

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Profil Rumah Sakit

1. Sejarah RSU PKU Muhammadiyah Bantul

RSU PKU Muhammadiyah Bantul yang beralamat di Jalan Jenderal Sudirman Nomor 124 Bantul Yogyakarta dimana pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 09 Dzulqo'dah atau bertepatan dengan tanggal 01 Maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin (RB) PKU Muhammadiyah Bantul. Sebagai sebuah karya tokoh-tokoh Muhammadiyah dan Aisyiyah pada waktu itu, seiring perjalanan waktu perkembangan klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul semakin pesat yang ditandai dengan adanya pengembangan pelayanan di bidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984.

Hal diatas yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY Nomor 503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH BANTUL dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No: 445/4318/2001. Saat ini RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan sertifikat ISO 9001 – 2008

untuk Pelayanan Kesehatan Standar Mutu Internasional, Jenis Lembaga Pemilik Yayasan Tipe/ kelas Rumah Sakit C, serta Akreditasi Kemenkes RI dengan Akreditasi versi 2012. Saat ini RSUD PKU Muhammadiyah Bantul memiliki jumlah tenaga medis yaitu dokter umum berjumlah 19 orang, jumlah dokter spesialis 44 orang, 5 orang dokter gigi, jumlah perawat 169 orang, jumlah bidan 25 orang, 4 orang apoteker, 1 ahli gizi, 93 orang tenaga kerja lainnya, diluar medis ada 8 orang, dan 139 jumlah tempat tidur.

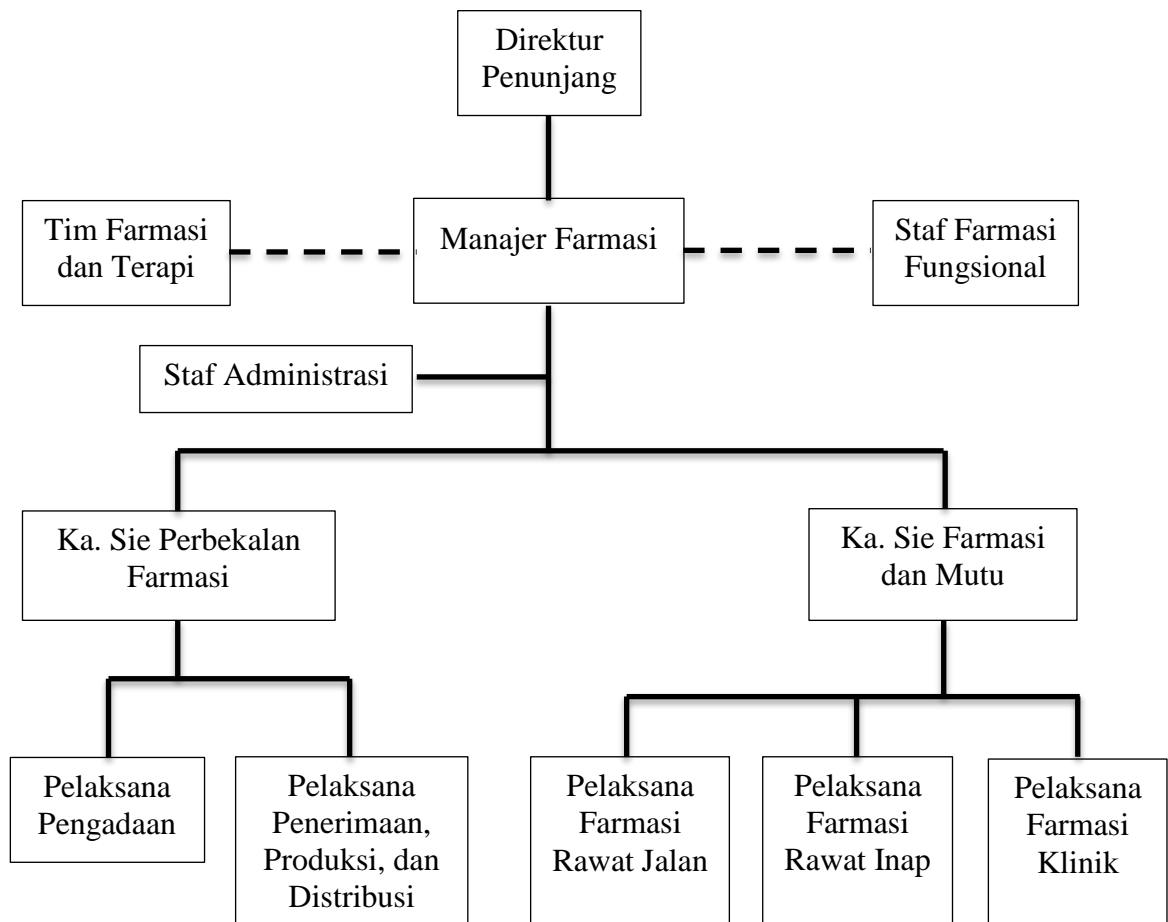
2. Struktur organisasi IFRS PKU Muhammadiyah Bantul

Struktur organisasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul merupakan struktur fungsional hirarki dimana seluruh unsur yang ada dalam struktur tersebut berorientasi pada pelayanan kepada pelanggan. Pimpinan tertinggi dalam struktur organisasi ini adalah Direktur Utama yang dibantu oleh empat direktur yaitu Direktur Pelayanan Medis, Direktur Penunjang, Direktur Keuangan dan SIM, dan Direktur SDI dan Bindatra. Dalam upaya penyelenggaraan tata kelola klinik yang baik, Direktur dibantu oleh Komite Medis, sedangkan untuk membangun Sistem Mutu RS Direktur dibantu oleh Komite Mutu dan untuk melakukan pengawasan internal terhadap proses-proses pelayanan, Direktur dibantu oleh SPI.

Masing-masing Direktur membawahi Kepala Bidang atau Kepala Bagian sesuai dengan unit kerja dibawah koordinasinya. Kepala Bidang membawahi Kepala Seksi sesuai kebutuhannya. Kepala Bagian

membawahi Kepala Sub Bagian sesuai dengan kebutuhannya. Struktur organisasi instalasi farmasi secara lengkap adalah sebagai berikut:

Gambar 4
Struktur Organisasi Instalasi Farmasi RSUD Muhammadiyah Bantul



B. Karakteristik Responden

Banyaknya responden dalam penelitian ini adalah 14 orang yang terdiri dari: Direktur Penunjang Medis, seorang Manajer Farmasi, 2 staf instalasi farmasi rawat jalan, 2 orang staf instalasi rawat inap, 1 orang staf instalasi gudang farmasi, 1 orang staf keperawatan, 1 orang staf pelaksana keperawatan, 1 orang tim dokter

dan dokter gigi, 2 orang pasien rawat jalan poliklinik, dan 2 orang pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul.

Responden staf instalasi farmasi dipilih secara acak berdasarkan struktur yang tertinggi hingga yang paling bawah. Responden staf dan peneliti tidak melakukan *briefing* terlebih dahulu untuk memperdalam materi manajemen dan penggunaan obat berdasarkan akreditasi rumah sakit versi 2012, sehingga jawaban pertanyaan merupakan *brain storming* atau wawasan umum responden.

Responden pasien dipilih secara acak tanpa memandang lama dirawat maupun latar belakang pasien atau keluarga pasien karena dikhawatirkan hal tersebut dapat mempengaruhi pelayanan farmasi atau independensi jawaban pasien. Pasien rawat inap yang menjadi responden adalah pasien pasca operasi yang telah direncanakan pulang oleh dokter yang merawat dengan pertimbangan bahwa responden tersebut telah menerima pengobatan selama beberapa kali sehingga telah memiliki opini tentang pelayanan kefarmasian di rumah sakit.

C. Hasil Penelitian

1. Rekomendasi Surveyor KARS

Berdasarkan rekomendasi dari surveyor KARS yang berlaku sampai tanggal 4 November 2017 mendatang, menilai performa RSUD Muhammadiyah Bantul yang tertuang dalam Lampiran 3. Diketahui bahwa disetiap poin elemen penilaian terdapat rekomendasi dengan jumlah total 40 rekomendasi. Berikutnya akan diulas sejauh mana pihak IFRS telah melaksanakan rekomendasi surveyor KARS

tersebut dalam bentuk persentase dimana skor minimal yang harus dicapai rumah sakit untuk Bab Manajemen dan Penggunaan Obat adalah 80%.

Pada standar MPO I didapatkan 2 rekomendasi:

1. Meningkatkan pelayanan farmasi dan penggunaan obat sesuai peraturan, diketahui bahwa acuan undang-undang yang dipakai oleh rumah sakit saat ini belum *update* dimana masih menggunakan UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan dan KMK 1333/Menkes/SK/XII/1999 yang seharusnya menggunakan acuan UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan KMK No.58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit.
2. Melaksanakan supervisi terhadap aktivitas pelayanan farmasi dan penggunaan obat didokumentasikan dengan baik, hal ini belum terlaksana dan diakui oleh Manajer Farmasi bahwa secara resmi/terstruktur belum ada petugas yang supervisor.

