kualitatif ini menggunakan metode perbandingan tetap (*Constant Comparative Method*). Bila terjadi selisih antara data kuantitatif dan kualitatif terhadap standar akreditasi maka dilakukan uji perbaikan dengan metode Hanlon

Berdasarkan hasil penelitian, ternyata terjadi selisih antara hasil skor akreditasi staf IFRS dengan hasil observasi. Nilai akreditasi standar pelayanan farmasi yang diperoleh dari penilaian diri sendiri staf instalasi farmasi yaitu skor 75 (93,75%), sedangkan berdasarkan hasil observasi yaitu skor 72 (90%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelayanan farmasi di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali sudah memenuhi standar akreditasi dengan rata-rata skor 90% (>75%), tetapi masih terjadi selisih dengan skor maksimal standar akreditasi KARS (100%). Dalam upaya pengembangan dan peningkatan pelayanan, maka ada beberapa standar akreditasi yang perlu dilakukan pembenahan dan uji perbaikan dengan suatu metode Hanlon.

Langkah awal yang dilakukan dalam uji perbaikan Hanlon yaitu dengan mengidentifikasi masalah dan solusi di tiap standar pelayanan farmasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Masalah dan solusi pengembangan pelayanan farmasi

No.	Standar	Masalah	Solusi
1.	S1P2	Hanya diselenggarakan sebagian besar pengelolaan perbekalan dan pelayanan farmasi	Perlu diselenggarakan pengelolaan perbekalan farmasi dan seluruh pelayanan farmasi secara lengkap termasuk pemantauan terapi obat (TDM) dan pengkajian penggunaan obat
2.	S3P2	Jumlah tenaga farmasi tidak cukup	Perlu penambahan tenaga farmasi
3.	S3P3	Sudah ada evaluasi kinerja tenaga farmasi tetapi belum ada rekomendasi dan tindak lanjut	Perlu rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga farmasi yang telah dilakukan
4.	S4P1	Hanya tersedia 5 ruang/tempat yang memenuhi syarat tanpa ruang/tempat untuk konsultasi dan informasi obat	Perlu disediakan semua ruang/tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No. 1197/MENKES/SK/X/2004.
5.	S5P1	Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan pengelolaan perbekalan farmasi tetapi belum ada evaluasi dan tindak lanjut	Perlu evaluasi dan tindak lanjut terhadap kebijakan dan prosedur pengelolaan obat
6.	S5P2	Hanya ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk sebagian besar pelayanan farmasi tanpa pemantauan kadar obat dalam darah dan ronde/visite pasien	Dibuat kebijakan dan prosedur tertulis untuk pemantauan kadar obat dan ronde/visite pasien

Setelah masalah dan solusi di tiap standar akreditasi berhasil teridentifikasi, selanjutnya dilakukan pembobotan untuk memperoleh *score/nilai* berupa angka yang dapat menunjukkan skala prioritas masalah.

Tabel 7. Presentase Skala Prioritas Penanganan Masalah dengan Metode Hanlon

Standar	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	OPR	Proritas Masalah
	A=Besar	B=Kegawatan	C=Kemudahan	BPR			
S3P2	8	7	5	25	11111	25	1
S4P1	7	7	5	23,3	11111	23,3	2
S5P2	6	5	6	22	11111	22	3
S1P2	5	6	5	18,3	11111	18,3	4
S3P3	4	5	6	18	11111	18	5
S5P1	4	4	6	16	11111	16	6

Keterangan : $BPR (Basic\ priority\ rating) = (A+B) C / 3$

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

Dari presentase skor OPR pada tabel 7, diperoleh skala prioritas yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah di tiap standar pelayanan farmasi. Prioritas pertama adalah masalah dengan skor *Overall Priority Rating* (OPR) tertinggi (Hanlon dan Hyman, 2008). Berdasarkan hasil *scoring* dalam penentuan skala prioritas memungkinkan IFRS untuk menentukan mana yang menjadi integritas dalam menyelesaikan permasalahan yang terjadi. Dengan adanya prioritas masalah ini maka IFRS mampu untuk melaksanakan perbaikan dan pengembangan mutu pelayanan farmasi.

