

## **BAB VI**

### **RINGKASAN**

Rumah sakit merupakan suatu institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial yang berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan lengkap bagi masyarakat. Pelayanan tersebut dapat bersifat diagnosis, kuratif, promotif, rehabilitatif, maupun preventif, pelayanan dalam dan luar sampai kepada keluarga dan lingkungan serta sebagai pusat pendidikan bagi petugas-petugas di bidang kesehatan serta di bidang sosial.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan satu-satunya unit di Rumah Sakit yang mengadakan barang farmasi, mengelola dan mendistribusikannya kepada pasien, bertanggungjawab atas semua barang barang farmasi yang beredar di Rumah Sakit, serta tanggungjawab atas pengadaan dan penyajian informasi obat yang siap pakai bagi semua pihak dirumah sakit, baik petugas maupun pasien.

Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pada proses penghantaran pelayanan tersebut, terutama dalam pelayanan farmasi klinik, terdapat titik temu antara pemasok (dalam hal ini IFRS) dan konsumen. Tujuan utama dari pelayanan farmasi klinik adalah meningkatkan terapi obat dan mengoreksi kekurangan yang terdeteksi dalam proses penggunaan obat. Farmasi klinik memiliki komponen dasar utama, yaitu komunikasi-konseling-konsultasi.

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.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian pelayanan farmasi terhadap standar akreditasi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yang meliputi: organisasi dan manajemen, seleksi dan pengadaan, penyimpanan, pemesanan dan pencatatan, persiapan dan penyaluran, pemberian, dan pemantauan. Dan untuk mengetahui strategi pengembangan pelayanan farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit berdasarkan analisis prioritas dengan metode Matriks *Multiple Criteria Utility Assessment (MCUA)*.

Penelitian di IFRS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Sulawesi Selatan dengan data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Cara pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner *manajemen penggunaan obat* 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 – 22 Januari 2014. Langkah awal kuesioner disebarluaskan 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 Makassar Sulawesi Selatan dengan skor pencapaian masing-masing standar akreditasi, yaitu standar organisasi dan manajemen mencapai skor 100%, seleksi dan pengadaan mencapai skor 100 %, penyimpanan mencapai skor 100%, pemesanan dan pencatatan 100%, persiapan dan penyaluran 100%, pemberian 100%, dan pemantauan 90%. Dengan total skor rata-rata pencapaian yaitu 98,57%.

Dari hasil pembobotan yang dilakukan dengan metode Matrik, 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 12.

**Tabel 12. Matriks MCUA untuk penentuan Prioritas Masalah**

Kriteria	Bobot	Masalah						Total	Prioritas
		A		B		C			
		Skor	S x B	Skor	S x B	Skor	S x B		
Standar I	5	5	25	5	25	-	-	25	
Standar II	5	5	25	3,5	16,25	4,5	22,5	21,6	II
Standar III	5	5	25	5	25	4,5	22,5	24,1	IV
Standar IV	5	5	25	5	25	-	-	25	
Standar V	5	4,5	16,25	5	25	-	-	23,75	III
Standar VI	5	5	25	5	25	-	-	25	
Standar VII	5	2	10	4,5	22,5	-	-	16,25	I

Keterangan:

A = Pertanyaan pertama/kelompok pertama

B = Pertanyaan kedua/kelompok kedua

C = Pertanyaan ketiga/kelompok ketiga

Pada tabel di atas terdapat beberapa standar yang tidak memiliki nilai di kolom C yaitu standar I, IV, V, VI dan VII, artinya pada standar tersebut hanya mempunyai dua pertanyaan/dua kelompok. Untuk mendapatkan nilai total, nilai skor dikalikan dengan bobot yang diberikan atas kesepakatan peneliti dan pihak instalasi. Kemudian semua hasil perkalian dijumlahkan lalu dibagi dengan jumlah masalah.

Total skor maksimal yang didapatkan harus 25, semakin jauh nilai total skor dengan total skor maksimal artinya mendapatkan prioritas pertama dalam penanganan masalah. Dilihat pada tabel di atas, standar VII mendapatkan total skor 16,25. Total skor yang diperoleh pada standar ini jauh dari total skor maksimal sehingga standar ini mendapatkan prioritas pertama. Standar yang mendapatkan prioritas kedua yaitu standar II dengan total skor 21,6, prioritas

ketiga yaitu standar V dengan total skor 23,75 dan prioritas keempat yaitu standar ketiga dengan total skor 24,1.