Pada standar MPO II didapatkan 5 rekomendasi:

1. Meningkatkan pengawasan penggunaan obat dan didokumentasikan dengan baik, mengenai monitoring obat ke pasien memang diakui oleh seluruh responden tidak dilakukan oleh staf farmasi melainkan oleh perawat bangsal, begitu pula dengan pendokumentasiannya.
2. Keterlibatan para praktisi pelayanan kesehatan dalam berbagai proses persiapan obat, hal ini diakui masih didominasi pelaksanaannya oleh staf farmasi.

3. Panduan dan SPO obat baru, diketahui bahwa telah ada SPO penambahan obat dalam daftar obat rumah sakit. Monitoring efek samping obat dan KTD memang belum dilaksanakan secara maksimal.
4. Memasukkan unsur safety dan efektivitas obat kedalam telaah/revisi formularium, diketahui bahwa unsur tersebut ditemukan dalam Form Evaluasi Obat Baru tidak didalam formularium.
5. Melakukan edukasi kepada staf terkait sampai dipahami oleh seluruh staf untuk mendapatkan obat saat farmasi tutup atau persediaan obat terkunci, diketahui bahwa tidak semua staf memahami proses yang dimaksud.

Pada standar MPO III didapatkan 7 rekomendasi:

1. Penyimpanan obat sesuai dengan stabilitasnya, diketahui bahwa suhu tempat penyimpanan belum diukur dengan alat yang seharusnya dan gudang penyimpanan pun saat ini masih dalam tahap penyesuaian lokasi baru sehingga dinilai belum kondusif.
2. Pelabelan obat, diketahui bahwa terdapat etiket obat yang tidak mencantumkan tanggal kadaluarsa obat dan peringatan.
3. Implementasi kebijakan inspeksi secara berkala terhadap penyimpanan obat, diketahui bahwa saat ini hal tersebut masih sangat sulit untuk diwujudkan dikarenakan keterbatasan SDM dan banyaknya beban tugas yang diemban serta ruangan penyimpanan obat yang belum kondusif.

4. Pengoptimalisasian form rekonsiliasi obat, diketahui bahwa di bangsal perawatan form rekonsiliasi obat tersebut memang sudah tidak dilaksanakan lagi.
5. Penyimpanan obat radioaktif, diketahui bahwa tidak ada obat radioaktif di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul.
6. Penyimpanan narkotika, cairan infus, dan bahan B3 sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, diketahui penyimpanan obat-obatan tersebut sudah sesuai dengan peraturan yang ada.
7. Kekonsistenan monitoring obat emergensi termasuk di dalam ambulance, diketahui bahwa monitoring obat telah dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan kebijakan yang ada.

Pada standar MPO IV didapatkan 7 rekomendasi:

1. Yang pertama mengenai kebijakan dan prosedur penulisan resep, diketahui bahwa kebijakan tersebut sudah ada dan telah terlaksana.
2. Pelatihan staf terkait untuk penulisan, pemesanan dan pencatatan resep, diketahui bahwa pelaksanaan pelatihan sudah pernah terselenggara dan terdokumentasikan.
3. Implementasi form rekonsiliasi obat secara konsisten, diketahui bahwa di bangsal perawatan form rekonsiliasi obat tersebut memang sudah tidak dilaksanakan lagi.

4. Implementasi form rekonsiliasi obat secara konsisten, diketahui bahwa di bangsal perawatan form rekonsiliasi obat tersebut memang sudah tidak dilaksanakan lagi.
5. Peningkatan implementasi tentang kebijakan dan prosedur penulisan resep secara baik dan benar, diketahui bahwa kebijakan yang dimaksud telah baik dan benar, mungkin implementasinya saja yang perlu dilengkapi dan ditingkatkan lagi.
6. Peningkatan implementasi tentang kebijakan dan prosedur penulisan resep secara baik dan benar, diketahui bahwa kebijakan yang dimaksud telah baik dan benar, mungkin implementasinya saja yang perlu dilengkapi dan ditingkatkan lagi.
7. Penulisan kartu obat, diketahui bahwa hanya dokter yang memiliki STR dan SIP saja yang boleh menulis kartu obat di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul.

Pada standar MPO V didapatkan 11 rekomendasi:

1. Penyaluran obat untuk pasien rawat inap melalui mekanisme ODD, diketahui sejak awal ada dua bangsal yang dilakukan uji coba sistem ODD namun semenjak perpindahan depo farmasi rawat inap ke lantai yang berbeda sehingga untuk sementara waktu tidak lagi menggunakan sistem ODD.
2. Kualitas persiapan dan penyaluran obat sesuai peraturan, diketahui bahwa persiapan dan penyaluran obat sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pelaksanaan pelatihan persiapan produk steril dengan teknik aseptik, diketahui bahwa pelatihan tersebut sudah terlaksana

4. Peningkatan implementasi telaah resep dengan baik dan benar, diketahui bahwa implementasinya sudah terlaksana.
5. Asesmen petugas yang diijinkan untuk menelaah resep, diketahui bahwa petugas penelaah resep dan obat belum dilakukan asesmen terhadap mereka.
6. Penulisan resep dengan baik dan benar sesuai kebijakan dan SPO, diketahui bahwa tulisan resep telah sesuai dengan kebijakan meskipun terkadang kurang lengkap.
7. Edukasi kepada petugas tentang penggunaan *software* interaksi obat, diketahui bahwa belum semua petugas dapat mempergunakan *software* tersebut.
8. Implementasi sistem yang seragam dalam penyaluran dan pendistribusian obat, diketahui sistem ODD yang pernah berlaku hanya diuji-cobakan kepada dua bangsal. Namun saat ini tidak ada satupun bangsal menggunakan sistem ODD dan beralih kembali pada sistem IP.
9. Kelengkapan label obat, diketahui bahwa identitas obat di dalam label obat yang dibawa pasien tidak lengkap.
10. Penyaluran obat untuk pasien rawat inap dalam bentuk ODD baik oral maupun injeksi, diketahui bahwa saat ini semua bangsal menggunakan IP.
11. Penyaluran obat untuk pasien rawat inap dalam bentuk ODD baik oral maupun injeksi, diketahui bahwa saat ini semua bangsal menggunakan IP.

Pada standar MPO VI didapatkan 3 rekomendasi:

1. Implementasi verifikasi obat tentang dosisnya pada semua apotik dengan baik dan benar, diketahui bahwa verifikasi obat sudah terlaksana dengan baik.
2. Implementasi form rekonsiliasi obat, diketahui bahwa form rekonsiliasi obat memang tidak berjalan dengan baik.
3. Implementasi form rekonsiliasi obat, diketahui bahwa form rekonsiliasi obat memang tidak berjalan dengan baik.

Pada standar MPO VII didapatkan 5 rekomendasi:

1. Monitoring efek samping obat, diketahui bahwa yang lebih aktif memonitor pasien adalah perawat bangsal
2. Kolaborasi untuk monitoring efek samping obat, diketahui bahwa diperlukan juga monitoring obat oleh tenaga medis lain selain staf keperawatan
3. Dokumentasi efek obat yang tidak diharapkan pada rekam medis pasien, diketahui bahwa efek samping obat sudah terekam dalam rekam medis pasien.
4. Laksanakan kerangka waktu pelaporan efek yang tidak diharapkan, diketahui bahwa kerangka waktu pelaporannya belum berjalan sebagaimana mestinya.
5. Laksanakan kerangka waktu pelaporan efek yang tidak diharapkan, diketahui bahwa kerangka waktu pelaporannya belum berjalan sebagaimana mestinya.

Total dari 40 rekomendasi dari surveyor KARS yang telah dilaksanakan sebanyak 11 elemen, itu artinya rekomendasi PPS KARS MPO baru terlaksana

27,5 %. Masih ada 29 elemen penilaian (72,5 %) yang belum terlaksana dengan baik. Elemen penilaian yang belum terlaksana didominasi oleh belum adanya kekonsistenan terhadap implementasi dari kebijakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Diakui bahwa dengan adanya perubahan fisik yang terjadi di rumah sakit, sehingga penilaian yang dilakukan oleh peneliti menjadi tidak efektif dan cenderung menghasilkan penilaian yang tidak objektif. Diharapkan agar rumah sakit dapat segera menyelesaikan pembangunan infrastrukturnya dan mengaktifkan kembali kebijakan/sistem yang sempat tidak berjalan.

