

**ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN  
KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM  
STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
KESDAM I/BB MEDAN**

**SKRIPSI**

**Oleh:**

**DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU**

**1701012111**



**PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI  
FAKULTAS FARMASI DAN KESEHATAN  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
MEDAN  
2019**

**ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN  
KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM  
STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
KESDAM I/BB MEDAN**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan  
Program Studi S1 Farmasi Dan Memperoleh  
Gelar Sarjana Farmasi  
(S. Farm)

**Oleh:**

**DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU**

**1701012111**



**PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI  
FAKULTAS FARMASI DAN KESEHATAN  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
MEDAN  
2019**

## HALAMAN PENGESAHAN

**Judul** : Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian Dan Penggunaan Obat (PKPO) Dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan

**Nama Mahasiswa** : Dian Rika Christi ani Malau

**Nomor Induk Mahasiswa** : 1701012111

**Minat Studi** : S1 Farmasi

Medan, 14 September 2019

Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Pembimbing I

(Khairani Fitri, S.Si, M.Kes. Apt)

Pembimbing II

(Yulis Kartika, S.Farm., M.Si. Apt)

Mengetahui:

Dekan Fakultas Farmasi dan Kesehatan  
Institut Kesehatan Helvetia Medan



(H. Darwin Samsuk, S.Si, M.Si, Apt.)

NIDN : 0125096601

**Telah Di Uji Pada Tanggal : 14 September 2019**

---

**PANITIA PENGUJI SIDANG SKRIPSI**

**Ketua : Khairani Fitri, S.Si, M.Kes. Apt**

**Anggota : 1. Yulis Kartika, S.Farm., M.Si. Apt**

**2. Ririyen Dessy Natalia Siahaan, S.Farm., M.Si., Apt**

## PERNYATAAN

### ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU

## SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Skripsi ini asli dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.
2. Skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing dan masukan tim penguji.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Medan, 14 September 2019  
Yang Membuat Pernyataan,



Dian Rika Christiani Malau  
1701012111

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS



### I. BIODATA

Nama : Dian Rika Christiani Malau  
Tempat/Tanggal Lahir : Binjai, 3 Oktober 1994  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Anak ke : 2 (Dua) dari 4 (Empat) bersaudara  
Alamat : Jl. Meranti No. 8 Lk. 7 Binjai

### Nama Orang Tua

Nama Ayah : Boston Anthoni Malau  
Pekerjaan : Pegawai Swasta  
Nama Ibu : Rosinta Monica Gultom  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jl. Meranti No. 8 Lk.7 Binjai

### II. Riwayat Pendidikan

1999 – 2005 : SD Negeri 020264 Binjai  
2005 – 2008 : SMP Swasta ST. Thomas 2 Binjai  
2008 – 2011 : SMA Swasta ST. Thomas 4 Binjai  
2011 – 2014 : D-III Analisa Farmasi dan Makanan  
Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan  
2017-2019 : S-1 Farmasi Institut Kesehatan Helvetia  
Medan

## ABSTRAK

# ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 I RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN

DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
1701012111

Akreditasi rumah sakit wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan secara berkala untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.

Pemenuhan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 dilaksanakan di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan dalam rangka persiapan penilaian akreditasi rumah sakit. Tujuan penelitian untuk mengetahui pencapaian pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) dimana PKPO ialah salah satu standar dari 16 (enam belas) standar yang terdapat dalam SNARS Versi 2017, serta untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadi kendala bila ada elemen penilaian yang belum terpenuhi dalam rangka persiapan Survei Akreditasi SNARS Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik. Penentuan informan menggunakan *purposive sampling* diikuti dengan *snowball sampling*, yaitu sebanyak 10 orang dan pengujian keabsahan data, dengan menggunakan cara triangulasi teknik. Data ditelusur sesuai standar dan disusun secara sistematis, data yang diperoleh dari lapangan berdasarkan yang sudah dipersiapkan atau dipenuhi rumah sakit lalu hasil wawancara, observasi, simulasi, catatan lapangan dan bahan-bahan lainnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) dalam standar nasional akreditasi rumah sakit versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan “yaitu 95,45 %.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I / BB Medan terpenuhi ( $\geq 80$  %).

**Kata Kunci** : Tingkat Pemenuhan, Standar PKPO, SNARS Versi 2017  
**Daftar Pustaka** : 22 Buku



## ABSTRACT

### **ANALYSIS OF ACHIEVEMENT IN THE 1<sup>st</sup> VERSION OF HOSPITAL ACCREDITATION NATIONAL STANDARDS ON PHARMACY SERVICES AND MEDICATION USAGE IN TK II PUTRI HIJAU HOSPITAL KESDAM I/BB MEDAN**

**DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
1701012111**

*Hospital accreditation must be carried out by the TK II Hospital of Putri Hijau Kesdam I / BB Medan regularly to improve the quality of hospital services on an ongoing basis. Achievement of 1<sup>st</sup> Version of Hospital Accreditation National Standards is carried out at TK II Putri Hijau Hospital Medan I / BB Medan in preparation for the hospital accreditation assessment.*

*The research objective is to determine the achievement of compliance with Pharmacy services and medication usage where that is one of the 16 (sixteen) standards contained in the 2017 SNARS Version, as well as to find out the factors that become obstacles if there are assessment elements that have not been fulfilled in the context of preparation for the 2017 Version of the SNARS Accreditation Survey at Putri Hijau Kesdam I / BB Hospital I / BB Medan.*

*This research uses a qualitative approach with a descriptive analytic approach. Determination of informants using purposive sampling followed by snowball sampling, as many as 10 people and testing the validity of the data, using the technique triangulation. Data is tracked according to standards and arranged systematically, data obtained from the field based on what has been prepared or filled by the hospital and then the results of interviews, observations, simulations, field notes and other materials*

*The results showed that the Pharmacy services and medication usage in the national version of the accreditation of the 2017 version of the hospital in TK Putri Putri Kesdam I / BB Medan "is 95.45%.*

*The conclusion of this study is that the Pharmacy services and medication usage in the National Accreditation Standards of Hospitals in TK II Putri Hijau Hospital Medan I / BB Medan is reached ( $\geq 80\%$ ).*

**Keywords : Achievement, PKPO Standards, 2017 Version SNARS**

**Bibliography : 22 Books**





## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kasih dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul **“Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan”**.

Dalam penyusunan Skripsi ini Peneliti banyak mendapatkan bimbingan, dan bantuan dari berbagai pihak sehingga penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya penulis sampaikan kepada :

1. Ibu Dr. dr. Hj. Razia Begum Suroyo, M.Kes., M.Sc., selaku Ketua Pembina Yayasan Helvetia Medan.
2. Bapak Imam Muhammad, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes, selaku Ketua Yayasan Helvetia Medan.
3. Bapak Drs. Dr. H. Ismail Efendy, M.Si., selaku Rektor Institut Kesehatan Helvetia Medan.
4. Dr. dr. Hj. Arifah Devi Fitriani, M.Kes selaku wakil Rektor Institut Kesehatan Helvetia Medan.
5. Bapak H. Darwin Syamsul, S.Si., M.Si., Apt., selaku Dekan Fakultas Farmasi dan Kesehatan Institut Kesehatan Helvetia Medan.
6. Ibu Adek Chan, S.Si., M.Si., Apt selaku Ketua Prodi S1 Farmasi Institut Kesehatan Helvetia Medan.
7. Ibu Khairani Fitri, S.Si, M.Kes. Apt., selaku dosen pembimbing I sekaligus sebagai penguji I yang telah memberikan bimbingan dan mencurahkan waktu, tenaga serta ide dan selalu memotivasi penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Ibu Yulis Kartika, S.Farm., M.Si. Apt, selaku dosen pembimbing II sekaligus sebagai penguji II yang telah memberikan bimbingan dan mencurahkan waktu, tenaga serta ide dan selalu memotivasi penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Ibu Ririyen Dessy Natalia Siahaan, S.Farm., M.Si., Apt., selaku Dosen Penguji III yang telah yang telah menyediakan waktu dan tenaga untuk memberikan saran, masukan dan arahan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

10. Seluruh Dosen Program Studi S1 Farmasi yang telah mendidik dan mengajarkan ilmu yang bermanfaat bagi penulis.
11. Teristimewa kepada Ayahanda (Boston Anthoni Malau) dan Ibunda (Rosinta Monica Gultom), juga saudara saya Yoan, Nico, Aloysius, Adinda, Clarissa, keluarga malau dan gultom yang selalu memberikan doa dan memotivasi dalam menyelesaikan Skripsi ini.
12. Terkhusus Keluarga Handle tercinta dr.Leo Mery, M.Kes, dr. Elsa Christy Meliala, M.Kes, dr.Henny Sutanto, M.kes dan Anita Theresia Lumban Gaol, S.Kep yang selalu memotivasi, mendidik, mendoakan, mendukung dan menemani saya di setiap prosesnya.
13. Keluarga Besar Yayasan Sosial Angsapura Medan khususnya Bapak Tony Harsono, Ibu dr. Leo Mery, M.Kes, Bapak Franky Wistan, Bapak dr. Sunario Salim dan semua jajaran pimpinan yang telah mendukung dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
14. Kepada Ibu Leo Megajanty yang selalu mendoakan saya, juga sahabat seperjuangan saya Masleini Hasibuan dan Angelina Sari Purba dan adik Lidya Permata Ayu yang memberi doa dan motivasi saya.
15. Seluruh Para Pegawai S1 Farmasi Institut Kesehatan Helvetia Medan.
16. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi S1 Farmasi yang telah meluangkan waktunya dalam membantu penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat kekurangan dan kelemahan serta masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Skripsi ini dan demi peningkatan mutu penulisan Skripsi di masa yang akan datang. Akhir kata penulis sangat berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang memerlukan.

**Medan, 14 September 2019**  
**Penulis,**



**Dian Rika Christiani Malau**  
**1701012111**

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>LEMBAR PANITIA PENGUJI SKRIPSI</b>	
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR Matriks .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Hipotesis .....	9
1.4 Tujuan Penelitian .....	10
1.5 Manfaat Penelitian .....	10
1.6 Kerangka Berpikir.....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
2.1 Rumah Sakit.....	12
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit.....	12
2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit .....	13
2.1.3 Jenis Rumah Sakit.....	14
2.2 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS).....	17
2.2.1 Pengertian SNARS.....	17
2.2.2 Tujuan SNARS .....	17
2.2.3 Pengelompokkan BAB dalam SNARS .....	17
2.2.4 R,D,O,W,S dalam SNARS .....	19
2.3 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) .....	27
2.3.1 Pengertian IFRS .....	27
2.3.2 Tujuan IFRS.....	27
2.3.3 Tugas dan Tanggung Jawab IFRS .....	29
2.4 Sumber Daya Manusia.....	30
2.5 Standar Pelayanan Kefarmasian & Penggunaan Obat .....	33

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>49</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	49
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	49
3.2.1 Lokasi .....	49
3.2.2 Waktu .....	50
3.3 Informan.....	50
3.4 Fokus Penelitian.....	55
3.5 Fenomena Penelitian .....	56
3.6 Jenis dan Sumber Data.....	61
3.7 Instrumen Penelitian .....	61
3.8 Metode Pengumpulan Data.....	61
3.9 Metode Analisis Data.....	62
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>66</b>
4.1 Gambaran Umum Rumkit Tk II Putri Hijau .....	66
4.1.1 Latar Belakang .....	66
4.1.2 Tujuan .....	69
4.1.3 Letak Geografis.....	70
4.2 Struktur Organisasi .....	71
4.2.1 Struktur Organisasi Rumkit Tk II Putri Hijau.....	71
4.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi.....	72
4.3 Rekapitulasi Kegiatan .....	73
4.4 Perhitungan Pencapaian Standar PKPO.....	76
4.5 Hasil Wawancara .....	100
4.5.1 Pengertian Standar PKPO Pandangan Informan.....	100
4.5.2 Wawancara Implementasi Standar PKPO.....	101
4.5.3 Saran & Masukan Terhadap Pemenuhan Standar .....	112
4.6 Pembahasan Analisis Tingkat Pemenuhan PKPO .....	113
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>121</b>
5.1 Kesimpulan .....	121
5.2 Saran .....	121
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>123</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1.1. Skema Kerangka Berpikir .....	11
Gambar 4.1. Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB.....	88

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1.1. Distribusi Rumah Sakit Terakreditasi di Sumut.....	6
Tabel 3.1. Pemilihan Unit Sebagai Informan Terkait PKPO .....	51
Tabel 3.2. Daftar Regulasi PKPO.....	64
Tabel 3.3. <i>Self Assesment</i> (Penilaian Pemenuhan PKPO) .....	72
Tabel 4.1. Nama-Nama Karumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB.....	90



## DAFTAR MATRIKS

	<b>Halaman</b>
Matriks 4.1. Rekapitulasi Kegiatan.....	93
Matriks 4.2. Perhitungan Pemenuhan Standar PKPO.....	96
Matriks 4.3. Penilaian Pemenuhan Standar PKPO .....	97
Matriks 4.4. Pengertian Standar PKPO Pandangan Informan .....	98
Matriks 4.5. Wawancara Implementasi Standar PKPO .....	100
Matriks 4.6. Saran & Masukan Terhadap Pemenuhan Standar .....	109

## DAFTAR LAMPIRAN

### Halaman

Lampiran 1.	Dokumentasi Pemenuhan Standar PKPO .....	125
Lampiran 2.	Dokumentasi Penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau .....	168
Lampiran 3.	Permohonan Pengajuan Judul Skripsi .....	172
Lampiran 4.	Absensi Penelitian .....	173
Lampiran 5.	Surat Izin Survei Awal ke RSPH Medan .....	175
Lampiran 6.	Surat Balasan Izin Survei Awal dari RSPH Medan .....	176
Lampiran 7.	Surat Izin Penelitian ke ke RSPH Medan.....	178
Lampiran 8.	Surat Balasan Izin Penelitian dari RSPH Medan .....	179
Lampiran 9.	Surat Selesai Penelitian dari RSPH Medan .....	181
Lampiran 10.	<i>Badge Name</i> Peneliti di RSPH Medan .....	182
Lampiran 11.	Lembar Konsultasi Skripsi Pembimbing 1 .....	183
Lampiran 12.	Lembar Konsultasi Skripsi Pembimbing 2 .....	184

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (1). Sarana kesehatan yang diulas pada bagian ini terdiri dari fasilitas pelayanan kesehatan, institusi pendidikan kesehatan milik pemerintah yang menghasilkan tenaga kesehatan, serta sarana kefarmasian dan alat kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan, jenis fasilitas terdiri atas: (a) tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, (b) pusat kesehatan masyarakat, (c) klinik, (d) rumah sakit, (e) apotek, (f) unit transfusi darah, (g) laboratorium kesehatan, (h) optikal, (i) fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, dan (j) fasilitas pelayanan kesehatan tradisional. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dibahas pada bagian ini adalah rumah sakit (2).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang

harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (3). Rumah sakit memiliki fungsi yaitu (a) penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; (b) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis; (c) penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan (d) penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (1).

Di era globalisasi ini, rumah sakit perlu terus meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses kegiatan yang tidak pernah berhenti dan harus selalu dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia.

Rumah sakit pada saat ini diakui sebagai entitas yang sangat rumit, kompleks dan berisiko tinggi. Untuk memperoleh izin penyelenggaraan rumah sakit diperlukan banyak persyaratan meliputi persyaratan lokasi, kajian analisa dampak lingkungan, luas area hingga izin operasional rumah sakit yang harus memenuhi sarana maupun prasarana, ketersediaan sumber daya, fasilitas penunjang, sistem manajemen dan informasi. Setiap Rumah Sakit yang telah mendapatkan Izin Operasional harus diregistrasi dan diakreditasi. Registrasi dan akreditasi juga merupakan persyaratan untuk perpanjangan Izin Operasional dan

perubahan kelas. Setiap rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) juga harus terakreditasi. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 40 ayat (1) berbunyi : Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi (4).

Akreditasi bertujuan untuk : (a) meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit; (b) meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi; (c) mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan (d) meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional (4).

Kementerian Kesehatan mengatakan dalam melaksanakan akreditasi, dibutuhkan standar akreditasi sebagai acuan rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan. Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia berkembang secara bertahap mulai dengan 5 (lima) pelayanan pada tahun 1995, kemudian pada tahun 1998 bertambah menjadi 12 (dua belas) pelayanan dan pada tahun 2002 menjadi 16 (enam belas) pelayanan. Penyesuaian, pengurangan atau penambahan materi di dalam instrumen penilaian dilakukan pada tahun 1999 dan tahun 2007. Rumah sakit dapat memilih akreditasi untuk 5 (lima), 12 (dua belas), atau 16 (enam belas) pelayanan, sehingga standar mutu rumah sakit dapat berbeda tergantung beberapa

kegiatan pelayanan akreditasi yang diikuti. Pada tahun 2012 Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit menerbitkan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 menggantikan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2007 yang berfokus pada dokumentasi yang disediakan oleh provider (rumah sakit). Seiring berjalannya waktu, selama ini akreditasi rumah sakit menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada standar nasional akreditasi rumah sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini adalah status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada standar nasional akreditasi rumah sakit oleh karena itu pada Januari 2018 telah diberlakukan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Versi 2017 oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit atau yang dikenal dengan KARS (5).

Menurut Ketua Eksekutif Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bahwa Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dan merupakan standar akreditasi rumah sakit yang mudah dipahami sehingga mudah diimplementasikan, yang lebih mendorong peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko, termasuk di rumah sakit pendidikan, serta mendukung program nasional bidang kesehatan, dan berlaku mulai tanggal 1 Januari 2018 (Sutoto, KARS 2017). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Versi 2017



merupakan standar akreditasi yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut edisi 1 karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk rumah sakit.

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit di Indonesia memiliki landasan hukum yang kuat seperti tercantum dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dinyatakan pentingnya tata nilai mutu pelayanan seperti yang tercantum pada pasal 40, tata nilai keselamatan pasien pada pasal 43 dan tata nilai hukum pada pasal 29, pasal 32 dan pasal 46 (6), Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit (4), Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (3), Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 659 / Menkes / Per / VIII / 2009 tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia (7), Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes / SK / II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (8), Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 428/Menkes/SK/XII/2012 tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia (9) dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Versi 2017 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (5).

Berdasarkan data dari Sistem Informasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Bulan April 2018 Jumlah Rumah Sakit di Sumatera Utara Yaitu 227 Rumah Sakit. Dan berikut tabel rumah sakit yang terakreditasi dari 227 rumah sakit (*update* 07 Februari 2017).

**Tabel 1.1 Distribusi Rumah Sakit Terakreditasi di Sumatera Utara**

No	Status Akreditasi	Jumlah Rumah Sakit		
		Standar Nasional Akreditasi RS Versi 2017	Standar Akreditasi RS Versi 2012	%
		N	N	
1	Paripurna	4	26	13.21 %
2	Utama	0	4	1.76 %
3	Madya	3	6	3.96%
4	Dasar	2	4	2.64%
5	Perdana	23	71	41.41%
Jumlah		143		63%

Sumber : *Komisi Akreditasi Rumah Sakit*

Berdasarkan data tersebut diatas hanya 63 % rumah sakit yang terakreditasi di Provinsi Sumatera Utara dan dari 227 rumah sakit hanya 27 rumah sakit yang sudah terakreditasi dengan Standar Nasional Akreditasi RS Edisi 1 Versi 2017.

Persentase Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota Yang Melakukan Manajemen Pengelolaan Obat Dan Vaksin Sesuai Standar Di Indonesia Tahun 2017 yaitu 82,35% dengan persentase untuk Provinsi Sumatera Utara yaitu 72,73 %. (Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes RI, 2018). Walaupun persentase tersebut telah mencapai target renstra 2017 yaitu 65 % akan tetapi Provinsi Sumatera Utara belum mampu mencapai angka 100 %. Begitu juga dengan data rumah sakit yang terakreditasi pada Tabel 1.1, hanya 63 % rumah sakit yang terakreditasi di Provinsi Sumatera Utara dan salah satunya adalah Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.

Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan adalah salah satu Rumah Sakit Umum Kelas B di Provinsi Sumatera Utara yang berada di Kota Medan, dibawah kepemilikan TNI-AD dan telah terakreditasi PARIPURNA dari KARS Versi 2012 dan akan melakukan Survei Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 pada bulan April 2019 mendatang.

Pelaksanaan akreditasi di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan bukan semata-mata untuk sertifikat kelulusan tetapi untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Manajemen Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan berkomitmen untuk senantiasa meningkatkan keselamatan dan kualitas asuhan pasien, memastikan bahwa lingkungan pelayanannya aman dan berupaya mengurangi risiko bagi para pasien dan staf di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan. Oleh karena itu Rumah Sakit senantiasa melaksanakan pelayanan kesehatan keseharian sesuai dengan prosedur, kebijakan dan sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit khususnya pada Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO).

Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) di dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit terdiri dari 21 Standar (Std) dan 80 Elemen Penilaian (EP).

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk menjamin mutu, manfaat,

keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan; menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*); menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*); menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit.

Rumah sakit menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan mutu terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, peresepan atau permintaan obat atau instruksi pengobatan, penyalinan (*transcribe*), penyalinan, distribusi, penyalinan (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian, dan pemantauan terapi obat. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (*unsafe medication practices*) dan kesalahan penggunaan obat (*medication errors*) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa berupaya menurunkan kesalahan pemberian obat yaitu dengan memenuhi standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) di dalam

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit sehingga diperlukan suatu analisa sejauh mana tingkat pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian di atas, maka perumusan masalah penelitian ini adalah:

- (1). Bagaimana analisis tingkat pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan ?
- (2). Apa saja faktor kendala yang menyebabkan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan belum terpenuhi ?

## **1.3 Hipotesis**

Hipotesis dari penelitian adalah :

- (1) Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan terpenuhi dengan nilai  $\geq 80\%$ .
- (2) Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan tidak memiliki kendala dalam Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017

#### **1.4 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penelitian ini adalah :

- (1) Mengetahui tingkat pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.
- (2) Mengetahui faktor kendala yang menyebabkan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan belum terpenuhi.

#### **1.5 Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat penelitian adalah sebagai berikut :

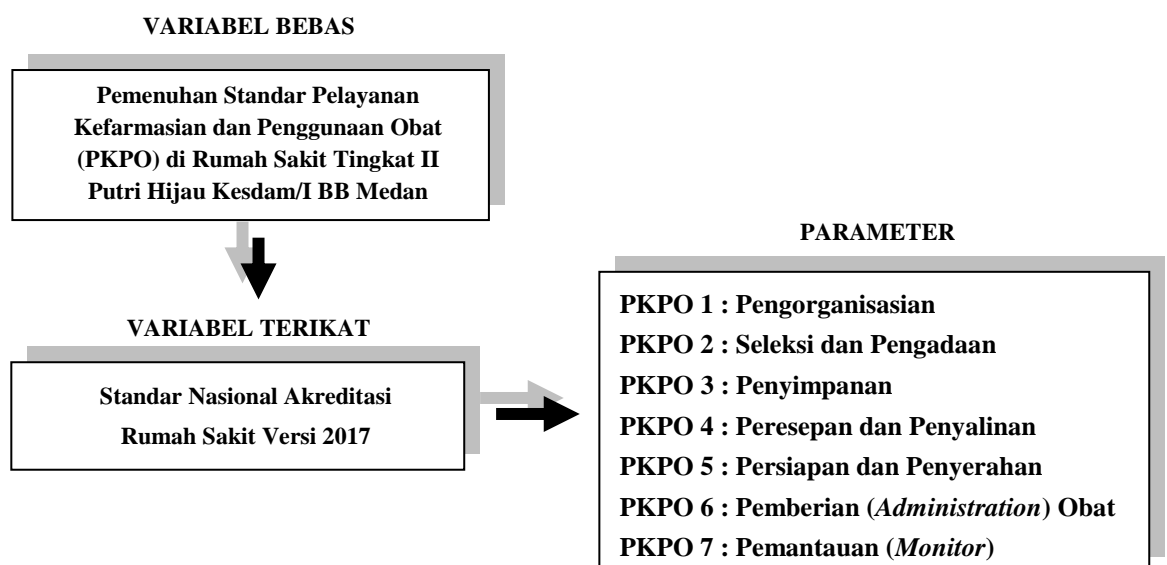
- (1) Sebagai bahan masukan bagi Pimpinan Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan berkenaan dengan Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.
- (2) Sebagai bahan masukan bagi Komisi Akreditasi Rumah Sakit tentang persoalan yang timbul di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan dalam rangka Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO).



- (3) Sebagai bahan kepustakaan dan referensi untuk rumah sakit lain dalam rangka implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017.
- (4) Sebagai bahan masukan untuk memperkaya pengetahuan pembahasan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 dan dapat dikembangkan oleh peneliti-peneliti selanjutnya.
- (5) Sebagai acuan untuk Mahasiswa-Mahasiswi Institut Kesehatan Helvetia Medan dalam melakukan penelitian terkait Standar Akreditasi Rumah Sakit khususnya di Bidang Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO).

## 1.6 Kerangka Berpikir

Berdasarkan landasan teori yang telah dijelaskan sebelumnya, maka kerangka berpikir untuk penelitian ini dapat ditunjukkan dalam gambar berikut :



Gambar 1.1 Skema Kerangka Berpikir

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut Febriawati (2013) rumah Sakit itu adalah sebuah tempat, tetapi juga sebuah fasilitas, sebuah institusi dan sebuah organisasi. Untuk mengetahui definisi dari rumah sakit secara jelas dapat kita lihat dari pendapat para ahli dibawah ini :

- (1) Menurut undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit harus tetap mampu meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- (2) Menurut Azwar tahun 1996 Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisasi serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

- (3) Menurut *American Hospital Association* tahun 1978 Rumah Sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah untuk memberikan pelayanan kepada pasien-diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah.
- (4) Rumah Sakit menurut Dr.Suparto Adikoesoemo tahun 2002 adalah bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan dan merupakan suatu sistem sosial yang didalamnya terdapat obyek manusia sebagai pasien.

### **2.1.2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Menurut undang-undang Nomor 44 tahun 2009, Berikut merupakan tugas sekaligus fungsi dari Rumah sakit secara umum, yaitu :

- (1) Melaksanakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis,
- (2) Melaksanakan pelayanan medis tambahan, pelayanan penunjang medis tambahan,
- (3) Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman,
- (4) Melaksanakan pelayanan medis khusus,
- (5) Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan,
- (6) Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi,
- (7) Melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan,
- (8) Melaksanakan pelayanan rawat jalan atau rawat darurat dan rawat tinggal (observasi), Melaksanakan pelayanan rawat inap,
- (9) Melaksanakan pelayanan administratif,
- (10) Melaksanakan pendidikan para medis,

- (11) Membantu pendidikan tenaga medis umum,
- (12) Membantu pendidikan tenaga medis spesialis,
- (13) Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan,
- (14) Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

### **2.1.3. Jenis Rumah Sakit**

Berdasarkan kepemilikannya rumah sakit di Indonesia dibedakan ke dalam dua jenis, yakni :

- (1) Rumah sakit Publik, yaitu rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah (termasuk pemerintah daerah) dan badan hukum lain yang bersifat nirlaba.

Rumah sakit publik meliputi :

- a. Rumah sakit milik departemen kesehatan.
- b. Rumah sakit milik pemerintah daerah provinsi.
- c. Rumah sakit milik pemerintah daerah kabupaten atau kota.
- d. Rumah sakit milik tentara nasional Indonesia.
- e. Rumah sakit milik kepolisian republik Indonesia.
- f. Rumah sakit milik departemen diluar departemen kesehatan (termasuk milik badan usaha milik negara seperti Pertamina).

- (2) Rumah sakit privat, yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Rumah sakit privat meliputi :

- a. Rumah sakit milik yayasan.

- b. Rumah sakit milik perusahaan.
- c. Rumah sakit milik penanam modal (dalam negeri dan luar negeri).
- d. Rumah sakit milik badan hukum lain.

Di Indonesia, Rumah sakit dapat juga dibedakan berdasarkan jenis pelayanannya menjadi tiga pelayanan, yaitu :

1) Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit umum adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit, mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan sub spesialis sesuai dengan kemampuannya.

2) Rumah Sakit Jiwa

3) Rumah Sakit Khusus

Rumah Sakit khusus adalah Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk jenis penyakit tertentu atau berdasarkan disiplin ilmu tertentu. Sebagai contoh rumah sakit khusus, yaitu rumah sakit khusus mata, paru, rehabilitasi, jantung, kanker, dan sebagainya.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

1. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas :

- a. Rumah sakit umum kelas A, mempunyai fasilitas dan kemampuan

- elayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain, dan 13 subspecialis dasar.
- b. Rumah sakit umum kelas B, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain, dan 2 subspecialis dasar.
  - c. Rumah sakit kelas C, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik.
  - d. Rumah sakit umum kelas D, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.
2. Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas :
- a. Rumah sakit kelas A, mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.
  - b. Rumah sakit kelas B, mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.
  - c. Rumah sakit kelas C, mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

## **2.2 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)**

### **2.2.1. Pengertian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit**

### **2.2.2. Tujuan SNARS**

Tujuan dari Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit adalah :

- 1) Mempermudah RS dalam implementasi standar mutu dan keselamatan pasien (bahasa, substansi, penyajian, sismadak).
- 2) Mendukung Program Nasional Kemenkes R.I.
- 3) Mencari solusi pencegahan permasalahan RS yang baru muncul.
- 4) Mencegah munculnya tuntutan hukum dari pasien.

### **2.2.3. Pengelompokan BAB dalam SNARS**

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Versi 2017 terdiri dari 16 (enam belas) BAB dengan pengelompokan sebagai berikut.

#### **I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN**

- |           |  |
|-----------|--|
| SASARAN 1 | : Mengidentifikasi pasien dengan benar   |
| SASARAN 2 | : Meningkatkan komunikasi yang efektif   |
| SASARAN 3 | : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (High Alert Medications)                 |
| SASARAN 4 | : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar. |
| SASARAN 5 | : Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan  |
| SASARAN 6 | : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh  |

## **II. STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN**

BAB 1. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

BAB 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

BAB 3. Asesmen Pasien (AP)

BAB 4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

BAB 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

BAB 6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

BAB 7. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

## **III. STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT**

BAB 1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

BAB 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

BAB 3. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

BAB 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

BAB 5. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)

BAB 6. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

## **IV. PROGRAM NASIONAL**

SASARAN I. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.

SASARAN II. Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS.

SASARAN III. Menurunkan Angka Kesakitan TB

SASARAN IV. Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)

SASARAN V. Pelayanan Geriatri

## **V. INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN DI RUMAH SAKIT**



#### **2.2.4. R,D,O,W,S dalam SNARS**

Penjelasan tentang ReDOWS (10) :

R = Regulasi (Pedoman, Panduan, Kebijakan , SPO)

D = Dokumen bukti implementasi (Rekam Medis, dll)

O = Observasi pelaksanaan regulasi oleh civitas Hospitalia

W = Wawancara dengan pelaksana asuhan dan pasien atau keluarga

S = Simulasi pelaksanaan SPO

##### **a. Regulasi**

Yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.

Dokumen regulasi di RS, dapat dibedakan menjadi :

1. Regulasi pelayanan RS, yang terdiri dari:
  - Kebijakan Pelayanan RS
  - Pedoman/Panduan Pelayanan RS
  - Standar Prosedur Operasional (SPO)
  - Rencana jangka panjang (Renstra, Rencana strategi bisnis, bisnis plan, dll)
  - Rencana kerja tahunan (RKA, RBA atau lainnya)
2. Regulasi di unit kerja RS yang terdiri dari:
  - Kebijakan Pelayanan RS
  - Pedoman/Panduan Pelayanan RS
  - Standar Prosedur Operasional (SPO)

- Program (Rencana kerja tahunan unit kerja) Kebijakan dan pedoman dapat ditetapkan berdasarkan keputusan atau peraturan Direktur sesuai dengan panduan tata naskah di masing – masing RS.

**Kebijakan RS** adalah penetapan Direktur/Pimpinan RS pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat. Karena kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman/panduan dan prosedur sehingga ada kejelasan langkah – langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kebijakan ditetapkan dengan peraturan atau keputusan Direktur/Pimpinan RS. Kebijakan dapat dituangkan dalam pasal-pasal di dalam peraturan/keputusan tersebut, atau merupakan lampiran dari peraturan/keputusan (11).

**Pedoman** adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Sedangkan **panduan** adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO. Mengingat sangat bervariasi bentuk dan isi pedoman/panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematikanya atau format bakunya. Oleh karena itu RS dapat menyusun/membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan.

Namun, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman/panduan ini yaitu :

- Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tersebut. Bila Direktur/Pimpinan RS diganti, peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tidak perlu diganti. Peraturan/Keputusan Direktur/pimpinan RS diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman/panduan tersebut.
- Setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman/panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu maka RS dalam membuat pedoman/panduan wajib mengacu pada pedoman/panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.
- Walaupun format baku sistematika pedoman/panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut :

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja :

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum RS

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan RS

BAB IV Struktur Organisasi RS BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan
3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja :

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Ruang Lingkup Pelayanan
- D. Batasan Operasional
- E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia
- B. Distribusi Ketenagaan
- C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. Denah Ruang
- B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan RS

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

**Program** adalah tatanan yang berisi rencana kegiatan yang akan dilaksanakan yang disusun secara rinci yang dipergunakan untuk mencapai tujuan lembaga/unit kerja.

Ketentuan Program Di Dalam Standar Akreditasi RS

A. Tujuan program

Umum : Sebagai panduan dalam melaksanakan kegiatan unit kerja sehingga tujuan program dapat tercapai.