Adapun strategi pengembangan yang harus dilakukan oleh IFRS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar berdasarkan analisis Matriks yaitu pengembangan staf dan program pendidikan yaitu dilaksanakannya program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS, harus ada aturan yang jelas tentang pemesanan obat, harus ada pemberitahuan di pelayanan tentang obat pesanan yang tidak didatangkan, diadakannya pertemuan untuk membahas tentang obat-obat yang telah diseleksi yang masuk dalam formularium, meningkatkan evaluasi dan monitoring kinerja, menambah tenaga apoteker yang melakukan farmasi klinik di perawatan rawat inap sehingga profesi apoteker dapat dikenal di kalangan pasien secara khusus dan masyarakat secara umum, menempatkan apoteker setidaknya satu apoteker di masing-masing bangsal agar pengobatan kepada pasien lebih efisien, perlu ditetapkannya evaluasi secara berkala tentang sistem pengawasan obat baik yang diberikan kepada pasien maupun yang disalurkan kepada bangsal-bangsal, pihak farmasi harus lebih sering memonitoring obat-obat sisa yang berada di bangsal, meningkatkan monitoring dan evaluasi tentang obat yang didistribusikan, membuat buku untuk mencatat siapa staf yang mendistribusikan obat, pegawai yang menyerahkan obat harus memberikan edukasi mendasar kepada pasien tentang penggunaan obat, meningkatkan evaluasi tentang metode penyaluran obat yang selama ini dilakukan, memastikan semua pasien mendapatkan edukasi mendasar tentang pengobatannya, membuat buku tentang pelaporan kesalahan pengobatan,

meningkatkan kerjasama dan komunikasi antara dokter, apoteker dan perawat yang berada di bangsal untuk meningkatkan keselamatan pasien, mengadakan pelatihan dan pertemuan rutin untuk semua apoteker, mengadakan pertemuan rutin antara dokter, apoteker dan perawat untuk membahas pengobatan yang didapatkan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 1980, *Model Quality Assurance Program For Hospital Pharmacies, revised edition*, American Society Of Hospital Pharmacist, Bathesda, 6-8.
- Aditama, T.Y, 2000, *Manajemen Admistrasi Rumah Sakit*, cetakan pertama, Penerbit UI-Press, Jakarta, 8-13, 96-100.
- Azwar, A, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta : Binarupa Aksara.
- Alkhenizan, Abdullah and Charles Shaw, 2012, The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410183/#!po=3.84615> (2 september 2013).
- Brown, TR, 1992, *Handbook of institutional Pharmacy Practice*,3rd ed. ASHP Inc.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1998, *Sk Dirjen Pelayanan Medik No. YM.02.03.3.5.2626 tanggal 8 april 1998 tentang komite akreditasi rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya* (KARS), Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 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 Kesehatan*, Departemen kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009, *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, Departemen kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2010, *Permenkes Menteri Kesehatan RI Nomor 147/Menkes/Per/I/2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit*.
- Hunger dan Wheelen TL, 2003, *Manajemen Strategis*, Yogyakarta, Penerbit Andi.
- International Principles for Healthcare Standards, A Framework of requirement for standards, 3rd Edition December 2007, International Society for Quality in Health Care / ISQua.