2. Penilaian Wawancara Staf

Tabel 3
Rekap Pencapaian Penilaian Wawancara Staf tentang MPO di RSUD
PKU Muhammadiyah Bantul

MPO	No	Standar dan Elemen Penilaian	Skor Penilaian (SP)					Total SP	Skor KARS
			R1	R2	R3	R4	R5		
I	1	Bagaimana perencanaan dan penggunaan obat dalam rumah sakit?	5	10	5	10	5	35	5
	2	Informasi apa yang telah dijelaskan kepada pasien tentang obat yang diserahkan?	5	10	10	10	10	45	10
II	1	Bagaimana cara mengatasi bila obat tidak tersedia di rumah sakit?	10	10	10	10	10	50	10
	2	Bagaimana proses pemesanan, penyaluran, pemberian, dan monitoring obat?	5	10	5	10	10	40	10
	3	Bagaimana proses pengadaan obat yang tidak tersedia di rumah sakit dan persediaan habis?	10	10	5	10	10	45	10
III	1	Bagaimana proses penyimpanan obat sesuai dengan stabilitasnya?	10	10	10	10	10	50	10

	2	Bagaimana cara menyimpan produk nutrisi?	10	10	5	5	10	40	10
	3	Bagaimana proses penggantian obat emergensi, kadaluarsa, atau rusak?	10	10	10	10	10	50	10
	4	Bagaimana proses penarikan obat, penanganan obat kadaluarsa, pemusnahan obat kadaluarsa?	5	10	5	5	10	35	5
IV	1	Bagaimana menghadapi bila pesanan atau resep tidak jelas?	10	10	10	10	10	50	10
V	1	Bagaimana cara penyiapan dan penyaluran obat?	10	10	5	10	10	45	10
	2	Bagaimana cara penyiapan produk steril secara aseptik?	5	5	5	5	5	25	5
	3	Bagaimana proses mengidentifikasi kelengkapan resep dan bila ada masalah bagaimana mengatasinya?	10	10	10	10	10	50	10
	4	Bagaimana cara menghubungi dokter bila resep yang ditulis bermasalah?	10	10	10	10	10	50	10
	5	Bagaimana cara penyaluran dan pendistribusian obat?	5	10	5	10	5	35	5
		Total	120	145	110	135	135	645	130

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: SP = Skor Penilaian, R1 = Responden 1, R2 = Responden 2, R3 = Responden 3, R4 = Responden 4, R5 = Responden 5

Didapatkan skor total 645 dari 750 minimal total skor yang harus dicapai itu artinya 86% penguasaan responden terhadap elemen MPO dari wawancara yang dilakukan. Kriteria penilaiannya sebagai berikut: Skor KARS 10 (80-100%) = Skor Penelitian 40-50; Skor KARS 5 (20-79%) = Skor Penelitian 10-39; Skor KARS 0 (0-19%) = Skor Penelitian 0-9. Tabel 3 merupakan hasil pengolahan data dari seluruh wawancara dengan staf farmasi yang dilakukan oleh peneliti terkait dengan MPO sesuai standar akreditasi rumah sakit versi 2012. Penjabaran dari hasil wawancara kepada staf farmasi dapat dilihat pada Lampiran 5 hingga 10.

3. Penilaian Wawancara Pejabat/Staf Struktural dan Fungsional

Tabel 4
Rekap Hasil Wawancara dengan Pejabat/Staf Struktural dan Fungsional RSUD Muhammadiyah Bantul

MPO	NO	Standar dan Elemen Penilaian
I	1	Bagaimana perencanaan dan penggunaan obat dalam rumah sakit?
	2	Informasi apa yang telah dijelaskan kepada pasien tentang obat yang diserahkan?
	3	Supervisi apa yang telah diberikan kepada bawahan?
II	1	Bagaimana cara mengatasi bila obat tidak tersedia di rumah sakit?
	2	Bagaimana proses pemesanan, penyaluran, pemberian, dan monitoring obat?
	3	Bagaimana proses/mekanisme pengadaan obat?
	4	Bagaimana proses pengadaan obat yang tidak tersedia di rumah sakit dan persediaan habis?
III	1	Bagaimana proses penyimpanan obat sesuai dengan stabilitasnya?
	2	Bagaimana cara menyimpan produk nutrisi?
	3	Bagaimana proses penggantian obat emergensi, kadaluarsa, atau rusak?
	4	Bagaimana proses penarikan obat, penanganan obat kadaluarsa, pemusnahan obat kadaluarsa?
IV	1	Bagaimana menghadapi bila pesanan atau resep tidak jelas?
V	1	Bagaimana cara penyiapan dan penyaluran obat?
	2	Bagaimana cara penyiapan produk steril secara aseptik?
	3	Bagaimana proses mengidentifikasi kelengkapan resep dan bila ada masalah bagaimana mengatasinya?
	4	Bagaimana cara menghubungi dokter bila resep yang ditulis bermasalah?
	5	Bagaimana cara penyaluran dan pendistribusian obat?

Hasil wawancara dengan Direktur Penunjang Medis, Manajer Farmasi dan PFT, Tim Dokter dan Dokter Gigi, staf farmasi, serta staf keperawatan dan staf pelaksana keperawatan, dijabarkan dalam Tabel 4 dan 5 yang menjelaskan tentang perolehan atas 5 elemen penilaian MPO yang dilakukan dengan skoring KARS. Diperoleh skor 495 dari nilai maksimal 560 yang berarti capaian wawancara dengan pejabat/staf RS baru 88,39% dari target yang ingin dicapai.

Tabel 5
Skoring Rekap Hasil Wawancara dengan Pejabat/Staf Struktural dan
Fungsional RSUD Muhammadiyah Bantul

Dir			Man			SF			TDP			SKP			Total Skor			
MPO	NO.	Skor	MPO	NO.	Skor	MPO	NO.	Skor	MPO	NO.	Skor	MPO	No.	Skor				
I	1	10	I	1	10	I	1	5	I	2	10	I	2	5	85			
	2	5		2	10		2	10										
	3	10		3	10													
II	1	10	II	1	10	II	1	10	II	1	10	II	1	10	135			
	2	10		2	10		2	10		3	10							
	3	5		3	10	4	10											
	4	10		4	10													
III	1	10	III	1	10	III	1	10						100				
	2	5		2	10		2	10										
	3	5		3	10		3	10										
	4	5		4	5		4	5										
IV	1	10	IV	1	10	IV	1	10	IV	1	10	IV	1	10	50			
V	1	10	V	1	10	V	1	10						125				
	2	5		2	5		2	10										
	3	5		3	10		3	10										
	4	10		4	10		4	5										
	5	10		5	10		5	5										
Total Skor			135			165			130			40			25			495

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: Dir (Direktur Penunjang Medis); Man (Manajer Farmasi); TDP (Tim Dokter dan Panitia Farmasi dan Terapi); SF (Staf Farmasi); SKP (Staf Keperawatan dan Staf Pelaksana Keperawatan).

4. Penilaian Wawancara Pasien

Tabel 6 merupakan tabel rekap hasil pengolahan data dari seluruh wawancara yang dilakukan peneliti terhadap pasien yang terkait dengan Manajemen dan Penggunaan Obat sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit versi 2012. Penjabaran dari hasil wawancara kepada pasien rumah sakit dapat dilihat pada Lampiran 11.

Tabel 6
Skoring Wawancara Pasien RSUD Muhammadiyah Bantul
berkaitan dengan MPO

No	Pertanyaan	Skor Penelitian	Skor Akreditasi
1	Informasi apa yang telah diberikan oleh petugas farmasi tentang obat yang diterima? (EP MPO I)	20	5
2	Informasi apa yang telah diberikan petugas tentang obat yang dibawa pulang? (EP MPO III)	20	5
3	Sudah berapa lama proses pelayanan farmasi? (EP MPO V.2)	35	10
4	Apa yang dirasakan setelah penggunaan obat? (EP MPO VII)	40	10
	Total	115	30

Sumber: data primer diolah (2016)

Keterangan: Skor KARS 10 (80-100%) = Skor Penelitian 32-40; Skor KARS 5 (20-79%) = Skor Penelitian 8-31; Skor KARS 0 (0-19%) = Skor Penelitian 0-7

5. Hasil Telusur Alat Bukti Observasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis melalui pengamatan dan pencatatan dengan menggunakan catatan yang telah dipersiapkan sebelumnya. Observasi yang dilakukan peneliti adalah dengan melihat langsung proses-proses yang terjadi dalam ruang kerja tanpa pemberitahuan terlebih dahulu atau situasi yang terjadi dalam kondisi yang sebenarnya agar data tidak bias.

Tujuan dari proses aseptik adalah untuk mempertahankan sterilitas produk yang dibuat dari komponen-komponen yang masing-masing telah disterilisasi sebelumnya dengan menggunakan salah satu cara dari metode yang ada. Kondisi operasional hendaklah dapat mencegah kontaminasi

mikroba (Petunjuk Operasional Penerapan Pedoman Cara Pembuaan Obat yang Baik, 2013). Hal ini yang diharapkan dapat diwujudkan secara menyeluruh di unit-unit RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Pada Tabel 7 berikut ini menunjukkan bukti observasi tentang MPO yang meliputi 3 elemen penilaian.

