

BAB VI

RINGKASAN

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

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

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian pelayanan farmasi terhadap standar akreditasi yang meliputi : Standar Organisasi dan manajemen, standar seleksi dan pengadaan, standar penyimpanan, standar pemesanan dan pencatatan, standar persiapan dan penyaluran, standar pemberian, standar pemantauan di RSUP dr Wahididn Sudirohusodo Makassar Provinsi Sulawesi Selatan. Dan untuk mengetahui strategi pengembangan pelayanan farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit berdasarkan analisis prioritas dengan metode Hanlon.

Penelitian di IFRS dr Wahididn Sudirohusodo Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dengan data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Cara pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner *self assesment* apoteker dan TTK yang terlibat dalam proses akreditasi berupa hasil hitungan dari jawaban respon pada kuesioner. Observasi juga dilakukan untuk melihat keberadaan dan kelengkapan data/konsumen, SOP, fasilitas di pelayanan farmasi. Data yang diperoleh tersebut untuk mendukung wawancara secara mendalam, di dalam menggali hal-hal yang berhubungan dengan standar akreditasi pelayanan farmasi, kesiapan proses akreditasi dan strategi rencana pengembangan pelayanan farmasi.

Penelitian ini mulai dilakukan pada tanggal 6 Januari - 22 Januari 2014. Langkah awal kuesioner disebarkan kepada pegawai di instalasi farmasi untuk mengetahui penilaian standar akreditasi oleh pegawai di instalasi farmasi. Hasil modus diambil untuk menentukan banyaknya jawaban yang sama terhadap suatu pertanyaan tentang penilaian standar akreditasi oleh pegawai di instalasi farmasi.

Dari hasil tersebut kemudian dibandingkan dengan hasil observasi, dokumen dan wawancara.

Berdasarkan hasil penelitian Pelayanan farmasi di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo dengan skor pencapaian masing-masing standar akreditasi, yaitu standar organisasi dan manajemen mencapai dengan skor 100%, standar seleksi dan pengadaan mencapai skor 80%, standar penyimpanan mencapai skor 93,3 %, standar pemesanan dan pencatata mencapai skor 100%, standar persiapan dan penyaluran mencapai skor 90%, standar pemberian mencapai skor 100%, dan standar evaluasi dan pengendalian mutu mencapai skor 60%. Dengan total skor rata-rata pencapaian yaitu 89,04%.

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

Nilai skor yang belum memenuhi standar akreditasi	Masalah	Solusi manajemen
Standar Akreditasi		
Seleksi dan pengadaan		
S2P2: Pengawasan Obat	A1 Penunjukkan komite untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat dirumah sakit (belum terkontrol dengan baik)	Perlu dilakukan monitoring dan pengawasan yang ketat terhadap penggunaan obat agar terkontrol/terjaga dengan baik agar tidak terjadi kehilangan obat-obatan.
S2P3 : Persetujuan pengadaan obat	A2 Adakalanya obat tidak tersedia dalam stok di rumah sakit ketika dibutuhkan	dan juga perlu adanya proses persetujuan untuk pengadaan obat – obatan.

Lanjutan Tabel 5.

penyimpanan :		
S3P2: Obat-obat emergensi, dimonitor dan aman	B1 Ada obat-obat emergensi, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan. Namun belum terkontrol dengan baik	Perlu dilakukan monitoring secara rutin agar tidak terjadi penyalahgunaannya dibuat jadwal khusus dan dijalankan dengan baik, dan juga untuk system penarikan kembali dalam hal ini obat-obat kadaluarsa perlu dilakukan kontrol secara rutin. Baik itu di gudang, di depo-depo farmasi atau yang dibangsal.
S3P2: System penarikan (Recall)	B2 Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnakan dengan cara aman sesuai dengan prosedur.	
Persiapan dan penyaluran		
S5P1: Mempersiapkan obat dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih	C1 Belum terdapat bukti persiapan dan penyaluran obat sesuai peraturan dan standar praktek professional.	Perlu dibuktikan dan dilakukan evaluasi dalam persiapan dan penyaluran obat dilingkungan aman dan bersih. Perlu dilakukan kontrol monitoring pemberian obat, dan pelabelan obat secara tepat dengan nama obat, dosis, tanggal penyiapan, tanggal kadaluarsa dan nama pasien.
S5P2 : System pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat	C2 Bukti pelabelan obat secara tepat, untuk meperkecil kesalahan.	
Pemantauan		
S7P1: Monitoring kepada pasien terhadap efek penggunaan obat	D1 Pengkajian penggunaan obat masih belum berjalan dengan baik.	Perlu penambahan tenaga apoteker, Pengkajian penggunaan obat perlu dilakukan, hal tersebut dilakukan untuk menjamin obat-obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien. Perlu dilakukan visite secara rutin, perlu dilakukan kerja sama dalam melakukan monitoring.
S7P2: Menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat untuk memperbaiki proses penggunaan obat sesuai dengan waktu yang	D2 Ada kebijakan dan proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat tetapi belum berjalan	Perlu kerjasama dalam penyusunan pedoman tentang kesalahan obat. Perlu dilakukan pelaporan setiap kesalahan obat. Perlu identifikasi petugas yang melakukan dan yang

ditentukan	dengan optimal.	melaporkan kejadian kesalahan obat, dan terus melakukan perbaikan proses penggunaan obat berdasarkan evaluasi, informasi dan pelaporan kesalahan obat.
------------	-----------------	--

Dari hasil pembobotan yang dilakukan dengan metode Hanlon, diperoleh skala prioritas yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi dalam lingkup IFRS. Adapun hasil skala prioritas yang telah tersusun dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Hasil Penentuan Skala Prioritas Penanganan Masalah dengan Metode Hanlon

Standar	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	*OPR	Prioritas Masalah
	A=Besar	B=Kegawatan	C=Kemudahan	*BPR			
S7P1	9	8	6	34	11111	34	1
S7P2	9	8	6	34	11111	34	2
S2P2	8	7	6	30	11111	30	3
S2P3	8	7	6	30	11111	30	4
S5P1	5	5	6	20	11111	20	5
S5P2	5	5	6	20	11111	20	6
S3P2	5	5	5	16,6	11111	16,6	7
S3P3	5	4	5	15	11111	15	8

Adapaun tahapan penyelesaian masalah di setiap standar pelayanan farmasi berdasarkan persentase skala prioritas yang dilakukan dengan metode Hanlon dapat disusun sebagai berikut :

1. Perlu penambahan tenaga apoteker, pengkajian penggunaan obat perlu dilakukan, perlu dilakukan visite secara rutin, perlu dilakukan kerja sama yang baik dalam melakukan monitoring.
2. Perlu kerjasama dalam penyusunan pedoman tentang kesalahan obat, perlu dilakukan pelaporan setiap kesalahan obat, perlu identifikasi petugas yang

melakukan dan yang melaporkan kejadian kesalahan obat, dan terus melakukan perbaikan proses penggunaan obat berdasarkan evaluasi, informasi dan pelaporan kesalahan obat.

3. Perlu dilakukan monitoring penggunaan dan pengawasan obat yang ketat terhadap penggunaan obat agar terkontrol/terjaga dengan baik, agar tidak terjadi kehilangan obat.
4. Perlu adanya proses persetujuan untuk pengadaan obat – obatan.
5. Perlu dibuktikan dan dilakukan evaluasi dalam persiapan dan penyaluran obat di lingkungan aman dan bersih.
6. Perlu dilakukan kontrol monitoring pemberian obat dan pelabelan obat secara tepat dengan nama obat, dosis, tanggal penyiapan, tanggal kadaluarsa dan nama pasien.
7. Perlu dilakukan monitoring secara rutin terhadap obat-obat emergensi agar tidak terjadi penyalahgunaannya,
8. Perlu dilakukan kontrol secara rutin sistem penarikan kembali dalam hal ini obat-obat kadaluarsa perlu dilakukan kontrol secara rutin, baik di gudang, di depo-depo farmasi atau di bangsal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiatma, T.y., 2000. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Cetakan Pertama, Penerbit UI Press : Jakarta.
- Anonim , 1980. *Model Quality Assurance Program For Hospital Pharmacies*, Revisi ed edition, American Society Of Hospital Pharmacies Bathesda 6-8.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, “*Standar Pelayanan Rumah Sakit*”, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004 *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 36 Tahun 2009 Tentang Keseharan*. Departemen kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikisasi Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012 *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Efendi, F. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunikasi Teori & Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ghenadenik A, Rochais C, Atkinson S, Bussieres JF. 2012. *Potential Risk Associated with Medication Administration, as Identified by Simpel Tools and Observation*. JCPH – Vol.65
- Harvey. 2013. Strategy of pharmacy instalation development based evaluation of hospital accreditation by Hanlon method in HM Djafar Harun Hospital, Notrh Kolaka, South East Sulawesi. Prosiding. Seminar *Kulit cantik dan sehat dengan kosmetik aman*, Ball Room Hotel Orange, 27-28 April. Surakarta: Universitas Setia Budi. 130-139