Khusus :

1. Adanya kejelasan langkah-langkah dalam melaksanakan kegiatan.
2. Adanya kejelasan siapa yang melaksanakan kegiatan dan bagaimana melaksanakan kegiatan tersebut sehingga tujuan dapat tercapai.
3. Adanya kejelasan sasaran, tujuan dan waktu pelaksanaan kegiatan.

B. SISTEMATIKA/FORMAT PROGRAM Sistematika atau format program sebagai berikut :

1. Pendahuluan
2. Latar belakang
3. Tujuan umum dan tujuan khusus
4. Kegiatan pokok dan rincian kegiatan
5. Cara melaksanakan kegiatan
6. Sasaran
7. Skedul (Jadwal) pelaksanaan kegiatan
8. Evaluasi pelaksanaan kegiatan dan pelaporan
9. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan Sistematika/format tersebut diatas adalah minimal, RS dapat menambah sesuai kebutuhan, tetapi tidak diperbolehkan mengurangi. Contoh penambahan : ditambah point untuk pembiayaan/anggaran.

SPO (Standart Prosedure Operating) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu. Oleh karena prosedur kerja yang dimaksud bersifat tetap, rutin, dan tidak berubah-ubah, prosedur kerja tersebut dibakukan menjadi dokumen tertulis yang disebut sebagai SPO (12).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 bahwa Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien dan standar prosedur operasional.

Beberapa istilah prosedur yang sering digunakan yaitu :

- Standard Operating Procedure (SOP), istilah ini lazim digunakan namun bukan merupakan istilah baku di Indonesia.
- Standar Prosedur Operasional (SPO), istilah ini digunakan di Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Prosedur tetap (Protap)
- Prosedur kerja
- Prosedur tindakan
- Prosedur penatalaksanaan
- Petunjuk teknis.

Walaupun banyak istilah, namun istilah digunakan adalah SPO karena sesuai dengan yang tercantum di dalam undang-undang.

#### **b. Dokumen**

Yang dimaksud dengan **dokumen** adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya

Dokumen sebagai bukti pelaksanaan, terdiri dari:

1. Bukti tertulis kegiatan/rekam kegiatan
2. Dokumen pendukung lainnya : misalnya Ijazah, sertifikat pelatihan, sertifikat perijinan, kaliberasi, dll. Kebijakan, pedoman/panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan, dimana kebijakan merupakan regulasi yang tertinggi di RS,

kemudian diikuti dengan pedoman/panduan dan kemudian prosedur (SPO). Karena itu untuk menyusun pedoman/panduan harus mengacu pada kebijakan-kebijakan yang sudah dikeluarkan oleh RS, sedangkan untuk menyusun SPO harus berdasarkan kebijakan dan pedoman/panduan. Program kerja RS dimulai dengan rencana strategis (renstra) untuk selama 5 tahun, yang dijabarkan dalam rencana kerja tahunan (misalnya Rencana Kerja & Anggaran, Rencana Bisnis & Anggaran atau lainnya). Program kerja termasuk dalam regulasi karena memiliki sifat pengaturan dalam rencana kegiatan beserta anggarannya. Oleh karena itu program kerja selalu dijadikan acuan pada saat dilakukan evaluasi kinerja.

#### **c. Observasi**

Yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh pengamat ataupun surveior bila dalam proses ujian survei akreditasi rs.

#### **d. Wawancara**

Yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh pengamat ataupun surveior bila dalam proses ujian survei akreditasi rs.

#### **e. Simulasi**

yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh pengamat ataupun surveior bila dalam proses ujian survei akreditasi rs yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan



rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

## **2.3. Instalasi Farmasi Rumah Sakit ( IFRS )**

### **2.3.1 Pengertian Instalasi Farmasi Rumah Sakit ( IFRS )**

Instalasi farmasi rumah sakit dapat didefinisikan sebagai suatu departement atau unit atau bagian di suatu rumah sakit dibawah pimpinan apoteker dan dibantu oleh beberapa orang asisten apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian, yang terdiri atas pelayanan paripurna.

Pekerjaan dan pelayanan kefarmasian di IFRS adalah mencakup: Perencanaan, Pengadaan, Produksi, Penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, Dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat tinggal dan rawat jalan, Pengendalian mutu dan pengendalian distribusi, Penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit, Pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis yang mencakup pelayanan langsung pada penderita, Pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Hamzah, 2008).

### **2.3.2. Tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit ( IFRS )**

Menurut Hamzah (2008) Tujuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

(1) Memberi manfaat kepada penderita, rumah sakit, sejawat profesi

kesehatan, dan kepada profesi farmasi oleh apoteker rumah sakit yang kompeten dan memenuhi syarat.

- (2) Membantu dalam penyediaan perbekalan yang memadai oleh apoteker rumah sakit yang memenuhi syarat.
- (3) Menjamin praktik profesional yang bermutu tinggi melalui penetapan dan pemeliharaan standart etika profesional, pendidikan, dan pencapaian, dan melalui peningkatan kesejahteraan ekonomi.
- (4) Meningkatkan penelitian dalam praktik farmasi rumah sakit dan dalam ilmu farmasetik pada umumnya.
- (5) Menyebarkan pengetahuan farmasi dengan mengadakan pertukaran informasi antara para apoteker rumah sakit, anggota profesi, dan spesialis yang serumpun.
- (6) Memperluas dan memperkuat kemampuan apoteker rumah sakit untuk :
  - a. Secara efektif mengelola suatu pelayanan farmasi yang terorganisasi.
  - b. Mengembangkan dan memberikan pelayanan klinik.
  - c. Melakukan dan berpartisipasi dalam penelitian klinik dan farmasi dan dalam program edukasi untuk praktisi kesehatan, penderita, mahasiswa, dan masyarakat.
- (7) Meningkatkan pengetahuan dan pengertian praktik farmasi rumah sakit kontemporer bagi masyarakat, pemerintah, industri farmasi dan profesional kesehatan lainnya.
- (8) Membantu menyediakan personel pendukung yang bermutu untuk IFRS.
- (9) Membantu dalam pengembangan dan kemajuan profesi kefarmasian.

### 2.3.3. Tugas dan Tanggung jawab IFRS

Menurut Hamzah, 2008, Tugas utama IFRS adalah pengelolaan mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyiapan, peracikan, pelayanan langsung kepada penderita, sampai pada pengendalian semua perbekalan kesehatan yang beredar dan digunakan dalam rumah sakit baik untuk penderita rawat jalan, maupun untuk semua unit termasuk poliklinik rumah sakit. Tanggung jawab IFRS adalah mengembangkan suatu pelayanan farmasi yang luas dan terkoordinasi dengan baik dan tepat untuk memenuhi berbagai bagian/unit diagnosis dan terapi, unit pelayanan keperawatan, staf medik dan rumah sakit secara keseluruhan untuk kepentingan pelayanan penderita yang lebih baik.

Menurut Aditama (2015) untuk dapat menjalankan tugasnya dengan baik maka pelayanan apotek di rumah sakit harus memenuhi hal-hal sebagai berikut :

1. Mempunyai sistem yang mampu mendukung berjalannya kegiatan yang cepat, tepat dan aman.
2. Sebaiknya mendistribusikan pelayanan di beberapa loket untuk mempermudah pasien.
3. Mampu membuat sistem *inventory* yang dapat menurunkan penggunaan modal kerja.
4. Mampu menjalin komunikasi yang baik dengan seluruh unit kerja di rumah sakit.
5. Memiliki karyawan yang andal dan terlatih.

#### **2.4. Sumber Daya Manusia (SDM)**

Sumber daya manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan daya fisik yang dimiliki individu. Perilaku dan sifatnya ditentukan oleh keturunan dan lingkungannya, sedangkan prestasi kerjanya dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi kepuasannya (Hasibuan, 2015).

Berdasarkan PERMENKES No 72 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit menyatakan bahwa Instalasi Farmasi harus memiliki Apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang sesuai dengan beban kerja dan petugas penunjang lain agar tercapai sasaran dan tujuan Instalasi Farmasi. Ketersediaan jumlah tenaga Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian di Rumah Sakit dipenuhi sesuai dengan ketentuan klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Menteri (13).

Uraian tugas dan wewenang tertulis dari masing-masing staf Instalasi Farmasi harus ada dan sebaiknya dilakukan peninjauan kembali paling sedikit setiap tiga tahun sesuai kebijakan dan prosedur di Instalasi Farmasi.

##### **1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia (SDM)**

Berdasarkan pekerjaan yang dilakukan, kualifikasi SDM Instalasi Farmasi diklasifikasikan sebagai berikut:

###### **a. Untuk pekerjaan kefarmasian terdiri dari:**

- 1) Apoteker
- 2) Tenaga Teknis Kefarmasian

###### **b. Untuk pekerjaan penunjang**

- 1) Operator Komputer/Teknisi yang memahami kefarmasian

- 2) Tenaga Administrasi
- 3) Pekarya/Pembantu pelaksana.

## 2. Persyaratan SDM

Pelayanan Kefarmasian harus dilakukan oleh Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian. Tenaga Teknis Kefarmasian yang melakukan Pelayanan harus di bawah supervisi Apoteker. Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian harus memenuhi persyaratan administrasi seperti yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Ketentuan terkait jabatan fungsional di Instalasi Farmasi diatur menurut kebutuhan organisasi dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Instalasi Farmasi harus dikepalai oleh seorang Apoteker yang merupakan Apoteker penanggung jawab seluruh Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Kepala Instalasi Farmasi diutamakan telah memiliki pengalaman bekerja di Instalasi Farmasi minimal 3 (tiga) tahun.

## 3. Beban Kerja dan Kebutuhan Beban Kerja

### a. beban kerja

Dalam perhitungan beban kerja perlu diperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh pada kegiatan yang dilakukan, yaitu:

- 1) kapasitas tempat tidur dan *Bed OccupancyRate* (BOR);
- 2) jumlah dan jenis kegiatan farmasi yang dilakukan
- 3) jumlah Resep atau formulir permintaan Obat (*floor stock*) per hari
- 4) volume perbekalan farmasi.

#### b. Penghitungan Beban Kerja

Penghitungan kebutuhan Apoteker berdasarkan beban kerja pada Pelayanan Kefarmasian di rawat inap yang meliputi pelayanan farmasi manajerial dan pelayanan farmasi klinik dengan aktivitas pengkajian resep, penelusuran riwayat penggunaan Obat, rekonsiliasi Obat, pemantauan terapi Obat, pemberian informasi Obat, konseling, edukasi dan visite, idealnya dibutuhkan tenaga Apoteker dengan rasio 1 Apoteker untuk 30 pasien. Penghitungan kebutuhan Apoteker berdasarkan beban kerja pada Pelayanan Kefarmasian di rawat jalan yang meliputi pelayanan farmasi manajerial dan pelayanan farmasi klinik dengan aktivitas pengkajian Resep, penyerahan Obat, Pencatatan Penggunaan Obat (PPP) dan konseling, idealnya dibutuhkan tenaga Apoteker dengan rasio 1 Apoteker untuk 50 pasien.

Selain kebutuhan Apoteker untuk Pelayanan Kefarmasian rawat inap dan rawat jalan, maka kebutuhan tenaga Apoteker juga diperlukan untuk pelayanan farmasi yang lain seperti di unit logistik medik/distribusi, unit produksi steril/*aseptic dispensing*, unit pelayanan informasi Obat dan lain-lain tergantung pada jenis aktivitas dan tingkat cakupan pelayanan yang dilakukan oleh Instalasi Farmasi.

Selain kebutuhan Apoteker untuk Pelayanan Kefarmasian di rawat inap dan rawat jalan, diperlukan juga masing-masing 1 (satu) orang Apoteker untuk kegiatan Pelayanan Kefarmasian di ruang tertentu, yaitu :

- 1) Unit Gawat Darurat

2) (ICCU)/*Neonatus Intensive Care Unit* (NICU)/*Pediatric Intensive Care Unit* (PICU)

3) Pelayanan Informasi Obat

## **2.5. Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat Rumah Sakit**

### **Standar PKPO 1**

Pengorganisasian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di rumah sakit harus sesuai dengan peraturan perundangan-undangan dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien

### **Elemen Penilaian PKPO 1**

1. Ada regulasi organisasi yang mengelola pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh atau mengarahkan semua tahapan pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti seluruh apoteker memiliki izin dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan sekurang-kurangnya satu kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir. (D,W)
4. Ada bukti sumber informasi obat yang tepat, terkini, dan selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat. (D,O,W)
5. Terlaksana pelaporan kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

6. Terlaksana tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat untuk memperbaiki sistem manajemen dan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

### **Standar PKPO 2**

Ada proses seleksi obat dengan benar yang menghasilkan formularium dan digunakan untuk permintaan obat serta instruksi pengobatan. Obat dalam formularium senantiasa tersedia dalam stok di rumah sakit atau sumber di dalam atau di luar rumah sakit.

### **Elemen Penilaian PKPO 2**

1. Ada regulasi organisasi yang menyusun formularium rumah sakit berdasar atas kriteria yang disusun secara kolaboratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan apabila ada obat yang baru ditambahkan dalam formularium maka ada proses untuk memantau bagaimana penggunaan obat tersebut dan bila terjadi efek obat yang tidak diharapkan, efek samping serta medication error. (D,W)
3. Ada bukti implementasi untuk memantau kepatuhan terhadap formularium baik dari persediaan maupun penggunaannya. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan formularium sekurang-kurangnya dikaji setahun sekali berdasar atas informasi tentang keamanan dan efektivitas. (D,W)



**Standar PKPO 2.1**

Rumah sakit menetapkan proses pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Elemen Penilaian PKPO 2.1**

1. Ada regulasi pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 7). (R)
2. Ada bukti bahwa manajemen rantai pengadaan (supply chain management) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (lihat juga TKRS 7.1)
3. Ada bukti pengadaan obat berdasar atas kontrak. (lihat juga TKRS 7)

**Standar PKPO 2.1.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mendapatkan obat bila sewaktu-waktu obat tidak tersedia.

**Elemen Penilaian PKPO 2.1.1**

1. Ada regulasi pengadaan bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan. (R)
2. Ada bukti pemberitahuan kepada staf medis serta saran substitusinya. (D,W)
3. Ada bukti bahwa staf memahami dan mematuhi regulasi tersebut. (D, W)

**Standar PKPO 3**

Rumah sakit menetapkan tata laksana pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, serta aman.

**Elemen Penilaian PKPO 3**

1. Ada regulasi tentang pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, dan aman.  
(R)
2. Ada bukti obat dan zat kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang terdiri atas isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus. (lihat juga MFK 5 EP 6). (O,W)
3. Ada bukti implementasi proses penyimpanan obat yang tepat agar kondisi obat tetap stabil, termasuk obat yang disimpan di luar instalasi farmasi. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan dilakukan supervisi secara teratur oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan obat dilakukan dengan baik. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan obat dilindungi dari kehilangan serta pencurian di semua tempat penyimpanan dan pelayanan. (D,W)

**Standar PKPO 3.1**

Rumah sakit mengatur tata kelola bahan berbahaya, seta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Elemen Penilaian PKPO 3.1**

1. Ada regulasi pengaturan tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti penyimpanan bahan berbahaya yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
3. Ada bukti penyimpanan obat narkotika serta psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
4. Ada bukti pelaporan obat narkotika serta psikotropika secara akurat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (D,W)

**Standar PKPO 3.2**

Rumah sakit mengatur tata kelola penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Elemen Penilaian PKPO 3.2**

1. Ada regulasi rumah sakit tentang proses larangan menyimpan elektrolit konsentrat di tempat rawat inap kecuali bila dibutuhkan secara klinis dan apabila terpaksa disimpan di area rawat inap harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan. (lihat juga SKP 3.1). (R)
2. Ada bukti penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
3. Elektrolit konsentrat diberi label obat yang harus diwaspadai (high alert) sesuai dengan regulasi. (O,W)

**Standar PKPO 3.3**

Rumah sakit menetapkan pengaturan penyimpanan dan pengawasan penggunaan obat tertentu.

**Elemen Penilaian PKPO 3.3**

1. Ada regulasi pengaturan penyimpanan obat dengan ketentuan khusus meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti penyimpanan produk nutrisi yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (lihat juga PAP 4). (O,W)
3. Ada bukti penyimpanan obat dan bahan radioaktif yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
4. Ada bukti penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
5. Ada bukti penyimpanan obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)
6. Ada bukti penyimpanan obat yang digunakan untuk penelitian yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)

Beberapa macam obat memerlukan ketentuan khusus untuk menyimpan dan mengawasi penggunaannya seperti :

- a. produk nutrisi;
- b. obat dan bahan radioaktif;
- c. obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin memiliki risiko terhadap keamanan;
- d. obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain;
- e. obat yang digunakan untuk penelitian.

**Standar PKPO 3.4**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk memastikan obat emergensi yang tersimpan di dalam maupun di luar unit farmasi tersedia, tersimpan aman, dan dimonitor.

**Elemen Penilaian PKPO 3.4**

1. Ada regulasi pengelolaan obat emergensi yang tersedia di unit-unit layanan agar dapat segera dipakai untuk memenuhi kebutuhan darurat serta upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan. (R)
2. Ada bukti persediaan obat emergensi lengkap dan siap pakai. (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan supervisi terhadap penyimpanan obat emergensi dan segera diganti apabila dipakai, kadaluwarsa, atau rusak. (D,O,W)

**Standar PKPO 3.5**

Rumah sakit memiliki sistem penarikan kembali (recall), pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak layak digunakan karena rusak, mutu substandar, atau kadaluwarsa. Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan identifikasi dalam proses penarikan kembali (recall) oleh Pemerintah, pabrik, atau pemasok. Rumah sakit juga harus menjamin bahwa sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandard, atau kadaluwarsa tidak digunakan serta dimusnahkan.

**Elemen Penilaian PKPO 3.5**

1. Ada regulasi penarikan kembali (recall) dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandard, atau kadaluwarsa. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan penarikan kembali (recall) sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)

**Standar PKPO 4**

Ada regulasi peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan

**Elemen Penilaian PKPO 4**

1. Ada regulasi peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap, dan terbaca, serta menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan. (lihat juga PAP 2.2 EP 1; AP 3 EP 1; dan SKP 2 EP 1). (R)
2. Ada bukti peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan dilaksanakan oleh staf medis yang kompeten serta berwenang. (D,O,W)
3. Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang. (D,W)
4. Rekam medis memuat riwayat penggunaan obat pasien. (D,O)

**Standar PKPO 4.1**

Regulasi ditetapkan untuk menentukan pengertian dan syarat kelengkapan resep atau pemesanan.

**Elemen Penilaian PKPO 4.1**

1. Ada regulasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan serta penetapan dan penerapan langkah langkah untuk pengelolaan peresepan/permintaan obat, instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca agar hal tersebut tidak terulang kembali. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan evaluasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan proses pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca. (D,W)
4. Ada bukti pelaksanaan proses untuk mengelola resep khusus, seperti darurat, standing order, berhenti otomatis (automatic stop order), tapering, dan lainnya. (D,W)

Persyaratan atau elemen kelengkapan paling sedikit meliputi :

- a) data identitas pasien secara akurat (dengan stiker);
- b) elemen pokok di semua resep atau permintaan obat atau instruksi pengobatan;
- c) kapan diharuskan menggunakan nama dagang atau generik;
- d) kapan diperlukan penggunaan indikasi seperti pada PRN (pro re nata atau “jika perlu”) atau instruksi pengobatan lain;

- e) jenis instruksi pengobatan yang berdasar atas berat badan seperti untuk anak anak, lansia yang rapuh, dan populasi khusus sejenis lainnya;
- f) kecepatan pemberian (jika berupa infus);
- g) instruksi khusus, sebagai contoh: titrasi, tapering, rentang dosis.

### **Standar PKPO 4.2**

Rumah sakit menetapkan individu yang kompeten yang diberi kewenangan untuk menulis resep/permintaan obat atau instruksi pengobatan.

### **Elemen Penilaian PKPO 4.2**

1. Ada daftar staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep yang tersedia di semua unit pelayanan. (D)
2. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses untuk membatasi jika diperlukan jumlah resep atau jumlah pemesanan obat yang dapat dilakukan oleh staf medis yang diberi kewenangan. (lihat juga KKS 10 EP 1). (R)
3. Ada bukti staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep atau memesan obat dikenal dan diketahui oleh unit layanan farmasi atau oleh lainnya yang menyalurkan obat. (D)

### **Standar PKPO 4.3**

Obat yang diresepkan dan diberikan tercatat di rekam medis pasien.

### **Elemen Penilaian PKPO 4.3**

1. Ada bukti pelaksanaan obat yang diberikan dicatat dalam satu daftar di rekam medis untuk setiap pasien berisi: identitas pasien, nama obat, dosis,



rute pemberian, waktu pemberian, nama dokter dan keterangan bila perlu tapering off, titrasi, dan rentang dosis. (D)

2. Ada bukti pelaksanaan daftar tersebut di atas disimpan dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika pasien dipindahkan. Salinan daftar tersebut diserahkan kepada pasien saat pulang. (D)

### **Standar PKPO 5**

Obat disiapkan dan diserahkan di dalam lingkungan aman dan bersih.

#### **Elemen Penilaian PKPO 5**

1. Ada regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan staf yang menyiapkan produk steril dilatih, memahami, serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik (lihat juga PPI). (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pencampuran obat kemoterapi dilakukan sesuai dengan praktik profesi. (lihat juga PPI 7). (O,W)
4. Ada bukti pencampuran obat intravena, epidural, dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat

#### **Standar PKPO 5.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur semua resep/permintaan obat dan instruksi pengobatan obat ditelaah ketepatannya.

**Elemen Penilaian PKPO 5.1**

1. Ada regulasi penetapan sistem yang seragam untuk penyiapan dan penyerahan obat. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan proses pengkajian resep yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,W)
3. Setelah persiapan, obat diberi label meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa. (D,O,W)
4. Ada bukti pelaksanaan telaah obat meliputi butir 1) sampai dengan 5) pada maksud dan tujuan. (D,W)
5. Ada bukti pelaksanaan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan. (D,W)
6. Ada bukti penyerahan obat tepat waktu. (D,O,W)

**Pengkajian resep dilakukan oleh apoteker meliputi :**

- a) ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum/makan obat, dan waktu pemberian;
- b) duplikasi pengobatan;
- c) potensi alergi atau sensitivitas;
- d) interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan;
- e) variasi kriteria penggunaan dari rumah sakit;
- f) berat badan pasien dan atau informasi fisiologik lainnya;
- g) kontra indikasi.

Telaah obat dilakukan terhadap obat yang telah siap dan telaah dilakukan meliputi

5 (lima) informasi, yaitu :

- 1) identitas pasien;
- 2) ketepatan obat;
- 3) dosis;
- 4) rute pemberian; dan
- 5) waktu pemberian.

### **Standar PKPO 6**

Rumah sakit menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat.

### **Elemen Penilaian PKPO 6**

1. Ada penetapan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat termasuk pembatasannya. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pemberian obat oleh staf klinis yang kompeten dan berwenang sesuai dengan surat izin terkait profesinya dan peraturan perundang-undangan. (D,W)
3. Ada bukti pelaksanaan pemberian obat dilaksanakan sesuai dengan pembatasan yang ditetapkan, misalnya obat kemoterapi, obat radioaktif, atau obat untuk penelitian. (D,W)

### **Standar PKPO 6.1**

Proses pemberian obat termasuk proses verifikasi apakah obat yang akan diberikan telah sesuai resep/permintaan obat.

**Elemen Penilaian PKPO 6.1**

1. Ada regulasi verifikasi sebelum penyerahan obat kepada pasien yang meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan verifikasi sebelum obat diserahkan kepada pasien. (D,W,S)
3. Ada bukti pelaksanaan double check untuk obat yang harus diwaspadai (high alert). (D,O,W,S)

Agar obat diserahkan pada orang yang tepat, dosis yang tepat dan waktu yang tepat maka sebelum pemberian obat kepada pasien dilakukan telaah obat guna verifikasi kesesuaian obat\_dengan instruksi pengobatan.

**Standar PKPO 6.2**

Ada regulasi tentang obat yang dibawa oleh pasien ke rumah sakit untuk digunakan sendiri.

**Elemen Penilaian PKPO 6.2**

1. Ada regulasi pengobatan oleh pasien sendiri. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan pengobatan obat oleh pasien sendiri sesuai dengan regulasi. (D,W)
3. Ada proses monitoring terhadap pengobatan oleh pasien sendiri. (D,W)

**Standar PKPO 7**

Efek obat dan efek samping obat terhadap pasien dipantau.

**Elemen Penilaian PKPO 7**

1. Ada regulasi pemantauan efek obat dan efek samping obat serta dicatat dalam

status pasien. (lihat juga AP 2 EP 1). (R)

2. Ada bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat. (D,W)
3. Ada bukti pemantauan efek samping obat dan pelaporannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)

### **Standar PKPO 7.1**

Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pelaporan serta tindakan terhadap kesalahan penggunaan obat (medication error) serta upaya menurunkan angkanya.

### **Elemen Penilaian PKPO 7.1**

1. Ada regulasi medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)
2. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera. (D,W)
3. Ada bukti instalasi farmasi mengirimkan laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit. (D,W)
4. Ada bukti tim keselamatan pasien rumah sakit menerima laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) dan mencari akar masalah atau investigasi sederhana, solusi dan tindak lanjutnya, serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. (lihat juga PMKP 7). (D,W)

5. Ada bukti pelaksanaan rumah sakit melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (medication error). (lihat juga PMKP 7 EP 1).(D,W)

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan dan menjelaskan kualitas atau keistimewaan dari pengaruh sosial yang tidak dapat dijelaskan, diukur atau digambarkan melalui pendekatan kuantitatif (14). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.

### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1. Lokasi**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan. Pemilihan lokasi ini didasarkan atas pertimbangan belum pernah dilakukan penelitian yang sama dengan penelitian ini, Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan wajib mengikuti akreditasi setiap 3 (tiga) tahun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dan menjalankan amanah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sebelumnya di tahun

2012 Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan telah lulus penuh akreditasi tingkat lengkap 16 (enam belas) pelayanan dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2007 dan 5 April 2016 telah lulus PARIPURNA dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan saat ini Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan mempersiapkan diri untuk dinilai oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 yang berfokus pada *input / struktur, proses, dan hasil / outcome* dalam pemenuhan elemen penilaian yang dilengkapi dengan RDOWS (Regulasi, Dokumen bukti implementasi, Observasi pelaksanaan regulasi oleh civitas Hospitalia, Wawancara dengan pelaksana asuhan dan pasien atau keluarga, dan Simulasi pelaksanaan SPO).

### **3.2.2. Waktu**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – April tahun 2019.

### **3.3. Informan**

Informan dalam penelitian ini diambil secara *purposive sampling*. Teknik pengambilan sampel *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu (15). Cara pemilihan partisipan pada penelitian ini tidak diarahkan pada jumlah tetapi berdasarkan pada asas kesesuaian dan kecukupan sampai mencapai saturasi data. Informan diambil untuk setiap unit terkait masing-masing minimal 1 (satu) informan dimana informan tersebut ialah yang paling memegang peranan penting dan pucuk dari sebuah unit tersebut (14).



Informan yang akan dilibatkan sebagai sumber data dalam penelitian analisis tingkat pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dan disesuaikan dengan keterlibatan peranan didalam standar sesuai dengan topik penelitian yang diangkat yaitu Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan, diantaranya adalah Komite Medis, Komite PMKP, Komite Farmasi dan Terapi, Apoteker Penanggungjawab, TTK, Kepala Unit/Instalasi Pelayanan, DPJP/Staf Medis, Staf Keperawatan, Bidang Keperawatan.

**Tabel 3.1 Pemilihan Unit Sebagai Informan terkait PKPO**

NO	STANDAR	INFORMAN
1.	PKPO 1 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker
2.	PKPO 1 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker
3.	PKPO 1 EP 4	Kepala Instalasi Farmasi Kainstalwatlan Kainstalwatlan
4.	PKPO 1 EP 5	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
5.	PKPO 1 EP 6	TFT TTK
6.	PKPO 2 EP 2	TFT Kepala Instalasi Farmasi
7.	PKPO 2 EP 3	TFT Kepala Instalasi Farmasi TTK
8.	PKPO 2 EP 4	TFT TTK
9.	PKPO 2.1 EP 2	Bag.Pengadaan Farmasi Kepala Instalasi Farmasi

NO	STANDAR	INFORMAN
		TTK O = Akan dilihat Insfar dan Bagian Pengadaan
10.	PKPO 2.1.1 EP 2	TTK STAF RJ & RI (Dokter dan Perawat)
11.	PKPO 2.1.1 EP 3	TTK TUR Pengadaan
12.	PKPO 3 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
13.	PKPO 3 EP 3	1. Kepala Instalasi Farmasi 2. TTK 3. Staf Unit Terkait 4. Gudang Farmasi 5. Perawat RI RJ
14.	PKPO 3 EP 4	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker
15.	PKPO 3 EP 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi Farmasi</li> <li>• Apoteker</li> <li>• Staf Sistem Informasi Apotek</li> </ul>
16.	PKPO 3.1 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi TTK
17.	PKPO 3.1 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi TTK
18.	PKPO 3.2 EP 2 PKPO 3.2 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
19.	PKPO 3.3 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
20.	PKPO 3.3 EP 3 PKPO 3.3 EP 6	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK Staf Gudang Farmasi
21.	PKPO 3.3 EP 4	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
22.	PKPO 3.3 EP 5	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
23.	PKPO 3.4 EP 2 PKPO 3.4 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi Perawat

NO	STANDAR	INFORMAN
		Apoteker TTK
24.	PKPO 3.5 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
25.	PKPO 3.5 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
26.	PKPO 4 EP 2	Staf Medis Perawat Apoteker
27.	PKPO 4 EP 3	Perawat Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
28.	PKPO 4.1 EP 2	TFT Dokter Perawat Kepala Instalasi Farmasi Apoteker
29.	PKPO 4.1 EP 3	TFT Kepala Instalasi Farmasi TTK
30.	PKPO 4.1 EP 4	TFT Kepala Instalasi Farmasi TTK
31.	PKPO 5 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi
32.	PKPO 5 EP 3	Apoteker TTK  O : Akan dilihat ruang pencampuran obat
33.	PKPO 5.1 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
34.	PKPO 5.1 EP 3 PKPO 5.1 EP 4	Kepala Instalasi Farmasi Perawat RI RJ Apoteker TTK
35.	PKPO 5.1 EP 5	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
36.	PKPO 5.1 EP 6	Perawat

NO	STANDAR	INFORMAN
		Apoteker
37.	PKPO 6 EP 2	Staf Klinis Kepala Instalasi Farmasi Apoteker Staf Farmasi
38.	PKPO 6 EP 3	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
39.	PKPO 6.1 EP 2	Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
40.	PKPO 6.1 EP 3	Perawat Apoteker Klinis
41.	PKPO 6.2 EP 2	Perawat Apoteker Klinis
42.	PKPO 6.2 EP 3	Farmasi klinis Perawat
43.	PKPO 7 EP 2	Perawat Farmasi Klinis
44.	PKPO 7 EP 3	TFT Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
45.	PKPO 7.1 EP 2	Komite Medis TFT Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
46.	PKPO 7.1 EP 3	Komite PMKP Kepala Instalasi Farmasi Apoteker TTK
47.	PKPO 7.1 EP 4	TFT Komite PMKP Tim FMEA
48.	PKPO 7.1 EP 5	Komite Medis TFT Kepala Instalasi Farmasi Apoteker

### 3.4. Fokus Penelitian

Penetapan fokus penelitian pada penelitian kualitatif bertujuan untuk membatasi studi, dalam hal ini membatasi penggunaan teori hanya pada yang sesuai dengan masalah yang diteliti dan untuk memenuhi kriteria inklusi seperti perolehan data yang baru di lapangan. Dengan adanya fokus penelitian, maka peneliti akan memiliki panduan mana data yang perlu dikumpulkan dan mana data yang tidak perlu dimasukkan.

Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan merupakan program yang mengalami perubahan nama yang sebelumnya adalah standar manajemen dan penggunaan obat (MPO). Program tersebut juga merupakan syarat yang harus diterapkan di rumah sakit yang akan diakreditasi. Untuk itu sebagai langkah awal, rumah sakit melakukan persiapan dalam rangka Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017. Tahap persiapan yang dilakukan adalah : 1) Mengikuti pelatihan/*workshop* berkaitan dengan pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat; 2) Membentuk Komite/Tim Farmasi dan Terapi; 3) Pemenuhan dokumen yang diperlukan; 4) Persiapan sarana prasarana; 5) Sosialisasi SPO yang sudah terbentuk; 6) Monitoring/ evaluasi implementasi dengan melakukan *assessment internal* atau formulir pelaksanaan.

Berdasarkan hal-hal tersebut, peneliti mengarahkan fokus penelitian pada :

1. Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017.
2. Monitoring pemenuhan standar dalam bentuk pemenuhan R,D,O,W,S sesuai dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017.

### **3.5. Fenomena Penelitian**

Sesuai dengan fokus penelitian, maka penelitian ini akan menitikberatkan pada hal berikut, yaitu :

- (1) Tingkat pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat
  - a. Pengertian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat
  - b. Perencanaan pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di instalasi farmasi dan unit terkait di rumah sakit.
- (2) Pemenuhan dokumen sesuai dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 yaitu sesuai permintaan setiap standar R,D,O,W, dan S, yang dijabarkan dari PKPO 1 s/d 7.

Penilaian pemenuhan dokumen mengacu kepada Pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 adalah sebagai berikut :

1. Pemberian skoring :
  - a. Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10
  - b. Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian
  - c. Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab

d. Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP.