Tabel 7
Hasil Telusur Alat Bukti Observasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

MPO	No	Observasi	Jawaban			Skor KARS
			L	S	T	
I	1	Lihat proses perencanaan obat sampai dengan pemantauan		√		5
III	1	Lihat tempat penyimpanan		√		5
V	1	Lihat persiapan dan penyaluran obat	√			10
	2	Lihat proses menyiapkan produk steril secara aseptik		√		5
Total						25

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: L = Lengkap; S = Sebagian; T = Tidak ada dokumen

6. Hasil Telusur Alat Bukti Dokumen Implementasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

Ditemukan bahwa dari 42 dokumen yang harus dibuat RS PKU Muhammadiyah Bantul dalam memenuhi sasaran telusur dokumen implementasi tentang MPO Rumah Sakit telah dipenuhi secara lengkap sebanyak 28 dokumen sedangkan yang tidak lengkap sebanyak 10 dokumen. Terdapat 4 dokumen yang dimasukkan ke dalam kategori TT (Tidak Tercapai), keempat dokumen ini nantinya akan menjadi PPS (Perencanaan Pengembangan Strategi) bagi pihak rumah sakit. Gambaran keadaan diatas dapat dilihat pada Tabel 8 dibawah ini:.

Tabel 8
Hasil Telusur Alat Bukti Dokumen Implementasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

MPO	No	Dokumen Implementasi	Jawaban			Skor KARS
			L	S	T	
I	1	Notulen rapat	√			10
	2	Lihat formularium, proses seleksi obat, form persetujuan masuk/keluar obat, notulen rapat PFT	√			10
	3	Laporan narkotik, psikotropik	√			10
	4	Bukti pelaksanaan PIO, buku-buku farmasi seperti Farmakope, MIMS, dll		√		5
	5	Ijazah, sertifikat pelatihan, surat izin kerja	√			10
	6	Catatan supervisi	√			10
II	1	Formularium dan daftar stok obat RS		√		5
	2	Bukti rapat PFT dalam menyusun dan mengembangkan formularium	√			10
	3	MoU dengan pemasok	√			10
	4	Kriteria menambah dan mengurangi obat dalam formularium	√			10
	5	Form usulan obat baru	√			10
	6	Form monitoring penggunaan obat baru dan KTD	√			10
	7	Proses revisi formularium (minimal setahun sekali) dan notulen rapat	√			10
	8	Buku catatan dan formulir permintaan obat/alkes bila stok kosong atau tidak tersedia di rumah sakit	√			10
III	1	Bukti pengecekan	√			10
	2	Formulir edukasi			√	0
	3	Penyimpanan sesuai kebijakan dan SPO		√		5
	4	Catatan supervisi/penggantian obat emergensi	√			10
	5	Berita acara pemusnahan obat kadaluarsa, penarikan obat kadaluarsa	√			10
IV	1	Rapat panitia farmasi dalam menyusun atau mengembangkan kebijakan dan SPO	√			10
	2	MoU dengan pihak luar	√			10
	3	Pelatihan staf dalam penulisan resep, pemesanan obat, pencatatan obat		√		5

	4	Formulir rekonsiliasi obat			√	0
	5	Lihat resep/FPO	√			10
	6	Resep sesuai kebijakan	√			10
	7	Formulir pencatatan pemberian obat memuat nama obat dan dosis serta mencakup informasi obat (misal “bila perlu”)	√			10
V	1	Sertifikat pelatihan teknik aseptik untuk petugas terkait	√			10
	2	Uji kompetensi petugas penelaah resep		√		5
	3	Lihat status pasien dan jadwal penerimaan obat oleh pasien		√		5
	4	Penetapan <i>software</i> komputer untuk interaksi obat dan alergi serta ketentuan untuk <i>updating</i>			√	0
	5	Form telaah resep/pesanan obat	√			10
	6	Bukti-bukti telaah resep/pesanan obat	√			10
	7	Lihat label yang ditulis setelah disiapkan		√		5
	8	Dokumen bukti pengeluaran obat dicatat	√			10
	9	Laporan indikator mutu dan ketepatan waktu pelayanan	√			10
	10	Dokumen untuk cek akurasi penyaluran obat dan tepat waktu			√	0
VI	1	STR dan SIP dari orang yang diberi kewenangan memberikan obat		√		5
VII	1	Rekam medis terdapat monitor efek obat yang tidak diharapkan		√		5
	2	Tata cara pelaporan IKP/KTD	√			10
	3	Laporan <i>medication error</i> dan KNC (tepat waktu, sesuai prosedur, siapa yang bertanggung jawab)		√		5
	4	Laporan IKP dari unit kerja/ Panitia Keselamatan Pasien	√			10
	5	Analisis RCA/FMEA terhadap <i>medication error</i> dan KNC sampai dipakai untuk perbaikan proses	√			10
Total			28	10	4	330

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: L = Lengkap; S = Sebagian; T = Tidak ada dokumen

7. Hasil Telusur Alat Bukti SPO tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

Dua puluh enam dokumen yang harus dibuat RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dalam memenuhi sasaran telusur dokumentasi regulasi Standar Prosedur Operasional Manajemen dan Penggunaan Obat Rumah Sakit telah dipenuhi secara lengkap sebanyak 14 dokumen, sedangkan dokumen yang tidak lengkap sebanyak 7 dokumen, 2 dokumen TT (Tidak Tercapai), dan ditemukan 3 dokumen yang masuk dalam kategori TDD (Tidak Dapat Diterapkan).

Dokumen yang termasuk TDD adalah SPO penyimpanan obat radioaktif, SPO penyimpanan dan pengendalian sampel, dan SPO prosedur penggunaan obat sampel/donasi. Dua Dokumen TT yakni SPO proses penarikan obat dan SPO telaah rekonsiliasi obat selanjutnya akan menjadi rekomendasi dalam PPS RSUD PKU Muhammadiyah Bantul. Dokumen yang kurang lengkap diantaranya SPO penyimpanan produk nutrisi dimana hanya ditemukan produk nutrisi parenteral saja, SPO penggantian dan monitor obat emergensi yang rusak/kadaluarsa, dan SPO penyiapan produk steril secara aseptik. Gambaran diatas dapat dilihat pada Tabel 9 berikut ini:

Tabel 9
Hasil Telusur Alat Bukti SPO tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

MPO	No	SPO	Jawaban			Skor KARS
			L	S	T	
I	1	Seleksi dan pengadaan, penyimpanan, pemesanan/pereseapan dan pencatatan, persiapan dan penyaluran, pemberian dan pemantauan		√		5
II	1	Obat yang tersedia di rumah sakit	√			10
	2	Proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat		√		5
	3	Penambahan obat dalam daftar obat rumah sakit	√			10
	4	Persediaan obat yang habis atau stok kosong	√			10
	5	Obat yang tidak tersedia di rumah sakit	√			10
	6	Bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci	√			10
III	1	Penyerahan obat	√			10
	2	Penyimpanan produk nutrisi		√		5
	3	Penyimpanan obat emergensi di masing-masing unit	√			10
	4	Penggantian dan monitor obat emergensi yang rusak/kadaluarsa		√		5
	5	Pengelolaan obat kadaluarsa	√			10
	6	Proses penarikan obat			√	0
IV	1	Proses ketidakjelasan pesanan/resep	√			10
	2	Penulisan R/, pemesanan dan pencatatan	√			10
	3	Telaah rekonsiliasi obat			√	0
	4	Penyertaan formulir pencatatan obat dalam status pasien saat pasien dipindahkan/dipulangkan	√			10
V	1	Penyiapan produk steril secara aseptik		√		5
	2	Pembacaan resep	√			10
	3	Prosedur menghubungi petugas yang menulis/memesan obat bila tulisan resep/pesanan tak jelas/timbul pertanyaan	√			10
	4	Penelaahan ketepatan resep sebelum pemberian (minimal 7 elemen)	√			10

5	Proses penyiapan dan pendistribusian obat		√		5	
6	Penyaluran obat secara akurat		√		5	
		Total	14	7	2	175

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: L = Lengkap; S = Sebagian; T = Tidak ada dokumen

8. Hasil Telusur Alat Bukti Pedoman Regulasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

Pedoman pelayanan farmasi dan pedoman keselamatan pasien adalah hal yang sangat penting dalam menjabarkan prosedur pelayanan yang efektif dan mengutamakan kepuasan pasien. Dua hal tersebut menjadi sasaran penilaian telusur dokumen akreditasi rumah sakit yang diharapkan menjelaskan kepada staf secara detail tentang pelayanan farmasi dan keselamatan kerja maupun pasiennya.