- Imballo, S, P, 2004, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar,dasar pengertian dan Penerapan*, EGC, Jakarta.
- Joint Commission International, 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, edisi ke-4, Jakarta
- Kars, 2012, *Akreditasi RS Versi 2012*. <http://akreditasi.web.id/2012/>. (1 Januari 2014).
- Kementrian Kesehatan R.I. Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementrian Kesehatan R.I dengan KARS, 2011, *Standar akreditas rumah sakit*, Jakarta
- Luwihiarsih, 2002, *Persiapan Rumah sakit untuk diakreditasi*, Naskah tulisan untuk buku, (in progress).
- Lumenta, N, 2003, akreditasi Rumah Sakit di Luar Negeri. Makalah dalam penelitian akreditasi RS di Dinkes Provinsi. DKI Jakarta 30-31 Oktober 2003.
- Maftuhah, 2009, *Empat Faktor Penting Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan Masyarakat (Metode Hanlon)*. [www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm](http://www.uic.edu/sph/prepare/courses/ph440/mods/bpr.htm). (18 September 2013).
- Manzo, Bruna Figueiredo, 2013, Influênci da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Brazil. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23681378>. (2 September 2013)
- Mulyadi, 2001, *Auditing*, Salemba Empat, Jakarta
- Poerwani SK dan Sopacula E, 2004, *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakitan di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditas*, Makalah dalam Simposium I Badan Litbangkes. Jakarta 20 – 21.
- Sampurno, 2011, *Manajemen Pemasaran Farmasi*, UGM Press, Yogyakarta
- Shaw C. D, 2001, *External assessment of health care. BMJ (Clinical Research Ed.)*.
- Sutapa, J.Pramana, 2011, *Audit Mutu Internal*, UGM, Yokyakarta.

- Swansburg, C, Russell, 1995, *Pengembangan Staf Keperawatan, suatu komponen pengembangan SDM*, EGC, Jakarta.
- Umar, H, 2002, *Evaluasi Kinerja Perusahaan*, Gramedia, Jakarta.
- U, Brahm, 1995, *Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer*, EGC, Jakarta 399-340.
- Warsito, 2012, *Komite Medik Rumah Sakit Dan Asas Tata Kelola Klinik Yang Baik (Good Clinical Governance)* ( Tesis ), Semarang, Fakultas Hukum, Universitas Katolik Soegijapranata.
- Widajat, Rochmanadji, 2009, *Being A Great And Sustainable Hospital*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta 83-84.
- Wijono, D, 1999, *Manajemen mutu pelayanan kesehatan, teori, strategi dan aplikasi, Vol 1*, Airlangga University Press, Surabaya.

**Lampiran 1: surat Izin BKPM**



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 : 6708/P2T-BKPM/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 : 060/D3-04/6.12.2013 tanggal 06 Desember 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama	: Silviana Hasanuddin
Nomor Pokok	: SBF 091240226
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 MATRIKS 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 M D : 19540404 198503 1 001

**TEMBAKUAN : Kepada Yth:**

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

**Lampiran 2: Surat Izin Penelitian dari Diklit**



**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.2.2/003/2014

03 Januari 2014

Lamp : -

Hal : Persetujuan Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Ka. Instalasi Farmasi

Di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Silviana Hasanuddin

Nim : SBF 091240226

Program Studi : Manajemen Farmasi

Institusi : Univ. Setia Budi Surakarta

Strata : S2

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Matriks di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Sulawesi Selatan"** sesuai dengan permohonan penelitian dari **Ka. Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prov. SulSel**, Nomor **6708/P2T-BKPMD/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.



**KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN**

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Silviana Hasanuddin

Nim : SBF 091240226

Program Studi : S2 Manajemen Farmasi 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 izin penelitian dari 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, 06 Januari 2014

Nomor : KF.04.05/I/1.4.14/002/2014  
 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 di Apotek / Depo / Gudang Perbekalan Instalasi Farmasi RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, adapun nama yang dimaksud :

Nama : Selviana Hasanuddin  
 NIM : SBF091240226  
 Prog. Studi : Manajemen Farmasi  
 Universitas : Universitas Setia Budi Surakarta ( S2 )  
 Waktu Penelitian : Bulan Januari s/d Februari 2014  
 Judul Penelitian : Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Matriks 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.