2. Selama survei dilapangan :

Setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut :

- a. Skor 10 (terpenuhi/ lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80 %
- b. Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20 – 79 %
- c. Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20 %

2. Menentukan Skor yang Tepat :

- a. Skor **“Terpenuhi Lengkap”** Suatu EP dikatakan “terpenuhi lengkap bila jawabannya adalah “ya” atau “selalu” untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut :
  - Pengamatan negatif tunggal tidak selalu menghalangi perolehan skor “terpenuhi lengkap”.
  - Bila capaian 80% atau lebih dari semua observasi atau pencatatan (contohnya, 8 dari 10) terpenuhi
  - Rentang implementasi yang berhubungan dengan skor “terpenuhi lengkap” adalah sebagai berikut :
    - Kepatuhan sejak 12 bulan sebelumnya pada survei ulang
    - Kepatuhan sejak 3 bulan sebelumnya pada survei awal

- Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha peningkatan mutu digunakan untuk menilai kepatuhan.

b. Skor **“Terpenuhi Sebagian”** Suatu EP dinilai “terpenuhi sebagian” apabila jawabannya adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dari EP tersebut.

Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut :

- Bila capaian 21% sampai 79% (contohnya, 3 sampai 7 dari 10) pencatatan atau observasi menunjukkan kepatuhan.
- Temuan EP sebelumnya dinilai “tidakterpenuhi” pada survei awal atau survei ulang ataupun survei terfokus, dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21 % sampai 79%.
- Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/departemen/unit dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku. (seperti misalnya ditemukan kepatuhan di unit di rawat inap, namun tidak di unit rawat jalan, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari (*daysurgery*), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi).
- Bila pada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan, dan paling sedikit 21% - 79 % persyaratan tersebut sudah terpenuhi.
- Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan, dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang



implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai “terpenuhi lengkap”.

- Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan.

c. Skor **“Tidak Terpenuhi”** Suatu EP dinilai “tidak terpenuhi” apabila jawabannya adalah “jarang” atau “tidak pernah” untuk suatu persyaratan spesifik pada EP.

Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut :

- Bila capaian kurang dari 21 % (contohnya, kurang dari 2 dari 10) pencatatan atau observasi yang menunjukkan kepatuhan.
- Terdapat temuan “tidak terpenuhi” untuk EP selama survei lengkap atau survei terfokus, ataupun survei lanjutan lainnya, dan temuan dari pengamatan terkini adalah kepatuhan kurang dari 21 %.
- Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan.
- Suatu kebijakan atau proses telah dibuat namun belum diterapkan.
- Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” adalah sebagai

berikut :

- Persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi sepenuhnya”; namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 5 bulan pada survei ulang dan kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal.

- Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha perbaikan digunakan sebagai penilaian kepatuhan.
- Bila suatu EP dalam satu standar mendapat skor “tidak terpenuhi” dan beberapa atau EP lain bergantung pada EP yang mendapat skor “tidak terpenuhi” ini, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama tersebut mendapat skor “tidak terpenuhi”.

Tingkat Kepatuhan Kepatuhan terhadap persyaratan dalam EP dicatat sebagai angka (persentase) kepatuhan yang diperlihatkan oleh rumah sakit. Kepatuhan ditulis dalam bentuk “positif” (contohnya, kepatuhan terhadap 20% persyaratan). Panduan penentuan skor ditulis dalam kalimat positif, yang merupakan persentase kepatuhan yang dibutuhkan untuk memperoleh skor “terpenuhi lengkap” (80% atau lebih), “terpenuhi sebagian (21–79%), atau tidak terpenuhi (kurang dari 21%). Apabila memungkinkan, kepatuhan yang diperlihatkan dilaporkan sebagai “tingkat kepatuhan” (%), yang menunjukkan persentase kepatuhan yang ditampilkan.

d. Skor **“Tidak Dapat Diterapkan”** (TDD)

Suatu EP mendapat skor “tidak dapat dinilai” apabila persyaratan dalam EP tidak dapat dinilai karena tidak tercakup dalam pelayanan rumah sakit, populasi pasien, dan sebagainya (contohnya, rumah sakit tidak melakukan penelitian).

### **3.6. Jenis dan Sumber Data**

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari informan berupa informasi, kata-kata atau tindakan yang diperoleh melalui observasi dan wawancara. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh melalui laporan-laporan, buku- buku, catatan, arsip, gambar, dokumentasi pribadi dan resmi dan sebagainya.

### **3.7. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Pada penelitian kualitatif, instrumen utama penelitiannya adalah peneliti sendiri dengan menggunakan *self assesment* PKPO dan alat bantu pedoman wawancara.

### **3.8. Metode Pengumpulan Data**

#### (1) Pengumpulan data primer

Teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap para informan. Data primer yang akan digali dalam teknik wawancara mendalam ini adalah bagaimana proses Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan. Wawancara dilakukan melalui pertanyaan tak terstruktur, dalam hal ini informan tidak ditempatkan sebagai objek penelitian, akan tetapi sebagai subjek penelitian, dimana informan diberikan kebebasan untuk menceritakan apa

saja tanpa dibatasi oleh pilihan jawaban oleh peneliti. Akan tetapi, diupayakan untuk tidak menyimpang dari pedoman penelitian yang ada.

#### (2) Pengumpulan data sekunder

Cara kerja yang dilakukan, pertama adalah penelusuran dokumen, dimana adanya pengumpulan berbagai keterangan dan informasi yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti, seperti melalui penelusuran kepustakaan yang berkaitan dengan pelaksanaan Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.

### **3.9. Metode Analisis Data**

Pada penelitian ini akan dianalisis dengan menggunakan analisis data kualitatif sesuai dengan konsep Spradley. Analisis data dalam penelitian kualitatif merupakan hal yang agak rumit karena variasi data yang cukup banyak dan belum ada pola yang baku. Menurut Bogdan, yang dikutip oleh Sugiyono (2010), analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari dan membuat kesimpulan yang dapat diceriterakan kepada orang lain.

Menurut Sugiyono (2010), dalam pengujian keabsahan data, metode penelitian kualitatif menggunakan istilah yang berbeda dengan penelitian kuantitatif. Jadi uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* / kredibilitas, *transferability* / keteralihan, *dependability (auditability)* / keandalan dan *confirmability* / dapat dikonfirmasi. Uji *credibility* / kredibilitas data dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya yaitu dengan cara triangulasi dimana peneliti memilih triangulasi teknik. Triangulasi Teknik untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misalnya data diperoleh dengan melihat Regulasi lalu dokumen, dicek dengan observasi, lalu wawancara, disesuaikan dengan simulasi. Bila dengan tiga teknik pengujian kredibilitas data tersebut, menghasilkan data yang berbeda-beda, maka peneliti melakukan diskusi lebih lanjut kepada sumber data yang bersangkutan atau yang lain, untuk memastikan data mana yang dianggap benar. Atau mungkin semuanya benar, karena sudut pandangnya berbeda-beda.

Tabel 3.2 DAFTAR REGULASI PKPO

PKPO	STANDAR	EP	L / TL
<b>REGULASI UNIT KERJA</b>			
<input type="checkbox"/> Pedoman pengorganisasian di masing-masing unit/departemen pelayanan	TKRS 9	EP 1	L
<input type="checkbox"/> Regulasi tentang organisasi pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh	PKPO 1	EP 1	L
<b>PEDOMAN PELAYANAN</b>			
<b>❖ PENGADAAN</b>			
<input type="checkbox"/> • Regulasi tentang pengadaan sediaan Farmasi, alat kesehatan dan BMHP	PKPO 2.1	EP 1	L
<input type="checkbox"/> • Pedoman tentang pengadaan bila stok kosong/tidak tersedianya	PKPO 2.1.1	EP 1	L
<b>❖ PENYIMPANAN</b>			
<input type="checkbox"/> • Pedoman tentang pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP	PKPO 3	EP 1	L
<input type="checkbox"/> • Regulasi tentang proses larangan penyimpanan elektrolit konsentrat	PKPO 3.1	EP 1	L
<input type="checkbox"/> • Pedoman tentang pengelolaan obat emergensi di unit-unit layanan	PKPO 3.4	EP 1	L
<input type="checkbox"/> • Pedoman tentang penyimpanan obat khusus: a) produk nutrisi; b) obat dan bahan radioaktif; c) obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin memiliki risiko terhadap keamanan; d) obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain; e) obat yang digunakan untuk penelitian	PKPO 3.1	EP 1	L
<input type="checkbox"/> • Regulasi tentang penarikan kembali dan pemusnahan sediaan farmasi	PKPO 3.5	EP 1	L
<b>❖ PERSIAPAN DAN PENYERAHAN</b>			
<input type="checkbox"/> • Pedoman tentang penyiapan dan	PKPO 5	EP 1	L

	penyerahan obat			
<input type="checkbox"/>	• Regulasi tentang keseragaman sistem penyiapan dan penyerahan obat di RS	PKPO 5.1	EP 1	L
<input type="checkbox"/>	• Regulasi staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat	PKPO 6	EP 1	L
<input type="checkbox"/>	• Regulasi tentang verifikasi sebelum penyerahan obat: a) identitas pasien; b) nama obat; c) dosis; d) rute pemberian; dan e) waktu pemberian	PKPO 6.1	EP 1	L
<input type="checkbox"/>	• Regulasi tentang pengobatan sendiri oleh pasien	PKPO 6.2	EP 1	L
	❖ <b>PEMANTAUAN</b>			
<input type="checkbox"/>	Regulasi tentang pemantauan dan pencatatan Efek obat dan ESO	PKPO 7	EP 1	L
	<b>TIM FARMASI DAN TERAPI</b>			
<input type="checkbox"/>	Dokumen tentang pembentukan organisasi penyusun Formularium (komite/panitia Farmasi dan Terapi) dan ketetapannya	PKPO 2	EP 1	L
	<b>REGULASI LAIN</b>			
<input type="checkbox"/>	Pedoman tentang pengaturan bahan berbahaya/narkotika/psikotropika	PKPO 3.1	EP 1	L
	<b>PERESEPAN</b>			
<input type="checkbox"/>	Pedoman tentang permintaan obat/pereseapan dan instruksi pengobatan	PKPO 4	EP 1	L
<input type="checkbox"/>	Pedoman/ panduan tentang syarat elemen kelengkapan resep a s/d g, dan langkah-langkah untuk menghindari kesalahan pengelolaan pereseapan	PKPO 4.1	EP 1	L
	<b>PATIENT SAFETY</b>			
<input type="checkbox"/>	Regulasi tentang <i>medication safety</i>	PKPO 7.1	EP 1	L

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Rumkit Tk II Putri Hijau**



Gambar 4.1 Rumah Sakit Tk II Putri Hijau

##### **4.1.1 Latar Belakang**

Setelah masa kemerdekaan Tahun 1945 banyak anggota tentara maupun keluarganya yang mengalami sakit dan berdomisili di Medan memanfaatkan fasilitas kesehatan rumah sakit swasta yang ada disekitar medan. Karena rumah sakit tentara satu-satunya yang ada di Sumatera Utara hanya ada di Pematang Siantar (merupakan peninggalan tentara Belanda) sementara jumlah anggota



yang memanfaatkan fasilitas kesehatan ini terus bertambah dari hari kehari, untuk itu para pejuang kemerdekaan maupun dokter tentara yang ada di Medan berpikir perlu adanya fasilitas kesehatan (Rumah sakit) khusus tentara di Kota Medan ini. Pada tahun 1950 atas prakarsa dokter militer yang diketuai Letkol dr. Moh Majoedin mendirikan sebuah Tempat Perawatan Asrama (TPA) yang berlokasi di Jalan Banteng 2A Medan. TPA ini dipergunakan untuk merawat anggota Tentara maupun keluarga yang menderita penyakit ringan, sedangkan untuk penyakit berat dirawat di RST P. Siantar. TPA ini memiliki fasilitas 10 tempat tidur, laboratorium kecil, kamar obat, kamar suntik, kamar bedah kecil serta dapur.

Pada tahun 1951 Letkol Dr. Moh Majoedin sekaligus selaku Kepala Dinas Kesehatan TK I menerima penyerahan 4 buah bangsal Rumah Sakit *Verenigde Deli Maatschapy* (VDM), yaitu RS PTPN II sekarang ( Dahulu RS PTP IX / Tembakau Deli ) yang sebelumnya dipergunakan oleh Belanda untuk merawat Tentara Belanda yang sakit dan berlokasi di Jalan Putri Hijau Medan. Dengan diserah terimaknya VDM tersebut maka TPA berubah menjadi satu Tempat Perawatan Tentara (TPT). Tiga tahun setelah berdirinya Rumkit Tk II Putri Hijau Medan mengirimkan personilnya untuk mendukung operasi DI/TII (1953), tahun berikutnya sebagai Team Kesehatan PON III (1954), dukungan kesehatan pada operasi PRRI (1957), Team Kesehatan Pekan Olah raga Mahasiswa (1960), sebagai Duta Perdamaian PBB dengan turut serta dalam Kontingen Garuda III ke Kongo (1963), Operasi PGRS/Paraku Kalbar (1973), Operasi Timor Timur (1976-1998) dan operasi Militer di DI Aceh serta

penanganan korban Gempa Bumi & Tsunami Aceh – Nias (2004). Sampai saat sekarang ini Rumkit Tk II Putri Hijau Medan telah dipimpin oleh 22 Kepala Rumah Sakit.

**Tabel 4.1 Nama - Nama Kepala Rumkit Tk II Putri Hijau Medan**

1) Letkol Ckm dr. Moh Majoedin	Tahun 1950 – 1951
2) Kapten Ckm dr. Soeparsono	Tahun 1951 – 1954
3) Mayor Ckm dr. Sadjiman	Tahun 1954 – 1955
4) Mayor Ckm dr. Haroen Soerono	Tahun 1955 – 1956
5) Mayor Ckm dr. Soetrisno	Tahun 1956
6) Mayor Ckm dr. Nazaruddin	Tahun 1956 – 1960
7) Mayor Ckm dr. H. Odon	Tahun 1960
8) Letkol Ckm dr. R. M. Haryono	Tahun 1960 – 1971
9) Letkol Ckm dr. S. Chandra	Tahun 1971 – 1975
10) Letkol Ckm dr. H. P. Marpaung	Tahun 1975 – 1986
11) Kolonel Ckm dr. Leksono Poeranto,SpA	Tahun 1986 – 1992
12) Kolonel Ckm dr. Zainal Abidin,SpB	Tahun 1992 – 1995
13) Kolonel Ckm dr. Syafruddin Nst	Tahun 1995 – 1997
14) Kolonel Ckm dr. M. Abrar Daniel,SpM	Tahun 1997 – 1998
15) Kolonel Ckm dr. Jarudi Sinaga,SpP	Tahun 1998 – 1999
16) Kolonel Ckm dr. Asdom,SpPK	Tahun 2000 – 2002
17) Kolonel Ckm dr. Hondo Supeno,SpR	Tahun 2002 – 2003
18) Kolonel Ckm dr. Said Zulfikri	Tahun 2003 – 2004
19) Kolonel Ckm dr. Tjahaya Indra Utama,SpAn	Tahun 2004 – 2006
20) Kolonel Ckm (K) dr. Titut Sri Endartini,MARS	Tahun 2006 – 2010
21) Kolonel Ckm dr. Dubel Meriyenes, Sp.B	Tahun 2010 – 2011
22) Kolonel Ckm dr. Moch.Munif	Tahun 2011 – 2013
23) Kolonel Ckm dr. Chairul Akmal, Sp.THT	Tahun 2013 – 2014
24) Kolonel Ckm dr. Sukirman, Sp.KK.M.Kes	Tahun 2014 – 2015
25) Kolonel Ckm dr. Sutan Bangun, Sp.B	Tahun 2016 – 2017
26) Kolonel Ckm dr. Farhaan Abdullah, Sp.THT-KL	Tahun 2017 – 2019
27) Kolonel Ckm Dr. dr.Khairul Ihsan, Sp.BS	Tahun 2019 – sekarang

Berdasarkan Peraturan Kasad Nomor Perkasad/265/XII/2007 tanggal 31 Desember 2007 tentang DSPP Kesdam, termasuk didalamnya Rumkit Tk II Tugas

Pokok Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB yaitu menyelenggarakan fungsi kuratif dan rehabilitasi medik, preventif terbatas, dukungan kesehatan terbatas, secara terus menerus di wilayah medan pada khususnya dan wilayah Kodam I/BB pada umumnya dalam rangka mendukung tugas pokok Kodam I/BB, sedangkan dengan adanya kapasitas lebih Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB juga memberikan pelayanan kesehatan bagi Purnawirawan TNI/Veteran, Pensiunan PNS serta keluarganya dengan fasilitas Askes dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat umum.

Dalam menghadapi era globalisasi, Rumah Sakit Tk II Putri Hijau menghadapi tantangan persaingan yang cukup berat, baik terhadap Rumah Sakit Swasta maupun Rumah Sakit Pemerintah atau Rumah Sakit milik asing yang didirikan di Indonesia, secara geografis Rumah Sakit Tk II Putri Hijau merupakan Rumah Sakit Rujukan tertinggi di wilayah Barat Indonesia maupun sebagai Rumah Sakit Integrasi.

Untuk menjawab tantangan era globalisasi Pemerintah telah mengeluarkan Undang- Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, serta Peraturan Pemerintah No.32 tahun 1966 tentang Tenaga Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 775/Menkes/Per/IV/2011 tentang pedoman penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

#### **4.1.2 Tujuan**

Profil ini dibuat sebagai gambaran sekaligus fakta sejarah berdirinya rumah sakit, juga untuk memotivasi seluruh personil TNI dan PNS TNI beserta

keluarganya guna lebih mengenal, merasa memiliki dan peduli terhadap perkembangan Rumah Sakit yang menjadi kebanggaan bersama warga TNI.

**a. Tujuan Umum**

Memberikan gambaran secara umum tentang kondisi, kemampuan, pelayanan di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB serta perkembangannya.

**b. Tujuan khusus**

Memberikan informasi dan kesempatan seluas-luasnya kepada masyarakat umum untuk lebih mengenal dan memanfaatkan Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB sebagai fasilitas kesehatan.

**4.1.3 Letak Gografis**

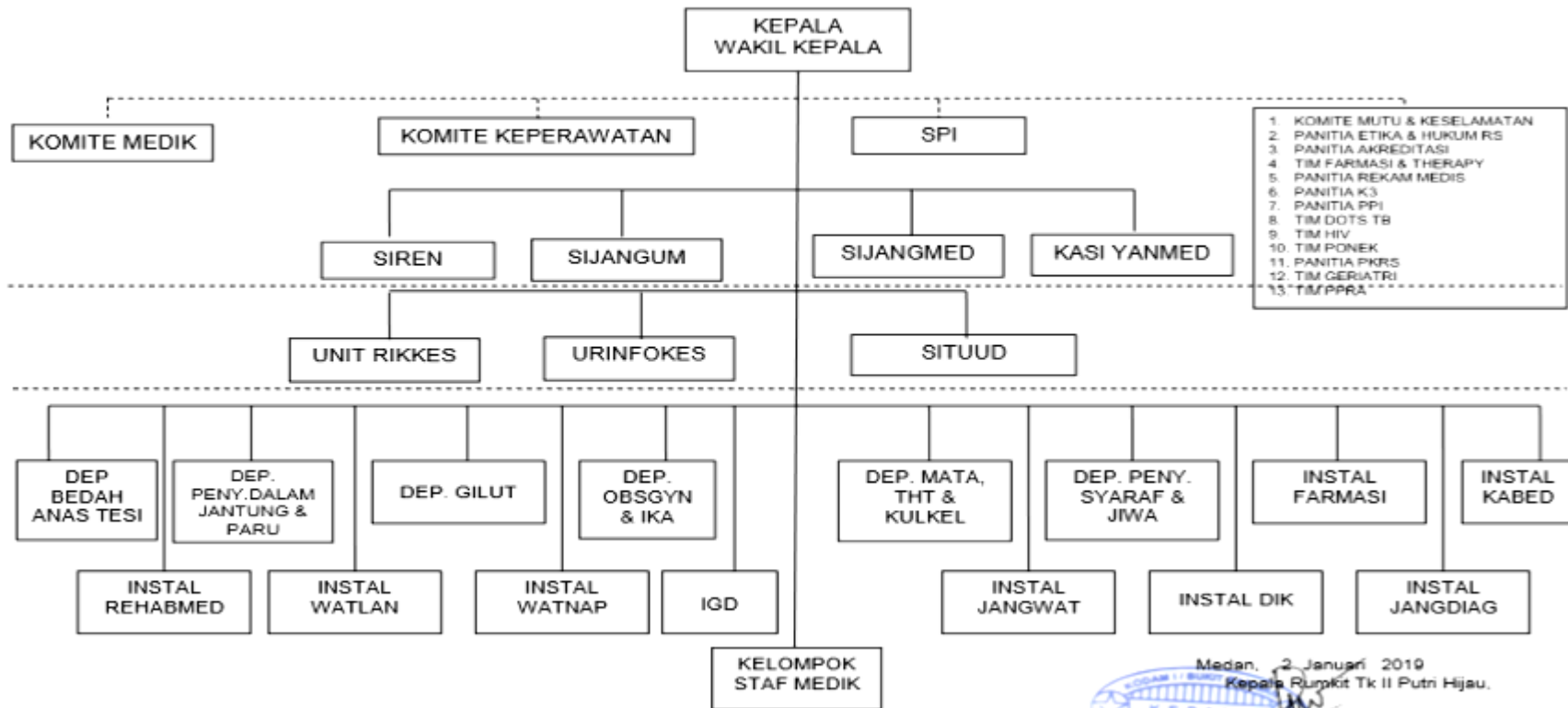
Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB beralamat di Jl. Putri Hijau No. 17 Kel. Kesawan Kecamatan Medan Barat Kodya Medan Sumatera Utara, tepatnya pada pada 3°-35' Lintang Utara dan 98° 40' Bujur Timur. Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB berdiri diatas lahan dengan Luas tanah 43.434 m<sup>2</sup> (sesuai sertifikat BPN Sumut Nomor 02.01.01.03.1.01648) san Luas bangunan 18.293,2 m<sup>2</sup>.

## 4.2 Struktur Organisasi

### 4.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Tk. II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan

KESEHATAN DAERAH MILITER I/BUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TINGKAT II 01.05.01 PUTRI HIJAU

#### STRUKTUR ORGANISASI RUMKIT TK II 01.05.01 KESDAM I/BB



Medan, 2 Januari 2019

Kepala Rumkit Tk II Putri Hijau,

dr. Sutah Bangun, SpB  
Kolone! Rkm NRP 343588



#### 4.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan

KESEHATAN DAERAH MILITER I/ BUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU

LAMPIRAN A  
SURAT PERINTAH KARUMKIT TK II PUTRI HIJAU  
NOMOR : Sprin/ /I/ 2018  
TANGGAL : Januari 2018

##### STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU



Medan, Januari 2018



dr. Farhaan Abdullah, Sp.THT  
Kolonel Ckm NRP 1920000240161

**4.3. Rekapitulasi Kegiatan Berkaitan Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat dalam SNARS Versi 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.**

**Matriks 4.1. Rekapitulasi Kegiatan Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat dalam SNARS Versi 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.**

<b>Tanggal</b>	<b>Jenis kegiatan</b>	<b>Keterangan</b>
28/03/2019	Telusur Standar PKPO 1 EP 1-6	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
29/03/2019	Telusur Standar PKPO 2 EP 1-4	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
30/03/2019	Telusur Standar PKPO 2.1 EP 1-3	<u>Hasil</u> EP 1 Terpenuhi Lengkap <b>EP 2 Terpenuhi Sebagian</b> <b>EP 3 Terpenuhi Sebagian</b>
01/04/2019	Telusur Standar PKPO 2.1.1 EP 1-3	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
02/04/2019	Telusur Standar PKPO 3 EP 1-5	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
04/04/2019	Telusur Standar PKPO 3.1 EP 1-4	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
08/04/2019	Telusur Standar PKPO 3.2 EP 1-3	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
09/04/2019	Telusur Standar PKPO 3.3 EP 1-6	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap EP 3 TDD EP 6 TDD
10/04/2019	Telusur Standar PKPO 3.4 EP 1-3 Telusur Standar PKPO 3.5 EP 1-3	<u>Hasil</u> PKPO 3.4 Terpenuhi Lengkap PKPO 3.5 EP 1 Terpenuhi Lengkap EP 2 Terpenuhi Lengkap <b>EP 3 Terpenuhi Sebagian</b>

**Matriks 4.1. (Lanjutan)**

<b>Tanggal</b>	<b>Jenis kegiatan</b>	<b>Keterangan</b>
11/04/2019	Telusur Standar PKPO 4 EP 1-4	<u>Hasil</u>
	Telusur Standar PKPO 4.1 EP 1-4	PKPO 4 EP 1 Terpenuhi Lengkap EP 2 Terpenuhi Lengkap <b>EP 3 Terpenuhi Sebagian</b> EP 4 Terpenuhi Lengkap PKPO 4.1 Terpenuhi Lengkap
15/04/2019	Telusur Standar PKPO 4.2 EP 1-3	<u>Hasil</u>
	Telusur Standar PKPO 4.3 EP 1-2	Terpenuhi Lengkap
16/04/2019	Telusur Standar PKPO 5 EP 1-4	<u>Hasil</u>
		PKPO 5 EP 1 Terpenuhi Lengkap <b>EP 2 Terpenuhi Sebagian</b> EP 3 TDD <b>EP 4 Terpenuhi Sebagian</b>
18/04/2019	Telusur Standar PKPO 5.1 EP 1-6	<u>Hasil</u>
		PKPO 5.1 EP 1 Terpenuhi Lengkap EP 2 Terpenuhi Lengkap EP 3 Terpenuhi Lengkap EP 4 Terpenuhi Lengkap <b>EP 5 Terpenuhi Sebagian</b> EP 6 Terpenuhi Lengkap
20/04/2019	Telusur Standar PKPO 6 EP 1-3	<u>Hasil</u>
	Telusur Standar PKPO 6.1 EP 1-3	Terpenuhi Lengkap
22/04/2019	Telusur Standar PKPO 6.2 EP 1-3	<u>Hasil</u>
	Telusur Standar PKPO 7 EP 1-3	Terpenuhi Lengkap
23/04/2019	Telusur Standar PKPO 7.1 EP 1-5	<u>Hasil</u> Terpenuhi Lengkap
24/04/2019	Observasi PKPO 1 s/d 7	<u>Hasil</u>
		PKPO 1 EP 4 TL PKPO 2.1 EP 2 TS PKPO 3.1 EP 2 TL EP 3 TL PKPO 3.2 EP 2 TL EP 3 TL



**Matriks 4.1. (Lanjutan)**

<b>Tanggal</b>	<b>Jenis kegiatan</b>	<b>Keterangan</b>
		PKPO 3.3 EP 2 TL
		EP 3 TDD
		EP 4 TL
		EP 5 TL
		EP 6 TDD
		PKPO 3.4 EP 2 TL
		EP 3 TL
		PKPO 4 EP 2 TL
		EP 4 TL
		PKPO 5 EP 3 TDD
		EP 4 TS
		PKPO 5.1 EP 3 TL
		EP 6 TL
		PKPO 5.1 EP 3 TL

Dari uraian di atas terlihat sudah dilaksanakan kegiatan Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat dalam SNARS Versi 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan. Hasil Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat dalam SNARS Versi 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan dalam rangka persiapan menghadapi akreditasi sesuai Standar Nasional Akreditasi RS Versi 2017 terlihat 70 EP Terpenuhi Lengkap, 7 EP Terpenuhi Sebagian dan 3 EP Tidak Dapat Diterapkan. Terlihat juga komitmen bersama yang dari mulai mengikuti pelatihan, pembentukan Tim Farmasi dan Terapi, sosialisasi Permenkes No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di RS, pembentukan SPO dan pedoman, revisi berkas rekam medis, sosialisasi/ diklat internal dan evaluasinya beserta monitoring pemenuhan dokumen.

#### 4.4. Perhitungan Tingkat Pemenuhan/Pencapaian Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam SNARS 2017

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pemenuhan standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan adalah sebagai berikut :

Instrumen penelitian menggunakan *self assesmen* dari KARS

##### Nilai setiap Elemen Penilaian (EP)

TL (Terpenuhi Lengkap)	: 10
TS (Terpenuhi Sebagian)	: 5
TT (Tidak Terpenuhi)	: 0
TDD (Tidak dapat diterapkan)	: Tidak terhitung

##### RUMUS :

$$\text{Capaian PKPO} = \left( \frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh} : \text{Jumlah nilai keseluruhan standar tanpa TDD}}{\text{Jumlah nilai keseluruhan standar tanpa TDD}} \right) \times 100 \%$$

##### Hasil :

##### Matriks 4.2. Perhitungan Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam SNARS 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB

Jumlah standar	=	21
Jumlah Elemen Penilaian (EP)	=	80
Jumlah TDD	=	3 EP $\rightarrow$ 3 x 10 = 30
Jumlah pembagi atau keseluruhan EP yang masuk penilaian	=	(80 EP x 10) – 30 = 800 – 30 = 770
Jumlah Nilai 10 (TL)	=	70 EP $\rightarrow$ 70 x 10 = 700
Jumlah Nilai 5 (TS)	=	7 EP $\rightarrow$ 7 x 5 = 35
<b>Persentase Capaian PKPO :</b>	<b>=</b>	<b><math>\frac{735}{770} \times 100 \% = 95,45 \% \rightarrow</math> LULUS (<math>\geq 80\%</math>)</b>

**Matriks 4.3. Penilaian Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam SNARS 2017 di Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB**

Catatan : Yang mendapat rekomendasi hanya nilai dibawah 10

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
PKPO.1	1	Ada regulasi organisasi yang mengelola pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh atau mengarahkan semua tahapan pelayanan obat aman sesuai dengan peraturan perundang -undangan (R)	10	Ada kebijakan, pedoman pelayanan, program kerja dan pedoman pengorganisasian		95.45%
	2	Ada bukti seluruh apoteker memiliki ijin dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya (D,W)	10	Semua apoteker memiliki SIPA dan STRA dan melakukan supervisi penugasan klinisnya		
	3	Ada bukti pelaksanaan sekurang - kurangnya satu kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir. (D,W)	10	Ada bukti Review tahunan kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat oleh Kepala Instalasi Farmasi		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	4	Ada bukti sumber informasi obat yang tepat, terkini, dan selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat. (D,O,W)	10	Ada disediakan ISO terupdate dan Formularium rumah sakit yang terupdate disemua unit pelayanan		
	5	Terlaksananya pelaporan kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)	10	Ada dilaksanakan pelaporan kesalahan penggunaan obat dalam insiden report dan laporan insiden ke Komite PMKP		
	6	Terlaksananya tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat untuk memperbaiki sistem manajemen dan penggunaan obat sesuai peraturan perundang-undangan. (D,W)	10	dilaksanakan tindak lanjut dalam investigasi sederhana dan RCA untuk perbaikan sistem manajemen dan penggunaan obat		
<b>PKPO.2</b>	1	Ada regulasi tentang organisasi yang menyusun formularium RS berdasar atas kriteria yang disusun secara kolaboratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	10	Ada dibentuk Tim Farmasi Terapi berdasarkan Sprint Kepala RS		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan apabila ada obat yang baru ditambahkan dalam formularium, maka ada proses untuk memantau bagaimana penggunaan obat tersebut dan bila terjadi efek obat yang tidak diharapkan, efek samping serta medication error. (D,W)	10	Ada dilakukan monitoring penambahan obat baru		
	3	Ada bukti implementasi untuk memantau kepatuhan terhadap formularium baik dari persediaan maupun penggunaannya. (D,W)	10	Ada dilakukan audit kepatuhan fornas dan ketersediaan stoknya		
	4	Ada bukti pelaksanaan formularium sekurang-kurangnya dikaji setahun sekali berdasar atas informasi tentang keamanan dan efektivitas. (D,W)	10	Ada bukti pengkajian formularium setahun sekali tiap akhir tahun		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
<b>PKPO.2.1</b>	1	Ada regulasi pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat juga TKRS 7). (R)	10	Ada pedoman dan SPO yang mengatur tentang pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti bahwa manajemen rantai pengadaan (supply chain management) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat juga TKRS 7.1). (D,O,W)	5	Ada dokumen bukti, hasil observasi dari 10 pemasok hanya 5 yang sudah melengkapi syarat supply chain management	Lengkapi syarat supply chain management untuk semua pemasok PBF dan PBAK	
	3	Ada bukti pengadaan obat berdasar atas kontrak (lihat juga TKRS 7). (D)	5	Ada bukti MoU tetapi dari 10 pemasok hanya 5 yang sudah diperpanjang dan masih aktif	Lengkapi perpanjangan MoU kepada PBF dan PBAK	
<b>PKPO.2.1.1</b>	1	Ada regulasi pengadaan bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan. (R)	10	Ada pedoman dan SPO bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan		
	2	Ada bukti pemberitahuan kepada staf medis serta saran substitusinya. (D,W)	10	Ada buku pencatatan konfirmasi staf medis serta saran substitusi ketidaktersediaan obat		
	3	Ada bukti bahwa staf memahami dan mematuhi regulasi tersebut. (D, W)	10	Ada catatan bila stok kosong dan rekapitulasinya dilaporkan kepada Kainstal		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
<b>PKPO.3</b>	1	Ada regulasi tentang pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, dan aman. (R)	10	Ada pedoman yang mengatur penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, dan aman		
	2	Ada bukti obat dan zat kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang terdiri atas isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus. (lihat juga MFK 5 EP 6). (D,W)	10	Obat dan zat kimia diberi label yang terdiri dari isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus		
	3	Ada bukti implementasi proses penyimpanan obat yang tepat agar kondisi obat tetap stabil, termasuk obat yang disimpan di luar instalasi farmasi. (D,W)	10	Ada pencatatan monitoring suhu ruangan dan tempat penyimpanan obat agar kondisi tetap stabil		
	4	Ada bukti pelaksanaan dilakukan supervisi secara teratur oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan obat dilakukan dengan baik. (D,W)	10	Ada pelaksanaan supervisi secara teratur oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan obat dilakukan dengan baik		
	5	Ada bukti pelaksanaan obat dilindungi dari kehilangan serta pencurian di semua tempat penyimpanan dan pelayanan.	10	Dilakukan pencatatan pada kartu stok, dan ada sistem Inventory obat lalu tersedia CCTV dalam setiap		



STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
		(D,W)		penyimpanan obat dan pelayanan farmasi		
PKPO.3.1	1	Ada regulasi pengaturan tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. ?	10	Ada pedoman B3, pedoman narkotika dan psikotropika		
	2	Ada bukti penyimpanan bahan berbahaya yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	B3 digudang dan di unit pelayanan disimpan sesuai regulasi dan ditempat terpisah/tersendiri		
	3	Ada bukti penyimpanan obat narkotika serta psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	Terlaksana penyimpanan obat narkotika serta psikotropika yang baik, benar, dan aman di lemari tersendiri yg kuat dan dua kunci yg berbeda dan sesuai ketentuan Permenkes RI Nomor 3 tahun 2015 tentang Peredaran, penyimpanan, pemusnahan, dan pelaporan narkotika, psikotropika, dan prekursor		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
				farmasi		
	4	Ada bukti pelaporan obat narkotika serta psikotropika secara akurat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (D,W	10	Dilakukan pelaporan narkotika dan psikotropika setiap bulan ke kemenkes melalui Aplikasi Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) dan ke Dinkes		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
<b>PKPO.3.2</b>	1	Ada regulasi rumah sakit tentang proses larangan menyimpan elektrolit konsentrat di tempat rawat inap kecuali bila dibutuhkan secara klinis dan apabila terpaksa disimpan di area rawat inap harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan. (lihat juga SKP 3.1). (R)	10	Ada panduan pengelolaan high alert medication dan SPO		
	2	Ada bukti penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	elektrolit konsentrat tinggi tersimpan secara baik dan benar sesuai regulasi		
	3	Elektrolit konsentrat diberi label obat yang harus diwaspadai (high alert) sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	elektrolit konsentrat tinggi diberikan label obat high alert		
<b>PKPO.3.3</b>	1	Ada regulasi pengaturan penyimpanan obat dengan ketentuan khusus meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)	10	Ada pedoman obat khusus sudah mencakup ketentuan butir a s/d e		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti penyimpanan produk nutrisi yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (lihat juga PAP 4). (O,W)	10	produk nutrisi tersimpan ditempat tersendiri dan sesuai dengan suhu dalam informasi obat		
	3	Ada bukti penyimpanan obat dan bahan radioaktif yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	TDD			
	4	Ada bukti penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	Ada penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap / karantina (rekonsiliasi obat)		
	5	Ada bukti penyimpanan obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	10	Ada lemari tersendiri untuk penyimpanan obat program pemerintah		
	6	Ada bukti penyimpanan obat yang digunakan untuk penelitian yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi. (O,W)	TDD			

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
<b>PKPO.3.4</b>	1	Ada regulasi pengelolaan obat emergensi yang tersedia di unit-unit layanan agar dapat segera dipakai untuk memenuhi kebutuhan darurat serta upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan. (R)	10	Ada pedoman dan SPO obat emergensi		
	2	Ada bukti persediaan obat emergensi lengkap dan siap pakai. (D,O,W)	10	ada daftar sediaan obat emergensi		
	3	Ada bukti pelaksanaan supervisi terhadap penyimpanan obat emergensi dan segera diganti apabila dipakai, kadaluwarsa, atau rusak. (D,O,W)	10	terlaksana supervisi penyimpanan obat emergensi oleh apoteker		
<b>PKPO.3.5</b>	1	Ada regulasi penarikan kembali (recall) dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandar, atau kadaluwarsa. (R)	10	Ada SPO penarikan obat dan SPO pemusnahan obat		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan penarikan kembali (recall) sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)	10	ada pelaksanaan recall lengkap dengan berita acara		
	3	Ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W)	5	Ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai regulasi, tetapi dilakukan dengan cara menanam obat di tanah	Lakukan pemusnahan obat dengan membakar di incenerator sesuai dengan peraturan pemerintah	
<b>PKPO.4</b>	1	Ada regulasi peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap, dan terbaca, serta menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan. (lihat juga PAP 2.2 EP 1; AP 3 EP 1; dan SKP 2 EP 1). (R)	10	Ada pedoman pelayanan dan panduan peresepan		
	2	Ada bukti peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan dilaksanakan oleh staf medis yang kompeten serta berwenang. (D,O,W)	10	Ada bukti peresepan dilakukan oleh dokter dan yang memiliki SIP dan STR aktif		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	3	Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang. (D,W)	5	Ada bukti dilakukan rekonsiliasi oleh apoteker, hasil telusur dari 5 RM hanya 2 yang terisi rekonsiliasi sesuai dengan regulasi	Lengkapi rekonsiliasi obat pada setiap pasien yang sudah ditentukan sesuai dengan regulasi	
	4	Rekam medis memuat riwayat penggunaan obat pasien. (D,O)	10	Ada pencatatan riwayat penggunaan obat pasien di dalam rekam medis yaitu formulir Daftar Pemberian Terapi Obat (DPTO)		
<b>PKPO.4.1</b>	1	Ada regulasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan serta penetapan dan penerapan langkah langkah untuk pengelolaan peresepan/ permintaan obat, instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca agar hal tersebut tidak terulang kembali. (R)	10	Ada pedoman pelayanan dan panduan peresepan		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan evaluasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,W)	10	Terlaksana evaluasi syarat elemen kelengkapan resep meliputi butir a s/d g		
	3	Ada bukti pelaksanaan proses pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca. (D,W)	10	Ada dilakukan pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap dan tidak terbaca		
	4	Ada bukti pelaksanaan proses untuk mengelola resep khusus, seperti darurat, standing order, berhenti otomatis (automatic stop order), tapering, dan lainnya. (D,W)	10	Ada pelaksanaan pengelolaan resep khusus yaitu cito, standing order, ASO ( <i>Automatic Stop Order</i> )		
<b>PKPO.4.2</b>	1	Ada daftar staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep yang tersedia di semua unit pelayanan. (D)	10	Ada daftar staf medis yang berwenang menulis resep		



STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses untuk membatasi jika diperlukan jumlah resep atau jumlah pemesanan obat yang dapat dilakukan oleh staf medis yang diberi kewenangan. (lihat juga KKS 10 EP 1). (R)	10	Ada SPO Peresepan dan telah dilakukan proses untuk membatasi jumlah resep atau pemesanan obat dengan surat edaran untuk staf medis		
	3	Ada bukti staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep atau memesan obat dikenal dan diketahui oleh unit layanan farmasi atau oleh lainnya yang menyalurkan obat. (D)	10	Tersedia daftar staf medis yang kompeten dan berwenang menulis resep beserta spesimen tanda tangan, Nomor STR, SIP dan dikenali oleh Staf farmasi		
<b>PKPO.4.3</b>	1	Ada bukti pelaksanaan obat yang diberikan dicatat dalam satu daftar di rekam medis untuk setiap pasien berisi: identitas pasien, nama obat, dosis, rute pemberian, waktu pemberian, nama dokter dan keterangan bila perlu tapering off, titrasi, dan rentang dosis. (D)	10	Obat yang diberikan ke pasien dicatat dalam formulir Daftar Pemberian Terapi Obat (DPTO)		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan daftar tersebut di atas disimpan dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika pasien dipindahkan. Salinan daftar resep obat pulang kepada pasien. (D)( lihat ARK 4.2 EP 4)	10	DPTO tersimpan dalam rekam medis dan daftar resep obat pulang kepada pasien		
<b>PKPO.5</b>	1	Ada regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi. (R)	10	Ada panduan dispensing sediaan steril dan pedoman penyiapan dan penyaluran obat produk steril		
	2	Ada bukti pelaksanaan staf yang menyiapkan produk steril dilatih, memahami, serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik (lihat juga PPI). (D,W)	5	Ada bukti pelaksanaan pelatihan staf yang menyiapkan produk steril, hasil telusur 2 dari 5 staf dapat mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik yang benar, dan masih dilakukan oleh perawat	Lakukan sosialisasi kembali untuk TTK dan pemantauan pelaksanaan penyiapan produk steril sehingga staf memahami dan mempraktikkan dengan benar	

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	3	Ada bukti pelaksanaan pencampuran obat kemoterapi dilakukan sesuai dengan praktik profesi. (lihat juga PPI 7). (O,W)	TDD			
	4	Ada bukti pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik dilakukan sesuai dengan praktik profesi (O,W)	5	Hasil telusur 3 dari 5 staf dapat melakukan pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik, dan masih dilakukan oleh perawat	Lakukan sosialisasi kembali dan pemantauan pelaksanaan pencampuran obat IV, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik, agar TTK memahami	
<b>PKPO.5.1</b>						
	1	Ada regulasi penetapan sistem yang seragam untuk penyiapan dan penyerahan obat. (R)	10	Ada SK sistem penyiapan dan penyerahan obat yang seragam		
	2	Ada bukti pelaksanaan proses pengkajian resep yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan. (D,W)	10	Dilakukan pengkajian resep meliputi butir a s/d g yaitu checklist dalam stempel telaah resep		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	3	Setelah obat disiapkan, obat diberi label meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa. (D,O,W)	10	Telah dilakukan pelabelan pada obat yang sudah siap tersedia untuk pasien ( etiket obat )		
	4	Ada bukti pelaksanaan telaah obat meliputi butir 1) sampai dengan 5) pada maksud dan tujuan. (D,W)	10	Telah dilakukan telaah obat meliputi butir 1 s/d 5 dan dicatat dalam formulir telaah obat		
	5	Ada bukti pelaksanaan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan. (D,W)	5	Dari telusur, untuk obat oral sudah diberikan dalam bentuk jadi tetapi untuk injeksi masih harus dicampur oleh perawat dan belum dalam bentuk jadi diberikan ke pasien	Lakukan pemberian obat dalam semua sediaan dalam bentuk jadi dan siap diberikan (UDD)	
	6	Ada bukti penyerahan obat tepat waktu. (D,O,W)	10	Ada bukti penyerahan obat tepat waktu tercatat didalam formulir respon time pelayanan resep / waktu tunggu resep		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
<b>PKPO.6</b>	1	Ada penetapan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat termasuk pembatasannya. ? (R)	10	Ada kebijakan pelayanan kefarmasi dan penggunaan obat tentang peresepan dan ada daftar staf yang berwenang memberikan obat		
	2	Ada bukti pelaksanaan pemberian obat oleh staf klinis yang kompeten dan berwenang sesuai dengan surat izin terkait profesinya dan peraturan perundang- undangan .(D,W)	10	Ada bukti obat diberikan oleh staf klinis yang kompeten sesuai dengan SIK profesi seperti dokter, petugas farmasi, dan perawat		
	3	Ada bukti pelaksanaan pemberian obat dilaksanakan sesuai dengan pembatasan yang ditetapkan, misalnya obat kemoterapi, obat radioaktif, atau obat untuk penelitian. (D,W)	10	Ada dilakukan pelaksanaan peresepan obat sesuai dengan pembatasan regulasi		
<b>PKPO.6.1</b>	1	Ada regulasi verifikasi sebelum penyerahan obat kepada pasien yang meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan. (R)	10	Ada SPO verifikasi pemberian obat		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
PKPO.6.2	2	Ada bukti pelaksanaan verifikasi sebelum obat diserahkan kepada pasien. (D,W,S)	10	Ada dilakukan verifikasi sebelum obat diserahkan kepada pasien yaitu telaah obat		
	3	Ada bukti pelaksanaan double check untuk obat yang harus diwaspadai (high alert). (D,O,W,S)	10	Ada dilakukan <i>double check</i> untuk <i>high alert medication</i>		
	1	Ada regulasi pengobatan oleh pasien sendiri. (R)	10	Ada SPO Rekonsiliasi obat		
	2	Ada bukti pelaksanaan pengobatan obat oleh pasien sendiri sesuai dengan regulasi. (D,W)	10	Ada bukti pelaksanaan pengobatan oleh obat yang dibawa sendiri oleh pasien dan tercatat dalam proses rekonsiliasi		
	3	Ada proses monitoring terhadap pengobatan oleh pasien sendiri. (D,W)	10	Ada dilakukan monitoring yaitu formulir rekonsiliasi dan dicatat dalam daftar pemberian terapi obat bila ada obat yang dilanjutkan terapinya		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
PKPO.7	1	Ada regulasi pemantauan efek obat dan efek samping obat serta dicatat dalam status pasien. (lihat juga AP 2 EP 1). ?	10	Ada SPO monitoring efek samping obat/MESO		
	2	Ada bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat. (D,W)	10	Ada pelaksanaan MESO dan tercatat dalam formulir Pelaporan ESO dan dalam CPPT		
	3	Ada bukti pemantauan efek samping obat dan pelaporannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)	10	Efek samping yang terjadi ditangani dan dilaporkan sesuai dengan regulasi		
PKPO.7.1	1	Ada regulasi medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (R)	10	Ada regulasi <i>medication safety</i> dalam pedoman pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat		

STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	2	Ada bukti pelaksanaan rumah sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera. (D,W)	10	Ada pelaksanaan audit kesalahan penggunaan obat		
	3	Ada bukti instalasi farmasi mengirimkan laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit. (D,W)	10	Ada bukti laporan insiden atau kesalahan penggunaan obat dalam insiden report dan formulir laporan insiden dilaporkan kepada Komite PMKP		
	4	Ada bukti tim keselamatan pasien rumah sakit menerima laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) dan mencari akar masalah atau investigasi sederhana, solusi dan tindak lanjutnya, serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. (lihat juga PMKP 7). (D,W)	10	Ada bukti Komite PMKP menerima laporan dan melakukan RCA, ada bukti kepala instalasi melakukan investigasi sederhana		



STANDAR	NO URUT	ELEMEN PENILAIAN	NILAI	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	CAPAIAN PKPO
	5	Ada bukti pelaksanaan rumah sakit melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (medication error). (lihat juga PMKP 7 EP 1).(D,W)	10	Ada bukti upaya menurunkan kesalahan penggunaan obat		

Dari penilaian di atas dapat dilihat bahwa dari keseluruhan 80 (delapan puluh ) elemen penilaian yang harus dipenuhi, ada sebanyak 77 (tujuh puluh tujuh) elemen penilaian yang sudah Terpenuhi Lengkap (TL), 7 (tujuh) elemen penilaian yang masih Terpenuhi Sebagian (TS), 0 (nol) elemen penilaian yang Tidak Terpenuhi (TT) dan 3 (tiga) elemen penilaian yang Tidak Dapat Diterapkan (TDD) sehingga persentase pencapaian pemenuhan elemen penilaian dalam standar berkisar 95,45 %.

#### 4.5. Hasil Wawancara tentang Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesda I/BB Medan

##### 4.5.1. Pengertian Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat menurut Pandangan Masing-masing

Pemahaman akan pengertian Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat menurut pandangan masing-masing informan dapat dilihat pada Matriks 4.4. di bawah ini.

**Matriks 4.4. Pengertian Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat menurut Pandangan Masing-Masing**

Kainsfar	Ukuran atau syarat pelayanan farmasi sesuai peraturan
TFT	Standar yang dibutuhkan dalam pelayanan terpadu terhadap penyakit dan kondisi pasien
Komite Medik	Sebagai acuan bagi tenaga farmasi dalam melaksanakan profesinya di apotek guna meningkatkan kualitas hidup orang banyak terutama dalam penggunaan obat kepada pasien
Komite PMKP RS	Sebagai tolak ukur bagi tenaga kefarmasian untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat, pengelolaan sediaan farmasi, alkes dan bahan medis habis pakai
TTK	Komponen penting dalam hal pengobatan simtomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitative terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Adalah system dan proses dalam memberikan obat kepada pasien
Perawat	Standar pelayanan kefarmasian memberikan pelayanan yang terintegrasi dengan PPA lainnya
Kainstalwatnap	Standar yang membuat petugas farmasi memberikan standar kefarmasian tidak sendirian tetapi dapat bekerjasama dengan keluarga pasien dan PPA lain
Kainstalwatlan	Suatu pelayanan kepada asuhan pasien bukan hanya melibatkan farmasi tapi PPA lainnya
Staf Medis	Suatu standar yang menjelaskan tentang pelayanan kefarmasian dari mulai menyiapkan obat, melayani pasien di ruang rawat inap dan rawat jalan, memberi edukasi, sampai dengan pasien pulang dari rumah sakit

Dari hasil wawancara diketahui bahwa pengertian standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) umumnya sudah diketahui oleh seluruh unit sehingga hanya perlu melaksanakan sosialisasi SPO secara kontinu agar pemahaman semakin meningkat.

#### **4.5.2. Wawancara Implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat**

Wawancara implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat masing-masing unit kerja terkait di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan dapat dilihat pada Matriks 4.5. di bawah ini.

Matriks 4.5. Wawancara Implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat

Wawancara Sesuai EP	Informan	Wawancara	Hasil wawancara implementasi Standar PKPO
PKPO 1 EP 2	Kepala Ins Far	Apakah semua apoteker memiliki SIPA dan STRA ? Bagaimana apoteker melakukan supervise penugasannya ?	Ya, ada Apoteker melakukan supervise sesuai dengan jadwal supervisenya
PKPO 1 EP 3	Kepala Ins Far	Apakah apoteker ada melakukan kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat dalam 12 bulan ?	Ya, ada review
PKPO 1 EP 4	Kepala Ins Far	Apakah ada bukti sumber informasi obat disetiap unit terkait ?	Ya, ada ISO, MIMS dan Formularium RS
	Kainstalwatlan		Ya ada MIMS, ISO dan Formularium
	Kainstalwatnap		Ya, ada rumah sakit putri hijau ada menyediakan seperti daftar obat yang diantar kesetiap unit, aplikasi MIMS, ISO, MIMS Ter-update
PKPO 1 EP 5	Kepala Ins Far	Apakah ada dilaksanakan pelaporan kesalahan penggunaan obat ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 1 EP 6	TFT	Apakah ada tindak lanjut dari kejadian	Ya, ada

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	TTK	kesalahan penggunaan obat ?	Ya, ada
PKPO 2 EP 2	TFT	Bagaimana bila ada obat yang baru ditambahkan daam formularium ?	Melakukan monitoring evaluasi obat baru
	Kepala Ins Far		Dilakukan monitoring penggunaan obat baru bersama dengan TFT
PKPO 2 EP 3	TFT	Bagaimana monitoring kepatuhan Formularium dan ketidakterediaan obat ?	Dilakukan evaluasi resep dan senantiasa dicatat ketidakterediaan obat
	Kepala Ins Far		Melakukan monitoring pada resep setiap bulan dengan tarik sampel dan ketidakterediaan obat dicatat
PKPO 2 EP 4	TTK	Apakah formularium di kaji?	Melakukan monitoring pada resep setiap bulan dengan tarik sampel dan ketidakterediaan obat dicatat
	TFT		Ada dikaji setiap tahun
	TTK Kainsfar		Ya, ada Ya, ada setiap tahun
PKPO 2.1 EP 2	KaInsFar	Bagaimana alur supply chain management ?	Dengan 8 syarat sesuai standar. RS masih sebagian PBF dan PBaK yang sudah terpenuhi sebgian belum
	TTK	Apakah RS sudah mentaati alur tsb	Sediaan farmasi, alkes dan bmhp semuanya harus memiliki 8

Wawancara Sesuai EP	Informan	Wawancara	Hasil wawancara implementasi Standar PKPO
PKPO 2.1.1 EP 2	TTK	Bagaimana pelaksanaan komunikasi kepada dokter tentang pemberitahuan obat yang diresepkan dan saran substitusinya ?	persyaratan supply chain management dari PBF dan PBAK tetapi hanya sebagian yang sudah memenuhi
	Dokter		AA menghubungi dokter memberitahukan bahwa sediaan yang diresepkan kosong dan menanyakan obat pengganti yang isinya sama lalu AA menuliskan di formulir <i>readback</i>
	Perawat		Bila obat yang diresepkan oleh dokter tidak ada, farmasi akan menghubungi dokter yang meresepkan serta meminta saran substitusinya dan dokter akan menandatangani buku/ formulir obat yang diganti
PKPO 2.1.1 EP 3	TTK	Apakah staf mematuhi regulasi bila stok kosong ?	Komunikasi antara farmasi dengan dokter sudah baik. Jika obat yang diresepkan tidak ada petugas farmasi melapor kepada dokter dengan metode SBAR
			Ya

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
PKPO 3 EP 2	KaInsFar	Bagaimana pelabelan obat & zat kimia?	Sesuai dengan tanda peringatan untuk zat kimia, untuk obat ada nama, isi, tanggal kadaluarsa, No. RM dan peringatan khusus
	TTK		Ada, dilakukan sesuai ketentuan
PKPO 3 EP 3	KaInsFar	Apakah ada dilakukan monitoring suhu dan ruangan dan lemari pendingin ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
	Perawat		Ya ada dilakukan tetapi tidak di verifikasi PJ farmasi secara rutin
	Dokter		Ada, menghitung suhu dilakukan setiap ada penempatan obat baik difarmasi, UGD, RI. Monitoring suhu ada 3 yaitu ruangan, kelembaban ruangan dan kulkas
PKPO 3 EP 4	KaInsFar	Bagaimana apoteker memastikan penyimpanan obat dengan baik ?	Dengan mensupervisi suhu, lokasi, keadaan obat, semua sesuai persyaratan penyimpanan obat dengan baik
PKPO 3 EP 5	KaInsFar	Bagaimana pelaksanaan perlindungan obat dari kehilangan serta pencurian di semua tempat penyimpanan ?	Dengan CCTV, Kartu Stok, Stok Opname, <i>Sistem Inventory</i> Obat
PKPO 3.1 EP 2	KaInsFar	Bagaimana penyimpanan B3 yang baik dan benar juga aman ?	Disimpan ditempat khusus, ada peringatan khusus dan dilengkapi

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	TTK		dengan APAR Disimpan ditempat tersendiri dan khusus
PKPO 3.1 EP 3	KaInsFar	Bagaimana penyimpanan obat narkotika dan psicotropika yang baik, benar dan aman ?	Disimpan ditempat / lemari tersendiri, dua kunci berbeda dan sesuai SPO
	TTK		Disimpan dilemari khusus, double kunci dan senantiasa dibuat kartu stok
PKPO 3.2 EP 2	KaInsFar	Bagaimana pengaturan penyimpanan elektrolit konsentrat pekat yang benar baik dan aman ?	Disimpan secara terpisah/lemari khusus di <i>High Alert</i> diberikan label
	TTK		Disimpan ditempat khusus dan diberi label
PKPO 3.3 EP 2	KaInsFar	Bagaimana penyimpanan produk nutrisi di Rumkit ?	Disimpan di lemari terpisah ada label dan sesuai suhu juga jauh dari sinar matahari
	TTK		Disimpan ditempat tersendiri sesuai suhu dalam informasi obat produk nutrisi
PKPO 3.3 EP 3	KaInsFar	Bagaimana tempat penyimpanan obat dan bahan radioaktif ?	TDD
	TTK		TDD
PKPO 3.3 EP 4	KaInsFar	Bagaimana tempat penyimpanan obat	Ditempat tersendiri di farmasi



<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	TTK	yang dibawa pasien sebelum rawat inap ?	Dsimpan ditempat tersendiri
PKPO 3.3 EP 5	KaInsFar	Bagaimana tempat penyimpanan obat program pemerintah?	Lemari tersendiri
	TTK		Ditempat tersendiri
PKPO 3.3 EP 6	KaInsFar	Bagaimana tempat penyimpanan obat penelitian ?	TDD
	TTK		TDD
PKPO 3.4 EP 2	KaInsFar	Apakah ada obat emergensi?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
	Perawat		Ya, ada
PKPO 3.4 EP 3	KaInsFar	Apakah ada supervise obat emergensi?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
	Perawat		Ya, ada
PKPO 3.5 EP 2	KaInsFar	Apakah ada dilakukan penarikan obat/recall ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 3.5 EP 3	KaInsFar	Apakah ada dilakukan pemusnahan obat ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 4 EP 2	Dokter	Siapakah yang dapat melakukan permintaan obat/resep ?	Dokter Umum, Dokter spesialis, gigi dan hewan
	Perawat		Dokter
	Kainsfar		Dokter
PKPO 4 EP 3	Perawat	Apakah ada dilakukan rekonsiliasi obat oleh apoteker saat pasien masuk, pindah	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada tetapi dengan penyakit

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	TTK	unit pelayanan dan sebelum pasien pulang ?	sesuai CP karena jumlah apoteker Ya, ada
PKPO 4.1 EP 2	TFT	Apakah ada dilakukan evaluasi resep ?	Ya, ada
	Dokter		Ya ada
	Perawat		Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
PKPO 4.1 EP 3	TFT	Apakah ada pengelolaan resep yang tidak benar ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 4.1 EP 4	TFT	Apakah ada pengelolaan resep khusus ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 5 EP 2	KaInsFar	Apakah ada sertifikat pelatihan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 5 EP 3	TTK	Apakah ada dilakukan pencampuran obat khemoterapi ?	TDD
PKPO 5 EP 4	Perawat	Bagaimana ruangan pencampuran obat IV, epidural dan nutrisi parenteral?	Belum semua memiliki ruang khusus. Yang melakukan pencampuran masih perawat
	TTK		Yang melakukan pencampuran masih perawat
PKPO 5.1 EP 2	KaInsFar	Bagaimana pelaksanaan kajian resep /	Sesuai 9 elemen resep

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	TTK	telaah resep ?	Sesuai elemen resep
PKPO 5.1 EP 3	KaInsFar	Apakah dilakukan telaah/verifikasi obat ?	Ya, ada
	Perawat		Ya, ada
PKPO 5.1 EP 4	TTK	Apakah dilakukan pelabelan obat untuk yang sudah disiapkan?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	Perawat		Ya, ada
PKPO 5.1 EP 5	TTK	Apakah ada pemberian obat dalam bentuk siap diberikan / UDD ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada masih oral
PKPO 5.1 EP 6	Perawat	Apakah dilakukan pencatatan terhadap pemberian obat di ruang rawat inap ?	Ya, ada di DPTO
	KaInsFar		Ya, ada
PKPO 6 EP 2	KaInsFar	Siapa staf klinis yang berhak memberikan obat ?	Dokter, Farmasi, Perawat
	TTK		Dokter, Farmasi, Perawat
	Dokter		Dokter, Farmasi, Perawat yang mendapatkan SPK dari karumkit
	Perawat		Dokter, Farmasi, Perawat
PKPO 6 EP 3	KaInsFar	Apakah pemberian obat dilakukan sesuai pembatasan ?	Ya
	TTK		Ya
PKPO 6.1 EP 2	KaInsFar	Apakah dilakukan telaah obat/verifikasi obat sebelum diberikan ?	Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 6.1 EP 3	Perawat	Apakah dilakukan double check obat High	Ya, ada

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	KaInsFar	Alert ?	Ya, ada
PKPO 6.2 EP 2	Perawat	Apakah ada pengobatan sendiri oleh pasien / rekonsiliasi ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
PKPO 6.2 EP 3	Perawat	Apakah dilakukan monitoring ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
PKPO 7 EP 2	Perawat	Apakah ada dilakukan PTO (Pemantauan Terapi Obat ?	Ya, ada tapi belum semua pasien hanya yang kategori CP
	KaInsFar		Ya, ada
PKPO 7 EP 3	TFT	Apakah ada dilakukan monitoring ESO dan laporannya?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 7.1 EP 2	Komite Medis	Adakah dilakukan pengumpulan dan monitoring seluruh angka kesalahan penggunaan obat ?	Ya, ada
	TFT		Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 7.1 EP 3	Komite PMKP	Apakah ada laporan instalasi farmasi ke Komite PMKP ?	Ya, ada
	KaInsFar		Ya, ada
	TTK		Ya, ada
PKPO 7.1 EP 4	TFT	Adakah dilakukan RCA ?	Ya, ada
	Komite PMKP		Ya, ada
PKPO 7.1 EP 5	TFT	Adakah implementasi Upaya mencegah	Ya, ada

<b>Wawancara Sesuai EP</b>	<b>Informan</b>	<b>Wawancara</b>	<b>Hasil wawancara implementasi Standar PKPO</b>
	KaInsFar	ataupun menurunkan kesalahan medication error ?	Ya, ada
	Komite Medis		Ya, ada

Dari hasil wawancara diketahui bahwa pemenuhan standar PKPO Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB sudah terlaksana baik, sudah ada Standar Prosedur Operasional (SPO), kebijakan, pedoman, panduan dan kemudian disosialisasikan dalam rangka persiapan menghadapi akreditasi versi 2017 di semua unit. Kebijakan yang sudah ada dari standar akreditasi yang lama disesuaikan dengan standar yang terbaru, masing-masing kepala unit sudah mengetahui peranannya dalam peningkatan pemenuhan standar PKPO, komitmen sudah ada hanya perlu diperkuat dengan pendampingan dari Kepala Rumah Sakit melalui Tim Akreditasi Rumah Sakit.

### 4.5.3. Saran dan Masukan terhadap pemenuhan standar pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat agar berjalan dengan baik

**Matriks 4.6. Saran dan masukan terhadap pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat**

<b>Informan</b>	<b>Saran dan masukan</b>
Dokter	Lakukan supervise, pengawasan system yang baik oleh Kepala farmasi dan TFT (sesuai debfab UTW nya) seperti pelaksanaan : Supervisi penyimpanan, peresepan, penyiapan, dan penyerahan obat kepada pasien, Bagian kefarmasian dan pemantauan efek samping obat, monitoring laporan insiden, rencanakan kebutuhan pendidikan dan pelatihan, patuhi regulasi yang terupdate yang telah dibuat
Kainsfar	Harus kuat komitmen bersama, harus memiliki SDM berkualitas, melaksanakan system yang sudah berjalan baik, memperbaiki system yang belum benar, staf mematuhi SPO
Komite Medik	Komitmen
Komite PMKP	Komitmen
TFT	Harus ada komitmen bersama
TTK	Harus ada komitmen dari pihak RS, staf medis, non medis dan pemilik sangat diperlukan untuk keberhasilan penerapan standar PKPO di RS
Perawat	Menambah tenaga apoteker, menyediakan fornas di unit, farmasi klinis melakukan asuhan farmasi
Kainstalwatnap	Setiap anggota yang sudah mendapat UTW dan dapat menjalankan tugas masing-masing sesuai dengan struktur organisasi yang ada di farmasi dan dilaksanakan dalam tugas sehari – hari bukan karena mau melaksanakan akreditasi tetapi sudah menjadi budaya dan kepatuhan RS.
Kainstalwatlan	Setiap personil yang telah mendapat UTW harus menjalankan tugas masing-masing sesuai dengan di STOR, pergunakan istilah BPJS (Bila pasien itu saya, suami/istri saya, ana/adik saya) dalam melakukan pelayanan asuhan

---

kefarmasian kepada pasien, Tingkatkan dan pertahankan pelayanan yang sudah dicapai karena akreditasi RS itu bukanlah event melainkan kontinuitas quality improvement dimana peningkatan kualitas mutu tidak pernah putus, seperti, seperti mata rantai yang tidak pernah putus

---

#### **4.6. Pembahasan tentang Elemen Penilaian dari Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan yang Tidak Terpenuhi Lengkap**

##### **Faktor Sumber Daya :**

Meliputi Sumber Daya Manusia (Efektifitas pelaksanaan kebijakan sangat tergantung kepada sumber daya manusia (aparatur) yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan. Sumber daya manusia ini harus cukup (jumlah) dan cakap (ahli). Selain itu sumber daya manusia tersebut harus mengetahui apa yang harus dilakukan), Sumber Daya Anggaran (Sumber daya anggaran memengaruhi efektifitas pelaksanaan kebijakan, selain sumber daya manusia adalah dana (anggaran) dan peralatan yang diperlukan untuk membiayai operasionalisasi pelaksanaan kebijakan, Terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan pada publik yang harus diberikan kepada masyarakat juga terbatas), Sumber Daya Peralatan (Sumber daya peralatan merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan

pelayanan dalam implementasi kebijakan. Terbatasnya fasilitas yang tersedia, kurang menunjang efisiensi dan tidak mendorong motivasi para pelaku dalam melaksanakan kebijakan), Sumber Daya Informasi dan Kewenangan (Sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya bahwa sumber daya informasi juga menjadi faktor penting dalam implementasi kebijakan. Terutama, informasi yang relevan dan cukup tentang berkaitan dengan bagaimana cara mengimplementasikan suatu kebijakan. Kewenangan juga merupakan sumber daya lain yang memengaruhi efektifitas pelaksanaan kebijakan. Kewenangan sangat diperlukan terutama untuk menjamin dan meyakinkan bahwa kebijakan yang akan dilaksanakan adalah sesuai dengan yang mereka kehendaki).

### **Faktor Disposisi**

Faktor disposisi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi standar nasional akreditasi rumah sakit versi 2017 berbasis kebijakan Permenkes RI No. 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit.