Panduan Keselamatan Pasien merupakan salah satu komponen yang dinilai pada EP MPO VII. Pada saat pencarian data terkait, tidak terdapat penyimpanan berkas terkait yang tersimpan bersamaan dengan berkas farmasi/MPO. Sebaiknya Panduan Keselamatan Pasien juga dibuat sedemikian rupa dan tersimpan dalam berkas MPO karena termasuk dalam poin penilaian.

Tabel 10 dibawah ini adalah tabel yang menjelaskan hasil telusur alat bukti pedoman regulasi tentang Manajemen dan Penggunaan Obat di rumah sakit, bahwa dari 37 dokumen yang harus dibuat oleh RSUD Muhammadiyah Bantul dalam memenuhi sasaran telusur ditemukan sebanyak 2 dokumen yang masuk dalam penilaian TDD pada Elemen Penilaian (EP) yakni pedoman pelayanan penyimpanan obat radioaktif dan pedoman pelayanan penyimpanan dan pengendalian obat sampel. Selain itu terdapat 5 pedoman yang masuk dalam kategori TT, 13 pedoman masuk dalam kategori TS, dan 17 pedoman masuk dalam kategori TP:

Tabel 10
Hasil Telusur Alat Bukti Pedoman Regulasi tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

MPO	No	Pedoman Regulasi	Jawaban			Skor KARS
			L	S	T	
I	1	Pedoman pelayanan dari seleksi obat sampai pemantauan		√		5
	2	Pedoman pengorganisasian di dalamnya memuat struktur organisasi dan <i>jobdesk</i>	√			10
	3	Pedoman pelayanan yang memuat evaluasi obat di rumah sakit			√	0
	4	Panduan penggunaan obat seperti: obat dengan konsentrat tinggi, obat tidak tercampur, pedoman pelayanan yang didalamnya memuat tentang pengelolaan perbekalan farmasi	√			10
	5	Pedoman PIO dan konseling	√			10
	6	Pedoman pengorganisasian farmasi (uraian jabatan supervisor)		√		5
II	1	Memiliki formularium rumah sakit		√		5
	2	Prosedur penanganan bila terjadi ketidaktersediaan stok obat di rumah sakit	√			10
	3	Pedoman pelayanan distribusi obat dan mekanisme	√			10
	4	Pedoman pelayanan proses pengadaan obat	√			10
III	1	Pedoman pelayanan penyimpanan obat	√			10
	2	Pedoman pelayanan penyimpanan produk nutrisi		√		5
	3	Pedoman pelayanan pemusnahan obat	√			10
IV	1	<i>Medical staff bylaw</i>			√	0
V	1	Pedoman/prosedur pelayanan tentang penyiapan dan penyaluran obat dan produk steril sesuai ketentuan		√		5
	2	Panduan penulisan resep oleh dokter	√			10
	3	Pedoman pelayanan pembacaan dan kelengkapan resep		√		5
	4	Pedoman pelayanan farmasi memuat pengaturan proses menghubungi petugas yang menuliskan resep atau pesanan obat	√			10
	5	Pedoman pengorganisasian farmasi memuat uraian jabatan tentang kewenangan menelaah pesanan obat/resep			√	0
	6	Ada panduan tentang interaksi obat			√	0

	7	Pedoman pelayanan farmasi mencantumkan pengaturan waktu pemberian obat	√			10
	8	Panduan interaksi obat (bila belum punya <i>software</i>)			√	0
	9	Pedoman pelayanan sistem penyaluran dan pendistribusian obat seragam		√		5
	10	Pedoman pelayanan farmasi mencantumkan sistem penyaluran obat secara akurat		√		5
VI	1	Pedoman pengorganisasian yang memuat uraian jabatan yang lengkap	√			10
	2	Pedoman pelayanan verifikasi obat atau pesanan berdasarkan rute pemberian	√			10
	3	Pedoman pelayanan verifikasi obat atau pesanan berdasarkan jumlah dosis obat	√			10
VII	1	Panduan keselamatan pasien menetapkan efek pengobatan yang tidak diharapkan sebagai IKP	√			10
	2	Di dalam panduan keselamatan pasien, pasien dilakukan asesmen ulang untuk menentukan respon mereka terhadap pengobatan		√		5
	3	Di dalam panduan keselamatan pasien ditetapkan IKP yang berkaitan dengan pemberian obat kepada pasien		√		5
	4	Panduan keselamatan pasien memuat ketentuan IKP/KTD dicatat dalam status pasien dan dilaporkan		√		5
	5	Panduan keselamatan pasien memuat waktu pelaporan		√		5
	6	Panduan keselamatan pasien rumah sakit memuat IKP yang dipantau		√		5
	7	Pedoman pelayanan masing-masing unit kerja	√			10
	8	Pedoman pengorganisasian panitia keselamatan pasien rumah sakit	√			10
		Total	17	13	5	235

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: L = Lengkap; S = Sebagian; T = Tidak ada dokumen

9. Hasil Telusur Alat Bukti Kebijakan/SK tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

Kebijakan rumah sakit adalah keputusan-keputusan Direktur/Pimpinan Rumah Sakit pada tataran strategis atau bersifat garis besar yang mengikat pegawai rumah sakit. Bila kebijakan bersifat garis besar maka untuk penerapan kebijakan tersebut perlu disusun pedoman dan atau prosedur sehingga ada kejelasan langkah-langkah untuk melaksanakan kebijakan tersebut (Putri, F.R., 2014).

Mengingat kebijakan adalah merupakan keputusan Direktur/Pimpinan Rumah Sakit maka bentuk dokumen kebijakan adalah Surat Keputusan Direktur/Pimpinan Rumah Sakit, dimana kebijakan dapat dituangkan dalam pasal-pasal di surat keputusan atau merupakan lampiran dari surat keputusan. Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 memberikan porsi lebih besar pada sisi tata laksana atau ketaatan petugas rumah sakit untuk melaksanakan tugasnya sesuai pedoman maupun standar yang telah disusun oleh rumah sakit. Pedoman yang dihasilkan oleh kebijakan manajemen tersebut menjadi landasan dasar implementasi rumah sakit (Putri, F.R., 2014). Di bawah ini adalah Tabel 11 yang menunjukkan hasil telusur alat bukti kebijakan/SK tentang MPO:

Tabel 11
Hasil Telusur Alat Bukti Kebijakan/SK tentang MPO dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012

MPO	No	Kebijakan/SK	Jawaban			Skor KARS
			L	S	T	
I	1	Kebijakan pelayanan farmasi	√			10
	2	SK pengangkatan Ka instalasi farmasi (STRA dan SIPA lengkap)	√			10
II	1	Kebijakan obat yang tidak tersedia di rumah sakit	√			10
	2	SK pembentukan PFT serta <i>jobdesk</i> PFT	√			10
	3	Kebijakan pengawasan penggunaan obat dan pengamanan obat di unit		√		5
III	1	Kebijakan penyimpanan obat emergensi, standar obat emergensi di masing-masing unit		√		5
	2	Kebijakan penarikan obat			√	0
	3	Kebijakan pengelolaan obat kadaluarsa	√			10
	4	Kebijakan penulisan resep/FPO memuat sembilan elemen		√		5
	5	Kebijakan tentang peresepan, pemesanan, dan pencatatan obat	√			10
	6	Kebijakan penulisan resep umum sesuai ketentuan perundang-undangan	√			10
	7	Kebijakan batasan penulisan resep dan resep khusus (misal obat kemoterapi, radioaktif, narkotika/psikotropika, dll)		√		5
	8	SK direktur tentang yang berhak menuliskan resep serta daftar orangnya dan resep khusus serta daftar orangnya, orang yang berhak memesan obat dan alkes dan yang berhak menulis FPO oleh unit serta daftar orangnya	√			10
V	1	Kebijakan pelayanan farmasi menetapkan untuk menghubungi petugas yang menulis resep/pesanan obat bila timbul pertanyaan	√			10
	2	Kebijakan pelayanan farmasi menetapkan petugas yang berwenang menelaah pesanan obat dan resep		√		5
	3	Kebijakan pelayanan farmasi menetapkan sistem penyaluran obat secara akurat		√		5
	4	Kebijakan pelayanan farmasi memuat waktu pelayanan obat		√		5
	5	Kebijakan yang menetapkan kriteria informasi spesifik pasien apa yang dibutuhkan untuk penelaahan			√	0

		resep yang efektif dan kriteria telaah resep atau pemesanan				
	6	Kebijakan pemberian label untuk obat yang dikeluarkan dari wadah asli			√	0
VI	1	Dalam kebijakan pelayanan farmasi ditetapkan bahwa hanya staf yang berwenang bisa memberikan obat		√		5
	2	Kebijakan pelayanan farmasi memuat batasan pemberian obat oleh petugas sesuai kewenangan			√	0
	3	Kebijakan waktu tunggu pelayanan obat	√			10
	4	Kebijakan tentang pengobatan sendiri oleh pasien	√			10
	5	Kebijakan pendokumentasian dan pengelolaan obat yang dibawa ke dalam rumah sakit untuk/oleh pasien	√			10
	6	Kebijakan pelayanan yang memuat pengelolaan obat yang dibawa pasien ke rumah sakit untuk penggunaan sendiri, ketersediaan dan penggunaan obat sampel		√		5
VII	1	Kebijakan jangka waktu pelaporan KNC	√			10
	2	SK Panitia Keselamatan Pasien memuat siapa yang bertanggung jawab melaporkan IKP/ <i>medication error</i>		√		5
	3	Kebijakan prosedur identifikasi KNC	√			10
		Total	14	10	4	190