- Herijulianti E, Indriani S, Artini S. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC.
- Hunger dan Wheelen TL. 2003. *Manajemen Strategis*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Joint Commission International. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, edisi ke-4. Jakarta
- J.Sutapa Pramana, 2011, *Audit Mutu internal*, UGM : Jogjakarta
- Kementrian Kesehatan RI Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan RI Dengan KARS 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*: Jakarta
- Koentjoro T. 2007. Assessing the value of accreditation systems. *European Journal of Public Health*, vol. 7 No. 1, hal 4-8.
- Laksono, NI. 2008. *Analisis Kepuasan Dan Hubungannya Dengan Loyalitas Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dedi Jaya Kabupaten Brebes* (Tesis). Semarang : Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Diponegoro.
- Luwiharsih. 2002. *Persiapan Rumah sakit untuk diakreditasi*. Naskah tulisan untuk buku, (in progress).
- Maftuhah. 2009. *Empat Faktor *Penting Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan Masyarakat (Metode Hanlon)*. www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm. (15 Juli 2013).
- Mulyadi. 2001. *Auditing*. Jakarta : Salemba Empat.
- Poerwani SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakit di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta 20 – 21.
- Sabaruddin. 2013. Strategi pengembangan instalasi farmasi berbasis evaluasi akreditasi di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali dengan metode Hanlon. Seminar *Kulit cantik dan sehat dengan kosmetik aman*, Ball Room Hotel Orange, 27-28 April. Surakarta: Universitas Setia Budi. 239-246.
- Sampurno. 2011. *Manajemen Pemasaran Farmasi*. Yogyakarta : UGM Press.
- Saputra, R. 2011. *Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember Dengan Metode SWOT* (Tesis). Surakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.
- Shaw C. D. 2004. *Toolkit for Accreditation Program*. The National Society for Quality In Health Care.
- Sugian, S. 2006. *Kamus Manajemen (Mutu)*. Jakarta : Gramedia.
- Tayipnapi F.Y. 2008. *Evaluasi program dan instrumen evaluasi*. Jakarta : Rineka

Cipta.

Umar, H. 2002. *Evaluasi Kinerja Perusahaan*. Jakarta : Gramedia.

Warsito. 2012. *Komite Medik Rumah Sakit Dan Asas Tata Kelola Klinik Yang Baik (Good Clinical Governance) (Tesis)*. Semarang : Fakultas Hukum, Universitas Katolik Soegijapranata.

Wijono, D. 1999. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan, teori, strategi dan aplikasi, Vol 1* . Surabaya : Airlangga University Press.

Lampiran 1 : Surat BKMPD



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH

Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu

Jln. Bougenville No. 5 Telp (0411) 441077 Fax. (0411) 448936

MAKASSAR 90222

Makassar, 02 Januari 2014

Kepada

Nomor : 6707/P2T-BKMPD/19.36P/01/VII/2014

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

di-
Makassar

Berdasarkan surat Dekan Fak. Farmasi Univ. Setia Budi Surakarta Nomor : 059/D3-04/6.12.2013 tanggal 06 Desember 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a : **Reny Febrianah Resmy**
 Nomor Pokok : SBF 091240225
 Program Studi : Manajemen Farmasi
 Pekerjaan : Mahasiswa (S2)
 Alamat : Jl. Letjen. Sutoyo Mojosongo, Solo

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan skripsi/tesis, dengan judul :

“STRATEGI PENGEMBANGAN INSTALASI FARMASI BERBASIS EVALUASI AKREDITASI DENGAN METODE HANLON DI RUMAH SAKIT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR SULAWESI SELATAN”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 03 s/d 17 Januari 2014

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
 Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Ir. MUHAMMAD ARIFIN DAUD, M.Si
 Pangkat : Pembina Utama Madya
 Nip : 19540404 198503 1 001

TEMBUSAN : Kepada Yth :

1. Dekan Fak. Farmasi Univ. Setia Budi Surakarta;
2. Pertinggal

Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN

DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar



Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea Kode Pos 90245. Telp. (0411) 584675 – 581818, Fax. (0411) 587676

Nomor : LB.02.01/II.2.2/002/2014
Lamp : -
Hal : Peretujuan Ijin Penelitian

03 Januari 2014

Kepada Yth.
Ka. Instalasi Farmasi
Di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : **Reny Febrianah Resmy**
Nim : **SBF 091240225**
Program Studi : **Manajemen Farmasi**
Institusi : **Univ. Setia Budi Surakarta**
Strarta : **S2**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul "**Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Hanlon di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Sulawesi Selatan**" sesuai dengan permohonan penelitian dari **Ka. Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prov. SulSel**, Nomor **6707/P2T-BKPM/19.36P/01/VII/2014**, tertanggal **02 Januari 2014**. Selama Bulan **Januari s.d Februari 2014**. Dengan catatan selama penelitian berlangsung tidak mengganggu pelayanan terhadap pasien.

Demikian Surat ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

An. Direktur SDM dan Pendidikan
Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian

drg. Nurhayati Habib, M.Kes
Nip. 19610831 198912 02 001



KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : **Reny Febrianah Resmy**
Nim : **SBF 091240225**
Program Studi : **S2 Manajemen Farmasis Univ. Setia Budi Surakarta**

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan **Januari s.d Februari 2014** dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar ,2014
An.....

Lampiran 3 : Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar



Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea Kode Pos 90245. Telp. (0411) 584675 – 581818, Fax. (0411) 587676

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : LB.02.01/II.2.1/046/2013

Yang bertanda tangan dibawah ini, Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menerangkan bahwa :

Nama : **Reny Febrianah Resmy**
 NIM : **SBF 091240225**
 Program Studi : **Manajemen Farmasi**
 Institusi : **Univ. Setia Budi Surakarta Makassar**
 Strata : **S2**
 Judul : **Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Hanlon di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Sulawesi Selatan**

Telah melakukan penelitian di **Instalasi Farmasi** dari bulan **Januari s.d Februari 2014**.

Demikian Surat ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

23 Januari 2014

An. Direktur SDM dan Pendidikan
 Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian



dtg. Nurhayati Habib, M.Kes
Nip. 19610831 198912 02 001

Lampiran 4. Surat keterangan selesai penelitian di instalasi farmasi



KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar



Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea Kode Pos 90245, Telp. (0411) 584675-581818, Fax (0411) 587676

Makassar, 21 Januari 2014

SURAT KETERANGAN

KF.04.05/I/1.4.14/020/2014

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Suwarti Wasugai, S.Si, M.Si, Apt
 Nip. : 196509181989032001
 Pangkat / Golongan : Pembina / IV a
 Jabatan : Kepala Instalasi Farmasi
 Instansi : RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Reny Febrianah Resmy
 NIM : SBF 091240225
 Program Studi : Manajemen Farmasi
 Institusi : Universitas Setia Budi Surakarta (S2)

BENAR telah melakukan penelitian di Instalasi Farmasi RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan Judul "Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Hanlon", selama Bulan Januari 2014 dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Instalasi Farmasi
 RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo

(Suwarti Wasugai, S.Si, M.Si, Apt)
 Nip. 196509181989032001

Lampiran 5 : surat pengantar izin penelitian ke depo farmasi

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar



Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea Kode Pos 90245, Telp. (0411) 584675-581818, Fax (0411) 587676

Makassar, 06 Januari 2014

Nomor : KF.04.05/II/1.4.14/001/2014
 Lampiran : -
 Perihal : *Izin Penelitian*

Kepada Yth;
 Penanggung Jawab Apotek / Depo Instalasi Farmasi
 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
 Di,
 Tempat

Dengan hormat,

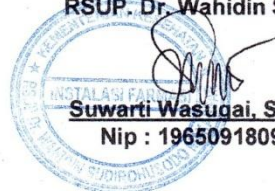
Berdasarkan surat dari Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Nomor : LB.02.01/II.2.2/002/2014, tanggal 03 Januari 2014, tentang persetujuan ijin penelitian, maka bersama ini disampaikan bahwa nama yang tersebut dibawah ini akan melaksanakan penelitian di Apotek / Depo / Gudang Perbekalan Instalasi Farmasi RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, adapun nama yang dimaksud :

Nama : Reny Febrianah Resmy
 NIM : SBF091240225
 Prog. Studi : Manajemen Farmasi
 Universitas : Univesitas Setia Budi Surakarta (S2)
 Waktu Penelitian : Bulan Januari s/d Februari 2014
 Judul Penelitian : Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Hanlon di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Maka, kami hadapkan mahasiswa tersebut untuk melaksanakan Penelitiannya di Instalasi Farmasi dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti tidak mengganggu proses pelayanan pasien.