### **Faktor Struktur Birokrasi**

Kebijakan standar nasional akreditasi rumah sakit versi 2017 berbasis Permenkes RI No. 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit menyebutkan Farmasi dan Tim Farmasi Terapi Tim sebagai pelaksana kegiatan



### **Faktor Komunikasi**

Adanya komunikasi internal dan eksternal baik vertical maupun horizontal, di internal seperti antar PPA dan komite didalam RS terkait Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat juga laporan dan tindak lanjut dari kepala RS, eksternal seperti pelaporan dan komunikasi dengan pemerintah juga perusahaan yang berkaitan dengan pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat.

#### **4.6.1 PKPO.2.1 EP 2**

Ada bukti bahwa manajemen rantai pengadaan (*supply chain management*) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat juga TKRS 7.1). (D,O,W). Hasil telusur di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau bahwa belum semua memiliki bukti persyaratan *supply chain management*. Dari 10 Pbf dan PBAk masih 5 yang sudah memiliki syarat lengkap oleh karena itu peneliti memberikan penilaian skor 5 dengan rekomendasi rumah sakit harus melengkapi seluruh syarat *supply chain management* sesuai dengan standar nasional akreditasi rumah sakit yaitu adanya akte pendirian perusahaan, SIUP, NPWP, Izin PBF dan PBAk, MoU PBF/Distributor dengan RS dan PBF dengan principal, SIPA apoteker penanggung jawab, alamat dan denah PBF PBAk, garansi jaminan keaslian produk dari principal, ke-delapan hal ini harus dilaksanakan karena rumah sakit harus mengidentifikasi risiko penting dari rantai distribusi alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk

vaksin dan melaksanakan tindak lanjut untuk menghindari risiko tersebut. Rangkaian distribusi ini merupakan komponen sangat penting untuk memastikan tersedianya perbekalan yang dibutuhkan datang tepat waktu, mencegah obat teknologi medis yang tercemar, palsu sampai pada pasien di rumah sakit. Standar ini juga sebagai perlindungan kepada pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi atau cacat. Tidak terpenuhinya penilaian lengkap pada elemen ini dikarenakan masih kendala dari faktor **struktur komunikasi** antara principal dengan distributor. Rumah sakit sudah melakukan komunikasi dengan baik dan mampu telusur ke lapangan yaitu ke PBF dan PBAk sesuai standar tetapi kendala terletak di komunikasi antara PBF PBAk itu sendiri kepada principal untuk memenuhi kedelapan persyaratan ini.

#### 4.6.2 PKPO.2.1 EP 3

Ada bukti pengadaan obat berdasar atas kontrak (lihat juga TKRS 7). (D). di rumah sakit Ada bukti MoU tetapi dari 10 pemasok hanya 5 yang sudah diperpanjang dan masih aktif sehingga peneliti memberikan skor 5. Sesuai standar nasional akreditasi rumah sakit bahwa persyaratan pemasok harus sesuai dengan bunyi dalam kontrak dan harus dalam keadaan aktif. Tidak terpenuhinya penilaian lengkap pada elemen ini dikarenakan masih kendala dari faktor struktur birokrasi antara principal dengan distributor dalam pencapaian kesepakatan bersama yang dituangkan dalam MoU. Faktor kendala ini merupakan **faktor komunikasi**.

#### 4.6.3 PKPO.3.5 EP 3

Ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan. (D,W). rumah sakit ada bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai regulasi, tetapi dilakukan dengan cara menanam obat di tanah untuk tablet dan tidak dibuka kemasannya oleh karena itu peneliti memberikan skor 5 dan kendala ini merupakan **faktor disposisi**. Sesuai peraturan menteri kesehatan tentang pelayanan kefarmasian dan Balai Besar Pengawas Obat Dan Makanan (BPOM) pemusnahan obat cairan dilakukan dengan melarutkan dan dialirkan pada limbah cair rumah sakit lalu botol atau wadah dihancurkan, untuk tablet dengan jumlah sedikit dapat dihancurkan dan dilarutkan ke dalam limbah cair rumah sakit atau kedalam tanah tetapi bila dengan jumlah besar harus dimusnahkan dengan insenerator dan semua proses pemusnahan dipastikan tidak berdampak terhadap lingkungan sekitar. Pemusnahan harus dilaporkan kepada menteri yaitu waktu dan tempat pemusnahan, jumlah dan jenisnya, nama dan tanda tangan penanggung jawab dan saksi dalam sebuah laporan dan atau berita acara. Adapun peraturan lengkap mengenai pemusnahan ini belum ada baik dari menteri kesehatan maupun BPOM. Jadi, menurut Prof.Dr.Slamet Ibrahim S. DEA. Apt Farmakokimia ITB untuk obat narkotika dan psikotropika dikembalikan ke produsen, tidak boleh dibuang ke saluran pembuangan air, dan tempat penimbunan sampah kecuali telah dienkapsulasi, enkapsulasi, inersiasi, insenerasi suhu tinggi, untuk antiseptika dan

desinfektan tidak boleh dibuang ke saluran pembuangan air atau air mengalir deras kecuali setelah diencerkan terlebih dahulu, tidak boleh dibuang ke air yang tidak mengalir atau mengalir lambat, diencerkan dulu lalu dibuang ke saluran pembuangan air atau air mengalir deras maksimum 50 L per hari setelah diencerkan dengan pengawasan, untuk sediaan padat, setengah padat dan serbuk, dibuang ke tempat penimbunan sampah setelah dikeluarkan dari wadahnya. tiap harinya tidak boleh melebihi 1% dari limbah rumah tangga, enkapsulasi, inersiasi, insinerasi suhu sedang dan tinggi, untuk sediaan cair, setelah diencerkan dapat dibuang ke saluran pembuangan air atau air mengalir deras, obat antikanker tidak boleh dibuang ke saluran pembuangan air, insinerasi suhu tinggi, ampul dan botol gelas dihancurkan dan buang ke tempat penimbunan sampah padat, plastik pvc dapat didaurulang, tidak boleh dibakar di wadah terbuka, diinsinerasi suhu tinggi, untuk sediaan aerosol, tidak boleh dibakar dapat meledak, tabung kosong dibuang di tempat penimbunan sampah setelah diremukkan, enkapsulasi.

#### 4.6.4 PKPO.4 EP 3

Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang. (D,W). Ada bukti dilakukan rekonsiliasi oleh apoteker, hasil telusur dari 5 RM hanya 2 yang terisi rekonsiliasi sesuai dengan regulasi rumah sakit sehingga peneliti memberika skor 5 dan kendala ini merupakan **faktor disposisi**.

Sesuai standar nasional akreditasi rumah sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bahwa semua pasien harus dilakukan rekonsiliasi obat dalam 3 (tiga) saat yaitu saat masuk rumah sakit, pemindahan ruangan/unit perawatan dan saat keluar dari rumah sakit.

#### **4.6.5 PKPO.5 EP 2**

Ada bukti pelaksanaan staf yang menyiapkan produk steril dilatih, memahami, serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik (lihat juga PPI). (D,W). Di rumah sakit ada bukti pelaksanaan pelatihan staf yang menyiapkan produk steril, hasil telusur 2 dari 5 staf dapat mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik yang benar, dan masih dilakukan oleh perawat oleh karena itu peneliti memberikan skor 5 dan kendala ini merupakan **faktor SDM**. Sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit bahwa staf yang sudah terlatih harus dapat memahami dan mempraktikkan dengan benar dan menggunakan APD yang sesuai.

#### **4.6.6 PKPO.5 EP 4**

Ada bukti pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik dilakukan sesuai dengan praktik profesi (O,W). Di rumah sakit hasil telusur 3 dari 5 staf dapat melakukan pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik, dan masih dilakukan oleh perawat oleh

karena itu peneliti memberi skor 5 dan kendala ini merupakan **faktor SDM**. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bahwa yang melakukan pencampuran produk steril ialah farmasi.

#### 4.6.7 PKPO.5.1 EP 5

Ada bukti pelaksanaan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan. (D,W). Di rumah sakit dari telusur, untuk obat oral sudah diberikan dalam bentuk jadi tetapi untuk injeksi masih harus dicampur oleh perawat dan belum dalam bentuk jadi diberikan ke pasien oleh karena itu peneliti memberikan skor 5. Kendala ini merupakan **faktor SDM**. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bahwa penyerahan obat dari Unit/instalasi farmasi kepada pasien haruslah dalam bentuk yang siap diberikan untuk memperkecil kejadian *medication error*.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

1. Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I / BB Medan terpenuhi ( $\geq 80$  %) dengan nilai 95,45 %.
2. Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan memiliki 7 (tujuh) Elemen Penilaian yang belum terpenuhi lengkap yaitu di Standar PKPO 2.1 (EP 3, EP 4), PKPO 3.5 (EP 3), PKPO 4 (EP 3), PKPO 5 (EP 2, EP 4), PKPO 5.1 (EP 5) dan SDM merupakan faktor kendala pada umumnya.

#### **5.2. Saran**

1. Manajemen Rumah Sakit Tk II Putri Hijau agar benar-benar menempatkan sumber daya manusia yang memiliki keahlian, kemampuan dan kemauan di bidang akreditasi dalam kelompok kerja Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017.
2. Manajemen Rumah Sakit Tk II Putri Hijau menyiapkan dana untuk pelatihan eksternal bidang akreditasi sehingga keahlian dan kemampuan staf yang menanggungjawab di bagian struktural dan fungsional

meningkat dan mendapatkan pedoman pelaksanaan akreditasi yang *ter up date*.

3. Manajemen Rumah Sakit Tk II Putri Hijau meningkatkan sosialisasi kepada kelompok kerja bahwa fungsi mereka sebagai konsultan / edukator bagi unit pelayanan dengan cara membantu, menuntun kegiatan perbaikan, melengkapi, menambah kegiatan / proses implementasi yang diperlukan sesuai Standar PKPO dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 tersebut.
4. Manajemen Rumah Sakit Tk II Putri Hijau menyusun jadwal sosialisasi secara berkala dan berjenjang dimulai dari Direktur, penanggungjawab di bagian struktural dan penanggungjawab di bagian fungsional dalam rangka meningkatkan kesadaran akan pentingnya akreditasi rumah sakit dan meningkatkan pemahaman tentang Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017.
5. Untuk peneliti yang ingin meneliti di rumah sakit yang sama ataupun beda, survei akreditasi dilakukan setiap 3 (tiga) tahun dan dilakukan verifikasi setiap tahunnya, jadi mutu tetap berkelanjutan dari tahun ke tahun, bahkan setiap ada penambahan pelayanan, rumah sakit harus mengajukan survey terfokus oleh karena itu diharapkan pada peneliti berikutnya melihat mutu dapat dipertahankan atau tidak, dan lihat jenis pelayanan dari tahun ke tahun. Saran lainnya bila peneliti berikutnya ingin melakukan penelitian serupa diharapkan di rumah sakit pemerintahan lainnya ataupun swasta sehingga dapat melihat perbandingan / *branch marking* pencapaian standar antara rumah sakit.



**DAFTAR PUSTAKA**

1. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2009;
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan. 2016;(101):1–2.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 56 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 2014;2008:203.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit. 2017;6:5–9.
5. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Tahun 2017.
6. Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Vol. 2. 2009. 255 p.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 659 / MENKES / PER / VIII / 2009 Tentang Rumah Sakit Kelas Dunia. 2009.
8. Kemenkes. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal RS.pdf. 2008.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 428 / MENKES / SK / XII / 2012 Tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia. 2018.
10. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. BUKU REDOWSKO KARS 2018.
11. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Akreditasi K, Sakit R, Pengantar K, Pengantar K. Panduan penyusunan dokumen akreditasi. 2012;33.
12. Budihardjo M. Panduan Praktis Menyusun SOP Standar Operating Procedure. 2014. 1 p.
13. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit. 2016. 31-48 p.
14. Semiawan CR. Metode penelitian kualitatif Jenis, Karakteristik Dan Keunggulannya. Jalan Palmerah Selatan 22 - 28, Jakarta. 2010. 1-127 p.

15. Prof. Dr. Sugiyono, 2015 Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&d.
16. Febriawati, Henni. 2013. Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit. Yogyakarta : Gosyen.
17. Aswar, 1996, Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
18. Association, A. H. (1974 – 1996), *American Hospital Association guide to the health care field*. (Chicago, III) : The Association.
19. Adikoesomo, Suparto, Manajemen Rumah Sakit, (Jakarta : Pustaka Sinar Harapan, 2002).
20. Addison Wesley Longman Limited, 1995. *Longman Sictionary of Contemporary English*. Third ed Edition ed.Harlow (Essex) : Longman Group Ltd.
21. John Sinclair, *Collins Cobuild English Languange Dictionary*, Glaslow : Williams Collins Sons & Company.
22. Moris, W. (1976). *The American Heritage Dictionary of The English Languange*. Boston : Houghton Mifftin, Co.

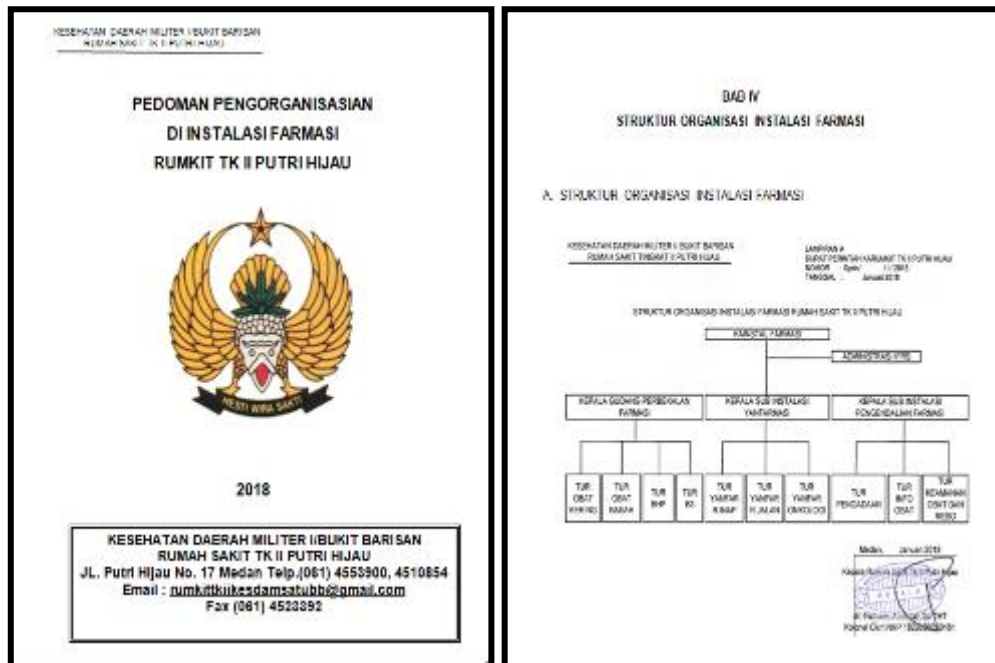
## Lampiran 1.

### Dokumentasi pemenuhan standar PKPO di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB

#### PKPO 1 EP 1

Regulasi tentang organisasi pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang menyeluruh

✓ Ada regulasi



### PKPO 1 EP 2

Bukti seluruh apoteker memiliki ijin dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya

### PKPO 1 EP 3

Ada bukti pelaksanaan sekurang - kurangnya satu kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang didokumentasikan selama 12 bulan terakhir

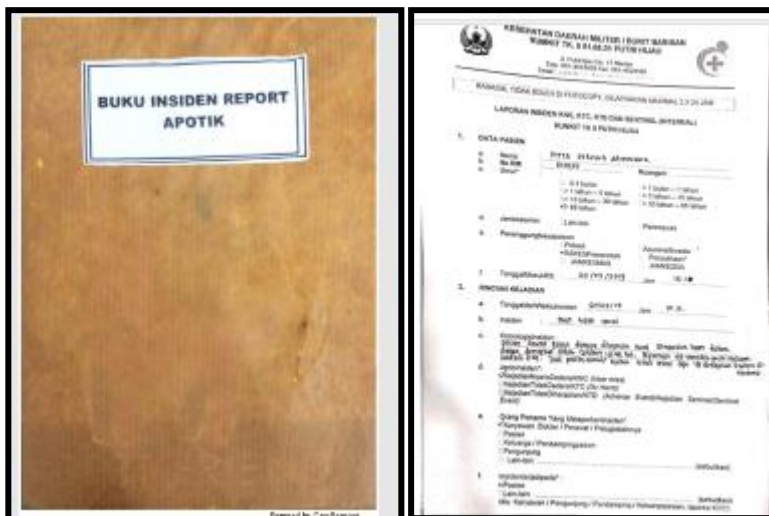
**PKPO 1 EP 4**

Bukti sumber informasi obat yang tepat, terkini, dan selalu tersedia bagi semua yang terlibat dalam penggunaan obat



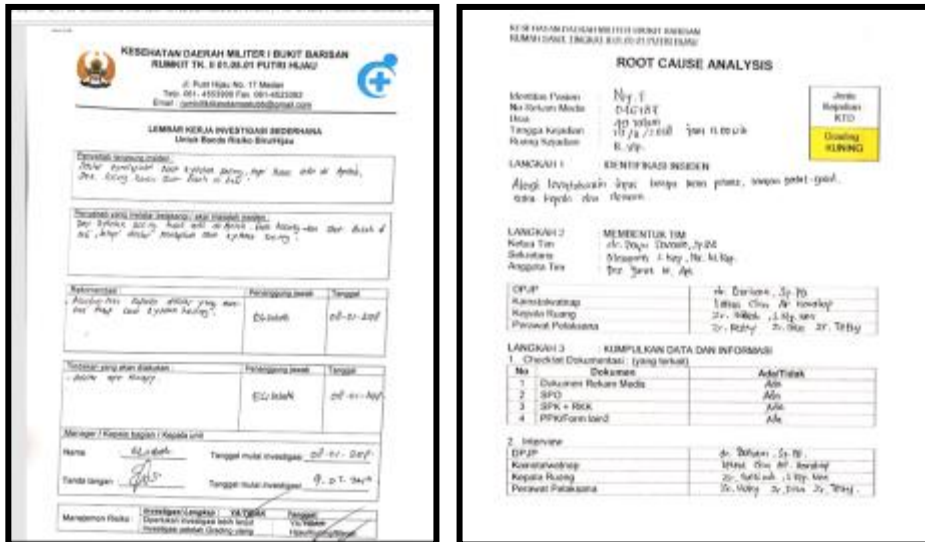
**PKPO 1 EP 5**

Pelaporan kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan



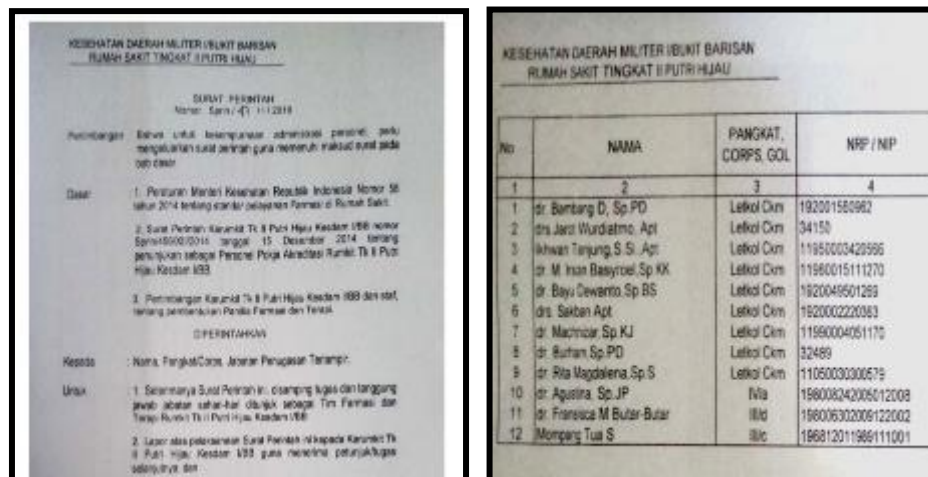
**PKPO 1 EP 6**

Tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat untuk memperbaiki sistem manajemen dan penggunaan obat sesuai peraturan perundang-undangan.



**PKPO 2 EP 1**

Regulasi tentang organisasi yang menyusun formularium RS berdasar atas kriteria yang disusun secara kolaboratif sesuai dengan peraturan perundang-undangan



### PKPO 2 EP 2

Bukti pelaksanaan apabila ada obat yang baru ditambahkan dalam formularium, maka ada proses untuk memantau bagaimana penggunaan obat tersebut dan bila terjadi efek obat yang tidak diharapkan, efek samping serta medication error


**MONITORING PENAMBAHAN OBAT BARU DALAM FORMULARIUM 2018**  
BULAN JANUARI 2018

NO	TANGGAL	NAMA PASIEN	NO RM	NAMA OBAT BARU YANG DITAMBAHKAN	EFEK YANG DITAMBAHKAN
1	03-Jan-18	Defeta Mada	02004	LACTIN (Propolis)	Pusing
2	03-Jan-18	Dr. DOR	010735	LACTIC (PAREBRIN)	-
3	04-Jan-18	KAMAT LUGU	011277	LOPEMOL / PAREX	Pusing
4	07-Jan-18	Wira Kabuli	047894	Meloxicam 15 mg	-
5	08-Jan-18	Dama Nurida	024978	Lactin (Propolis)	-
6	08-Jan-18	Muhammad Randa	011832	Lactin (Propolis)	Pusing
7	10-Jan-18	Nugra	018720	Glasewati	-
8	11-Jan-18	Ajien Rendi	024587	Glasewati	-
9	11-Jan-18	Sci Jani Prandy	049022	Glasewati	-
10	11-Jan-18	SUMBAWI	021010	MALOCHEM 15 mg	-
11	12-Jan-18	SULTAN	047300	MALOCHEM 15 mg	Mual
12	12-Jan-18	KATHER PRAZI	046280	LOPEMOL / PAREX	-
13	12-Jan-18	Harun	027880	LOPEMOL / PAREX	-
14	21-Jan-18	Harun D	020348	Glasewati	-
15	22-Jan-18	Sukasih	028587	Meloxicam 15 mg	Mual
16	26-Jan-18	Sendata Ratuhana	027811	Meloxicam 15 mg	-
17	24-Jan-18	Andra Khatunna	048857	Lactin (Propolis)	Pusing
18	24-Jan-18	Harun	021285	Glasewati	-
19	28-Jan-18	Waher Albert	020428	Glasewati	-

Dari hasil monitoring penambahan obat baru dalam formularium 2018, terdapat masalah efek obat yang menimbulkan efek samping. Efek samping yang ditimbulkan antara lain:

- Meloxicam 15mg: mual
- Eparixon: Pusing
- Lactin: pusing

Jika dilihat dari tabel, efek samping dari obat tersebut diatas masih dalam batas wajar (tidak berbahaya)

Madura, Januari 2018  
Mangkuhuti  
Kainatol Farmasi  
  
Rizwan Tanjung, S.Gi., Apt  
Lektor Dom 11950002420016

### PKPO 2 EP 3

Bukti pelaksanaan formularium sekurang-kurangnya dikaji setahun sekali berdasar atas informasi tentang keamanan dan efektivitas.

**DAFTAR OBAT YG KOSONG**

No	Tanggal	Nama Obat yang kosong
1	2 Mei 2018	a) Inf (Lemox) b) Inf Percipon } Laktin
2	4 Mei 2018	a) Tab Code 2.5mg } Tab b) Tab Asam Nigrona } c) Salep Desonorsone
3	7 Mei 2018	a) Inf Percipon } Tab b) Amoksisilin Hepar } Laktin c) Inf Apidex
4	11 Mei 2018	a) Tab Trixyfendil 1mg } Tab b) Tab Uridex } c) Inf O'nd
5	15 Mei 2018	a) Inf Ats 1500 LI } b) Inf Atropine Wilpat } dan c) Inf O'nd
6	17 Mei 2018	a) Inf Atrocurium } b) EAS Pomer } Laktin
7	21 Mei 2018	a) Inf (Lemox) } b) Inf Ats } dan c) Tab Uridex } d) Tab
8	24 Mei 2018	a) Sir Kasil 800 } b) Inf Tramadol } dan c) Inf

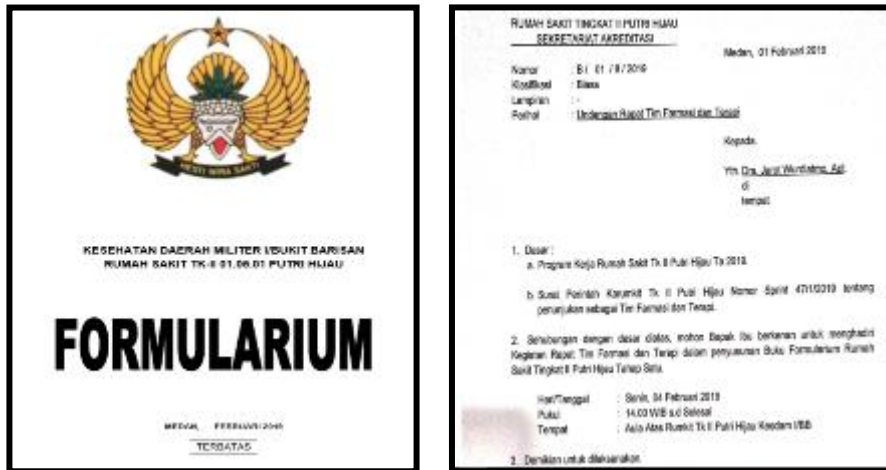
KESEHATAN DAERAH MILITER ISKOT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HMAU

**DAFTAR STOK OBAT YANG KOSONG**  
INSTALASI FARMASI MEI 2018

No	Nama Obat	Satuan	Keterangan
1	Amoksisilin Hepar	Bl	
2	Caps. Acloran FR	Bl	
3	Caps. Chano	Bl	
4	Caps. Chloramphenicol 250 mg	Bl	
5	Caps. Fluconazole	Bl	
6	Caps. Metabolism 500 mg	Bl	
7	Cendo Xitol 1M	Slip	
8	Climex	Bag	
9	Desonorsone 0.1%	Tab	
10	EAS Pomer	Bl	
11	Flagystin Supp	Bl	
12	Inf. Apidex	Amp	
13	Inf. Atrocurium	Amp	
14	Inf. Atropin Sulfat	Amp	
15	Inf. ATS 1500 LI	Amp	
16	Inf. Lidocain 2 %	Amp	
17	Inf. Methyl Ergometrin	Amp	
18	Inf. Minox	Amp	
19	Inf. Naloxon	Amp	
20	Inf. Cocid	Vic	
21	Inf. Percipon	Amp	
22	Inf. Riscam 1%	Amp	
23	Inf. Tramadol	amp	
24	Kidman	Bag	
25	Mamtol	Bl	

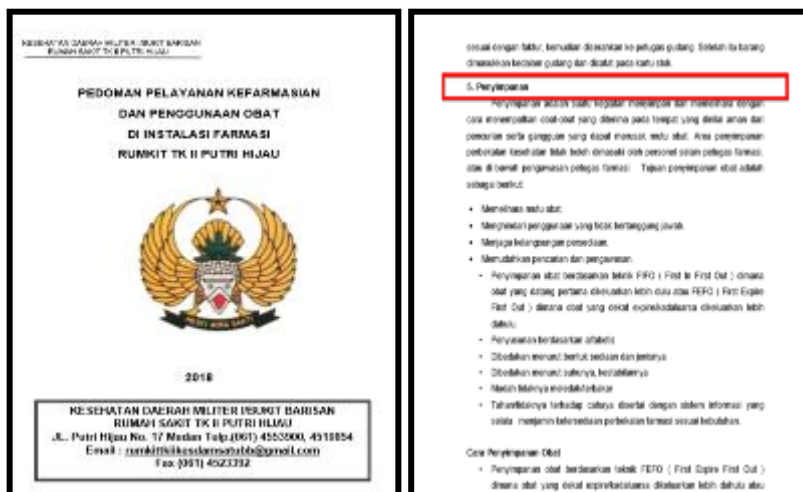
**PKPO 2 EP 4**

Regulasi pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan



**PKPO 2.1 EP 1**

Regulasi pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan









### PKPO 2.1.1 EP 1

Regulasi pengadaan bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan

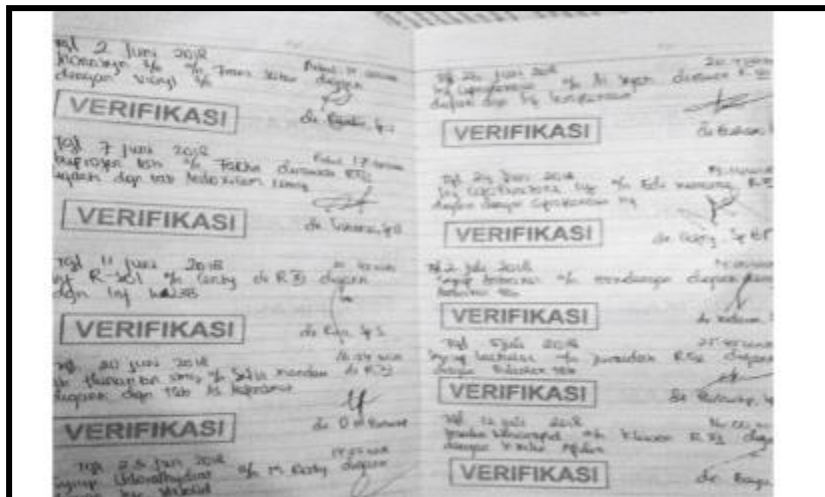
 <p><b>RUMKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM I EB</b></p>	<p><b>APABILA OBAT TIDAK ADA DALAM PERSEDIAAN (TAP) LEMARI OBAT TERKUNCI ATAU FARMASI TUTUP</b></p>		
	<p>No Dokumen: SPO/PP/0444/2018</p>	<p>No. Revisi: 0</p>	<p>Halaman: 1/2</p>
<p><b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b></p>	<p>Tanggal lahir: 12 Januari 2018</p>	<p>Ditayangkan di Media: Kepala Rangkis TK II Putri Hijau Medan</p>  <p>di Farma Abadih Sp. THT Korlat Cera NIP. 152000240051</p>	
<p><b>PENDERTIAN</b></p>	<p>1. Obat ialah suatu bahan atau cairan bentuk-bahan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam menepikan diagnosis, mencegah, meringankan, menghilangkan, menyumbuhkan penyakit atau gejala penyakit, bisa atau kolerasi kearah dan kolerasi pada reaksi obat farmasi dan untuk menepikan atau meringankan badan atau bagian badan manusia terhadap obat tradisional.</p> <p>2. Obat TAP adalah tindakan dimana obat yang sangat diperlukan untuk pelayanan kepada pasien baik dalam keadaan darurat maupun tidak darurat, namun pemenuhan di lembaga farmasi, apotik maupun obat rumah sakit sedang kosong, baik karena stok obat merupakan stok lap dalam keadaan rusak/ED/ tidak memadai.</p> <p>3. Restitusi adalah pelayanan obat kepada pasien dimana obat yang dipotusikan TAP, dengan cara membolkan melalui apotek/pakar atau apotek lain yang diarahkan ransam sakit.</p>		

<p>2. Pengalihan</p> <p>Mengalihkan kepada unit kesehatan kesehatan yang bisa disediakan dan dibuat, melalui pembelian secara langsung dari pembuat/penyedia/penyedia hasil farmasi/industri.</p> <p>Cara Pengalihan/Perolehan Farmasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apoteker menghubungi POF untuk memesan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.</li> <li>Tindak lanjut ke unit farmasi mengambil surat pesanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.</li> </ol> <p><b>A. Bila Sisa Kosong/Tidak Tersedia</b></p> <p>a. Pelayanan Ruang Farmasi Jalan</p> <p>1) Mengalihkan kepada pembuat/penyedia obat TAP atau unit kesehatan.</p>
<p>2) Petugas apoteker/farmasi memberikan informasi kepada dokter sesuai dengan obat lain yang sesuai dengan indikasi/indikasi yang sama yang tersedia di apotek/farmasi.</p> <p>3) Bila dokter setuju obat yang diberikan dapat diganti dengan obat yang ada dalam persediaan, maka obat segera diganti dan diberikan.</p> <p>4) Bila dokter tidak setuju, sebagai apoteker/farmasi memberikan dan memuat petunjuk atau cara membolkan obat dengan cara ke apotek/ruang lain yang sesuai/tersedia.</p> <p>5) Obat diberikan kepada pasien melalui pembelian informasi tentang cara dan penggunaan obat di atas dan lain-lain.</p>

### PKPO 2.1.1 EP 2

Bukti pemberitahuan kepada staf medis serta saran substitusinya



**PKPO 2.1.1 EP 3**

Bukti bahwa staf memahami dan mematuhi regulasi tersebut

**DAFTAR OBAT YG KOSONG**

No	Tanggal	Nama Obat yang kosong
1.	2 Mei 2018	a) Inf. Clonaxil b) Inf. Perdipin
2.	4 Mei 2018	a) Tab. Coaxor 2.5mg b) Tab. Asam Mefenamat c) Salep Desormethason
3.	7 Mei 2018	a) Inf. Perdipin b) Arimoxon HPR c) Inf. Apidra
4.	11 Mei 2018	a) Tab. Interferon alfa 2mg b) Tab. Ulixidex c) Inf. O. Zid
5.	15 Mei 2018	a) Inf. ATS 1500 UI b) Inf. Atropin Sulfat
6.	17 Mei 2018	a) Inf. Atrocurus b) EAS Primer
7.	21 Mei 2018	a) Inf. Clonaxil b) Inf. Atis c) Tab. Ulixidex
8.	24 Mei 2018	a) Gp. Lasal cap b) Inf. Tramadol

KESEHATAN DAERAH MILITER (BUKIT BARISAN)  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU

**DAFTAR STOK OBAT YANG KOSONG  
INSTALASI FARMASI MEI 2018**

No	Nama Obat	Satuan	Keterangan
1	2	3	4
1	Aminoflavin Hepar	Btl	
2	Caps. Alaxan FR	Bij	
3	Caps. Channa	Bij	
4	Caps. Chloramphenicol 250 mg	Bij	
5	Caps. Fluconazole	Bij	
6	Caps. Mecobalamin 500 mg	Bij	
7	Candu Xitri TM	Strp	
8	Clinmix	Bag	
9	Desormethason SK	Tube	
10	EAS Pflimmer	Btl	
11	Flaystatin Supp	bh	
12	Inf. Apidra	Amp	
13	Inf. Atrocurum	Amp	
14	Inf. Atropin Sulfat	Amp	
15	Inf. ATS 1500 UI	Amp	
16	Inf. Lidocain 2 %	Amp	
17	Inf. Methyl Ergometrin	Amp	
18	Inf. Minox	Amp	
19	Inf. Nitrosum	Amp	
20	Inf. Ozid	Vic	
21	Inf. Perdipin	Amp	
22	Inf. Rocum 1%	Amp	
23	Inf. Tramadol	amp	
24	Kidam	Bag	
25	Mantol	Btl	
26	Inf. Gencit	Btl	

**PKPO 3 EP 1**

Regulasi tentang pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, dan aman



sesuai dengan label, kemudian dimasukkan ke petasas gantung. Setelah itu barang dimasukkan ke dalam petasas dan dicatat pada kartu stok.