Sumber: Data primer diolah (2016)

Keterangan: L = Lengkap; S = Sebagian; T = Tidak ada dokumen

10. Rekap Hasil Telusur Dokumen Bukti dan Dokumen Regulasi Manajemen dan Penggunaan Obat RSUD Muhammadiyah Bantul

Tabel 12 adalah rekapitulasi hasil seluruh telusur sasaran dan materi mulai dari MPO I hingga MPO VII yang dibedakan menjadi dua bagian induk penilaian yaitu dokumen bukti dan dokumen regulasi yang berkaitan dengan MPO disertai dengan skor total tiap parameter yang kemudian dijumlahkan menjadi skor total yang dibandingkan dengan nilai capaian maksimal dari masing-masing elemen tersebut kemudian dikonversikan menjadi persentase (%). Hasil persentase tiap elemen penilaian kemudian dijumlahkan dan dicari rata-ratanya. Rata-rata skor pencapaian adalah 77,66%, skor tersebut belum melewati batas minimal standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang mengharuskan pencapaian minimal 80% yang artinya masih perlu ada usaha dari pihak farmasi rumah sakit untuk memperbaiki penilaian sebelumnya untuk mencapai suatu kemajuan.

Pada Tabel 12 nampak bahwa sasaran Manajemen dan Penggunaan Obat memiliki elemen penilaian yang dibagi menjadi 7 parameter penilaian. Hanya ada 1 parameter standar penilaian yang melewati batas skor minimal 80% yakni MPO II dengan nilai 92,86%. Pada MPO I, III, IV, V, VI, dan VII perlu menjadi perhatian karena skor sedikit dibawah 80%, masing-masing sebesar 79,63%, 73,61%, 79,41%, 66,67%, 75%, 76,47%.

Tabel 12
Rekap Hasil Telusur Dokumen Bukti dan Dokumen Regulasi
Manajemen dan Penggunaan Obat RSUD Muhammadiyah Bantul

No	Elemen Penilaian	Dokumen Bukti				Dokumen Regulasi				Pencapaian (1+2+3+4+5+6+7+8)	Skor Maksimal	Persentase (%)
		Wawancara Pejabat/Staf (1)	Wawancara Pasien (2)	Observasi (3)	Dokumen Implementasi (4)	SPO (5)	Pedoman Regulasi (6)	Kebijakan/ SK (7)	Program Kerja (8)			
1	MPO I	85	5	5	55	5	40	20		215	270	79,63
2	MPO II	135			75	55	35	25		325	350	92,86
3	MPO III	100	5	5	35	40	25	55		265	360	73,61
4	MPO IV	50			55	30				135	170	79,41
5	MPO V	125	10	15	65	45	50	25	5	340	510	66,67
6	MPO VI				5		30	40		75	100	75
7	MPO VII		10		40		55	25		130	170	76,47
Rata-rata											77,66	

Keterangan: Skor pencapaian diatas menggunakan (dalam bentuk) acuan skor

KARS

11. Rekapitulasi Skor Penelitian Manajemen dan Penggunaan Obat RSUD PKU

Muhammadiyah Bantul

Hasil dari telaah rekomendasi PPS KARS MPO kemudian dibuat persentase skor saat penilaian pada November 2014 lalu dibandingkan dengan skor penilaian penelitian saat ini untuk menemukan perkembangan pelayanan IFRS PKU Muhammadiyah Bantul sejak ditetapkan status akreditasinya. Didapatkan bahwa dari 7 standar MPO mengalami peningkatan (perkembangan) dengan bukti bahwa hasil skor penelitian saat ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan telaah skor penilaian November 2014 lalu. Namun, meskipun secara keseluruhan ketujuh standar tersebut telah mengalami peningkatan, baru satu standar saja yang telah mencapai nilai $\geq 80\%$ yakni pada standar MPO II dengan peningkatan tajam dari skor kemarin 58,33% dan skor saat ini mencapai 92,86% untuk mendapatkan akreditasi yang lebih tinggi. Secara garis besar nampak bahwa masih banyak persiapan yang perlu ditingkatkan dalam menghadapi penilaian akreditasi selanjutnya, hal ini tercermin dalam Tabel 13 berikut ini:

Tabel 13
Rekapitulasi Skor Penelitian

MPO	EP	Rekomendasi	Skor Kemarin	Skor Sekarang	Perkembangan	Pencapaian $\geq 80\%$
1	6	2/8	6/8 = 75%	79,63%	↑	Belum
1.1	2					
2	3	5/12	7/12 = 58,33%	92,86%	↑	Sudah
2.1	6					
2.2	3					
3	5	7/16	9/16 = 56,25%	73,61%	↑	Belum
3.1	4					
3.2	3					
3.3	4					
4	6	8/14	6/14 = 42,86%	79,41%	↑	Belum
4.1	2					
4.2	3					
4.3	3					
5	3	12/14	2/14 = 14,29%	66,67%	↑	Belum
5.1	6					
5.2	5					
6	3	3/11	8/11 = 72,73%	75%	↑	Belum
6.1	5					
6.2	3					
7	5	5/9	4/9 = 44,44%	76,47%	↑	Belum
7.1	4					

D. Pembahasan

Rumah sakit-rumah sakit yang terakreditasi oleh *Joint Commission International* (JCI) memiliki performa dasar yang jauh lebih baik ketimbang rumah sakit yang tidak terakreditasi pada tahun 2004. Rumah sakit yang telah terakreditasi mempunyai kemajuan yang signifikan dalam pelayanan terhadap pasien dimana penilaian terhadap 13 dari 16 skor performa dasar klinis (Schmaltz, 2011).

Medication errors adalah masalah yang sering terjadi pada pasien rawat inap yang dapat terjadi sepanjang proses persepan, pencatatan, telaah resep, penyiapan, penyaluran, pemberian, dan pemantauan. KNC adalah kesalahan yang

terjadi namun sempat tertolong sebelum melukai pasien, namun kesalahan pemberian obat adalah bentuk *medication error* yang dapat membahayakan nyawa pasien (Wang, H.F., et al, 2015).

Dalam penelitian Quan Zhou (2015:11, hh.393-406) menyebutkan bahwa angka kesalahan pemberian obat secara terus menerus menurun dari 143 (pertengahan tahun 2012) menjadi 64 (pertengahan tahun 2014) dengan penurunan *occurrence rate* 60,9%. Selain itu angka kesalahan pemberian obat pada kelompok obat *high alert*, pemberian obat intravena yang merupakan rute pemberian obat paling banyak dilakukan pada pasien rawat inap, dan kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat juga dilaporkan menurun pada rumah sakit yang telah menerapkan standar JCI.

Dalam artikel penelitian Quan Zhou (2015:11, hh.393-406) disimpulkan bahwa penelitian *The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University (SAHZU)* program intervensi selama 3,5 tahun dilaporkan efektif dalam rangka menekan angka *Medication Administration Errors (MAEs)* sepanjang penyelenggaraan akreditasi JCI dan setelah penerapan akreditasi JCI. MAEs yang dilakukan oleh staf perawat tidak dapat dihilangkan sama sekali melainkan hal ini dapat ditekan. Dengan adanya kolaborasi multidisiplin antar profesi baik dokter, farmasi, perawat, teknik informasi, maupun petugas administrasi rumah sakit secara mendalam, efektif, dan efisien merupakan hal yang utama dalam menjamin keamanan pemberian obat pada pasien. Akreditasi rumah sakit akan sangat membantu dalam peningkatan mutu kualitas pelayanan kesehatan dengan

kesadaran dan kemampuan untuk mencegah kejadian MAEs dan meraih kesuksesan dalam peningkatan kualitas.

Manajemen dan Penggunaan Obat sebagai salah satu penilaian akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang termasuk dalam kelompok sasaran pelayanan berfokus pada pasien. Penyusunan sasaran ini mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197 Tahun 2004 tentang standar pelayanan farmasi rumah sakit yang berfokus pada *customer satisfaction*. (Kemenkes RI, 2012).

Maksud dari manajemen obat di rumah sakit merupakan salah satu unsur penting dalam fungsi manajerial rumah sakit secara keseluruhan, karena ketidakefisienan akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun secara ekonomis. Tujuan manajemen obat di rumah sakit adalah agar obat yang diperlukan tersedia setiap saat dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu yang terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu (Kemenkes RI, 2012).