Adapun tahapan penyelesaian masalah ditiap standar pelayanan farmasi dapat disusun sebagai berikut :

1. Perlu penambahan tenaga farmasi
2. Perlu disediakan semua ruang/tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No. 1197/MENKES/SK/X/2004
3. Dibuat kebijakan dan prosedur tertulis untuk pemantauan kadar obat dan ronde/visite pasien.
4. Perlu diselenggarakan pengelolaan perbekalan farmasi dan seluruh pelayanan farmasi secara lengkap termasuk pemantauan terapi obat (TDM) dan pengkajian penggunaan obat.
5. Perlu rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga farmasi yang telah dilakukan
6. Perlu evaluasi dan tindak lanjut terhadap kebijakan dan prosedur pengelolaan obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Ali, A.R. 2010. *Bed Occupancy Rate (BOR) dan Pengembangan Rumah Sakit di Sulawesi Barat*. <http://arali2008.wordpress.com/2010/09/02/bed-accupation-rate-bor-dan-pengembangan-rumah-sakit-di-propinsi-sulawesi-barat/>. [19 April 2013].
- Anwar, F.Y. 2010. *Analisis pelaksanaan standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit Umum Daerah tipe C di Propinsi Kalimantan Selatan*. Tesis. Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta.
- Aulia, N. 2006. *Evaluasi pelaksanaan standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit tipe C di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2005*. Tesis. Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta.
- Brown, T.R. 1992. *Handbook of institutional Pharmacy Practice*, 3rd ed. ASHP Inc.,
- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah sakit*. Direktorat jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit*, Departemen kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*, Departemen kesehatan Republik Indonesia , Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Permenkes Menteri Kesehatan RI Nomor 147/Menkes/ Per/I/2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit*, Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 1999. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, “*Standar Pelayanan Rumah Sakit*”, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1994. *Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia* SK Dirjen Pelayanan medik bekerja sama dengan proyek ADB II Loan Ino 926 , Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 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)*.
- Early. 2011. *Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat Pencapaian Akreditasi Untuk Lima Pelayanan Dasar di RSUD Bima*. Tesis. Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. 2008. *Health Sector Accreditation Research: A Systematic Review. International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20 No. 3.
- Ifaya, M. 2012. *Strategi dan Rencana Pengembangan Pelayanan Farmasi Berdasarkan Kesesuaian Standar Akreditasi (Studi Kasus Di IFRS Kab. Muna)*. Tesis. Manajemen Farmasi Rumah sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Joint Commission International. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi ke-4*. Jakarta.
- Kazt, J & Green, E. 1996. *Managing Quality A Guide to System – Wide Performance Management in Health Care*, Mosby- Year Book, Inc.
- Kementrian Kesehatan R.I Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2008. *Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta.
- Koentjoro, T. 2007. Assessing the Value Of Accreditation Systems. *European Journal of Public Health*, vol. 7 (1):1-2.
- Lumenta, N. 2003. *Akreditasi Rumah Sakit di Luar Negeri. Makalah dalam Penelitian Akreditasi RS di Dinkes Provinsi*. DKI Jakarta 30 – 31 Oktober 2003.
- Luwiharsih. 2002. *Persiapan Rumah Sakit untuk Diakreditasi*. Naskah tulisan untuk buku, (in progress).
- Mulyadi. 2001. *Auditing*, Salemba Empat, Jakarta.

- Nurbeti, M. 2009. *Panduan penetapan prioritas masalah kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat : 4 faktor penting dalam penetapan masalah kesehatan masyarakat (Metode Hanlon) 9/01/4-faktor-penting-dalam-penetapan.html*. [20 April 2013].
- Poerwani, SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakitian di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta 20 – 21.
- Purwanto, BM. 2000. *Persepsi Konsumen akan Citra Rumah Sakit Berdasarkan Penampilan Fisik*. Jogjakarta.
- 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*. 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.