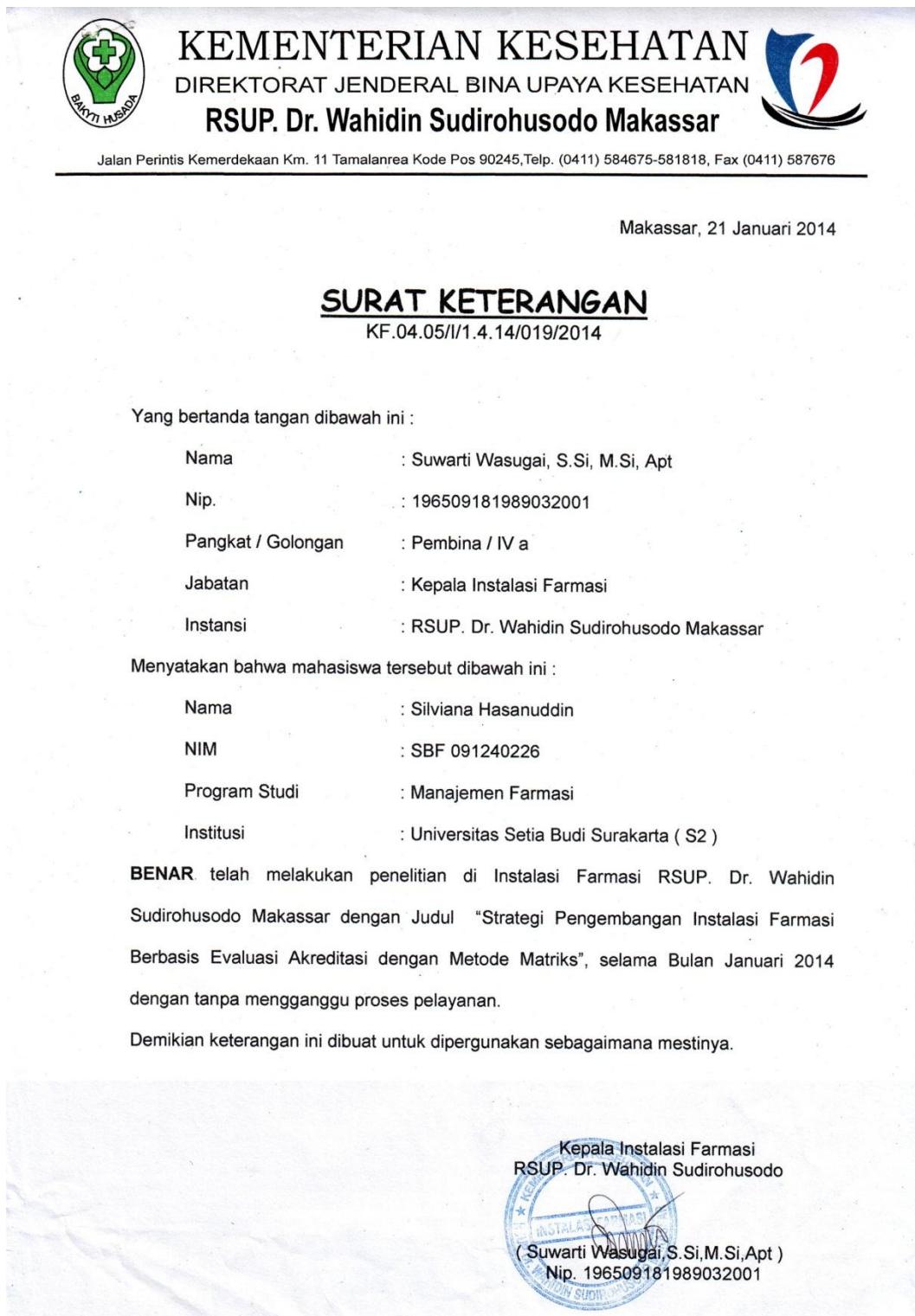
**Kepala Instalasi Farmasi  
 RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo**

  
**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 4: Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Instalasi Farmasi**



**Lampiran 5: Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Diklit**



**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.2.1/047/2013**

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

Nama : **Silviana Hasanuddin**  
 NIM : **SBF 091240226**  
 Program Studi : **Manajemen Farmasi**  
 Institusi : **Univ. Setia Budi Surakarta Makassar**  
 Strata : **S2**  
 Judul : **Strategi Pengembangan Instalasi Farmasi Berbasis Evaluasi Akreditasi dengan Metode Matriks 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



**Lampiran 6 : Kesediaan  
untuk menjadi responden**



**Program Studi S2 Ilmu Farmasi  
Minat Manajemen Farmasi  
Universitas Setia Budi Surakarta  
2014**

---

**KUESIONER PENELITIAN**  
Pernyataan Kesediaan Menjadi responden  
( Informed Consent )

Judul penelitian : Strategi pengembangan Instalasi Farmasi berbasis evaluasi akreditasi dengan metode matriks di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, Sulawesi Selatan.