1. MPO I. Organisasi dan Manajemen Farmasi

Penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien. Standar pada MPO I ini bagi seorang ahli farmasi berizin, teknisi mensupervisi pelayanan farmasi atau kefarmasian (*pharmaceutical*) (KARS, 2013).

Pada wawancara staf di pertanyaan pertama perencanaan dan penggunaan obat, terdapat ketidakmerataan jawaban. Hal tersebut terbukti dari jawaban staf

saat diwawancarai tentang bagaimana perencanaan dan penggunaan obat dalam rumah sakit. Staf sebagian besar memahami bahwa perencanaan stok berdasarkan formularium dan penggunaan dari tahun sebelumnya (sistem konsumsi), tetapi tidak selalu memahami perhitungan obat berdasarkan konsumsi tahun lalu sebagai perbekalan dan disesuaikan dengan konsumsi bulanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa alur permintaan obat sudah dilaksanakan sesuai prosedur, namun belum dimengerti oleh seluruh staf.

Pada poin wawancara elemen penilaian kedua, mengenai informasi yang dijelaskan kepada pasien tentang obat yang diserahkan, seluruh responden menjawab hampir lengkap. Informasi obat yang diharapkan disampaikan kepada pasien adalah fungsi atau khasiat obat, kontraindikasi, efek samping dan cara mengatasinya, cara pemakaian, waktu pemakaian, dan lama penggunaan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi informasi obat telah dilakukan secara menyeluruh kepada pasien.

2. MPO II. Seleksi dan Pengadaan Farmasi

Obat dengan cara seleksi yang benar digunakan untuk peresepan atau pemesanan, ada di stok atau siap tersedia. Keputusan ini didasarkan pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang disiapkan. Rumah sakit diharapkan dapat mengembangkan suatu daftar (formularium) dari semua obat yang tersedia serta memiliki metode untuk mengawasi daftar tersebut. Dalam beberapa kasus, undang-undang atau peraturan bisa menentukan obat dalam daftar atau sumber obat tersebut. Kadang-kadang terjadi kehabisan obat karena

terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi dalam pengendalian inventaris yang normal. Ada suatu proses untuk mengingatkan pembuat resep tentang kekurangan obat tersebut dan saran substitusinya, dalam hal ini diharapkan rumah sakit dapat segera memperoleh obat yang tidak ada dalam stok atau yang normal tersedia di rumah sakit atau sewaktu-waktu bilamana farmasi tutup (KARS, 2013).

Dalam wawancara terkait seleksi dan pengadaan farmasi, staf diharapkan memahami proses pemesanan, penyaluran, pemberian dan monitoring obat, dan memahami alur penyediaan obat yang tidak tersedia atau persediaannya habis dan mengerti alternatif substitusinya. Dari hasil wawancara elemen penilaian tentang pemesanan, penyaluran, pemberian, dan monitoring obat, telah dipahami seluruh responden secara garis besar dengan baik, namun dalam hal monitoring obat diakui oleh semua responden bahwa di RSUD Muhammadiyah Bantul belum terlaksana artinya setelah pasien pulang, petugas tidak memonitoring pasien rawat jalan kecuali terjadi efek obat yang tidak diharapkan maka biasanya pasienlah yang kembali berkunjung ke rumah sakit sedangkan untuk pasien rawat inap, monitoring dilakukan oleh perawat karena perawatlah yang selama 24 jam mengawasi pasien di bangsal perawatan.

Pemberian obat ke pasien rawat jalan menggunakan sistem IP (*Individual Prescribing*) yang artinya obat yang diserahkan ke satu pasien untuk sekali pengobatan sesuai dengan jumlah yang tertera di resep, sedangkan untuk pasien rawat inap, pemberian obat ada yang dilakukan dengan sistem IP dan ada pula

yang menggunakan sistem UDD (*Unit Dose Dispensing*) yakni pemberian obat ke satu pasien untuk sekali penggunaan sesuai dengan yang tertera di resep.

Bilamana obat tidak tersedia, seluruh responden memahami bahwa mereka diharapkan untuk menghubungi pembuat resep. Hal tersebut menunjukkan betapa pentingnya proses sosialisasi dan implementasi kebijakan farmasi secara menyeluruh.

3. MPO III. Penyimpanan Farmasi

Standar penilaian MPO III adalah agar obat selalu disimpan dengan baik dan aman dalam tempat penyimpanan, di dalam pelayanan kefarmasian, atau di unit asuhan pasien. Ada beberapa jenis obat yang karena risikonya tinggi perlu didukung oleh kebijakan sebagai pedoman untuk penyimpanan dan pengendalian dalam penggunaannya (KARS, 2013).

Obat-obatan emergensi tersedia, dimonitor dan aman bilamana disimpan diluar farmasi. Selain itu, diharapkan rumah sakit mempunyai prosedur untuk mengidentifikasi, menarik kembali (*recall*) dan mengembalikan atau memusnahkan obat yang diketahui kadaluarsa (KARS, 2013).

Pada pertanyaan MPO III pertama yang menggali tentang proses penyimpanan obat sesuai dengan stabilitasnya, seluruh responden telah memahami garis besarnya dan hampir semua responden mampu menjawab secara lengkap bagaimana cara penyimpanan obat berdasarkan pembagian produk obat. Pada poin pertanyaan penyimpanan produk nutrisi, banyak responden tidak memahami yang dimaksudkan sehingga peneliti memakai bahasa lain yang dapat dimengerti

oleh responden. Pentingnya pemahaman staf tentang apa saja yang terkait dengan pekerjaan dan kewajibannya dapat menunjang *performance* dalam pelayanan terhadap pasien. Mengingat produk nutrisi adalah produk yang memerlukan perhatian khusus, hal tersebut perlu disosialisasikan secara luas.

Tidak ada penggunaan zat radioaktif di RSUD Muhammadiyah Bantul, termasuk juga dengan obat donasi atau sampel. Seluruh responden secara garis besar dapat menjawab poin pertanyaan mengenai proses penggantian obat emergensi, kadaluarsa, dan obat rusak. Begitu pula dengan proses penarikan obat, penanganan obat kadaluarsa dan pemusnahannya juga dapat dijawab oleh sebagian besar responden dengan lengkap.

Proses penarikan obat, penanganan obat kadaluarsa, dan pemusnahan obat kadaluarsa dinilai sebagai upaya rumah sakit agar mempunyai proses untuk mengidentifikasi, menarik kembali dan mengembalikan atau memusnahkannya. Karena jumlah obat yang ada di RSUD Muhammadiyah Bantul cukup banyak sehingga pemusnahan dilakukan secara masif dengan menyerahkan ke pihak ke tiga dan masuk ke kategori limbah medis.

4. MPO IV. Pemesanan dan Pencatatan Farmasi

Standar MPO IV meliputi peresepan, pemesanan, dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Rumah sakit menjabarkan elemen-elemen dari suatu pemesanan atau penulisan resep yang lengkap yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien, serta jenis pemesanan yang akseptabel untuk digunakan, dan dapat mengidentifikasi petugas yang

kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Karena peresepan obat yang tidak terbaca atau pemesanan yang mengacaukan keselamatan pasien bisa menunda pengobatan. Standar ini bertujuan agar rumah sakit mengimplementasikan tindakan untuk mengurangi tidak terbacanya resep (KARS, 2013).

Dari hasil analisis wawancara staf terkait dengan proses menghadapi resep yang tidak jelas sudah sangat dipahami oleh seluruh responden bahwa diharuskan bertanya langsung pada dokter yang meresepkan.

5. MPO V. Persiapan dan Penyaluran Farmasi

Obat dipersiapkan dan dikeluarkan dalam lingkungan yang aman dan bersih sesuai undang-undang, peraturan dan standar praktek profesional farmasi. Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat dengan dosis yang tepat dan kepada pasien yang tepat di saat yang tepat dan telah melalui proses penelaahan ketepatan obat. Staf yang mempersiapkan produk campuran yang steril (seperti i.v. dan epidural) dilatih dalam prinsip-prinsip teknik aseptik (KARS, 2013). Pada kenyataannya hal ini tidak terjadi di RSUD Muhammadiyah Bantul dimana persiapan steril dilakukan oleh perawat tidak dengan aseptik di bangsal tanpa didampingi oleh staf dari instalasi farmasi rumah sakit.

Ada empat jenis sistem distribusi obat di rumah sakit menurut Hassan (1986) dalam (Wijayanti, T., 2010) yaitu sistem distribusi obat resep individu, sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruangan (*floor stock*), sistem distribusi kombinasi antara resep individu dan *floor stock* dan sistem distribusi obat dosis

unit/ *unit dose dispensing* (UDD). Distribusi UDD adalah obat yang dipesan oleh dokter untuk pasien, terdiri atas satu atau beberapa jenis obat, yang masing-masing dalam kemasan dosis tunggal, dalam persediaan yang disiapkan tidak lebih dari 24 jam (Quick et al,1997) dalam (Wijayanti, T., 2010).