**B. Penyimpanan**

Penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara memisahkan obat-obat yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan yang dapat merusak mutu obat. Area penyimpanan perbekalan kesehatan tidak boleh dimasuki oleh personal selain petugas farmasi, atau di bawah pengawasan petugas farmasi. Tujuan penyimpanan obat adalah sebagai berikut:

- Memelihara mutu obat.
- Menghindari penggunaan yang tidak bertanggung jawab.
- Menjaga kelengkapan persediaan.
- Memudahkan pencarian dan pengawasan.
- Penyimpanan obat berdasarkan teknik FIFO ( First In First Out ) dimana obat yang datang pertama dikeluarkan lebih dulu atau FEFO ( First Expire First Out ) dimana obat yang dekat expiredatunnya dikeluarkan lebih dahulu.
- Penyusunan berdasarkan alfabetis.
- Disediakan menurut bentuk sediaan dan jenisnya
- Disediakan menurut ukuran, keababilannya
- Mudah dilatirnya melakukan/terbeker
- Tahan/latirnya terhadap risiko disertai dengan sistem informasi yang selalu menjamin ketersediaan perbekalan farmasi sesuai kebutuhan.

**Cara Penyimpanan Obat**

- Penyimpanan obat berdasarkan teknik FEFO ( First Expire First Out ) dimana obat yang dekat expiredatunnya dikeluarkan lebih dahulu atau FIFO ( First In First Out ) dimana obat yang datang pertama dikeluarkan lebih dahulu.
- Penyusunan berdasarkan alfabetis.
- Disediakan menurut bentuk sediaan dan jenisnya
- Disediakan menurut ukuran dan keababilannya
- Mudah dilatirnya melakukan/terbeker
- Tahan/latirnya terhadap risiko disertai dengan sistem informasi yang

**PKPO 3 EP 2**

Bukti obat dan zat kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang terdiri atas isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus



**PKPO 3 EP 3**

Bukti implementasi proses penyimpanan obat yang tepat agar kondisi obat tetap stabil, termasuk obat yang disimpan

**REKORD KONTROL Suhu dan Kelembaban**

REKORD KONTROL Suhu dan Kelembaban

NO. DAFTAR: 001

LOKASI: RUANG FARMASI

PERIODE: 15/05/2023 - 20/05/2023

REVISI: 01

Disetujui: [Signature]

Di buat: [Signature]

**PROSEDUR KERJA PENYIMPANAN OBAT**

NO. DAFTAR: 001

LOKASI: RUANG FARMASI

PERIODE: 15/05/2023 - 20/05/2023

REVISI: 01

Disetujui: [Signature]

Di buat: [Signature]

**PKPO 3 EP 4**

Bukti pelaksanaan dilakukan supervisi secara teratur oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan obat dilakukan dengan baik

**KELOMPOK DASAR MILITER 9 KURT BARISAN  
RUMAH SAKIT TE II PUTRI HAU BE**

**CATATAN SUPERVISI KEPALA UNIT FARMASI**

**RESANTRIASI PELAKSANAAN SUPERVISI KALINSTRALINFORMASI RUMAH SAKIT II PUTRI HAU BE  
TARIKH : 2020**

NO	RUJUKAN	BULAN (T)					
		MEI	JUN	JUL	AUG	SEPT	OKT
1	INSTALASI FARMASI	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	GUDANG OBAT	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	GUDANG BI	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	RUANG GASI NOKSI	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	RUANG GASI NOKSI	✓					
3	RUANG I		✓				
4	RUANG II			✓			
5	RUANG III				✓		
6	RUANG IV					✓	
7	RUANG V						✓
8	RUANG VI						
9	RUANG VII						
10	RUANG VIII						
11	RUANG IX						
12	RUANG X						
13	RU	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	RU	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	RUANG BERSIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓

**PKPO 3 EP 5**

Bukti pelaksanaan obat dilindungi dari kehilangan serta pencurian di semua tempat penyimpanan dan pelayanan

**NAMA BARANG : METFORMIN Code : 000010**  
**SATUAN : Botol**  
**RX PARTY : 10-010**

Tanggal	Patient No.	Stok	Ekuitas	Stok x	Keterangan
08-03-19	Indah			10	1000x100 99
13-3-19			4	6	
14-3-19			0	4	
15-3-19			0	2	
18-3-19			0	2	
19-3-19	M. Enny	00		00	99
19-3-19	0201602		4	16	
19-3-19			4	12	
19-3-19			0	10	
19-3-19			0	8	
19-3-19			0	6	
20-3-19			1	5	
21-3-19			0	3	
21-3-19			1	2	
21-3-19			0	2	

**MANAJEMEN OBAT**

NO	NAMA OBAT	STOK	REPERSTOK	STOK MIN	STOK MAX	REORDER	REORDER	REORDER	REORDER
1	Metformin	10	10	10	10	10	10	10	10

**DAFTAR PEMERIKHAAN DAN PENGELIMPAHAN OBAT KOTING, DASAR & OBAT  
INSTALASI FARMASI (RUMAH SAKIT)**

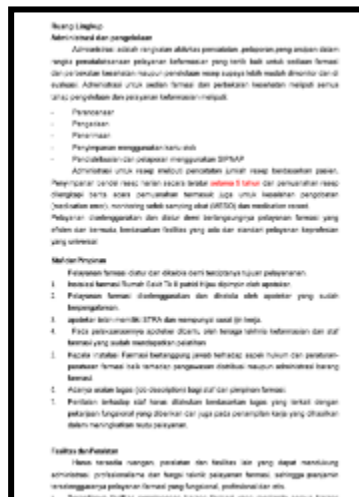
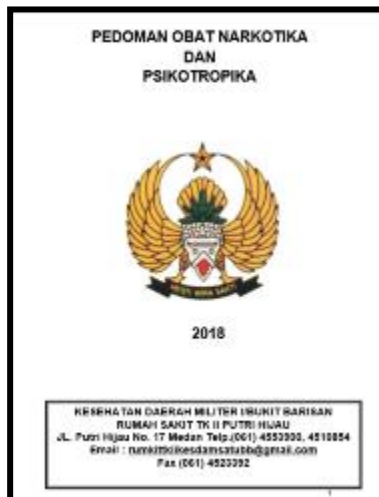
No	Nama Obat	Car	FT	Stok Jwb	Masuk	Keluar	Saldo Jwb
1	1. ONLY KEMBU						
2	2. SPOKIMPIS						
3	3. Lupa. Amlodipin	100	100	100	100	100	100
4	4. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
5	5. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
6	6. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
7	7. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
8	8. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
9	9. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
10	10. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
11	11. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
12	12. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
13	13. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
14	14. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
15	15. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
16	16. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
17	17. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
18	18. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
19	19. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
20	20. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
21	21. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
22	22. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
23	23. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
24	24. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100
25	25. Lupa. Lactanone 100 mg	100	100	100	100	100	100

**cctv di farmasi, cctv digudang farmasi, cctv di gudang farmasi**



**PKPO 3.1 EP 1**

Regulasi pengaturan tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan





### PKPO 3.1 EP 2

Bukti penyimpanan bahan berbahaya yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi

KESEHATAN DAERAH MILITER (BUKIT BARISAN)  
RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HUWU

DAFTAR BAHAN BERBAHAYA BERACUN ( B3 )

No.	Nama Bahan Berbahaya	Sifat Bahaya
1.	Akonitin	Racun
2.	Akrolehid	Racun, korosif
3.	Akrolehid	Racun, mutagenik, karsinogenik
4.	Akonitri	Racun, iritasi, karsinogenik
5.	Aldikarb	Racun
6.	Alii alcohol	Racun, iritasi
7.	Alpa-Klorotoluen	Racun, iritasi, karsinogenik
8.	Alpa, alpa-Diklorotoluen	Racun, iritasi, karsinogenik
9.	Alpa-apa Tridlorotoluen	Racun, iritasi, karsinogenik
10.	Aluminium fosfida	Racun
11.	4-Amino-3-klorolentol	Iritasi, karsinogenik
12.	3-(3-Amino 5-(1 metilguanidino)	Racun



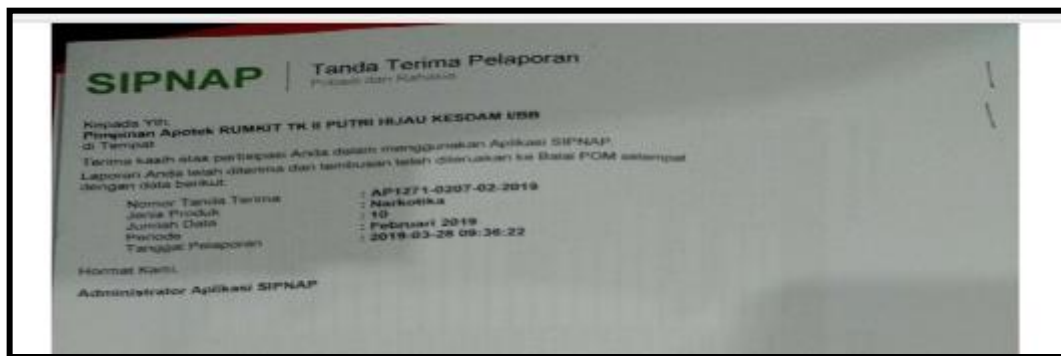
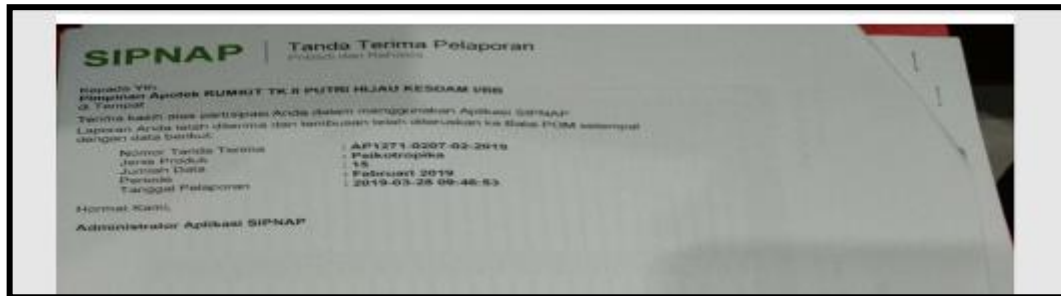
### PKPO 3.1 EP 3

Bukti penyimpanan obat narkotika serta psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi



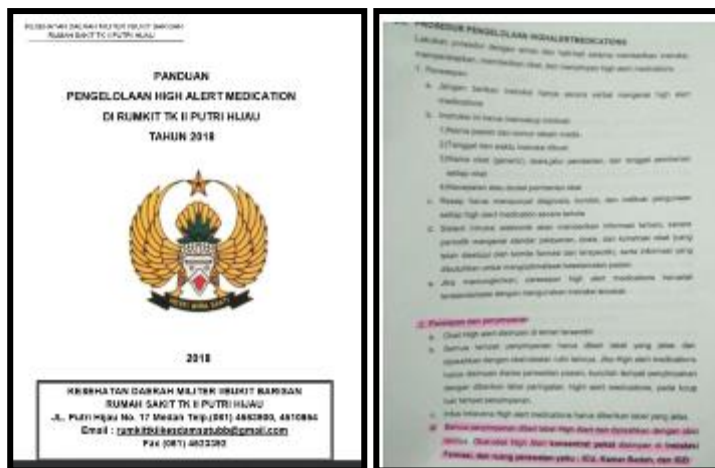
**PKPO 3.1 EP 4**

Bukti pelaporan obat narkotika serta psikotropika secara akurat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.



**PKPO 3.2 EP 1**

Regulasi rumah sakit tentang proses larangan menyimpan elektrolit konsentrat di tempat rawat inap kecuali bila dibutuhkan secara klinis dan apabila terpaksa disimpan di area rawat inap harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan.





**PKPO 3.2 EP 2**

bukti penyimpanan elektrolit konsentrat yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi

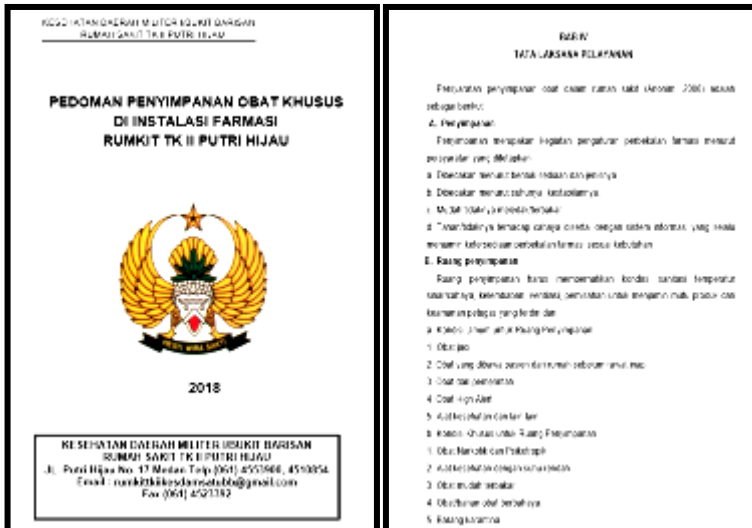
**PKPO 3.2 EP 3**

Elektrolit konsentrat diberi label obat yang harus diwaspadai (high alert)



**PKPO 3.3 EP 1**

Regulasi pengaturan penyimpanan obat dengan ketentuan khusus meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan



**PKPO 3.3 EP 2**

Bukti penyimpanan produk nutrisi yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi



### PKPO 3.3 EP 3 TDD

Bukti penyimpanan obat dan bahan radioaktif yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi

KESEHATAN DAERAH MILITER IBUKOT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU

KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
NOMOR SK/02/I/2019

TENTANG  
ELEMEN PENILAIAN STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB  
KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

Menimbang :

- bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang selingkungnya, perlu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lengkap,
- bahwa di dalam standar nasional akreditasi rumah sakit sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dinilai dan tidak mempengaruhi kaitan penilaian dengan EP lainnya ialah sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dapat diterapkan atau tidak diselenggarakan berdasarkan atas organisasi rumah sakit jenis dan tipe rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya rumah sakit tidak melakukan reset rumah sakit tidak melakukan pendidikan profesi kedokteran,
- bahwa berdasarkan butir a dan b maka perlu untuk menetapkan tentang Elemen Penilaian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Tidak Dapat Diterapkan (TDD) di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB dengan Keputusan Kepala Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB

Mengingat :

- Undang – Undang Nomor 39 Tahun 1999 tertanggal 23 September 1999 tentang Hak Asasi Manusia
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tertanggal 13 Oktober 2009 tentang Kesehatan,
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tertanggal 28 Oktober 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tertanggal 17 Oktober 2014 tentang Tenaga Kesehatan,
- Undang-Undang Praktek Kedokteran Nomor 29 pasal 45 ayat (3) tahun 2008 tertanggal 06 Oktober 2004 tentang Panduan Pemberian Informasi dalam Rangka Persejuaian Tindakan Kedokteran

Lampiran  
Keputusan Kepala Rumah Sakit TK II Putri Hijau  
Nomor SK/02/I/2019  
Tanggal 05 Januari 2019

ELEMEN PENILAIAN  
STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

BAB	STANDAR	ELEMEN PENILAIAN	DASAR PERTIMBANGAN	PERSETUJUAN KARS	
				SETUJU/TIDAK SETUJU	PENJELASAN
Penilaian Donas dan Transplantasi Organ	HPK	6	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan penilaian klinis		
Penilaian Donas dan Transplantasi Organ	HPK	7	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan penilaian klinis		
Penilaian Donas dan Transplantasi Organ	HPK	8	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan proses bohasi organ dan transplantasi organ		
Pelayanan pasien kemoterapi dan terapi lain yang beresiko tinggi	PAP 3.3	1.2.3	Rumah Sakit tidak melakukan pelayanan kemoterapi		
Penyimpanan dan Penggunaan Obat Tertentu	PKPO 3.3	3	Rumah sakit tidak memiliki obat dan bahan radioaktif		
Penyimpanan dan Penggunaan Obat Tertentu	PKPO 3.3	6	Rumah sakit tidak menyimpan obat untuk penelitian		
Penyusun dan Penetapan	PKPO 5	3	Rumah Sakit tidak ada Ruang		

### PKPO 3.3 EP 4

Bukti penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi



**PKPO 3.3 EP 5**

Bukti penyimpanan obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi



**PKPO 3.3 EP 6 TDD**

Bukti penyimpanan obat yang digunakan untuk penelitian yang baik, benar, dan aman sesuai dengan regulasi

KESEHATAN DAERAH MILITER IBUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU

KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
NOMOR SK/02M/2019

TENTANG

ELEMEN PENILAIAN STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

Menimbang :

- bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang seling-lingginya perlu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lengkap;
- bahwa di dalam standar nasional akreditasi rumah sakit, sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dinilai dan tidak mempengaruhi katan penilaian dengan EP lainnya ialah sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dapat diterapkan atau tidak diselenggarakan berdasarkan atas organisasi rumah sakit, jenis dan tipe rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya rumah sakit tidak melakukan riset, rumah sakit tidak melakukan pendidikan profesi kedokteran;
- bahwa berdasarkan butir a dan b maka perlu untuk menetapkan tentang Elemen Penilaian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Tidak Dapat Diterapkan (TDD) di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB dengan Keputusan Kepala Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB

Mengingat :

- Undang – Undang Nomor 39 Tahun 1999 tertanggal 23 September 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tertanggal 13 Oktober 2009 tentang Kesehatan
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tertanggal 26 Oktober 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tertanggal 17 Oktober 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- Undang-Undang Praktek Kedokteran Nomor 29 pasal 45 ayat (3) tahun 2008 tertanggal 06 Oktober 2004 tentang Panduan Pembentukan Informasi dalam Rangka Perseujuan Tindakan Kedokteran.

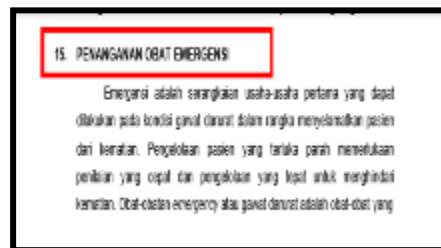
Lampiran  
Keputusan Kepala Rumkit Tk II Putri HJau  
Nomor SK/02 /II/ 2019  
Tanggal 06 Januari 2019

ELEMEN PENILAIAN  
STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

DIUSULKAN OLEH RS				PERSETUJUAN KARS	
BAB	STANDAR	ELEMEN PENILAIAN	DASAR PERTIMBANGAN	SETUJU/TIDAK SETUJU	PENJELASAN
Penelitian, Donasi, dan Transplantasi Organ	HPK	6	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan penelitian klinis		
Penelitian, Donasi, dan Transplantasi Organ	HPK	7	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan penelitian klinis		
Penelitian, Donasi, dan Transplantasi Organ	HPK	8	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan proses donasi organ dan transplantasi organ		
Pelayanan pasien kemoterapi dan terapi lain yang beresiko tinggi	PAP 3.9	1,2,3	Rumah Sakit tidak melakukan pelayanan kemoterapi		
Penyimpanan dan Penggunaan Obat Tertentu	PKPO 3.3	3	Rumah sakit tidak memiliki obat dan bahan radioaktif		
Penyimpanan dan Penggunaan Obat Tertentu	PKPO 3.3	6	Rumah sakit tidak menyimpan obat untuk penelitian		
Penyimpanan dan Penyerahan	PKPO 5	3	Rumah Sakit tidak ada Ruang		

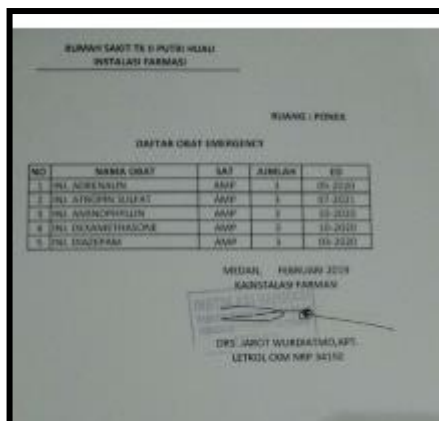
**PKPO 3.4 EP 1**

Regulasi pengelolaan obat emergensi yang tersedia di unit-unit layanan agar dapat segera dipakai untuk memenuhi kebutuhan darurat serta upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan



**PKPO 3.4 EP 2**

Bukti persediaan obat emergensi lengkap dan siap pakai







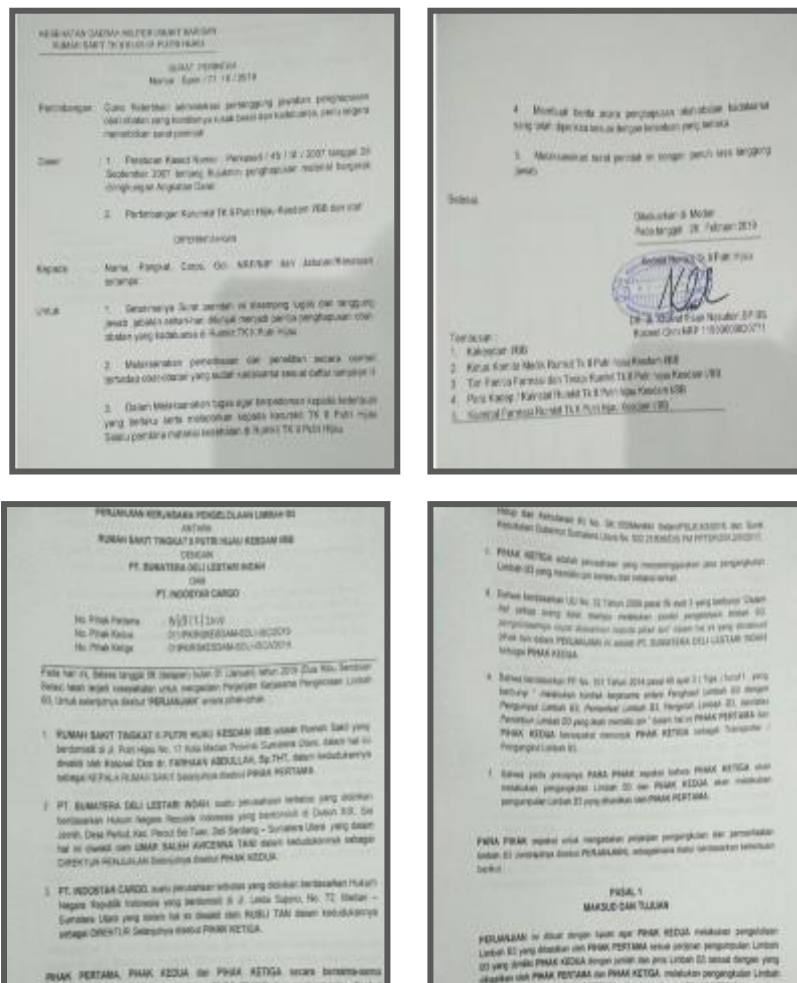
### PKPO 3.5 EP 2

Bukti pelaksanaan penarikan kembali (recall) sesuai dengan regulasi yang ditetapkan



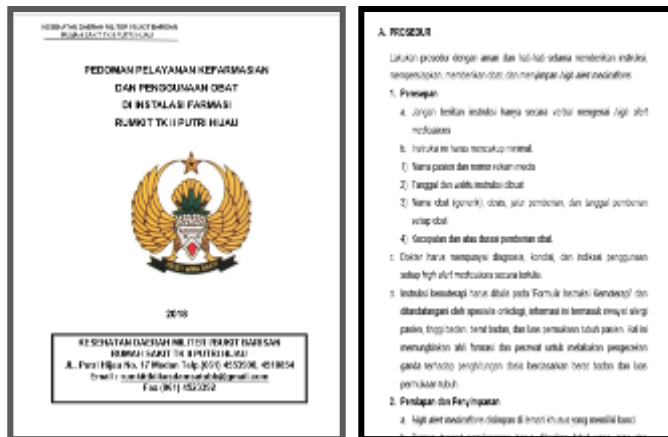
### PKPO 3.5 EP 3

Bukti pelaksanaan pemusnahan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan.



**PKPO 4 EP 1**

Regulasi persepan/pemintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap, dan terbaca, serta menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan persepan/pemintaan obat dan instruksi pengobatan



**PKPO 4 EP 2**

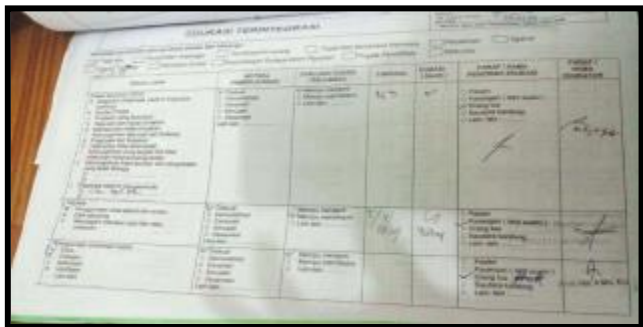
Bukti persepan/pemintaan obat dan instruksi pengobatan dilaksanakan oleh staf medis yang kompeten serta berwenang





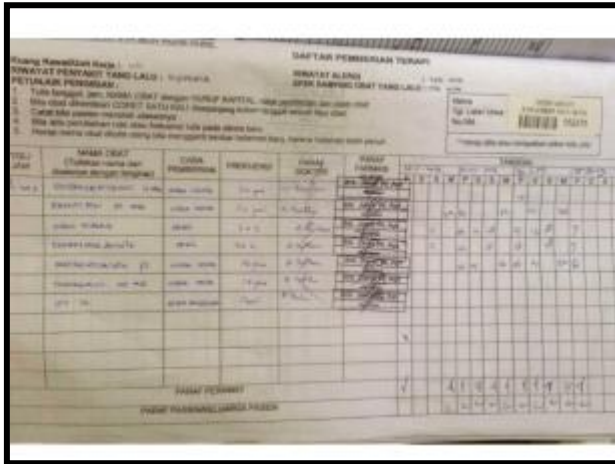
**PKPO 4 EP 3**

Ada bukti pelaksanaan apoteker melakukan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah unit pelayanan, dan sebelum pulang



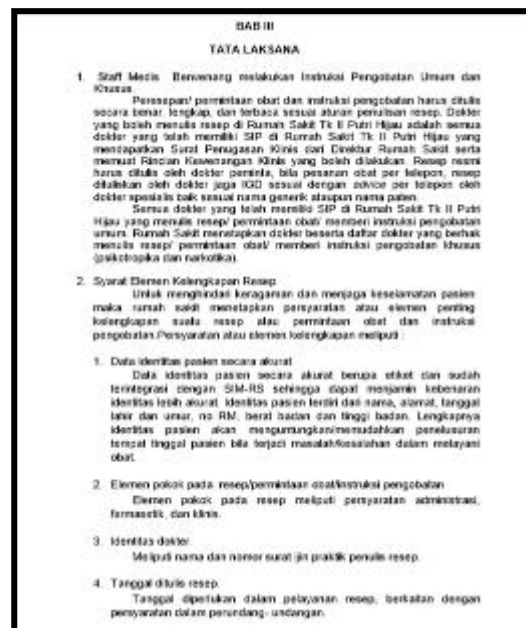
**PKPO 4 EP 4**

Rekam medis memuat riwayat penggunaan obat pasien



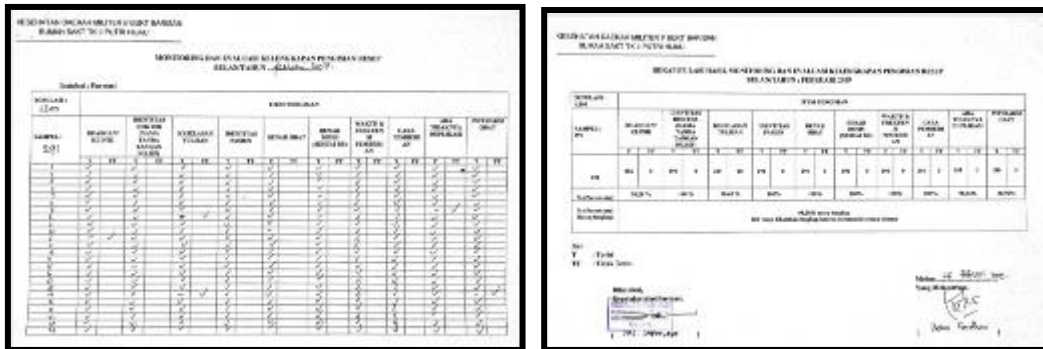
**PKPO 4.1 EP 1**

Regulasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan serta penetapan dan penerapan langkah langkah untuk pengelolaan peresepan/ permintaan obat, instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca agar hal tersebut tidak terulang kembali



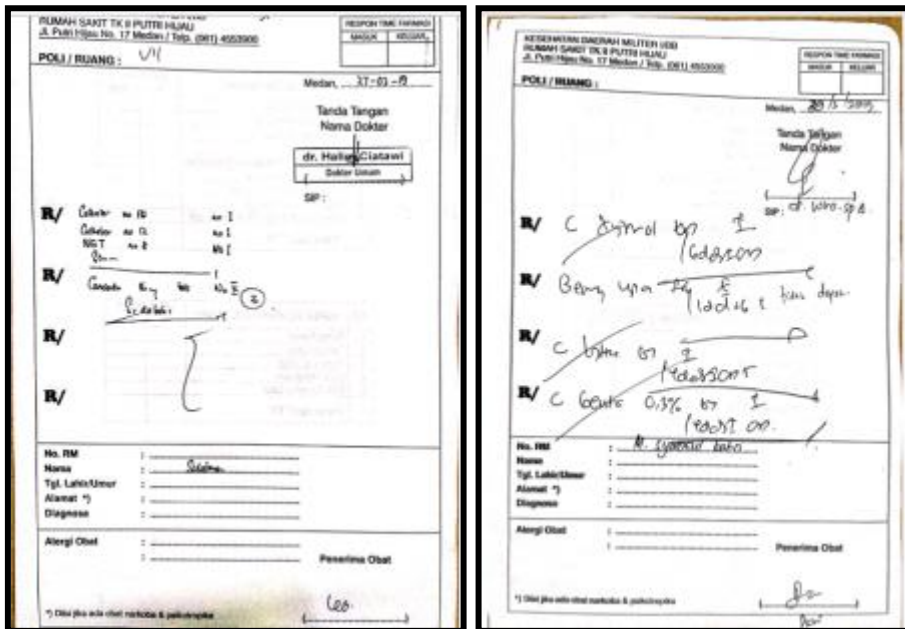
**PKPO 4.1 EP 2**

Bukti pelaksanaan evaluasi syarat elemen resep lengkap yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan



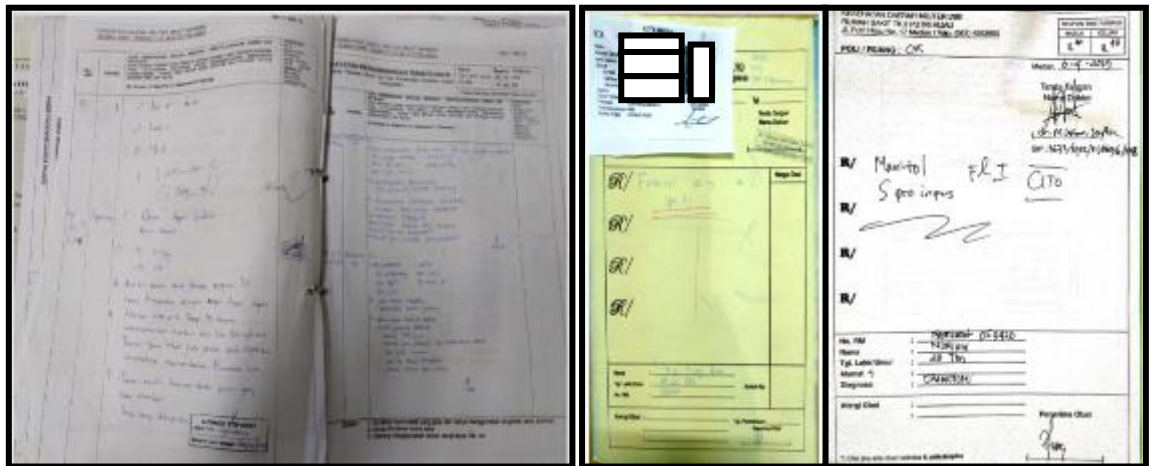
**PKPO 4.1 EP 3**

bukti pelaksanaan proses pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap, dan tidak terbaca.