Demikian penyampaian, untuk dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab.

Kepala Instalasi Farmasi
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo



Suwarti Wasugai, S.Si, M.Si, Apt
Nip : 196509180989032001

Tembusan Kepada Yth :

1. Koordinator Farmasi Klinik, PIO dan Pelayanan Mutu RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
2. Pertinggal

Lampiran 6: Kesiediaan untuk menjadi responden

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

KUESIONER PENELITIAN

Pernyataan Kesiediaan Menjadi responden
(Informed Consent)

Judul penelitian : Strategi pengembangan Instalasi Farmasi berbasis evaluasi akreditasi dengan metode Hanlon di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

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

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Januari 2014
Responden,

Lampiran 7 : Instrumen Penelitian**IDENTITAS RESPONDEN****Nomor responden :**

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

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

Std.I Organisasi dan Manajemen

1. Apakah rumah sakit memiliki acuan dan dokumen lain untuk membuat keputusan perencanaan dalam mengidentifikasi penggunaan obat?
 - a. Tidak ada acuan dan dokumen lain dalam membuat keputusan perencanaan
 - b. Keputusan tidak tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi
 - c. Keputusan tidak tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
 - d. Keputusan tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi.
 - e. Keputusan tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
 - f. Keputusan tertulis oleh pimpinan rumah sakit dan sudah disosialisasikan kepada seluruh pegawai Farmasi.

D.O.

- A. Perencanaan merupakan kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.
- B. Semua kebijakan dan prosedur yang ada harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkannya peraturan tersebut.
- C. Administrasi perbekalan farmasi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pencatatan manajemen perbekalan farmasi serta penyusunan laporan yang berkaitan dengan perbekalan farmasi secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulan, semesteran atau tahunan.

2. Apakah manajemen dan penggunaan obat di Rumah Sakit hanya tanggungjawab dari pelayanan farmasi?
 - a. Tidak ada pelayanan farmasi.
 - b. Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 - c. Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi dan manager, bukan tanggungjawab praktisi asuhan klinis.
 - d. Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 - e. Bukan merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, hanya tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 - f. Bukan hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, tapi tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.

DO :

- Manajemen obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manager dan praktisi asuhan klinis.
- Pengaturan pembagian tanggungjawab tergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit.

Std.II Seleksi Dan Pengadaan

3. Apakah rumah sakit sudah menggunakan cara seleksi obat untuk meresepkan atau pemesanan yang benar?
 - a. Tidak ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
 - b. Ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
 - c. Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, tidak diketahui oleh sebagian anggota.
 - d. Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh sebagian anggota .
 - e. Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota tetapi tidak dijalankan

- f. Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota dijalankan

DO :

A Rumah Sakit harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit harus mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau dari sumber lain.

B Penentuan seleksi obat merupakan peran aktif apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi untuk menetapkan kualitas dan efektifitas, serta jaminan purna transaksi pembelian.

C Pemilihan obat adalah suatu proses kerja sama/kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonominya.

4. Apakah ada aturan dalam mengawasi penggunaan obat dan perlindungan untuk kehilangan obat di rumah sakit?
- Tidak ada aturan dalam mengawasi dan melindungi kehilangan obat.
 - Ada aturan dalam pengawasan obat, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada perlindungan terhadap kehilangan obat
 - Ada aturan pengawasan, ada perlindungan terhadap kehilangan obat, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
 - Ada aturan pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
 - Ada aturan pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi.

- f. Ada aturan pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi serta ada evaluasi

DO :

Metode yang dimaksudkan seperti penunjukkan komite untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit. Para praktisi juga dilibatkan dalam memonitor daftar obat serta diikuti sertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat.

5. Apakah ada proses persetujuan dalam pengadaan obat yang dibutuhkan tetapi tidak tersedia dalam stok atau di rumah sakit?
- Tidak membutuhkan proses persetujuan dalam pengadaan obat.
 - Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat .
 - Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, tidak diketahui oleh anggota.
 - Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui oleh sebagian anggota.
 - Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui seluruh anggota.
 - Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, sudah berfungsi disertai adanya evaluasi.

DO :

- Adakalanya obat tidak tersedia dalam stok di rumah sakit ketika dibutuhkan, oleh sebab itu perlu adanya proses persetujuan untuk pengadaan obat-obat tersebut.
- Pengadaan obat merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui proses pembelian, produksi atau pembuatan sendiri dan sumbangan atau hibah.

Std.III Penyimpanan

6. Apakah penyimpanan obat- obatan dan produk nutrisi yang tersedia di IFRS sudah sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku ?
- Tidak sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan
 - Kebijakan rumah sakit tidak menjabarkan cara penyimpanan bagi obat-obatan produk nutrisi yang tepat
 - Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi obat-obatan produk nutrisi yang tepat
 - Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat dan dikendalikan dengan baik
 - Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat tetapi tidak dikendalikan dengan baik.
 - Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi dan dikendalikan dengan baik sesuai dengan dengan kebijakan pedoman yang berlaku.

DO :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Pengelolaan obat termasuk proses penyimpanan haruslah efektif dan efisien. Proses pengelolaan dapat terjadi dengan baik bila dilaksanakan dengan dukungan kemampuan menggunakan sumber daya yang tersedia dalam suatu system. |
|---|
7.
 - Obat bisa disimpan dalam tempat penyimpanan, di dadalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau diunit asuhan pasien pada unit-unit farmasi atau di *nurse station* dalam unit klinis.
 - Tersedia obat emergensi tetapi tidak dimonitor dengan baik
 - Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar
 - Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik, tidak sesuai dengan standar
 - Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar yang dibuat oleh pimpinan (kebijakan rumah sakit)

- f. Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar yang dibuat oleh pimpinan (kebijakan rumah sakit) dan dievaluasi

DO :

- A. Bila terjadi kegawatdaruratan pasien. Akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting/ kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai kelokasi tersebut, contoh bahan pemulihan anastesi berada dikamar operasi. Lemari, meja troli, tas atau kotak emergensi dapat digunakan untuk keperluan ini.
- B. Untuk memastikan akses obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat yang dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluarsa, jadi rumah sakit memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat obat emergensi.

8. Apakah rumah sakit mempunyai sistem penarikan (recall) obat ?
- a. Tidak ada sistem penarikan obat
 - b. Ada sistem penarikan obat tetapi tidak dimonitor dengan baik
 - c. Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur
 - d. Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik, tidak sesuai dengan prosedur
 - e. Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh pemerintah
 - f. Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh pemerintah dan dievaluasi

DO :

- a. Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnakan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier, ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*)
- b. Pemusnahan obat adalah rangkaian kegiatan dalam rangkaian pembebasan obat-obatan milik/kekayaan Negara dari tanggungjawab berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai keputusan menteri kesehatan republik Indonesia Nomor 059/MENKES/SK/I/2011.

Std.IV Pemesanan Dan Pencatatan

9. Apakah rumah sakit sudah mengarahkan pemesanan, persepan, dan pencatatan sesuai kebijakan dan prosedur ?
 - a. Tidak ada kebijakan dan prosedur pemesanan, persepan, dan pencatatan obat
 - b. Kebijakan dan prosedur rumah sakit tidak mengarahkan pemesanan, persepan, dan pencatatan obat yang aman,
 - c. Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, persepan dan pencatatan obat yang aman.
 - d. Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, persepan dan pencatatan obat yang aman sesuai dengan kebijakan dan prosedur
 - e. Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, persepan dan pencatatan obat yang aman, tidak sesuai dengan kebijakan dan prosedur
 - f. Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, persepan dan pencatatan obat yang aman sesuai dengan kebijakan dan prosedur di rumah sakit dan dievaluasi.