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh Silviana Hasanuddin, S.Farm, Apt. Mahasiswa Manajemen Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta.

Demikian Pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 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 pereseptan dan PIO

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

**Catatan penilaian jawaban A : Skor 0**

**Jawaban B : Skor 1**

**Jawaban C : Skor 2**

**Jawaban D : Skor 3**

**Jawaban E : Skor 4**

**Jawaban F : Skor 5**

**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 farmsi 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 tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
  - c. Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi dan manager, bukan tangguangjawab praktisi asuhan klinis.
  - d. Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
  - e. Bukan merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, hanya tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
  - f. Bukan hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, tapi tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.

**DO:**

- Managemen 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?
- a. Tidak ada aturan dalam mengawasi dan melindungi kehilangan obat.
  - b. Ada aturan dalam pengawasan obat, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, tidak ada perlindungan terhadap kehilangan obat

- c. Ada aturan pengawasan, ada perlindungan terhadap kehilangan obat, tetapi tidak lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi.
- d. Ada aturan pengawasan dan ada perlindungan terhadap kehilangan obat, lengkap, ditetapkan oleh pimpinan farmasi, belum diketahui oleh seluruh petugas farmasi.
- e. 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 diikutsertakan 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?
  - a. Tidak membutuhkan proses persetujuan dalam pengadaan obat.
  - b. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat .
  - c. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, tidak diketahui oleh anggota.
  - d. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui oleh sebagian anggota.
  - e. Ada proses persetujuan dalam pengadaan obat, diketahui seluruh anggota.
  - f. Ada proses persetujuan dalam 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.III Penyimpanan**

6. Apakah penyimpanan obat- obatan dan produk nutrisi yang tersedia di IFRS sudah sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku ?
- a. Tidak sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan
  - b. Kebijakan rumah sakit tidak menjabarkan cara penyimpanan bagi obat- obatan produk nutrisi yang tepat
  - c. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan bagi obat- obatan produk nutrisi yang tepat
  - d. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat dan dikendalikan dengan baik
  - e. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat tetapi tidak dikendalikan dengan baik.
  - f. Kebijakan rumah sakit menjabarkan cara penyimpanan obat tetapi 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 dalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau di unit asuhan pasien pada unit-unit farmasi atau di *nurse station* dalam unit klinis.

7. Apakah dirumah sakit tersedia obat – obat emergensi, dimonitor dan aman bilamana disimpan di luar Farmasi ???
  - a. Tidak tersedia obat-obat emergensi
  - b. Tersedia obat emergensi tetapi tidak dimonitor dengan baik
  - c. Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik sesuai dengan standar
  - d. Tersedia obat emergensi dimonitor dengan baik, tidak sesuai dengan standar
  - e. 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 keluarkan oleh pemerintah
- f. Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang keluarkan 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 rankaian pembebasan obat-obatan milik/kekayaan Negara dari tanggungjawab berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku sesuai keputusan mentri kesehatan republik Indonesia Nomor 059/MENKES/SK/I/2011.

**Std.IV Pemesanan Dan Pencatatan**

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

- e. Kebijakan dan prosedur rumah sakit mengarahkan pemesanan, peresepan dan pencatatan obat yang aman, tidak sesuai dengan kebijakan dan prosedur
- f. 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.

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 :**

Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik, setiap rumah sakit bertanggungjawab 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.

**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 praktik profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktik bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area diluar farmasi (misalnya 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 teknik 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 praktik 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 sentrilisasi 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 memgidentifikasi petugas kompeten yang diberi ijin untuk memberikan obat?
- a. Tidak melakukan identifikasi.
  - b. Ada identifikasi kualifikasi tidak memenuhi.