### PKPO 4.1 EP 4

Bukti pelaksanaan proses untuk mengelola resep khusus, seperti darurat, standing order, berhenti otomatis (automatic stop order), tapering, dan lainnya.



### PKPO 4.2 EP 1

Daftar staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep yang tersedia di semua unit pelayanan

No	Nama Staf	Spesialisasi	Unit Pelayanan	Status
1	Dr. H. H. H.	...	...	...
2	Dr. H. H. H.	...	...	...
3	Dr. H. H. H.	...	...	...
4	Dr. H. H. H.	...	...	...
5	Dr. H. H. H.	...	...	...
6	Dr. H. H. H.	...	...	...
7	Dr. H. H. H.	...	...	...
8	Dr. H. H. H.	...	...	...
9	Dr. H. H. H.	...	...	...
10	Dr. H. H. H.	...	...	...
11	Dr. H. H. H.	...	...	...
12	Dr. H. H. H.	...	...	...
13	Dr. H. H. H.	...	...	...
14	Dr. H. H. H.	...	...	...
15	Dr. H. H. H.	...	...	...
16	Dr. H. H. H.	...	...	...
17	Dr. H. H. H.	...	...	...
18	Dr. H. H. H.	...	...	...
19	Dr. H. H. H.	...	...	...
20	Dr. H. H. H.	...	...	...
21	Dr. H. H. H.	...	...	...
22	Dr. H. H. H.	...	...	...
23	Dr. H. H. H.	...	...	...
24	Dr. H. H. H.	...	...	...
25	Dr. H. H. H.	...	...	...
26	Dr. H. H. H.	...	...	...
27	Dr. H. H. H.	...	...	...
28	Dr. H. H. H.	...	...	...
29	Dr. H. H. H.	...	...	...
30	Dr. H. H. H.	...	...	...
31	Dr. H. H. H.	...	...	...
32	Dr. H. H. H.	...	...	...
33	Dr. H. H. H.	...	...	...
34	Dr. H. H. H.	...	...	...
35	Dr. H. H. H.	...	...	...
36	Dr. H. H. H.	...	...	...
37	Dr. H. H. H.	...	...	...
38	Dr. H. H. H.	...	...	...
39	Dr. H. H. H.	...	...	...
40	Dr. H. H. H.	...	...	...
41	Dr. H. H. H.	...	...	...
42	Dr. H. H. H.	...	...	...
43	Dr. H. H. H.	...	...	...
44	Dr. H. H. H.	...	...	...
45	Dr. H. H. H.	...	...	...
46	Dr. H. H. H.	...	...	...
47	Dr. H. H. H.	...	...	...
48	Dr. H. H. H.	...	...	...
49	Dr. H. H. H.	...	...	...
50	Dr. H. H. H.	...	...	...
51	Dr. H. H. H.	...	...	...
52	Dr. H. H. H.	...	...	...
53	Dr. H. H. H.	...	...	...
54	Dr. H. H. H.	...	...	...
55	Dr. H. H. H.	...	...	...
56	Dr. H. H. H.	...	...	...
57	Dr. H. H. H.	...	...	...
58	Dr. H. H. H.	...	...	...
59	Dr. H. H. H.	...	...	...
60	Dr. H. H. H.	...	...	...
61	Dr. H. H. H.	...	...	...
62	Dr. H. H. H.	...	...	...
63	Dr. H. H. H.	...	...	...
64	Dr. H. H. H.	...	...	...
65	Dr. H. H. H.	...	...	...
66	Dr. H. H. H.	...	...	...
67	Dr. H. H. H.	...	...	...
68	Dr. H. H. H.	...	...	...
69	Dr. H. H. H.	...	...	...
70	Dr. H. H. H.	...	...	...
71	Dr. H. H. H.	...	...	...
72	Dr. H. H. H.	...	...	...
73	Dr. H. H. H.	...	...	...
74	Dr. H. H. H.	...	...	...
75	Dr. H. H. H.	...	...	...
76	Dr. H. H. H.	...	...	...
77	Dr. H. H. H.	...	...	...
78	Dr. H. H. H.	...	...	...
79	Dr. H. H. H.	...	...	...
80	Dr. H. H. H.	...	...	...
81	Dr. H. H. H.	...	...	...
82	Dr. H. H. H.	...	...	...
83	Dr. H. H. H.	...	...	...
84	Dr. H. H. H.	...	...	...
85	Dr. H. H. H.	...	...	...
86	Dr. H. H. H.	...	...	...
87	Dr. H. H. H.	...	...	...
88	Dr. H. H. H.	...	...	...
89	Dr. H. H. H.	...	...	...
90	Dr. H. H. H.	...	...	...
91	Dr. H. H. H.	...	...	...
92	Dr. H. H. H.	...	...	...
93	Dr. H. H. H.	...	...	...
94	Dr. H. H. H.	...	...	...
95	Dr. H. H. H.	...	...	...
96	Dr. H. H. H.	...	...	...
97	Dr. H. H. H.	...	...	...
98	Dr. H. H. H.	...	...	...
99	Dr. H. H. H.	...	...	...
100	Dr. H. H. H.	...	...	...

**PKPO 4.2 EP 2**

Bukti pelaksanaan rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses untuk membatasi jika diperlukan jumlah resep atau jumlah pemesanan obat yang dapat dilakukan oleh staf medis yang diberi kewenangan

**PKPO 4.2 EP 3**

Bukti staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep atau memesan obat dikenal dan diketahui oleh unit layanan farmasi atau oleh lainnya yang menyalurkan obat.



### PKPO 4.3 EP 1

Bukti pelaksanaan obat yang diberikan dicatat dalam satu daftar di rekam medis untuk setiap pasien berisi: identitas pasien, nama obat, dosis, rute pemberian, waktu pemberian, nama dokter dan keterangan bila perlu tapering off, titrasi, dan rentang dosis.

NO. URUT	NAMA OBAT	DOSA	RUTE	WAKTU	DOKTER
1	Parasetamol 500mg	1 tablet	oral	3x sehari	Dr. [Name]
2	Amoxicillin 500mg	1 tablet	oral	3x sehari	Dr. [Name]
3	Clonidine 0.1mg	1 tablet	oral	2x sehari	Dr. [Name]
4	Hydrochlorothiazide 25mg	1 tablet	oral	1x sehari	Dr. [Name]
5	Aspirin 100mg	1 tablet	oral	1x sehari	Dr. [Name]
6	Warfarin 5mg	1 tablet	oral	1x sehari	Dr. [Name]
7	Insulin NPH 40 IU	40 IU	subcutaneous	1x sehari	Dr. [Name]
8	Insulin Regular 10 IU	10 IU	subcutaneous	3x sehari	Dr. [Name]
9	Insulin Regular 10 IU	10 IU	subcutaneous	3x sehari	Dr. [Name]
10	Insulin Regular 10 IU	10 IU	subcutaneous	3x sehari	Dr. [Name]

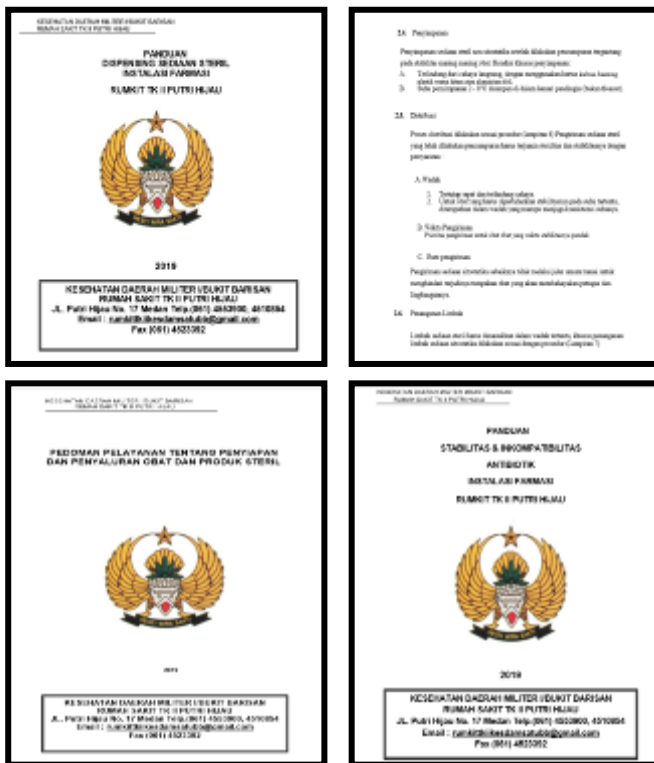
### PKPO 4.3 EP 2

Bukti pelaksanaan daftar tersebut di atas disimpan dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika pasien dipindahkan. Salinan daftar resep obat pulang kepada pasien.



**PKPO 5 EP 1**

Ada regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi.



**PKPO 5 EP 2**

Bukti pelaksanaan staf yang menyiapkan produk steril dilatih, memahami, serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik



### PKPO 5 EP 3

Bukti pelaksanaan pencampuran obat kemoterapi dilakukan sesuai dengan praktik profesi.

**KESEHATAN DAERAH MILITER IBUKOT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU**

KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
NOMOR SK/02/2019

TENTANG  
ELEMEN PENILAIAN STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

KEPALA RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang selingi-lingginya, perlu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lengkap;
- b. bahwa di dalam standar nasional akreditasi rumah sakit, sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dinilai dan tidak mempengaruhi kaitan penilaian dengan EP lainnya ialah sebuah Elemen Penilaian (EP) yang tidak dapat diterapkan atau tidak diselenggarakan berdasarkan atas organisasi rumah sakit, jenis dan tipe rumah sakit, pelayanan, populasi, pasien dan sebagainya, contohnya rumah sakit tidak melakukan riset, rumah sakit tidak melakukan pendidikan profesi kedokteran;
- c. bahwa berdasarkan butir a dan b maka perlu untuk menetapkan tentang Elemen Penilaian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Tidak Dapat Diterapkan (TDD) di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB dengan Keputusan Kepala Rumah Sakit TK II Putri Hijau Kesdam IBB.

Mengingat :

1. Undang – Undang Nomor 39 Tahun 1999 tertanggal 23 September 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tertanggal 13 Oktober 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tertanggal 28 Oktober 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tertanggal 17 Oktober 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
5. Undang-Undang Praktek Kedokteran Nomor 29 pasal 45 ayat (3) tahun 2009 tertanggal 06 Oktober 2004 tentang Panduan Pemberian Informasi dalam Rangka Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Lampiran  
Keputusan Kepala Rumah Sakit TK II Putri Hijau  
Nomor : SK/02/19/2019  
Tanggal : 06 Januari 2019

**ELEMEN PENILAIAN  
STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT  
TIDAK DAPAT DITERAPKAN (TDD)  
DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM IBB**

KODE	STANDAR	ELEMEN PENILAIAN	URAIAN PERTIMBAHAN	PESYUJUAN RAKIS	
				WILAYAH TIDAK SETUJU	PUMILAS SKN
		5	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan pendidikan Managemen		
		7	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan pendidikan Managemen		
		8	Rumah Sakit tidak menyelenggarakan proses diagnostik dan transkribasi organ		
	RSP 3.3	1,2,3	Rumah Sakit tidak melakukan pelayanan farmakologi		
	PRPO 3.5	3	Rumah sakit tidak memiliki obat dan bahan sediaan		
	PRPO 3.5	5	Rumah sakit tidak melakukan riset atau penelitian		
	PRPO 5	3	Rumah Sakit tidak melakukan pencampuran obat Managemen		

### PKPO 5 EP 4

Bukti pencampuran obat intravena, epidural dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik dilakukan sesuai dengan praktik profesi





**PKPO 5.1 EP 1**

regulasi penetapan sistem yang seragam untuk penyiapan dan penyerahan obat

<p>KESEHATAN MASYARAKAT DAN BUKTI BARRISAN RUMAH SAKIT TK II PUTRI HURAI</p> <p>KEPRESIDENAN WILAYAH RUMAH SAKIT TK II PUTRI HURAI NOMOR: SK/205/II/2018</p> <p>TENTANG</p> <p>KEBERAGAMAN SISTEM PENYAPAN DAN PENYERAHAN OBAT (TELAAH RESEP, PENYAPAN OBAT, PELABELAN DAN TELAAH OBAT) DI RUMAH SAKIT TK II PUTRI HURAI</p> <p>KETALA HUNDAI TK II PUTRI HURAI KESKAM URB</p> <p>MEMBAHAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sama untuk meningkatkan keselamatan pasien dan penggunaan obat yang tepat, aman dan rasional di rumah sakit, perlu dibuat prosedur penelaahan resep yang efektif sebelum obat diserahkan.</li> <li>2. Sama yang dimaksudkan bahwa resep adalah cara mengaji resep meliputi kepatuhan tulisan resep, berat badan pasien untuk pasien anak, jenis obat, jenis obat, jenis rute, jenis waktu duplikasi, alergi, interaksi obat dan kontra indikasi lainnya (perubahan berdasarkan administrasi, farmakokinetik dan lain).</li> <li>3. Sama untuk penelaahan resep perlu dilakukan oleh petugas yang kompeten dan harus dimestiasasi secara berkala.</li> <li>4. Bahwa untuk meningkatkan pelayanan, informasi yang benar, berkualitas, dan komprehensif mengenai informasi pasien di Rumah Sakit diperlukan cara pedoman Penelaahan Obat.</li> <li>5. Bahwa penelaahan obat yang tepat adalah preventif, utamnya, dan ketepatan pemberian obat dan dapat mengurangi kesalahan pemberian obat.</li> <li>6. Bahwa untuk menyalakan dan menyebarkan obat yang tepat dan benar, maka perlu ditetapkan Kapasitas Komite TK II rumah sakit Kesdam RSUD beranggotakan: Dalam penyiapan dan penyerahan obat.</li> </ol>	<p>KESEHATAN MASYARAKAT DAN BUKTI BARRISAN RUMAH SAKIT TK II PUTRI HURAI</p> <p>Lampiran : SK no Rumah TK II Putri Hurai Nomor : SK/205A/2018 Tanggal : 08 Agustus 2018</p> <p><b>KEBERAGAMAN TELAAH RESEP</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sama resep yang masuk di Instalasi Farmasi Rumah Sakit harus dilakukan telaaah resep sebelum obat diserahkan untuk diserahkan kepada pasien. Telaaah resep yang dilakukan meliputi:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyerahan administrasi meliputi:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi dokter : Nama lengkap, jenis tangan dokter, Nomor SIP</li> <li>2) Tanggal : tanggal tanggal penulisan resep atau nama umtuk/anggot</li> <li>3) Identifikasi pasien : Nomor resep</li> <li>4) Identifikasi pasien : Nama, umur, jenis kelamin, nomor KID untuk anak dicantumkan berat badan pasien</li> </ol> </li> <li>b. Penyerahan farmasi, meliputi:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Preskripsi : Nama obat, jumlah &amp; kefarmakologi obat</li> <li>2) Obat-obatan : cara penulisan, bentuk, volume obat yang ditulis atau dengan cara lainnya</li> <li>3) Signatura : jenis penggunaan obat (oral, suntik, percutis) dan informasi lain yang diperlukan</li> <li>4) Identifikasi unit farm</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Sama untuk meningkatkan keselamatan pasien dan penggunaan obat yang tepat, aman dan rasional di rumah sakit, perlu dibuat prosedur penelaahan resep yang efektif sebelum obat diserahkan.</li> <li>3. Sama yang dimaksudkan bahwa resep adalah cara mengaji resep meliputi kepatuhan tulisan resep, berat badan pasien untuk pasien anak, jenis obat, jenis obat, jenis rute, jenis waktu duplikasi, alergi, interaksi obat dan kontra indikasi lainnya (perubahan berdasarkan administrasi, farmakokinetik dan lain).</li> <li>4. Bahwa untuk meningkatkan pelayanan, informasi yang benar, berkualitas, dan komprehensif mengenai informasi pasien di Rumah Sakit diperlukan cara pedoman Penelaahan Obat.</li> <li>5. Bahwa penelaahan obat yang tepat adalah preventif, utamnya, dan ketepatan pemberian obat dan dapat mengurangi kesalahan pemberian obat.</li> <li>6. Bahwa untuk menyalakan dan menyebarkan obat yang tepat dan benar, maka perlu ditetapkan Kapasitas Komite TK II rumah sakit Kesdam RSUD beranggotakan: Dalam penyiapan dan penyerahan obat.</li> </ol>
---	---

**PKPO 5.1 EP 2**

Bukti pelaksanaan proses pengkajian resep yang meliputi butir a) sampai dengan g) pada maksud dan tujuan.

The image displays four screenshots of handwritten forms and checklists related to prescription review. The first and third images show 'ASPEK TELAAH' and 'ASPEK TELAAH EDUKASIONAL' checklists with columns for 'Ya' and 'Tidak'. The second and fourth images show similar forms with a red box highlighting a specific section.

**PKPO 5.1 EP 3**

Setelah obat disiapkan, obat diberi label meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa



**PKPO 5.1 EP 4**


Bukti pelaksanaan telaah obat meliputi butir 1) sampai dengan 5) pada maksud dan tujuan



**PKPO 5.1 EP 5**

Bukti pelaksanaan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan

**PANDUAN UNIT DOSE DISPENSING (UDD)  
DI INSTALASI FARMASI  
RUMAH BAKIT TK II PUTRI HIJAU**



2018

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
RUMAH BAKIT TK II PUTRI HIJAU  
Jl. Putri Hijau No. 17 Medan (401381) 4502006, 4510856  
Email: rumahsakmitrak@gmail.com  
Fax: 061/4502005

**UDD  
TRIA LARJANA**

A. Waktu Penyerahan Obat Unit Dose Dispensing

Obat diberikan atau diserahkan oleh farmasi untuk diambil oleh pasien dengan memperhatikan anamnesis dan pemeriksaan umum yang ada serta kondisi lingkungan. Obat akan diserahkan per pasien dan diserahkan secara massal berdasarkan tabel waktu farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Mitra Keluarga yang tertera pada tabel berikut.

Jam penyerahan obat unit dose dispensing akan diberikan dan diserahkan berdasarkan jadwal dan jadwal waktu UDD yang telah ditetapkan berdasarkan jadwal pemberian obat unit dose dispensing yang diserahkan per pasien berdasarkan tabel dan jadwal penyerahan obat unit dose dispensing yang tertera pada tabel berikut.

Waktu penyerahan obat unit dose dispensing dengan aturan obat meliputi dari contoh yaitu:

Tabel Waktu Penyerahan Obat Unit Dose

Agensi Farmasi	Waktu Penyerahan
Agensi farmasi umum	07.00-10.00-11.00
Pelayanan farmasi	07.00-14.00
Agensi farmasi khusus	07.00-11.00-14.00
Pelayanan farmasi khusus	08.00-12.00-18.00-22.00
Agensi farmasi khusus	08.00-11.00-18.00-22.00-24.00
Pelayanan farmasi khusus	08.00-18.00-14.00-18.00-22.00-24.00

Setelah jam penyerahan obat unit dose dispensing diserahkan dengan memperhatikan jadwal dan jadwal waktu UDD yang telah ditetapkan berdasarkan jadwal pemberian obat unit dose dispensing yang diserahkan per pasien berdasarkan tabel dan jadwal penyerahan obat unit dose dispensing yang tertera pada tabel berikut.

Tabel Waktu Penyerahan Obat Unit Dose Dispensing

Agensi Farmasi	Waktu Penyerahan
Agensi farmasi umum	07.00-10.00-11.00
Pelayanan farmasi	07.00-14.00
Agensi farmasi khusus	07.00-11.00-14.00
Pelayanan farmasi khusus	08.00-12.00-18.00-22.00
Agensi farmasi khusus	08.00-11.00-18.00-22.00-24.00
Pelayanan farmasi khusus	08.00-18.00-14.00-18.00-22.00-24.00

**PKPO 5.1 EP 6**

bukti penyerahan obat tepat waktu

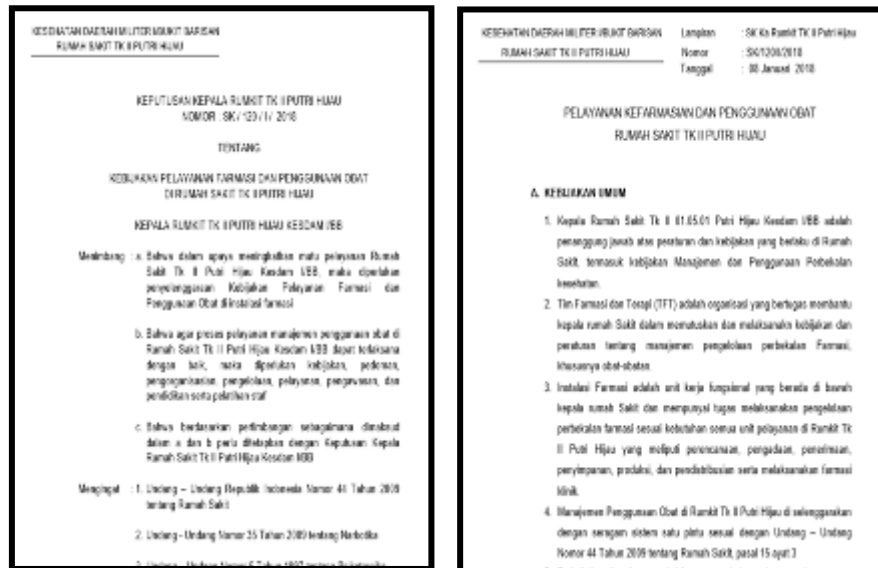
RESPON TIME PELAKSANAAN RESEP  
(WAKTU TERIMA)  
TANGGAL: 17 APRIL 2018

NO	NAMA PASIEN	JAM MASUK RESEP	PAGAR PASIEN	JAM OBAT DITERIMA	PAGAR PASIEN	KETERANGAN
1	DELI KURNIAWAN	07.45	UDD	07.55	UDD	P. JUNA
2	SURABATI HANIFA	07.50	UDD	07.55	UDD	P. BUDI KURNIAWAN
3	REZA KURNIAWAN	07.55	UDD	08.00	UDD	P. JUNA
4	DEVI MURAHATI	08.00	UDD	08.05	UDD	P. JUNA
5	MARIA ANANDA	08.05	UDD	08.10	UDD	P. JUNA
6	DEVI KURNIAWAN	08.10	UDD	08.15	UDD	P. JUNA
7	ANITA TUBA LESTARI	08.15	UDD	08.20	UDD	P. JUNA
8	DEVI KURNIAWAN	08.20	UDD	08.25	UDD	P. JUNA
9	DEVI KURNIAWAN	08.25	UDD	08.30	UDD	P. JUNA
10	DEVI KURNIAWAN	08.30	UDD	08.35	UDD	P. JUNA
11	DEVI KURNIAWAN	08.35	UDD	08.40	UDD	P. JUNA
12	DEVI KURNIAWAN	08.40	UDD	08.45	UDD	P. JUNA
13	DEVI KURNIAWAN	08.45	UDD	08.50	UDD	P. JUNA
14	DEVI KURNIAWAN	08.50	UDD	08.55	UDD	P. JUNA
15	DEVI KURNIAWAN	08.55	UDD	09.00	UDD	P. JUNA
16	DEVI KURNIAWAN	09.00	UDD	09.05	UDD	P. JUNA
17	DEVI KURNIAWAN	09.05	UDD	09.10	UDD	P. JUNA
18	DEVI KURNIAWAN	09.10	UDD	09.15	UDD	P. JUNA
19	DEVI KURNIAWAN	09.15	UDD	09.20	UDD	P. JUNA
20	DEVI KURNIAWAN	09.20	UDD	09.25	UDD	P. JUNA

Mengetahui,  
Kombi Farmasi  
DR. JUNA, drp

## PKPO 6 EP 1

Penetapan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat termasuk pembatasannya



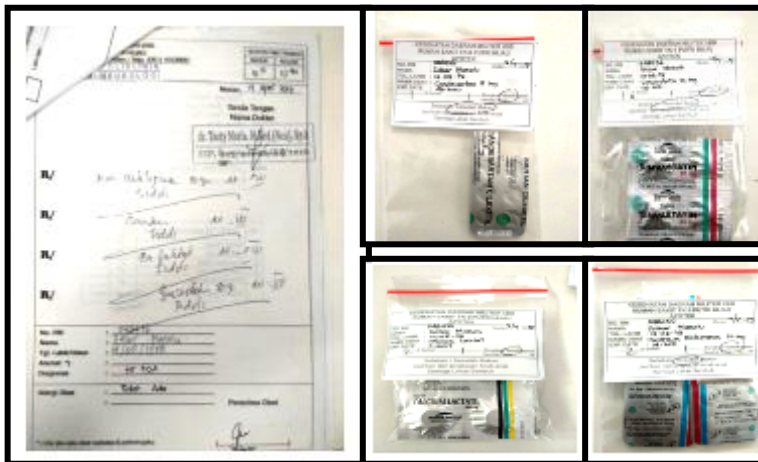
## PKPO 6 EP 2

Bukti pelaksanaan pemberian obat oleh staf klinis yang kompeten dan berwenang sesuai dengan surat izin terkait profesinya dan peraturan perundang-undangan



**PKPO 6 EP 3**

Bukti pelaksanaan pemberian obat dilaksanakan sesuai dengan pembatasan yang ditetapkan, misalnya obat kemoterapi, obat radioaktif, atau obat untuk penelitian



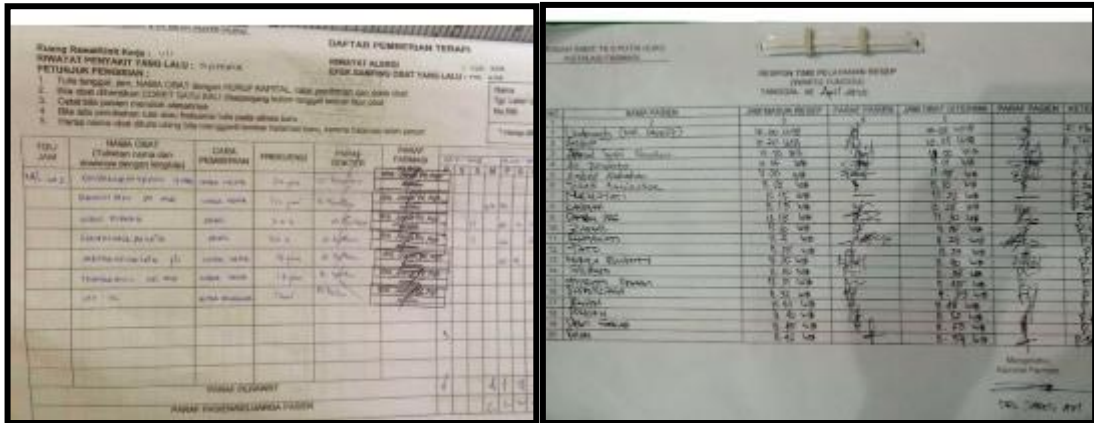
**PKPO 6.1 EP 1**

Regulasi verifikasi sebelum penyerahan obat kepada pasien yang meliputi butir a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan.

 RUMKIT TK II PUTRI HIJAU KESDAM I / BB	VERIFIKASI PEMBERIAN OBAT		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/PP/PO/863/2018	0	1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 12 Januari 2018	Ditetapkan di Medan Kepala RUMKIT TK II Putri Hijau  dr. Farhaan Abdulah, Sp.THT Kolonel Ckm NRP 192000240161	
PENGERTIAN	1. Verifikasi adalah proses mengecek data apakah sudah sesuai dengan aturan atau tidak. 2. Obat ialah suatu bahan atau paduan bahan-bahan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam menetapkan diagnosis, mencegah, mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah dan rohaniah pada manusia atau hewan dan untuk memperoleh atau memperbaiki badan atau bagian badan manusia termasuk obat tradisional. 3. Pemberian obat yang dimaksud adalah Dilakukan oleh perawat sebelum memberikan obat kepada pasien		
TUJUAN	1. Sebagai pedoman petugas dalam pemberian obat kepada pasien di ruang perawatan 2. Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat.		
KEBUKUAN	Keputusan Kanumkit TK II Putri Hijau Nomor : SK/120/2018 tanggal 8 Januari 2018 tentang Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat di RUMKIT TK II Putri Hijau		
PROSEDUR	1. Cuci tangan terlebih dahulu sebelum melaksanakan pemberian obat kepada pasien. 2. Cocokkan label obat yang akan diberikan dengan instruksi/aturan pemberian obat oleh dokter		

**PKPO 6.1 EP 2**

Bukti pelaksanaan verifikasi sebelum obat diserahkan kepada pasien.



**PKPO 6.1 EP 3**


Bukti pelaksanaan double check untuk obat yang harus diwaspadai (high alert).






### PKPO 6.2 EP 1

Regulasi pengobatan oleh pasien sendiri

DIAT YANG DIBAWA PASIEN DARI LUAR RUMAH SAKIT		
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SP01/90/0020/2018	0	1/2
		
<b>STANSA PRATIWIEN OPERASIONAL (SPO)</b>		
Tanggal terbit	Disiapkan di Medan Kepala Rawat TK II (Epat) Haju  dr. Farhan Abdullah, Sp.THT Rikard C/O: MPP 19/01/2018/1701	
PERSEKUTUAN	1. Obat yang sudah dikenal atau pernah bukan dalam yang diragukan untuk digunakan dalam mencegah, mengobati, meringankan, menyembuhkan, menyehatkan penyakit atau jenis penyakit, luka atau kelainan, tindakan dan tindakan pada manusia atau hewan dan untuk memperoleh atau memperindah bentuk atau bagian badan manusia termasuk obat tradisional. 2. Obat yang dibawa pasien adalah obat yang dibawa oleh pasien dari luar rumah sakit dan digunakan untuk pengobatan sendiri atau melanjutkan pengobatan sebelumnya oleh pasien.	
TUJUAN	1. Mengecek kembali dalam menerima obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit. 2. Melindungi keselamatan pasien dari pemakaian obat yang tidak memiliki syarat dan standar obat yang telah ditetapkan.	
RELEVAN	Keputusan Kepala TK II Putri Hijau Nomor SP01/90/0020/2018 tanggal 0 Januari 2018 tentang Pelayanan Kefarmasian dan Pengawasan Obat di Rumah TK II Putri Hijau.	
PROSEDUR	A. Penerimaan 1. DPJP atau personal ahli kefarmasian rumah sakit yang akan menerima barang tersebut harus memeriksa dan memastikan bahwa:	

DIAT YANG DIBAWA PASIEN DARI LUAR RUMAH SAKIT		
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SP01/90/0020/2018	0	2/2
		
<b>RUMAH SAKIT II PUTRI HIJAU KESDAM II DD</b>		
PROSEDUR	dan dicatat dalam formulir (formulir terlampir) 4. Obat yang tidak digunakan dilanjutkan pemakaiannya, maka pasien menyebarkan kepada personal ahli kefarmasian dengan baik sesuai format (formulir terlampir) yang sudah diijazahkan di bagian kefarmasian rumah sakit dan akan dikembalikan pada saat pasien pulang. 5. Obat yang dibawa pasien harus divalidasi identitasnya oleh personal ahli kefarmasian. 6. Resep yang dibuat DPJP dicatatkan ke Instalasi Farmasi untuk di siapkan obatnya dan diberikan kepada personal ahli kefarmasian. 7. Pasir, material atau obat, jumlah, dosis yang dibawa pasien dengan pada lembar prosedur penerimaan dan ditandatangani oleh DPJP. 8. Personal menyebarkan obat yang sudah ditandatangani oleh DPJP kepada personal ruangan yang sudah diijazahkan ke ruangan. 9. Obat yang sudah tidak dipakai dibuat periklanan obat karantina dengan identifikasi lengkap dan disimpan di depo farmasi. 10. Tenaga teknis farmasi rumah sakit melakukan pemeriksaan pada lembar obat pasien dengan personal ahli kefarmasian.	