DO :

- a. Peresepan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit.
- b. Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit menjabarkan dalam kebijakan elemen yang bisa diterima/akseptabel dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap.

10. Apakah rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan?
 - a. Tidak mengidentifikasi petugas
 - b. Mengidentifikasi petugas yang kompeten
 - c. Mengidentifikasi petugas yang kompeten sesuai dengan peraturan yang ditetapkan
 - d. Mengidentifikasi petugas yang kompeten, tidak sesuai dengan peraturan yang ditetapkan
 - e. Mengidentifikasi petugas yang kompeten, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit
 - f. Mengidentifikasi petugas yang kompeten, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit, dan monitoring

DO :

- a. Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik, setiap rumah sakit bertanggungjawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyarkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

Std.V Persiapan Dan Penyaluran

11. Apakah rumah sakit mempersiapkan obat dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih ?
- a. Tidak dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih
 - b. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih
 - c. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, tidak sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
 - d. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
 - e. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, yang dibuat oleh pimpinan sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
 - f. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, yang dibuat oleh pimpinan dan dilakukan evaluasi sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004

DO :

A. Pelayanan farmasi atau kefarmasian menyiapkan dan mengeluarkan obat dalam lingkungan yang bersih dan aman sesuai undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktek bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area diluar farmasi (misalannya unit pelayan pasien, garus memenuhi langkah-langkah yang sama dalam hal keamanan dan kebersihan). Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip tehnik aseptik.

B. kriteria obat yang aseptik:

1. Sediaan farmasi dengan formula khusus
2. Sediaan farmasi dengan harga murah
3. Sediaan farmasi dengan kemasan yang lebih kecil
4. Sediaan farmasi yang tidak tersedia dipasaran
5. Sediaan farmasi untuk penelitian
6. Sediaan nutrisi parenteral
7. Rekontruksi sediaan obat kanker

C. - Obat dipersiapkan dan disalurkan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan dan supplai yang memadai (lihat juga PPI.7, EP 1 dan 2)

- Persiapan dan penyaluran obat harus memenuhi undang-undang, peraturan dan standar praktek professional
- Staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptic

12. Apakah rumah sakit menggunakan sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat ?

- a. Tidak ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- b. Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- c. Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004

- d. Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat tidak sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- e. Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai yang dibuat oleh pimpinan sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- f. Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai standar dibuat oleh pimpinan sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004 dan dievaluasi.

DO :

- A. Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian.
- B. Pendistribusian merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan serta untuk menunjang pelayanan medis
Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan :
 - 1. Efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada
 - 2. Metode sentralisasi atau desentralisasi
 - 3. Sistem floor stock, resep individu, dispensing dosis unit atau kombinasi
- C. Proses untuk menelaah suatu pesanan obat atau resep termasuk evaluasi oleh profesional yang terlatih terhadap :
 - 1. Ketetapan dari obat, dosis, frekuensi dan rute pemberian
 - 2. Duplikasi terapi
 - 3. Alergi atau reaksi sensitifitas yang sesungguhnya maupun potensial
 - 4. Interaksi yang sesungguhnya maupun potensial antara obat dengan obat-obat lain atau makanan
 - 5. Variasi dari criteria penggunaan yang ditentukan rumah sakit
 - 6. Berat badan pasien dan informasi biologis lain dari pasien
 - 7. Kontraindikasi yang lain

Std.VI Pemberian

13. Apakah rumah sakit mengidentifikasi petugas kompeten yang diberi ijin untuk memberikan obat?
- Tidak melakukan identifikasi.
 - Ada identifikasi kualifikasi tidak memenuhi.
 - Ada identifikasi, kualifikasi belum memenuhi.
 - Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi.
 - Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman
 - Ada identifikasi, kualifikasi sudah memenuhi, berpengalaman dan mengikuti pelatihan.

DO :

- A** Pemberian obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik.
- B** 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.
- C** Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun
- D** Yang dimaksud dengan pelatihan adalah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian atau pelayanan kefarmasian.

14. Apakah obat, jumlah dosis obat, dan route pemberian obat selalu dilakukan verifikasi berdasarkan resep atau pesanan?
- Tidak ada verifikasi.
 - Dilakukan verifikasi.
 - Dilakukan verifikasi hanya sebagian.
 - Dilakukan verifikasi secara menyeluruh.
 - Dilakukan verifikasi secara menyeluruh oleh petugas kompeten.

- f. Dilakukan verifikasi secara menyeluruh oleh petugas kompeten dan dilakukan evaluasi.

DO:

- A.** Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap:
- Obat dengan resep atau pesanan
 - Waktu dan frekuensi pemberian resep atau pesanan
 - Jumlah dosis dengan resep atau pesanan
 - Route pemberian dengan resep atau pesanan
 - Identitas pasien
- B** Proses verifikasi terhadap resep atau pesanan harus dilakukan oleh petugas yang kompeten dibidangnya.
- C** Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun

Std. VII Pemantauan

15. Apakah ada monitoring kepada pasien terhadap efek penggunaan obat termasuk efek yang tidak diharapkan?
- a. Tidak ada monitoring kepada pasien.
 - b. Ada monitoring kepada pasien hanya oleh dokter
 - c. Ada monitoring kepada pasien, dilakukan oleh dokter dan perawat, tetapi tidak secara rutin
 - d. Ada monitoring kepada pasien, dilakukan rutin hanya oleh apoteker
 - e. Ada monitoring kepada pasien, dilakukan dokter, perawat dan praktisi kesehatan secara rutin.
 - f. Ada monitoring kepada pasien, dilakukan oleh dokter, perawat dan praktisi kesehatan secara rutin dan ada evaluasi.

DO :

- A** Yang dimaksud dengan monitoring adalah kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, dan terapi.
- B** Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung darah, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD.
- C** Pengkajian penggunaan obat perlu dilakukan, hal tersebut dilakukan untuk evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat-obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman, dan terjangkau oleh pasien.

16. Apakah Rumah sakit menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat untuk memperbaiki proses penggunaan obat sesuai dengan waktu yang ditentukan?
- a. Tidak menggunakan informasi pelaporan.
 - b. Menggunakan informasi pelaporan.
 - c. Menggunakan sebagian informasi pelaporan.
 - d. Menggunakan informasi pelaporan, dilakukan dengan pengecualian
 - e. Menggunakan informasi pelaporan, tanpa pengecualian
 - f. Menggunakan informasi pelaporan, tanpa pengecualian dan dilakukan evaluasi.

DO :

- A. Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat, proses mengidentifikasi suatu kesalahan obat tersebut menggunakan format pelaporan yang distandardisir dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Unit farmasi mengambil bagian dalam pelatihan staf .
- B. Administrasi perbekalan farmasi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pencatatan manajemen perbekalan farmasi serta penyusunan laporan yang berkaitan dengan perbekalan farmasi secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulan, semesteran atau tahunan

Lampiran 8: Pedoman Survei

Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit Khusus Pelayanan Farmasi

PEDOMAN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT

PEDOMAN KHUSUS

PELAYANAN FARMASI

Std. 1. Organisasi dan Manajemen

S.1.1 Manajemen obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif dan paliatif, terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin, dalam koordinasi para staf rumah sakit, menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/pereseapan, pencatatan (transcribe), pendistribusian, persiapan (preparing), penyaluran (dispensing), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Peran para praktisi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi dari satu negara ke negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat universal.

Catatan : Pemberian obat (medication) digambarkan sebagai pereseapan obat; obat contoh; obat herbal; vitamin; nutraceuticals; obat OTC; vaksin; atau bahan diagnostik dan kontras yang digunakan atau diberikan kepada orang untuk mendiagnosis, untuk pengobatan, atau untuk mencegah penyakit atau kondisi abnormal lainnya; pengobatan radioaktif; terapi pernapasan; nutrisi parenteral; derivative darah; dan larutan intravena (tanpa tambahan, dengan tambahan elektrolit dan atau obat).

Penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan undang-undang, dan peraturan yang berlaku dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Obat, sebagai suatu sumber penting dalam pelayanan pasien, harus diorganisir secara efektif dan efisien. Manajemen obat bukan hanya tanggung jawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Pengaturan pembagian tanggung jawab tergantung pada struktur organisasi dan staffing. Pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit. Pada kasus lain, dimana terdapat suatu sentral farmasi yang besar, bagian farmasi dapat mengorganisir dan mengendalikan obat yang diberlakukan diseluruh rumah sakit. Manajemen obat yang efektif mencakup semua bagian dalam rumah sakit, unit rawat inap, rawat jalan maupun unit khusus. Undang-undang dan peraturan yang berlaku dimasukkan ke dalam struktur organisasi dan operasional sistem manajemen obat di rumah sakit.

Seberapa baik sistem itu berjalan sehubungan dengan:

- seleksi dan pengadaan obat
- penyimpanan
- pemesanan/peresepan dan pencatatan (*transcribe*)
- persiapan (*preparing*) dan penyaluran (*dispensing*)
- pemberian dan pemantauan

Untuk Monitoring sebagai hasil perubahan di dalam formularium (*formulary*), seperti penambahan obat, untuk kesalahan obat (*medicattion error*), dan KNC (*near misses*, setiap edukasi perlu diidentifikasi, pertimbangan untuk praktek berbasis bukti yang baru.

Tinjauan ulang membuat rumah sakit memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu dan keamanan penggunaan obat.

Elemen penilaian MPO. 1

1. Ada perencanaan atau kebijakan atau dokumen lain yang mengidentifikasi bagaimana penggunaan obat diorganisir dan dikelola di seluruh rumah sakit.
2. Semua penataan pelayanan dan petugas yang mengelola proses obat dilibatkan dalam struktur organisasi
3. Kebijakan mengarahkan semua tahapan manajemen obat dan penggunaan obat dalam rumah sakit
4. Sekurang-kurangnya ada satu review atas sistem manajemen obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir
5. Pelayanan farmasi dan penggunaan obat sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku
6. Sumber informasi obat yang tepat selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat.

Standar MPO 1.1

Seorang ahli farmasi berizin, teknisi atau profesional lain yang terlatih mensupervisi pelayanan farmasi atau kefarmasian (pharmaceutical).

Maksud dan tujuan MPO 1.1

Seorang petugas yang kompeten secara langsung mensupervisi aktivitas pelayanan farmasi atau kefarmasian. Petugas ini mempunyai izin, sertifikat dan terlatih. Supervisi meliputi semua proses yang dijabarkan dalam MPO.2 sampai dengan MPO.5 dan partisipasi dalam MPO.7 sampai dengan MPO.7.1.

Elemen penilaian MPO 1.1

1. Seorang petugas yang mempunyai izin, sertifikat dan terlatih mensupervisi semua aktivitas (lihat juga GLD.5, EP 1)

2. Petugas tersebut memberikan supervisi terhadap proses yang diuraikan dalam MPO.2 sampai dengan MPO.5.

S.1.P.1 Rumah Sakit memiliki ketetapan perencanaan dan dokumen lain untuk mengidentifikasi penggunaan obat?

Skor:

0. Tidak ada ketetapan perencanaan dan dokumen lain untuk mengidentifikasi penggunaan obat yang ditetapkan
1. Ketetapan tidak tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi
2. Ketetapan tidak tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
3. Ketetapan tertulis oleh pimpinan unit kerja farmasi.
4. Ketetapan tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
5. Ketetapan tertulis oleh pimpinan rumah sakit dan sudah disosialisasikan kepada seluruh pegawai Farmasi.

D.O:

- A. Perencanaan merupakan kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.
- B. Semua kebijakan dan prosedur yang ada harus tertulis dan dicantumkan tanggal dikeluarkannya peraturan tersebut.
- C. Administrasi perbekalan farmasi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pencatatan manajemen perbekalan farmasi serta penyusunan laporan yang berkaitan dengan perbekalan farmasi secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulan, semesteran atau tahunan

S.1.P.2 Manajemen dan penggunaan obat di Rumah Sakit merupakan tanggungjawab dari pelayanan farmasi, manager dan praktisi asuhan klinis?

Skor:

1. = Tidak ada pelayanan farmasi.
 2. = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 3. = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi dan manager, bukan tanggungjawab praktisi asuhan klinis.
 4. = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 5. = Bukan merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, hanya tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
 6. = Bukan hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, tapi tanggungjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
- D.O : - Manajemen obat bukan hanya tanggungjawab dari pelayanan farmasi tetapi juga dari para manager dan praktisi asuhan klinis.
- Pengaturan pembagian tanggungjawab tergantung pada struktur organisasi dan *staffing*. pada saat apoteker tidak hadir, obat-obat bisa dikelola oleh setiap unit klinis tergantung kebijakan rumah sakit.

Std. 2. SELEKSI DAN PENGADAAN

Obat dengan cara seleksi yang benar, digunakan untuk peresepan atau pemesanan, ada di stok atau siap tersedia.

Maksud dan tujuan :

Setiap rumah sakit harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau sudah tersedia, dari sumber luar. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau sumber obat tersebut. Pemilihan obat

adalah suatu proses kerja sama /kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonomisnya. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan para pembuat resep tentang kekurangan obat tersebut dan saran substitusinya.

Elemen penilaian :

1. Apoteker harus terwakili di setiap komite yang multi disiplin dan tim dimana masalah farmasi dibicarakan.
2. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan daftar tersebut (kecuali ditetapkan oleh peraturan atau otoritas di luar rumah sakit).
3. Ada proses yang disusun untuk menghadapi bilamana obat tidak tersedia, berikut pemberitahuan kepada pembuat resep serta saran substitusinya.

S.2.P.1. Adanya cara seleksi obat untuk peresepan atau pemesanan yang benar di rumah sakit.

Skor :

1. = Tidak ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
- 1 = Ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
2. = Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, tidak diketahui oleh sebagian anggota.
- 3 = Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh sebagian anggota .
- 4 = Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota tetapi tidak dijalankan
- 5 = Ada cara seleksi obat, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, diketahui oleh seluruh anggota dijalankan

DO : A. Rumah Sakit harus menetapkan obat mana yang harus tersedia untuk diresepkan dan dipesan oleh praktisi pelayanan kesehatan. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit harus mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang ada di stok atau dari sumber lain.

B. Pemilihan obat adalah suatu proses kerja sama/kolaboratif yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonominya.

C. Penentuan seleksi obat merupakan peran aktif apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi untuk menetapkan kualitas dan efektifitas, serta jaminan purna transaksi pembelian.

Std.2.1 Ada metode untuk mengawasi daftar obat yang tersedia dan penggunaan obat di rumah sakit

Maksud dan tujuan :

Rumah sakit mempunyai metode, seperti penunjukan komite, untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit. Mereka yang dilibatkan dalam pengamatan daftar termasuk para praktisi pelayanan kesehatan juga diikuti-sertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar mempunyai panduan kriteria yang meliputi indikasi penggunaan, efektivitas, risiko dan biaya. Ada proses atau mekanisme untuk memonitor respons pasien terhadap obat yang baru ditambahkan. Contohnya, bilamana keputusan diambil untuk menambahkan dalam daftar suatu jenis obat atau suatu kelas obat, ada proses untuk memonitor ketepatan dari indikasi, bagaimana obat itu diresepkan (misalnya, dosis atau route pemberian) dan setiap KTD yang tidak diantisipasi atau kondisi yang berhubungan dengan obat baru selama periode pengenalan.

Daftar itu ditelaah kembali sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan informasi safety dan informasi efektivitas yang muncul dan informasi tentang penggunaan serta KTD. Dalam hubungan dengan manajemen obat secara menyeluruh ada kebutuhan untuk memastikan bahwa obat terlindungi dari kehilangan atau pencurian baik dari farmasi atau dari setiap lokasi yang lain dimana obat disimpan atau disalurkan.

Elemen penilaian :

1. Ada metode untuk mengawasi penggunaan obat dalam rumah sakit
2. Obat dilindungi terhadap kehilangan atau pencurian di seluruh rumah sakit
3. Para praktisi pelayanan kesehatan dilibatkan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan proses monitoring pasien, juga diikuti-sertakan dalam mengevaluasi dan menjaga daftar obat
4. Keputusan untuk menambah atau mengurangi obat dari daftar dipandu dengan kriteria
5. Bila ada obat yang baru ditambahkan dalam daftar, ada proses atau mekanisme untuk memonitor bagaimana obat digunakan dan KTD yang tidak diantisipasi.