- c. Ada identifikasi, kualifikasi belum memenuhi.
- d. Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi.
- e. Ada identifikasi, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman
- f. 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?
- a. Tidak ada verifikasi.
  - b. Dilakukan verifikasi.
  - c. Dilakukan verifikasi hanya sebagian.
  - d. Dilakukan verifikasi secara menyeluruh.
  - e. 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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu dan frekuensi pemberian resep atau pesanan</li> <li>- Jumlah dosis dengan resep atau pesanan</li> <li>- Route pemberian dengan resep atau pesanan</li> <li>- Identitas pasien</li> </ul>
<b>B</b>	Proses verifikasi terhadap resep atau pesanan harus dilakukan oleh petugas yang kompeten dibidangnya.
<b>C</b>	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?
- Tidak menggunakan informasi pelaporan.
  - Menggunakan informasi pelaporan.
  - Menggunakan sebagian informasi pelaporan.
  - Menggunakan informasi pelaporan, dilakukan dengan pengecualian
  - Menggunakan informasi pelaporan, tanpa pengecualian
  - 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 .
- Administrasi perbekalan farmasi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan pencatatan manajemen perbekalan farmsi serta penyusunan laporan yang berkaitan dengan perbekalan farmasi secara rutinatau 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/peresepan, 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 peresepan obat; obat contoh; obat herbal; vitamin; nutriceuticals; 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 (*medication 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 farmsi serta penyusunan laporan yang berkaitan dengan perbekalan farmasi secara rutinatau 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:

- 0 = Tidak ada pelayanan farmasi.
- 1 = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
- 2 = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi dan manager, bukan tanggungjawab praktisi asuhan klinis.
- 3 = Hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, bukan tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
- 4 = Bukan merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, hanya tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.
- 5 = Bukan hanya merupakan tanggungjawab pelayanan farmasi, tapi tangguangjawab manager dan praktisi asuhan klinis.

D.O : - Managemen 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 :

- 0 = Tidak ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
- 1 = Ada cara seleksi obat, tidak ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
- 1 = 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 diikutsertakan 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 diikut-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 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 dalam pelayanan farmasi atau kefarmasian, atau di unit 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 kadaluwarsa atau ketinggalan jaman (outdated).

**Elemen penilaian :**

1. Ada sistem penarikan obat
2. Kebijakan dan prosedur mengatur setiap penggunaan obat yang diketahui kadarluwarsa atau ketinggalan jaman
3. Kebijakan dan prosedur mengatur pemusnahan obat yang diketahui kadarluwarsa 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 keluarkan oleh pemerintah
- 5 = Ada sistem penarikan obat dimonitor dengan baik sesuai dengan prosedur yang keluarkan oleh pemerintah dan dievaluasi

DO : A.Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnahkan dengan cara yang aman dan benar obat-obatan yang ditarik kembali oleh pabrik atau supplier, ada kebijakan atau prosedur yang mengatur setiap penggunaan atau

pemusnahan dari obat yang diketahui kadaluarsa atau ketinggalan jaman (*outdated*)

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

#### **Std. 4. PEMESANAN DAN PENCATATAN**

Peresepan, pemesanan, dan pencatatan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur

##### **Maksud dan tujuan :**

Peresepan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Para staf medis, perawatan, 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 peresepan 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 peresepan, 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 praktik-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 praktik 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 disyaratkan 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 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

**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 praktik profesional. Rumah sakit mengidentifikasi standar praktik bagi lingkungan penyiapan dan penyaluran obat yang aman dan bersih. Obat yang disimpan dan dikeluarkan dari area diluar farmasi (misalnya 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 teknik 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 supplai yang memadai (lihat juga PPI.7, EP 1 dan 2). Persiapan dan penyaluran obat harus memenuhi undang-undang, peraturan dan standar praktik professional. - Staf yang menyiapkan produk steril dilatih dalam hal teknik aseptic

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 :

- 0 = Tidak ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- 1 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat
- 2 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- 3 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat tidak sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004
- 4 = Ada sistem pemberian obat dengan dosis dan waktu yang tepat sesuai yang dibuat oleh pimpinan sesuai Kepmenkes Nomor 1197/MENKES/SK/2004.
- 5 = 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 sentrilisasi 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 propesional 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. Kontrainidikasi 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 memgidentifikasi 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 membutuhknsn 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 alergik, 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 mengikutsertakan 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 obat sesuai dengan waktu yang ditemukan?**

Skor :

- 0 = 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 standarisir 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?

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

Lampiran 10: Foto Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Sulawesi Selatan



Lampiran 11: Foto Private Care Center



Lampiran 12: Gedung Infection Center



Lampiran 13: Gedung Mother and Child Center