Penyaluran obat pada sistem ini dikoordinir oleh IFRS, mulai dari penyiapan obat sampai pengawasan pemakaian kepada pasien. Sistem UDD ini diterapkan dengan harapan bahwa penggunaan obat untuk pasien rawat inap dapat terkendali, sehingga tujuan penyelenggaraan pelayanan pasien yang mengacu pada prinsip menyeluruh sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional bisa tercapai (IFRS, 2013). Pada gabungan sistem resep individu dan *floor stock* penyaluran obat menggunakan resep individu dan *floor stock* dalam jumlah terbatas. Keuntungannya adalah tidak diperlukan tenaga yang banyak, biaya relatif kecil (Hassan, 1986).

Poin mengidentifikasi kelengkapan resep dan cara mengatasi masalah yang timbul dari hal tersebut dijawab tidak tuntas namun secara garis besarnya dapat dijelaskan oleh seluruh responden. Pada poin ini, diharapkan responden dapat menelaah kelengkapan dan keterangan resep sebelum dilakukan penyaluran dan pemberian resep yang berupa: dosis, frekuensi dan rute pemberian, duplikasi terapi, alergi atau potensial alergi, interaksi obat atau potensial interaksi obat, penggunaan, berat badan pasien, dan kontra indikasi.

Cara menghubungi dokter bila resep yang ditulis menimbulkan pertanyaan telah dimengerti dengan baik oleh seluruh responden bahwa mereka harus menghubungi dokter pembuat resep secara langsung dan dijelaskan secara lebih

mendalam oleh responden, seperti yang diharapkan pada poin ini bahwa ada proses untuk menghubungi petugas yang menuliskan resep atau memesan obat bila timbul pertanyaan lewat pertemuan langsung atau *face to face* dan jika berhalangan untuk bertemu langsung dilakukan lewat media komunikasi seperti telepon.

6. MPO VI. Pemberian Farmasi

Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk memberikan obat termasuk proses untuk memverifikasi apakah obat sudah betul berdasarkan pesanan obat. Selain itu, kebijakan dan prosedur rumah sakit mengatur tentang obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*) maupun obat contoh (sampel) (KARS, 2013).

Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, misalnya bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif. Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat. Penggunaan obat termasuk obat donasi harus diketahui DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) dan dicatat dalam status pasien. Rumah sakit diharapkan mampu mengendalikan ketersediaan dan penggunaan sampel obat (KARS, 2013). Di RSUD Muhammadiyah Bantul

tidak tersedia obat sampel / donasi sehingga penilaian wawancara pada EP MPO VI masuk dalam penilaian TDD.

b. MPO VII. Pemantauan Farmasi

Pasien, dokter, perawat hingga praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapatkan pengobatan termasuk monitoring terhadap efek obat. Kesalahan obat (*medication errors*) dilaporkan melalui proses dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh rumah sakit. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik maupun reaksi alergi (KARS, 2013). Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, pada poin ini tidak dilakukan wawancara staf, namun lebih berfokus pada wawancara pasien telusur sasaran MPO.

Terdapat banyak perubahan baik secara fisik maupun dari kebijakan-kebijakan pada RSUD Muhammadiyah Bantul periode 2015/2016. Adanya perpindahan dan perubahan beberapa ruang pelayanan yang telah direncanakan sebelumnya kemudian berdampak pula pada alur dan kebijakan rumah sakit. Contohnya pada ruangan depo farmasi rawat inap yang pindah ke lantai 1 kemudian membuat sistem penyaluran obat pada bangsal yang sebelumnya telah menggunakan sistem UDD kembali memakai sistem IP. Perpindahan gudang farmasi juga masih dalam tahap penyesuaian sehingga masih tampak beberapa produk obat yang belum tertata rapi maupun tempat penyimpanan yang belum sesuai dengan standar yang berlaku. Diharapkan kedepannya pihak manajemen rumah sakit dapat segera

menyesuaikan perubahan-perubahan yang terjadi sehingga tidak berdampak pada kualitas pelayanan pada pasien.

Dari hasil telusur alat bukti dokumen implementasi tentang MPO, didapatkan bahwa formularium dan daftar stok obat rumah sakit belum ditemukan secara merata di semua bangsal perawatan dalam bentuk edisi yang terbaru. Formulir edukasi pasien yang tidak ditemukan dalam penelitian. Tempat penyimpanan produk obat juga belum terstandarisasi dengan baik. Jika pelatihan dalam penulisan pemesanan dan pencatatan obat telah dilakukan secara maksimal, tentunya besar harapan hal ini akan meminimalkan kejadian salah pembacaan resep. Tentunya juga diharapkan adanya uji kompetensi petugas penelaah resep. Kebijakan yang menetapkan kriteria informasi spesifik pasien apa yang dibutuhkan untuk penelaahan resep yang efektif dan kriteria telaah resep atau pemesanan yang belum lengkap. SPO pembacaan resep tidak ditemukan dalam penelitian. Kelengkapan isi label obat juga perlu perhatian dimana tidak terdapat tanggal kadaluarsa. Perlu adanya pembuatan kebijakan/pedoman mengenai siapa saja yang berhak/berwenang dalam memberikan obat. Kebijakan penulisan resep/FPO memuat sembilan elemen dan kebijakan batasan penulisan resep dan resep khusus belum dilakukan secara baik. Kebijakan pelayanan farmasi belum memuat batasan pemberian obat oleh petugas sesuai kewenangannya dengan lengkap.

Diharapkan juga ketelitian dan kelengkapan dalam laporan *medication error* dan KNC yang tepat waktu, sesuai prosedur, dan siapa yang bertanggung jawab.

Formulir rekonsiliasi obat dalam rekam medis tidak ditemukan dalam penelitian termasuk SPO telaah rekonsiliasi obat.

Dari hasil telusur alat bukti SPO tentang MPO didapatkan bahwa pemantauan obat tidak dilaksanakan sebagaimana mestinya dimana dalam pelaksanaannya dilakukan oleh perawat bangsal. Demikian pula dengan monitoring efek obat juga tidak dilakukan oleh petugas farmasi. Tidak ditemukan SPO tentang keadaan bila farmasi tutup atau persediaan obat terkunci. SPO penyimpanan produk nutrisi tidak lengkap, sedangkan SPO mengenai obat radioaktif dan obat sampel/donasi tidak ditemukan karena produk tersebut memang tidak tersedia di RSUD Muhammadiyah Bantul. SPO mengenai penyertaan formulir pencatatan obat dalam status pasien saat pasien dipindahkan/dipulangkan memang tidak ditemukan namun dalam pelaksanaannya sudah dilaksanakan dengan baik.

Tidak ditemukan SPO tentang proses penarikan obat. Penyiapan produk secara steril tidak dilakukan sebagaimana mestinya. SPO penyaluran obat belum dilaksanakan secara akurat.

Dari hasil telusur alat bukti pedoman regulasi tentang MPO ditemukan belum adanya pedoman pelayanan yang memuat evaluasi obat di rumah sakit. Tidak ditemukan pula panduan tentang interaksi obat. Di dalam panduan keselamatan pasien, pasien belum dilakukan asesmen ulang untuk menentukan respon mereka terhadap pengobatan. Panduan keselamatan pasien yang belum lengkap yakni yang memuat ketentuan IKP/KTD dicatat dalam status pasien dan dilaporkan, yang memuat waktu pelaporan, dan yang memuat IKP yang dipantau.

Dari hasil telusur alat bukti kebijakan/SK tentang MPO didapatkan ketidaklengkapan kebijakan pengawasan penggunaan obat dan pengamanan obat di unit. Kebijakan pemberian label untuk obat yang dikeluarkan dari wadah asli belum lengkap. Tabel 14 dibawah ini menjelaskan hasil Wawancara, SPO, dan Pedoman Regulasi yang masuk dalam kategori TDD. Totalnya terdapat 8 standar dan elemen penilaian MPO yang masuk dalam kategori tersebut, diharapkan kedepannya RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dapat melengkapi dan menyempurnakan standar-standar tersebut guna penilaian akreditasi selanjutnya.

Tabel 14
Penilaian Tidak Dapat Diterapkan (TDD)

MPONo.	Standar dan Elemen Penilaian	
Wawancara		
III	3	Bagaimana cara menyimpan obat radioaktif?
	4	Bagaimana cara menyimpan obat sampel?
VI	1	Bagaimana proses obat sampel/donasi?
SPO		
III	3	Penyimpanan obat radioaktif
	4	Penyimpanan dan pengendalian sampel
VI	1	Prosedur penggunaan obat sampel/donasi
Pedoman Regulasi		
III	3	Pedoman pelayanan penyimpanan obat radioaktif
	4	Pedoman pelayanan penyimpanan dan pengendalian obat sampel