S.2.P2. Metode untuk mengawasi penggunaan obat dan perlindungan untuk kehilangan obat di rumah sakit.

Skor :

- 0 = Tidak ada metode pengawasan dan perlindungan terhadap kehilangan obat.
- 1 = Ada metode pengawasan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada perlindungan terhadap kehilangan obat
- 2 = Ada metode pengawasan, ada perlindungan terhadap kehilangan obat, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- 3 = Ada metode pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.

- 4 = Ada metode pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- 5 = Ada metode pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, sudah diketahui oleh seluruh petugas farmasi serta ada evaluasi

DO : A Metode yang dimaksudkan seperti penunjukkan komite untuk menjaga dan memonitor daftar obat serta penggunaan obat di rumah sakit. Para praktisi juga dilibatkan dalam memonitor daftar obat serta diikuti sertakan dalam proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat.

Std. 2.2 Rumah sakit dapat segera memperoleh obat yang tidak ada dalam stok atau yang normal tersedia di rumah sakit atau sewaktu-waktu bilamana farmasi tutup.

Maksud dan tujuan :

Adakalanya obat tidak ada dalam stok atau siap tersedia saat dibutuhkan. Ada proses untuk memberi persetujuan untuk pengadaan obat tersebut. Juga, ada saat dimana obat dibutuhkan pada malam hari, atau bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci. Setiap rumah sakit membutuhkan suatu perencanaan untuk kejadian demikian dan mengedukasi staf tentang prosedur yang harus dijalankan bila peristiwa tersebut terjadi (lihat juga TKP.3.2.1, EP 2).

Elemen penilaian :

1. Ada proses untuk persetujuan dan pengadaan obat yang dibutuhkan tapi tidak ada dalam stok atau yang secara normal tersedia di rumah sakit (lihat juga TKP.3.2.1, EP 1).
2. Ada proses untuk mendapatkan obat pada saat dimana farmasi tutup atau persediaan obat terkunci (lihat juga TKP.3.2.1, EP 2).

3. Staf memahami proses

S.2.P2. Proses persetujuan dan pengadaan obat yang dibutuhkan tetapi tidak tersedia dalam stok atau di rumah sakit.

Skor :

- 0 = Tidak membutuhkan proses persetujuan dan pengadaan obat.
- 1 = Ada proses persetujuan dan pengadaan obat
- 2 = Ada proses persetujuan dan pengadaan obat, tidak diketahui oleh anggota.
- 3 = Ada proses persetujuan dan pengadaan obat, diketahui sebagian oleh anggota
- 4 = Ada proses persetujuan dan pengadaan obat, diketahui seluruh anggota.
- 5 = Ada proses persetujuan dan pengadaan obat, sudah berfungsi disertai adanya evaluasi.

DO : A Adakalanya obat tidak tersedia dalam stok di rumah sakit ketika dibutuhkan, oleh sebab itu perlu adanya proses persetujuan untuk pengadaan obat-obat tersebut.

B. Pengadaan obat merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui proses pembelian, produksi atau pembuatan sendiri dan sumbangan atau hibah

Std.3. PENYIMPANAN

Kebijakan rumah sakit mendukung penyimpanan yang tepat bagi obat-obatan/medications dan produk nutrisi yang tersedia

Maksud dan tujuan :

Ada beberapa jenis obat yang karena risikonya tinggi (obat-obatan radioaktif), lingkungan yang tidak biasa (dibawa oleh pasien), kemungkinan untuk penyalahgunaan (abuse,misuse), misal obat sample dan obat emergency atau sifat yang khusus (produk nutrisi), perlu didukung oleh kebijakan sebagai pedoman

untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya. Kebijakan mengatur proses penerimaan, identifikasi pengobatan/medication dan bila perlu, cara penyimpanan dan setiap distribusi.

Elemen penilaian :

- a. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi
- b. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat radioaktif, untuk keperluan investigasi dan sejenisnya
- c. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara obat sample disimpan dan dikendalikan
- d. Semua penyimpanan sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

S.3.P.1. penyimpanan Obat- obatan dan produk nutrisi yang tersedia di IFRS sudah sesuai dengan undang-undang dan peraturan.

Skor :

- 0 = Tidak sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan
- 1 = Kebijakan rumah sakit tidak menjabarkan cara penyimpanan bagi obat-obatan produk nutrisi yang tepat
- 2 = Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi obat-obatan produk nutrisi yang tepat
- 3 = Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat dan dikendalikan dengan baik
- 4 = Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat tetapi tidak dikendalikan dengan baik.
- 5 = Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi dan dikendalikan dengan baik sesuai dengan dengan kebijakan pedoman yang berlaku.

DO : A. Pengelolaan obat termasuk proses penyimpanan haruslah efektif dan efisien. Proses pengelolaan dapat terjadi dengan baik bila dilaksanakan dengan dukungan kemampuan menggunakan sumber daya yang tersedia dalam suatu system.

B. Obat bisa disimpan dalam tempat penyimpanan, di dadalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau diunit asuhan pasien pada unit-unit farmasi atau di *nurse station* dalam unit klinis.

Std. 3.2 obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan diluar farmasi.

Maksud dan tujuan :

Bila terjadi kegawatdaruratan pasien, akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting/ kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai ke lokasi tersebut. Contoh, bahan untuk pemulihan anestesi berada di kamar operasi. Lemari, meja troli, tas atau kotak emergensi dapat digunakan untuk keperluan ini. Untuk memastikan akses ke obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluwarsa. Jadi rumah sakit memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat penyimpanan obat emergensi.

Elemen penilaian :

1. Obat emergensi tersedia pada unit-unit dimana akan diperlukan atau dapat terakses segera dalam rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi (lihat juga TKP.3.2.1, EP 1, dan MPO.2.2, EP 1)
2. Kebijakan rumah sakit menetapkan bagaimana obat emergensi disimpan, dijaga dan dilindungi dari kehilangan atau pencurian
3. Obat emergensi dimonitor dan diganti secara tepat waktu sesuai kebijakan rumah sakit setelah digunakan atau bila kadaluwarsa atau rusak

S.3. P2. Obat – obat emergensi, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar Farmasi.

Skor :

0 = Tidak tersedia obat-obat emergensi.

1 = Tersedia obat emergensi tetapi tidak dimonitor dengan baik

2 = Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar.

3 = Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik, tidak sesuai dengan standar

4 = Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar yang dibuat oleh pimpinan (kebijakan rumah sakit)

5 = Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar yang dibuat oleh pimpinan (kebijakan rumah sakit) dan dievaluasi

DO : Bila terjadi kegawatdaruratan pasien. Akses cepat terhadap obat emergensi yang tepat adalah sangat penting/ kritis. Setiap rumah sakit merencanakan lokasi obat emergensi dan obat yang harus disuplai kelokasi tersebut, contoh bahan pemulihan anastesi berada dikamar operasi. Lemari, meja troli, tas atau kotak emergensi dapat digunakan untuk keperluan ini.

Untuk memastikan akses obat emergensi bilamana diperlukan, rumah sakit menyusun suatu prosedur untuk mencegah penyalahgunaan, pencurian atau kehilangan terhadap obat yang dimaksud. Prosedur ini memastikan bahwa obat diganti bilamana digunakan, rusak atau kadaluarsa, jadi rumah sakit memahami keseimbangan antara akses kesiapan dan keamanan dari tempat obat emergensi.

Std. 3.3 Rumah sakit mempunyai sistem penarikan (*recall*) obat

Maksud dan tujuan :

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnahkan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier. Ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*).

Elemen penilaian :

1. Ada sistem penarikan obat
2. Kebijakan dan prosedur mengatur setiap penggunaan obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman
3. Kebijakan dan prosedur mengatur pemusnahan obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman
4. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan/dilaksanakan.

S.3. P.3. Ada sistem penarikan (recall) obat di rumah sakit.

Skor :

- 0 = Tidak ada sistem penarikan obat
- 1 = Ada sistem penarikan obat tetapi tidak dimonitor dengan baik
- 2 = Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur
- 3 = Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik, tidak sesuai dengan prosedur
- 4 = Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh pemerintah
- 5 = Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang dikeluarkan oleh pemerintah dan dievaluasi

DO : A.Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnakan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier, ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*)

B.Pemusnahan obat adalah rangkaian kegiatan dalam rangkaian pembebasan obat-obatan milik/kekayaan Negara dari tanggungjawab berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai keputusan menteri kesehatan republik Indonesia Nomor 059/MENKES/SK/I/2011.