### PKPO 6.2 EP 2

Bukti pelaksanaan pengobatan obat oleh pasien sendiri sesuai dengan regulasi

JEMBATAN DASAR RUMAH SAKIT PRATIWIEN BARIBAN  
 RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU

PENERIMAAN OBAT BERKONDISI

Tanggal Masuk: 18-01-2018

NO	NAMA PENYAKIT	STURUS PASIEN	JANJIAN	KETERANGAN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Yang berminat dengan di bawah ini:

Nama: *[Handwritten Name]*  
 Alamat: *[Handwritten Address]*  
 No. Telpun: *[Handwritten Phone Number]*  
 Hubungan dengan pasien: *[Handwritten Relationship]*

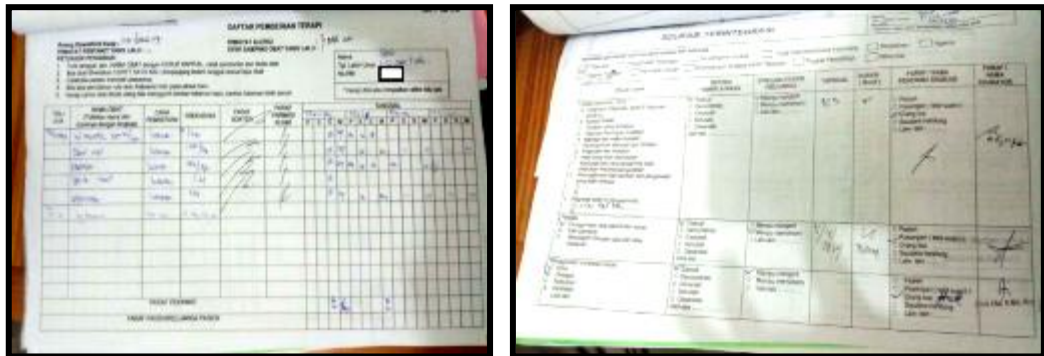
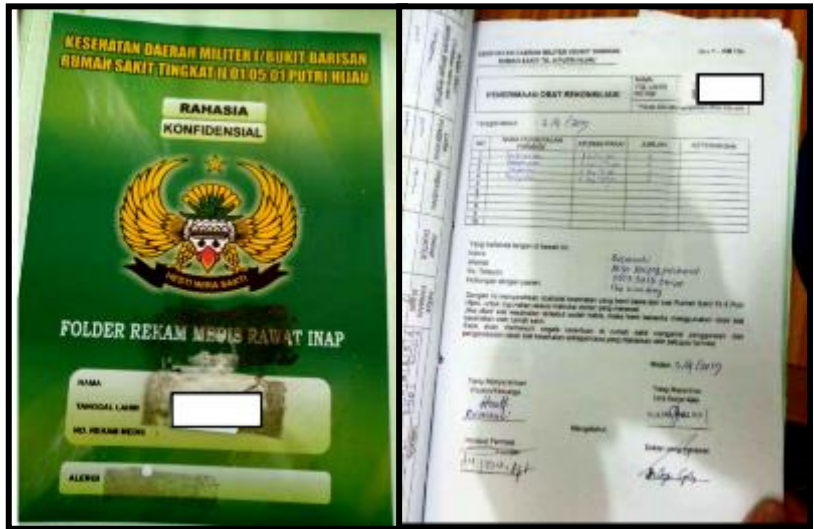
Dengan ini saya menyatakan bersedia menerima obat yang dibawa pasien. Jika obat yang dibawa pasien tersebut sudah habis, maka kami bersedia menggunakan obat dan kesehatan diri/pasien kami. Saya akan mematuhi segala ketentuan di rumah sakit mengenai penggunaan dan penyimpanan obat dan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan dan ditetapkan.

Medan,

Yang Menyerahkan Pasien/Keluarga: *[Signature]*  
 Yang Menerima (ahli kefarmasian): *[Signature]*  
 Mengetahui: *[Signature]*  
 Dokter yang merawat: *[Signature]*

### PKPO 6.2 EP 3

Proses monitoring terhadap pengobatan oleh pasien sendiri



### PKPO 7 EP 1

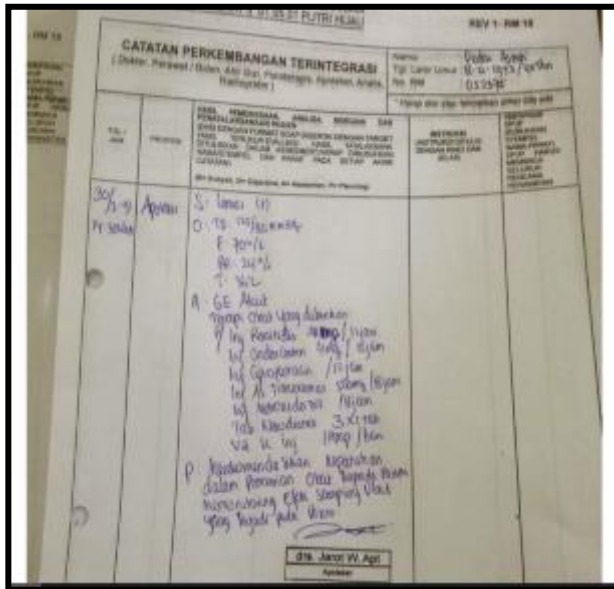
Regulasi pemantauan efek obat dan efek samping obat serta dicatat dalam status pasien





**PKPO 7 EP 2**

Bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat



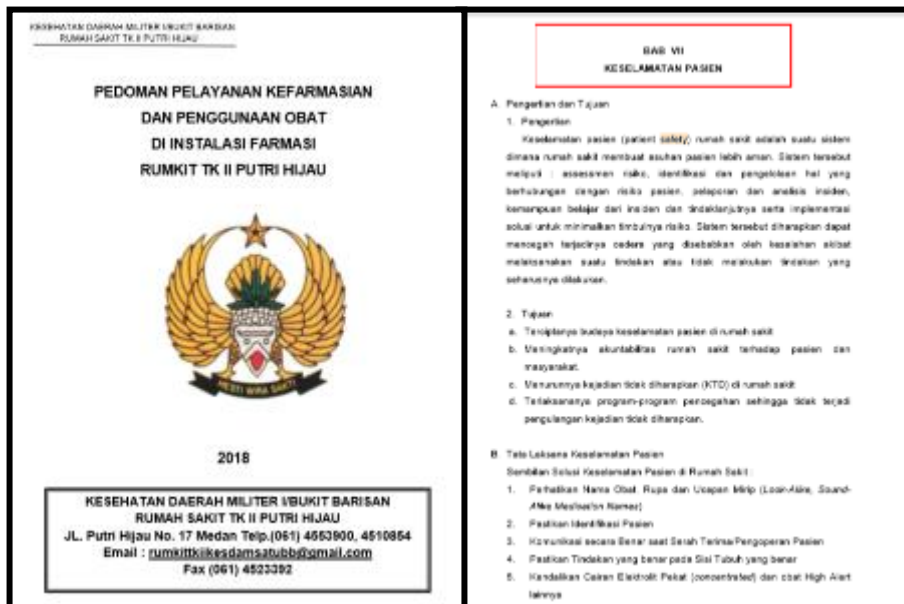
**PKPO 7 EP 3**

Ada bukti pemantauan efek samping obat dan pelaporannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan



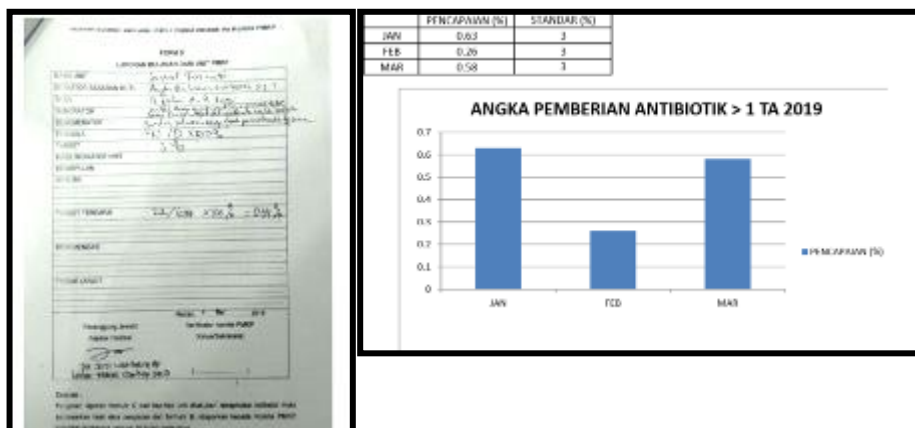
**PKPO 7.1 EP 1**

Regulasi medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan



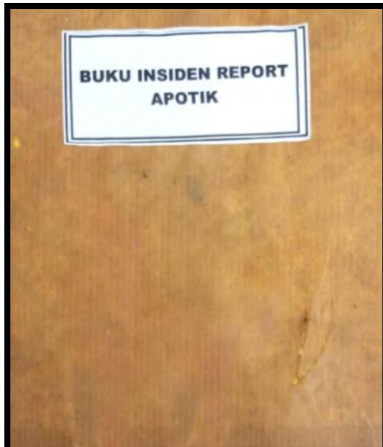
**PKPO 7.1 EP 2**

Bukti pelaksanaan rumah sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera



PKPO 7.1 EP 3

Bukti instalasi farmasi mengirimkan laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit



No.	Tanggal Kejadian	Identitas Pasien (Nama & No. RM)	Kejadian	Ward	Revisi	Tindakan	Respon	Kategori	Sebab	Prevensi	Penyakit	Keperawatan	Lain
1.	20/10/18	Tn. A. M.	BB meningkat di 3 BP	ICU									
2.	20/10/18	M. C. S.	BB ut. my. 07.00 Jm. 12.00 BB ut. my. 07.00 BB ut. my. 07.00 BB ut. my. 07.00	ICU									

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN KESEHATAN MILITER  
KEMENTERIAN KESEHATAN POLISI  
KEMENTERIAN KESEHATAN TENAGA KERJA

**LAPORAN INSIDEN KAC, ETC, KTD DAN BENTING (INTERNAL)**  
BANKIT IN 3 91.25 41 PUTRI HELMI

**A. DATA PASIEN**

1. Nama: Putri Helmi

2. No RM: 91.25.41.0001

3. Jenis kelamin:  Laki-laki  Perempuan

4. Pekerjaan:  Pemula  Lanjut

5. Tanggal masuk RS: 10/10/18 Jam: 07.00

**B. RINGKAS KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden: 10/10/18 Jam: 07.00

2. Insiden: BB ut. my. 07.00

3. Kronologi Insiden: BB ut. my. 07.00

4. Akibat Insiden: BB ut. my. 07.00

5. Penyebab Insiden: BB ut. my. 07.00

1. Insiden menggunakan obat:

Pasien awal obat

Pasien salah obat

Pasien salah dosis

Pasien salah cara

Lain-lain

2. Tanggal Insiden: 10/10/18

3. Insiden terjadi pada pasien: (Detail kasus penyakit / obat/obat)

4. Obat / Obat-obatan yang digunakan:

5. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?  Ya  Tidak

6. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?  Ya  Tidak

ROOT CAUSE ANALYSIS

Insiden Pasien: BB ut. my. 07.00

Insiden Rawat: ICU

Tanggal Insiden: 10/10/18

Tempat Kejadian: ICU

ASPEK 1: BB ut. my. 07.00

ASPEK 2: BB ut. my. 07.00

ASPEK 3: BB ut. my. 07.00

JCA, BPO

PROSEDUR: REKAMENSI DAN BUKAN TUNJANG

WAKT	PROSEDUR	WAKTU	REVISI	NO	REVISI
------	----------	-------	--------	----	--------

1. Insiden menggunakan obat:

2. Tanggal Insiden: 10/10/18

3. Insiden terjadi pada pasien: BB ut. my. 07.00

PROSEDUR PEMERIKSAAN

No. Dokumen: ALU/422009/000

Revisi: 01

Keperawatan: ICU

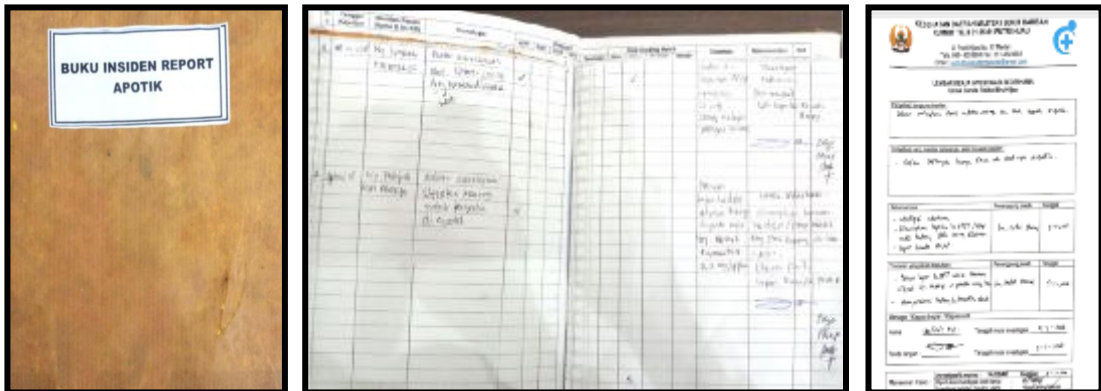
Tanggal: 11 Januari 2018

1. Insiden menggunakan obat: BB ut. my. 07.00

2. Insiden terjadi pada pasien: BB ut. my. 07.00

### PKPO 7.1 EP 4

Bukti tim keselamatan pasien rumah sakit menerima laporan kesalahan penggunaan obat (medication error) dan mencari akar masalah atau investigasi sederhana, solusi dan tindak lanjutnya, serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien



### PKPO 7.1 EP 5

Bukti pelaksanaan rumah sakit melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (medication error)

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
RUMAH SAKIT PUSAT PELATIHAN  
Jl. Pahlawan 17 Medan  
Telp. 061-82201000  
Email: info@pusatpelatihan.kemkes.go.id

LAMARAN PERHA ATAU BUKTI PELAKSIAN  
DOKTER RUMAH SAKIT

Identifikasi masalah:  
Buku catatan rekam medis tidak terupdate secara berkala.

Identifikasi penyebab masalah:  
- Tidak terdapat prosedur yang jelas untuk update rekam medis.

Intervensi	Penanggung jawab	Target
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%

Monitor / Evaluasi / Tindak lanjut:  
Buku catatan rekam medis terupdate secara berkala.

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
RUMAH SAKIT PUSAT PELATIHAN  
Jl. Pahlawan 17 Medan  
Telp. 061-82201000  
Email: info@pusatpelatihan.kemkes.go.id

LAMARAN PERHA ATAU BUKTI PELAKSIAN  
DOKTER RUMAH SAKIT

Identifikasi masalah:  
Buku catatan rekam medis tidak terupdate secara berkala.

Identifikasi penyebab masalah:  
- Tidak terdapat prosedur yang jelas untuk update rekam medis.

Intervensi	Penanggung jawab	Target
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%

Monitor / Evaluasi / Tindak lanjut:  
Buku catatan rekam medis terupdate secara berkala.

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
RUMAH SAKIT PUSAT PELATIHAN  
Jl. Pahlawan 17 Medan  
Telp. 061-82201000  
Email: info@pusatpelatihan.kemkes.go.id

LAMARAN PERHA ATAU BUKTI PELAKSIAN  
DOKTER RUMAH SAKIT

Identifikasi masalah:  
Buku catatan rekam medis tidak terupdate secara berkala.

Identifikasi penyebab masalah:  
- Tidak terdapat prosedur yang jelas untuk update rekam medis.

Intervensi	Penanggung jawab	Target
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%
- Berikan pelatihan kepada staf terkait update rekam medis.	Dr. Rully Dharma	100%

Monitor / Evaluasi / Tindak lanjut:  
Buku catatan rekam medis terupdate secara berkala.



**Lampiran 2.**

**Dokumentasi Penelitian di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB**

**Tampilan Depan RS**



### Pengurusan Berkas Permohonan Izin survey dan penelitian ke Instaldik



### Hari terakhir penelitian, foto bersama dengan pimpinan RS



Dari Kiri : Wakarumkit ( Letkol Ckm dr. M.Irsan Basyroel, Sp.KK), Kepala Instalasi Rawat Jalan & Set Akreditasi (PNS Gol IV/a dr. Elsa Christy Meliala, M.Kes), Peneliti (Dian Rika Christiani Malau), Karumkit (Kolonel Ckm DR.dr. Khairul Ihsan, Sp. BS).



Gudang Penyimpanan Bahan Berbahaya dan Beracun







Tim Farmasi dan Terapi



Instalasi Farmasi



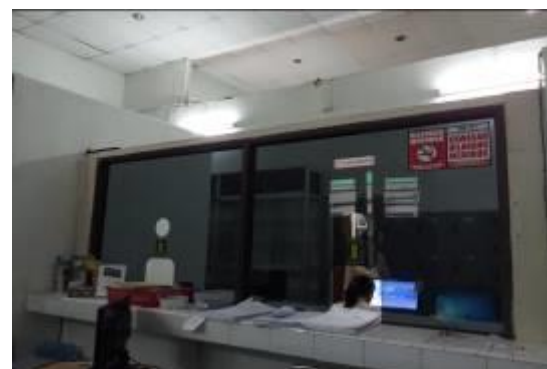
Ruang Administrasi



Pengambilan obat pasien rawat inap



Perbekalan Farmasi



Pengambilan obat pasien rawat jalan

### Lampiran 3. Permohonan Pengajuan Judul Skripsi



**INSTITUT KESEHATAN HELVETIA**  
**Fakultas Farmasi dan Kesehatan**  
 WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
 Tel: (661) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: [instituthelvetia](#)

---

**PERMOHONAN PENGAJUAN JUDUL SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
 NPM : 1701012111  
 Program Studi : FARMASI (S1) / S-1



Judul yang telah di setujui :

**ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN**

Diketahui,  
 Ketua Program Studi  
 S-1 FARMASI (S1)  
 FAKULTAS FARMASI DAN KESEHATAN  
 INSTITUT KESEHATAN HELVETIA



(ADEK CHIAN, S.Si, M.Si, Apt)

Pemohon



(DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU)

diteruskan kepada Dosen Pembimbing

1. KHAIRANI FITRI, S.Si, M.Kes. Apt (0102017001) (No.HP : ) 
2. YULIS KARTIKA, S.Farm., M.Si. Apt (Not Available) (No.HP : ) 

**Catatan Penting bagi Dosen Pembimbing:**

1. Pembimbing-I dan Pembimbing-II wajib melakukan koordinasi agar tercapai kesepakatan.
2. Diminta kepada dosen pembimbing untuk tidak mengganti topik yang sudah disetujui.
3. Berilah kesempatan kepada mahasiswa untuk mengeksplorasi permasalahan penelitian.
4. Mohon tidak menerima segala bentuk gratifikasi yang diberikan oleh mahasiswa.

## Lampiran 4. Absensi Penelitian

**DAFTAR HADIR**

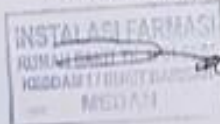
NAMA MAHASISWA : Dian Rika Christiani Malau  
 TEMPAT PENELITIAN : Rumah Sakit Tk.II Putri Hijau  
 Kesdam I/BB  
 ALAMAT TEMPAT PENELITIAN : Jl. Putri Hijau No. 17, Medan  
 JUDUL PENELITIAN : Analisis Tingkat Pemenuhan Standar PKPO Dalam  
 SNARS Versi 2017 di RS. TK.II Putri Hijau  
 Kesdam I/BB  
 PIMPINAN RUMAH SAKIT : Kolonel Ckm DR. dr. Khairul Ihsan, Sp. BS  
 PJ INSTALASI FARMASI : Drs. Jarot Wurdiatmo, Apt.  
 HARI/ TGL SURVEI AWAL : Senin, 25 Maret 2019  
 HARI/ TGL MULAI PENELITIAN : Selasa, 26 Maret 2019  
 HARI/TGL AKHIR PENELITIAN : 28 April 2019

No	Hari/ Tanggal	Jam Masuk	Hal Yang Dilakukan	Jam Selesai	Paraf Adm Ins Far	Paraf PJ Farmasi	Net
1.	25/03 Senin	07.45	Survei Awal (Pemeriksaan awal) Pengumpulan surat izin penelitian	17.00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
2.	Selasa 26/03-19	08.30	Survei awal Perkenalan di farmasi & Apoteker	16.30	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
3.	Rabu 27/03-2019	07.30	Survei awal lain dengan kepala RS. Informasi STOR RS & Jh star (peta)	17.35	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
4.	Kamis, 28/3-19	07.41	PKPO 1 EP 1 1/2 d 6	17.41	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
5.	Jumat 29/3-19	08.00	PKPO 2 EP 1 1/2 d 4	18.00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
6.	Sabtu, 30/3-19	07.51	PKPO 2.1 EP 1 1/2 d 3	17.35	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
7.	Senin 1/4-19	07.48	PKPO 2.1.1 EP 1 1/2 d 3	18.05	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
8.	Selasa 2/4-19	07.22	PKPO 3 EP 1 1/2 d 5	18.01	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
9.	Kamis 4/4-19	08.12	PKPO 3.1 EP 1 1/2 d 4	17.59	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
10.	<del>Senin</del> 6/4-2019	07.00	PKPO 3.2 EP 1 1/2 d 3	18.00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	

No	Hari/Tanggal	Jam Masuk	Hal Yang Dilakukan	Jam Selesai	Paraf Adm Ins Far	Paraf Pj Farmasi	Ket
11	Selasa 09/4-19	07.55	PKPO 3.3 EP 1 1/2 6	18.15			
12	Rabu 10/4-19	07.35	PKPO 3.4 EP 1 1/2 3 PKPO 3.5 EP 1 1/2 3	18.10			
13	Kamis 11/4-19	07.34	PKPO 4 EP 1 1/2 4 PKPO 4.1 EP 1 1/2 4	17.35			
14	Senin 15/4-19	07.21	PKPO 4.2 EP 1 1/2 3 PKPO 4.3 EP 1 1/2 2	18.00			
15	Selasa 16/4-19	07.05	PKPO 5 EP 1 1/2 4	17.20			
16	Kamis 18/4-19	07.48	PKPO 5.1 EP 1 1/2 6	17.44			
17	Sabtu 20/4-19	07.33	PKPO 6 EP 1 1/2 3 PKPO 6.1 EP 1 1/2 3	18.00			
18	Senin 22/4-19	07.00	PKPO 6.2 EP 1 1/2 3 PKPO 7 EP 1 1/2	17.50			
19	Selasa 23/4-19	06.45	PKPO 7.1 EP 1 1/2 5	17.54			
20	Rabu 24/4-19	07.00	observasi PKPO 1 1/2 7	18.11			
21	Kamis 25/4-19	07.11	observasi PKPO 1 1/2 7	18.00			
22	Jumat 26/4-19	07.01	wawancara PKPO 1 1/2 7	18.20			
23	Sabtu 27/4-19	07.02	wawancara PKPO 1 1/2 7	17.00			
24	Senin 29/4-19	07.15	simulasi	15.00			
25	Selasa 30/4-19	07.30	Hasil nilai self assessment temuan & tindakan				

Medan, 30/04/2019

Pj Instalasi Farmasi,



Drs. Jarot Wurdianto, Apt.

Peneliti,

Dian Rika Christiani Malau



## Lampiran 5. Surat Permohonan Survei Awal


**INSTITUT KESEHATAN HELVETIA**  
**Fakultas Farmasi dan Kesehatan**  
 WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
 Tel: (061) 42084606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wn: 98126025000 | Line id: itstituthelvetia

Nomor : 857 / EXT / OKU / PPK / KH / III / 2019  
 Lampiran :  
 Hal : Permohonan Survei Awal

Kepada Yth,  
 Pimpinan Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan  
 di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-1 FARMASI (S1) di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
 NPM : 1701012111

Yang bermaksud akan mengadakan survei/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam rangka memenuhi kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program Studi S-1 FARMASI (S1) di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun Skripsi dengan judul:

**ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya setelah mahasiswa bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan menyerahkan 1 (satu) eksemplar Skripsi yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, 23/03-19

Hormat Kami,  
 DEKAN FAKULTAS FARMASI DAN KESEHATAN  
 INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
  
 DARWIN STANISUL, S.Si, M.Si, Apt  
 NIDN (075096601)

Tembusan :  
 1. Arsip

### Lampiran 6. Surat Balasan Izin Survei Awal

KESEHATAN DAERAH MILITER I / BUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II 01.05.01 PUTRI HIJAU

Medan, 25 Maret 2019

Nomor : B / 232 / DIK / III / 2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pelaksanaan Survey Awal an. Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111

Kepada


Yth. Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia

di

Medan

- Berdasarkan Surat Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia nomor 857/EXT/DKN/FFK/IKH/III/2019 tanggal 23 Maret 2019 tentang permohonan Izin Survey Awal dalam rangka Penyusunan Skripsi atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111.
- Sehubungan dengan dasar diatas, disampaikan kepada Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia bahwa mahasiswa atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 diizinkan untuk melaksanakan Survey Awal di Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB dengan judul Skripsi " Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan "; dan
- Demikian untuk menjadi periksa.

an. Kepala Rumkit TK II Putri Hijau  
Waka,  
u.b.  
Kainstaldik,



Abdul Anas Hatahap, M.Agr  
Letnan Kolonel Ckm NRP 547932

Tembusan :

- Karumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB
- Kainstal Farmasi Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB
- Kasituud Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB
- Kainstaldik Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB

RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
 INSTALASI PENDIDIKAN

---


NOTA DINAS  
 Nomor : B/ND- 36 / DIK / III / 2019

Kepada Yth : 1. Kainstalfarmasi Rumkit Tk II Putri Hijau  
 2. Pengendali BPJS Rumkit TK II Putri Hijau  
 Dari : Kainstaldik Rumkit Tk II Putri Hijau  
 Perihal : Pelaksanaan Survey Pendahuluan atas nama Dian  
 Rika Christiani Malau NPM 1701012111 Mahasiswa  
 Fakultas Farmasi dan Kesehatan Helvetia

---

1. Berdasarkan Surat Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia nomor 857/EXT/DKN/FFK/IKH/III/2019 tanggal 23 Maret 2019 tentang permohonan ijin survey Pendahuluan di Rumkit Tk II Putri Hijau dalam rangka pembuatan Skripsi.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, mohon Kainstalfarmasi Rumkit Tk II Putri Hijau untuk memberi izin kepada mahasiswa Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia an. Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 untuk melaksanakan Survey Pendahuluan di Rumkit TK II Putri Hijau dengan judul Skripsi \* Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan ".
3. Demikian untuk menjadi periksa.


Medan, 26 Maret 2019  
 Kainstaldik,

  
 Ir. Abdul Anas Harahap, M.Agr  
 Letnan Kolonel Ckm NRP 547932

Tembusan :

1. Kasituud Rumkit Tk II Putri Hijau
  2. Instaldik Rumkit Tk II Putri Hijau
-

## Lampiran 7. Surat Permohonan Izin Penelitian


**INSTITUT KESEHATAN HELVETIA**  
**Fakultas Farmasi dan Kesehatan**  
WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
 Tel: (061) 42684606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: [helvetia](https://www.line.me/tv/helvetia)

Nomor : **892 / BKT / DEN / FRK / IKH / III / 2019**  
 Lampiran :  
 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth,  
 Pimpinan Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan  
 di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-1 FARMASI (S1) di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
 NPM : 1701012111

Yang bermaksud akan mengadakan penelitian/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam rangka memenuhi kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program Studi S-1 FARMASI (S1) di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.


Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun Skripsi dengan judul:

**ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya setelah mahasiswa bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan menyerahkan 1 (satu) eksemplar Skripsi yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, \_\_\_\_\_

Hormat Kami,  
 DEKAN FAKULTAS FARMASI DAN KESEHATAN  
 INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
  
 DARWIN SYAMSUL, S.Si, M.Si, Apt  
 (NIDN 5096601)

Tembusan :  
 1. Arsip



### Lampiran 8. Surat Balasan Persetujuan Penelitian

KESEHATAN DAERAH MILITER I / BUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TK II 01.05.01 PUTRI HIJAU

Medan, 22 Maret 2019

Nomor : B / 238 / DIK / III / 2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pelaksanaan Penelitian atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111

Kepada  
Yth. Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia  
di  
Medan

1. Berdasarkan Surat Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia nomor 882/EXT/DKN/FFK/IKH/III/2019 tanggal 23 Maret 2019 tentang permohonan Izin Penelitian dalam rangka Penyusunan Skripsi atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111.

2. Sehubungan dengan dasar diatas, disampaikan kepada Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia bahwa mahasiswa atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 diizinkan untuk melaksanakan Penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB dengan judul Skripsi " Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan "; dan

3. Demikian untuk menjadi periksa.

an. Kepala Rumkit TK II Putri Hijau  
Waka,  
u.b.  
Kainstaldik,  
  
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
Medan, 22 Maret 2019  
Letnan Kolonel Ckm NRP 547932

Tembusan :

1. Karumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB
2. Kainstal Farmasi Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB
3. Kasituud Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB
4. Kainstaldik Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB

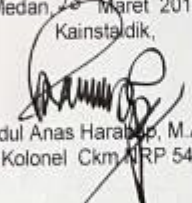
RUMAH SAKIT TK II PUTRI HIJAU  
 INSTALASI PENDIDIKAN

NOTA DINAS  
 Nomor : B/ ND- 37 / DIK / III / 2019

Kepada Yth : 1. Kainstalfarmasi Rumkit Tk II Putri Hijau  
 2. Pengendali BPJS Rumkit TK II Putri Hijau  
 Dari : Kainstaldik Rumkit TK II Putri Hijau  
 Perihal : Pelaksanaan Penelitian atas nama Dian Rika  
 Christiani Malau NPM 1701012111 Mahasiswa  
 Fakultas Farmasi dan Kesehatan Helvetia

1. Berdasarkan Surat Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia nomor 857/EXT/DKN/FFK/IKH/III/2019 tanggal 23 Maret 2019 tentang permohonan ijin Penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau dalam rangka pembuatan Skripsi.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, mohon Kainstalfarmasi Rumkit Tk II Putri Hijau untuk memberi izin kepada mahasiswa Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia an. Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 untuk melaksanakan Penelitian di Rumkit TK II Putri Hijau dengan judul Skripsi " Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan ".
3. Demikian untuk menjadi periksa.

Medan, 18 Maret 2019  
 Kainstaldik,

  
 Ir. Abdul Anas Harahap, M.Agr  
 Letnan Kolonel Ckm ARP 547932

Tembusan :

1. Kasituud Rumkit Tk II Putri Hijau
2. Instaldik Rumkit Tk II Putri Hijau

### Lampiran 9. Surat Telah Selesai Penelitian

KESEHATAN DAERAH MILITER I/BUKIT BARISAN  
RUMAH SAKIT TINGKAT II 01.05.01 PUTRI HIJAU

Medan, 25 April 2019

Nomor : B / 278 / DIK / IV / 2019  
Klasifikasi: Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Telah selesai melaksanakan penelitian atas nama  
Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111  
Mahasiswa FFK Helvetia

Kepada  
Yth. Dekan  
FFK Helvetia  
di  
Medan.

1. Dasar :

a. Surat Dekan Fak. Farmasi dan Kesehatan Helvetia nomor 857/EXT/DKN/FFK/IKH/III/2019 tanggal 23 Maret 2019 tentang izin penelitian atas nama Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 mahasiswa Fakultas Farmasi dan Kesehatan Helvetia; dan

b. Nota Dinas Kainstaldik Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Nomor B/ND-37/III/2019 tanggal 28 Maret 2019 tentang Pelaksanaan penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau Medan.


2. Sehubungan dengan dasar diatas, disampaikan kepada Dekan Fakultas Farmasi dan Kesehatan Helvetia bahwa mahasiswa an. Dian Rika Christiani Malau NPM 1701012111 telah selesai melaksanakan penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB, tmt 28 Maret s.d 29 April 2019 dengan judul Skripsi " Analisis Tingkat Pemenuhan Standar Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Versi 2017 di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan ".

3. Setelah melaksanakan penelitian agar mahasiswa tersebut melaksanakan kegiatan sebagai berikut :

a. Melaksanakan Persentase penelitian di Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB

b. Menyerahkan Hasil Penelitian dalam bentuk Hard Copy dan Soft Copy kepada Instalasi Pendidikan Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB pada kesempatan pertama yang akan digunakan sebagai arsip dan bahan evaluasi; dan

4. Demikian untuk menjadi periksa.

An. Kepala Rumkit Tk II Putri Hijau  
Waka.  
u.b.  
Kainstaldik  
  
Ir. Abdul Anas Harahap, M.Agr  
Kolonel Ckm NRP 547932


Tembusan :

1. Kasituud Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB  
2. Instaldik Rumkit Tk II Putri Hijau Kesdam I/BB

**Lampiran 10. *Badge Name Peneliti***



### Lampiran 11. Lembar Konsultasi Skripsi Pembimbing 1



## INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Farmasi dan Kesehatan

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
 Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: [institutihelvetia](#)

---

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa/i : DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
 NPM : 1701012111  
 Program Studi : FARMASI (S1) / S-1



Judul : ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN

Nama Pembimbing 1 : KHAIRANI FITRI, S.Si, M.Kes. Apt

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Rabu, 10/7/19	Laporan hasil penelitian		
2	Jumat, 12/7/19	Koreksi Agenda & laporan BAB 4,5		
3	Kamis, 22/8/19	Bab 1-5 Acc Sidang Hasil		
4				
5				
6				
7				
8				


Diketahui,

Ketia Program Studi  
S1 FARMASI (S1)  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA



( ADEK GHAN, S.Si, M.Si, Apt)

Medan, 22/08/2019  
Pembimbing 1 (Satu)




KHAIRANI FITRI, S.Si, M.Kes. Apt

**KETENTUAN:**

1. Lembar Konsultasi di print warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIHSI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.

## Lampiran 12. Lembar Konsultasi Skripsi Pembimbing 2



## INSTITUT KESEHATAN HELVETIA


### Fakultas Farmasi dan Kesehatan

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

---






**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama Mahasiswa/i : DIAN RIKA CHRISTIANI MALAU  
 NPM : 1701012111  
 Program Studi : FARMASI (S1) / S-1




Judul : ANALISIS TINGKAT PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO) DALAM STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2017 DI RUMAH SAKIT TINGKAT II PUTRI HIJAU KESDAM I/BB MEDAN

Nama Pembimbing 2 : YULIS KARTIKA, S.Farm., M.Si. Apt

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Rabu, 10/7/19	Laporan Hasil penelitian		
2	Jumat, 12/7/19	Agenda penelitian, Bab 4 & 5		
3	Kamis, 22/8/19	Bab 1-5		
4	Jumat, 23/8/19	Pembahasan Bab 4 perbaikan → perbaikan lebih lengkap.		
5	Jumat, 30/8/19	ACC Bab 1-5 sidang Hasil		
6				
7				
8				

Diketahui,

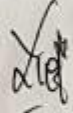
Ketua Program Studi  
S-1 FARMASI (S1)  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA



CADEK CHAN, S.Si, M.Si, Apt

Medan, 22/08/2019

Pembimbing 2 (Dua)



YULIS KARTIKA, S.Farm., M.Si. Apt

**KETENTUAN:**

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum dilandatangan Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.