Lampiran 1. Surat jawaban izin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BOYOLALI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDAN ARANG
KABUPATEN BOYOLALI

Jalan Kantil Nomor 14 Boyolali No.Telp. (0276) 321065 Fax. (0276)321435

No : 690/089/29/2013.
 Lamp :
 Hal : **Jawaban Ijin Penelitian**
an. Sabarudin, S. Farm

Boyolali, 12 Januari 2013
 Kepada Yth :
 Dekan Fakultas Farmasi
 Universitas Setia Budi
 Program Pasca Sarjana
 Jl. Letjen Sutuyo Mojosoarjo – Solo 57127
 Di –
SURAKARTA

Dengan Hormat,

Menanggapi surat Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi tertanggal 4 Januari 2013 Nomor : 275.4/FF/0/PPs/PIP/1/2013 dan Surat Rekomendasi Pemberian Ijin KKN, RISET, Penelitian dan Survey dari Kepala Kantor Kesbangpol Kabupaten Boyolali tertanggal 8 Januari 2013 nomor : 070/010/W/32/2013 perihal diatas ,bagi mahasiswa di bawah ini :

NAMA : **SABARUDIN, S. Farm**
 NIM : **SBF071140161**
 JUDUL : **"Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Harlon di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali"**

Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan, agar dalam pelaksanaan kegiatan tidak mengurangi kualitas pelayanan yang ada maka dimohon waktu dan tempat kegiatan disesuaikan dengan kegiatan pelayanan RSUD Pandan Arang Boyolali, sedangkan yang berkaitan dengan tehnik pelaksanaannya agar berkoordinasi dengan Tim Diklat RSUD Pandan Arang Boyolali.

Demikian untuk dijadikan maklum, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

DIREKTUR RSUD PANDAN ARANG
 KABUPATEN BOYOLALI


Dr. ENDANG SRI WIDATI
NIP. 19631119 198901 2 001

Lampiran 2. Surat pengantar penelitian

**TIM PENDIDIKAN DAN PELATIHAN (DIKLAT)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDAN ARANG
KABUPATEN BOYOLALI**

Jalan Kantil Nomor 14 Boyolali No.Telp. (0276) 321065 Fax. (0276)321435

Boyolali,¹⁴.....Januari 2013

Kepada Yth :

No : 820/012/Tim Diklat/1/2013
Lamp :
Hal : Pengantar Penelitian an Sabarudin

1.Kasubag Hukum, Humas dan SIM
2.Kasat. Rekam Medik
3.Ka. Instalasi Farmasi
4.Diklat Bid. Paramedis Non Keperawatan
RSUD Pandan Arang Boyolali
di **BOYOLALI**

Dengan Hormat,

Menindak lanjuti surat Direktur RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali nomor :070/089/34/2012 tertanggal 12 Januari 2013, Bagi Mahasiswa :

NAMA : **SABARUDIN,S.Farm**
NTM : SBF071140161
JUDUL : **"Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Hanlon di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali"**

Kami mohon bantuannya untuk membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Penelitian tersebut.

Demikian surat pemberitahuan sekaligus pengantar ini kami buat, atas bantuannya disampaikan terima kasih.

TIM DIKLAT RSUD PANDAN ARANG
KABUPATEN BOYOLALI

Wakil Ketua,



Muryanih Pujiantini, S.Sos
Muryanih Pujiantini, S.Sos
NIP. 19651130 198508 2 001

Disampaikan Kepada Yth

1. Yhs.
2. Arsip

Lampiran 3. Surat keterangan telah melakukan penelitian



**TIM PENDIDIKAN & PELATIHAN (DIKLAT)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANDAN ARANG**

Jl. Kantil Nomor 14 Telp. (0276) 321065 Fax. (0276) 321435, Boyolali 57316
Provinsi Jawa Tengah

SURAT KETERANGAN

Nomor : 820/134/Tim Diklat/IV/2013

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Muryanah Pujiantini, S.Sos**
NIP : 19651130 198508 2 001
Pangkat / Golongan : Penata / III c
Jabatan : Kasubag. Kepegawaian dan Diklat
RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali

Selaku Wakil Ketua tim pendidikan dan pelatihan (Diklat) menerangkan dengan sesungguhnya bahwa yang tersebut dibawah ini:

NAMA : **SABARUDIN, S.Farm**
NIM : SBF 071140161
INSTITUSI : Fakultas Farmasi Program Pasca Sarjana
Universitas Setia Budi

Dalam rangka menyelesaikan pendidikannya, Mahasiswa yang bernama tersebut diatas pada bulan Januari – Maret 2013 telah melakukan penelitian di RSUD Pandan Arang Boyolali dengan judul “**Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali**”

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Boyolali, 3 April 2013

**TIM DIKLAT RSUD PANDAN ARANG
KABUPATEN BOYOLALI
Wakil Ketua**


Muryanah Pujiantini, S.Sos
NIP. 19651130 198508 2 001

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 RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali dengan Metode Hanlon

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

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

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Boyolali, 16 Januari 2013
Responden,

Lampiran 5. Kuesioner 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?
- Pimpinan bukan apoteker.
 - Pimpinan adalah apoteker yang tidak terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.
 - Pimpinan adalah apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan dan tidak mempunyai izin kerja.
 - 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.
 - 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
- Tidak ada tenaga kefarmasian selain pimpinan farmasi.
 - Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
 - Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi tidak memenuhi.
 - Jumlah tenaga kefarmasian tidak cukup, kualifikasi memenuhi.
 - Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman.
 - 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 ?
- Tidak ada evaluasi.
 - Ada evaluasi tidak tertulis, hanya berdasarkan kesepakatan staf.
 - Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum dilaksanakan.
 - Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, sudah dilaksanakan.
 - Ada evaluasi tertulis, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah dilaksanakan dan ada laporan tertulis.
 - 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.
- Tersedia ruang / tempat yang digunakan bersama dengan unit kerja lain.
 - Tersedia 1-2 ruang /tempat yang memenuhi syarat
 - Tersedia 3-4 ruang / tempat yang memenuhi syarat
 - Tersedia 5 ruang / tempat yang memenuhi syarat
 - 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:

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.
- Tidak ada program dan kegiatan.
 - Tidak ada program, ada kegiatan secara individual.
 - Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan tidak sesuai rencana /program.
 - Ada program, belum mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
 - Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program.
 - Ada program yang mengacu pada program rumah sakit, kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai rencana/program dan ada evaluasi

DO :

- Yang dimaksud dengan program adalah program pendidikan berkelanjutan / pelatihan / pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan bagi pegawai Instalasi Farmasi.
- 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?
- Tidak ada program tertulis.
 - Tidak ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi
 - Ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
 - 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 6. 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 dan 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 7. 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/Menkes/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 dipertanggungjawabkan 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^o) 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 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:

- 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 8. Distribusi skor penilaian staf instalasi farmasi terhadap standar akreditasi
di Instalasi Farmasi RSUD Pandan Arang**

Responden	S1p1	S1p2	S2p1	S2p2	S3p1	S3p2	S3p3	S4p1	S4p2	S5p1	S5p2	S6p1	S6p2	S7p1	S7p2	S7p3
1	5	4	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5
2	4	4	4	4	5	3	4	5	5	5	3	5	3	4	4	4
3	4	4	4	4	5	3	4	5	5	5	3	5	3	4	4	4
4	5	5	4	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5	4	5	5	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5
6	3	4	4	3	4	5	4	4	2	1	2	3	3	3	3	2
7	5	4	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5
9	5	4	5	3	4	3	4	4	3	5	3	5	5	4	2	5
10	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
11	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	3	5	3	4	4	4
12	5	4	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5
13	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	3	5	3	4	4	4
15	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
16	5	4	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	4	4	4	4	5	3	4	5	5	5	3	5	3	4	4	4
19	4	4	4	4	5	3	4	5	5	5	3	5	3	4	4	4
20	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5