Std. 4. PEMESANAN DAN PENCATATAN

Pereseapan, pemesanan, dan pencatatan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur

Maksud dan tujuan :

Pereseapan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Para staf medis, perawat, farmasi dan administratif berkolaborasi untuk mengembangkan dan memonitor kebijakan dan prosedur. Staf yang terkait dilatih untuk praktek penulisan resep, pemesanan dan pencatatan yang benar. Karena pereseapan obat yang tidak terbaca atau pemesanan yang mengacaukan keselamatan pasien bisa menunda pengobatan, maka kebijakan rumah sakit mengatur tindakan untuk mengurangi tidak terbacanya resep. Ada daftar dari semua obat terkini dicatat dalam status pasien dan tersedia di farmasi, keperawatan dan dokter. Rumah sakit menetapkan suatu prosedur untuk membandingkan daftar obat pasien yang diminum sebelum masuk rawat inap terhadap order pertama obat.

Elemen penilaian :

- a. Kebijakan dan prosedur di rumah sakit mengarahkan pereseapan, pemesanan dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit (lihat juga PP.2.2, EP 1; AP.3, EP 1, dan Sasaran Keselamatan Pasien II, EP 1)
- b. Kebijakan dan prosedur mengatur tindakan yang terkait dengan penulisan resep dan pemesanan yang tidak terbaca
- c. Adanya proses kerjasama untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur
- d. Staf yang terkait terlatih secara benar untuk praktek-praktek penulisan resep, pemesanan dan pencatatan
- e. Rekam medis pasien memuat daftar obat yang sedang dipakai sebelum dirawat inap dan informasi ini tersedia di farmasi dan para praktisi pelayanan kesehatan
- f. Order pertama obat dibandingkan dengan daftar obat sebelum masuk rawat inap, sesuai prosedur yang ditetapkan rumah sakit

S.4.P.1. Rumah sakit sudah mengarahkan pemesanan, peresepan, dan pencatatan sesuai kebijakan dan prosedur

Skor :

- 0 = Tidak ada kebijakan dan prosedur pemesanan, peresepan, dan pencatatan obat
- 1 = Kebijakan dan prosedur rumah sakit tidak mengarahkan pemesanan, peresepan, dan pencatatan obat yang aman,
- 2 = Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, peresepan dan pencatatan obat yang aman.
- 3 = Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, peresepan dan pencatatan obat yang aman sesuai dengan kebijakan dan prosedur
- 4 = Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, peresepan dan pencatatan obat yang aman, tidak sesuai dengan kebijakan dan prosedur
- 5 = Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, peresepan dan pencatatan obat yang aman sesuai dengan kebijakan dan prosedur di rumah sakit dan dievaluasi.

DO :A. Peresepan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit.

B. Untuk mengurangi variasi dan meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit menjabarkan dalam kebijakan elemen yang bisa diterima/akseptabel dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap.

Std. 4.2 Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

Maksud dan tujuan :

Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Suatu rumah sakit dapat menentukan batas-batas untuk penulisan resep maupun pemesanan oleh perseorangan, misalnya untuk bahan yang dikendalikan, bahan-bahan kemoterapi, atau radioaktif serta obat investigatif. Petugas-petugas yang diperkenankan untuk penulisan resep dan pemesanan obat dikenal oleh bagian pelayanan farmasi atau orang-orang lain yang mengeluarkan obat. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk penulisan resep atau pemesanan obat.

Elemen penilaian :

1. Hanya orang yang diijinkan oleh rumah sakit dan badan pemberi lisensi terkait, undang-undang dan peraturan dapat menuliskan resep atau memesan obat
2. Ada proses untuk menetapkan batas bagi petugas, bila perlu, untuk praktek penulisan resep atau pemesanan obat (lihat juga KPS.10, EP 1)
3. Petugas-petugas yang diijinkan untuk menuliskan resep dan memesan obat dikenal oleh unit pelayanan farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat-obat

S.4.P.2 Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

Skor :

0 = Tidak mengidentifikasi petugas

1 = Mengidentifikasi petugas yang kompeten

- 2 = Mengidentifikasi petugas yang kompeten sesuai dengan peraturan yang ditetapkan
- 3 = Mengidentifikasi petugas yang kompeten, tidak sesuai dengan peraturan yang ditetapkan
- 4 = Mengidentifikasi petugas yang kompeten, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit
- 5 = Mengidentifikasi petugas yang kompeten, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit, dan monitoring

DO : Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik, setiap rumah sakit bertanggungjawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disarankan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan

Std.5. PERSIAPAN DAN PENYALURAN

S 5.1 Pelayanan farmasi atau kefarmasian menyiapkan dan mengeluarkan obat dalam lingkungan yang bersih dan aman sesuai undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktek bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area di luar farmasi (misalnya unit pelayanan pasien, harus memenuhi langkah-langkah yang sama dalam hal keamanan dan kebersihan). Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v. dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip teknik aseptik. Demikian pula, tersedia lubang angin yang bertudung dan digunakan bilamana dibutuhkan untuk praktek profesional (misalnya mencampur obat cytotoxic)

Elemen Penilaian MPO.5

- Obat dipersiapkan dan disalurkan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan dan suplai yang memadai (lihat juga PPI.7, EP 1 dan 2)
- Persiapan dan penyaluran obat harus memenuhi undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional
- Staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptik

S.5 P 1 Apakah rumah sakit mempersiapkan obat dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih.

Skor :

0. Tidak dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih
1. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih
2. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, tidak sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK?2004
3. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK?2004
4. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, yang dibuat oleh pimpinan sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
5. Dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih, yang dibuat oleh pimpinan dan dilakukan evaluasi sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK?2004

DO :

Pelayanan farmasi atau kefarmasian menyiapkan dan mengeluarkan obat dalam lingkungan yang bersih dan aman sesuai undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktek bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area diluar farmasi

(misalannya unit pelayan pasien, garus memenuhi langkah-langkah yang sama dalam hal keamanan dan kebersihan). Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip tehnik aseptik.

kriteria obat yang aseptik:

1. Sediaan farmasi dengan formula khusus
2. Sediaan farmasi dengan harga murah
3. Sediaan farmasi dengan kemasan yang lebih kecil
4. Sediaan farmasi yang tidak tersedia dipasaran
5. Sediaan farmasi untuk penelitian
6. Sediaan nutrisi parenteral
7. Rekontruksi sediaan obat kanker

Obat dipersiapkan dan disalurkan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan dan suplai yang memadai (lihat juga PPI.7, EP 1 dan 2). Persiapan dan penyaluran obat harus memenuhi undang-undang, peraturan dan standar praktek professional. - Staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptik

S 5.2 Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian. Ketika suatu obat dikeluarkan dari kemasannya yang asli atau disiapkan dan disalurkan dalam bentuk / wadah (container) yang berbeda – dan tidak segera diberikan – obat harus diberi label dengan nama obat, dosis/konsentrasi obat, tanggal penyiapan dan tanggal kadaluwarsa. Farmasi sentral dan titik distribusi obat yang lain di seluruh rumah sakit menggunakan sistem yang sama. Sistem menunjang pengeluaran obat secara akurat dan tepat waktu.

Elemen yang bisa diukur dari MPO.5.2

1. Ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat
2. Setelah disiapkan, obat diberi label secara tepat, dengan nama obat, dosis/konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien
3. Obat disalurkan dengan bentuk yang-paling-siap-diberikan
4. Sistem mendukung penyaluran obat secara akurat
5. Sistem mendukung penyaluran obat tepat waktu

S.5. P.2. Apakah rumah sakit menggunakan sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat ?

Skor :

- 1 = Tidak ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- 2 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- 3 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- 4 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat tidak sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- 5 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai yang dibuat oleh pimpinan sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004.
- 6 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai standar dibuat oleh pimpinan sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004 dan dievaluasi

DO :

- A. Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian.

- B. Pendistribusian merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan serta untuk menunjang pelayanan medis

Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan :

1. Efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada
 2. Metode sentralisasi atau desentralisasi
 3. Sistem floor stock, resep individu, dispensing dosis unit atau kombinasi
- C. Proses untuk menelaah suatu pesanan obat atau resep termasuk evaluasi oleh profesional yang terlatih terhadap :
1. Ketetapan dari obat, dosis, frekuensi dan rute pemberian
 2. Duplikasi terapi
 3. Alergi atau reaksi sensitifitas yang sesungguhnya maupun potensial
 4. Interaksi yang sesungguhnya maupun potensial antara obat dengan obat-obat lain atau makanan
 5. Variasi dari criteria penggunaan yang ditentukan rumah sakit
 6. Berat badan pasien dan informasi biologis lain dari pasien
 7. Kontraindikasi yang lain

Std.6. PEMBERIAN

- S.6. 1 Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif.

Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk memberikan obat.

Elemen Penilaian MPO.6

1. Rumah sakit mengidentifikasi petugas, melalui uraian jabatannya atau proses pemberian kewenangan, mendapatkan otorisasi untuk memberikan obat
2. Hanya mereka yang mempunyai ijin dari rumah sakit dan pemberi lisensi yang terkait, undang-undang dan peraturan bisa memberikan obat
3. Ada proses untuk menetapkan batasan, bila perlu, terhadap pemberian obat oleh petugas
4. Setiap staf di Rumah Sakit harus mempunyai kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya.

S.6. P.1. Apakah rumah sakit mengidentifikasi petugas kompeten yang diberi ijin untuk memberikan obat?

Skor :

- 0 = Tidak melakukan identifikasi.
- 1 = Ada identifikasi kualifikasi tidak memenuhi.
- 2 = Ada identifikasi, kualifikasi belum memenuhi.
- 3 = Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi.
- 4 = Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman
- 5 = Ada identifikasi, kualifikasi sudah memenuhi, berpengalaman dan mengikuti pelatihan.

DO :

- A** Pemberian obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik.
- B** 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.

- C** Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun
- D** Yang dimaksud dengan pelatihan adalah mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit atau manajemen kefarmasian atau pelayanan kefarmasian

S.6 .2 Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap :

- a. Obat dengan resep atau pesanan;
- b. Waktu dan frekuensi pemberian dengan resep atau pesanan;
- c. Jumlah dosis dengan resep atau pesanan;
- d. Route pemberian dengan resep atau pesanan; dan
- e. Identitas pasien (diberi skor pada Sasaran Keselamatan Pasien I, EP 3)

Rumah sakit menjabarkan proses verifikasi yang digunakan untuk pemberian obat-obatan. Bila obat dipersiapkan dan disalurkan di unit pelayanan pasien, maka proses telaah ketepatan seperti diuraikan dalam MPO.5.1 harus juga dijalankan oleh seorang petugas yang kompeten.

Elemen Penilaian MPO.6.1

1. Obat diverifikasi berdasarkan resep atau pesanan
2. Jumlah dosis obat di verifikasi dengan resep atau pesanan obat
3. Route pemberian di verifikasi dengan resep atau pesanan obat
4. Obat diberikan secara tepat waktu
5. Obat diberikan sebagaimana diresepkan dan dicatat dalam status pasien

S.6 P 2 Apakah obat, jumlah dosis obat, dan route pemberian obat selalu dilakukan verifikasi berdasarkan resep atau pesanan?

Skor :

- 0 = Tidak ada verifikasi.
1. = Dilakukan verifikasi.

2. = Dilakukan verifikasi hanya sebagian.
3. = Dilakukan verifikasi secara menyeluruh.
4. = Dilakukan verifikasi secara menyeluruh oleh petugas kompeten.
5. = Dilakukan verifikasi secara menyeluruh oleh petugas kompeten dan dilakukan evaluasi.

DO :

- A. Pemberian obat yang aman termasuk verifikasi terhadap:
 - Obat dengan resep atau pesanan
 - Waktu dan frekuensi pemberian resep atau pesanan
 - Jumlah dosis dengan resep atau pesanan
 - Route pemberian dengan resep atau pesanan
 - Identitas pasien
- B. Proses verifikasi terhadap resep atau pesanan harus dilakukan oleh petugas yang kompeten dibidangnya
- C. Yang dimaksud dengan berpengalaman adalah sudah bekerja di bagian / Instalasi Farmasi Rumah Sakit minimal 2 tahun

Std.7. PEMANTAUAN

S.7.1 Pasien, dokternya, perawat dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung darah, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, bila perlu. Sudah seharusnya memonitor secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergi, interaksi obat yang tidak

diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain.

Elemen Penilaian MPO.7

1. Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (adverse effect) (lihat juga AP.2, EP 1)
2. Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif
3. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit (lihat juga PMKP.6, EP 3)
4. Efek yang tidak diharapkan didokumentasikan dalam status pasien sebagaimana diharuskan oleh kebijakan
5. Efek yang tidak diharapkan dilaporkan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh kebijakan.

S.7. P.1. Apakah ada monitoring kepada pasien terhadap efek penggunaan obat termasuk efek yang tidak diharapkan?

Skor :

- 0 = Tidak ada monitoring kepada pasien.
- 1 = Ada monitoring kepada pasien hanya oleh dokter
- 2 = Ada monitoring kepada pasien, dilakukan oleh dokter dan perawat, tetapi tidak secara rutin
- 3 = Ada monitoring kepada pasien, dilakukan rutin hanya oleh apoteker
- 5 = Ada monitoring kepada pasien, dilakukan dokter, perawat dan praktisi kesehatan secara rutin.
- 6 = Ada monitoring kepada pasien, dilakukan oleh dokter, perawat dan praktisi kesehatan secara rutin dan ada evaluasi

DO :

- A** Yang dimaksud dengan monitoring adalah kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, dan terapi.
- B** Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung darah, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD.
- C** Pengkajian penggunaan obat perlu dilakukan, hal tersebut dilakukan untuk evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat-obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman, dan terjangkau oleh pasien.

S.7. 2. Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat dan KNC (near misses). Proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat dan KNC, menggunakan format pelaporan yang distandardisir, dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Definisi-definisi dan proses-proses dikembangkan melalui proses kerjasama yang mengikut sertakan semua yang terlibat di berbagai langkah dalam manajemen obat. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan program keselamatan pasien rumah sakit. Laporan-laporan diarahkan kepada seorang petugas atau lebih, yang akuntabel untuk mengambil tindakan (lihat juga PMKP.7) Program memusatkan pada pencegahan kesalahan obat melalui pemahaman jenis kesalahan yang terjadi di rumah sakit maupun di rumah sakit lain dan mengapa sampai terjadi KNC. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Unit farmasi mengambil bagian dalam pelatihan staf yang demikian.

Elemen Penilaian MPO.7

1. Kesalahan obat dan KNC ditetapkan melalui proses kerjasama (lihat juga PMKP.6, EP 4, dan PMKP.7, EP 1)
2. Kesalahan obat dan KNC dilaporkan tepat waktu menggunakan prosedur baku (lihat juga PMKP.7, EP 2)
3. Mereka yang bertanggungjawab mengambil tindakan untuk pelaporan diidentifikasi
4. Rumah sakit menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat dan KNC untuk memperbaiki proses penggunaan obat (lihat juga PMKP.7, EP 3)

S.7.P.2 Apakah Rumah sakit menggunakan informasi pelaporan kesalahan obat untuk memperbaiki proses penggunaan oba sesuai dengan waktu yang ditentukant?

Skor :

- 6 = Tidak menggunakan informasi pelaporan.
- 1 = Menggunakan informasi pelaporan.
- 2 = Menggunakan sebagian informasi pelaporan.
- 3 = Menggunakan informasi pelaporan, dilakukan dengan pengecualian
- 4 = Menggunakan informasi pelaporan, tanpa pengecualian
- 5 = Menggunakan informasi pelaporan, tanpa pengecualian dan dilakukan evaluasi

DO :

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat, proses mengidentifikasi suatu kesalahan obat tersebut menggunakan format pelaporan yang distandardisir dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Perbaikan dalam proses pengobatan dan pelatihan staf digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Unit farmasi mengambil bagian dalam pelatihan staf .

Lampiran 9: Pedoman wawancara**PEDOMAN WAWANCARA**

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

10. Apakah Instalasi/bagian farmasi menyelenggarakan pertemuan secara berkala untuk membicarakan masalah-masalah dalam meningkatkan pelayanan farmasi?

Lampiran 10 : Foto Rumah Sakit RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo