PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI FARMASI
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor: Kep/ 130 /VIII/2026

tentang

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI FARMASI
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang : 1. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan farmasi yang bermutu tinggi, untuk itu perlu dibuat Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi;

2. bahwa agar pelayanan yang bermutu di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Revisi terhadap Pedoman Pelayanan terdahulu yang ditetapkan dalam keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lebaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 135 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;

5. Peraturan Panglima TNI Nomor 44 Tahun 2023 tentang Klasifikasi dan Standarisasi Rumah Sakit Tentara Nasional Indonesia;

6. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor 36 Tahun 2024 tanggal 5 Agustus 2024, tentang Organisasi dan Tugas Rumah Sakit TNI Angkatan Udara Tingkat II dr. Esnawan Antariksa.

7. Keputusan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

8. Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

2. Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi ini, merupakan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berkaitan dengan keputusan ini, telah diadakan pembetulan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

4. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 13 Agustus 2026

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,



dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lamp. Kep. Ka. RSAU dr. Esnawan A
Nomor Kep/ 130 /VIII/2026
Tanggal 13 Agustus 2026

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI FARMASI
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang. RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah rumah sakit yang merupakan pelaksana teknis Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara dan berkedudukan langsung di bawah Kapuskesau yang mempunyai tugas memberikan dukungan kesehatan dalam operasi TNI/TNI AU dan pelayanan kesehatan terhadap personel TNI/TNI AU dan keluarganya serta masyarakat umum. Tugas ini dilaksanakan dalam rangka upaya meningkatkan derajat kesehatan personel TNI Angkatan Udara guna mendukung tugas TNI AU. Selain itu, RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam pengelolaan keuangannya, melaksanakan pola pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) sesuai dengan Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 544/KMK.05/2019 tanggal 4 Juli 2019 tentang Penetapan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa pada Kementerian Pertahanan sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Hal ini dapat digunakan untuk mendukung pelaksanaan tugas yang berhubungan dengan dukungan dan pelayanan kesehatan terhadap personel TNI/TNI AU dan keluarganya serta masyarakat umum. Kegiatan kerja yang telah dilaksanakan dengan dukungan dana tersebut diharapkan untuk meningkatkan dukungan dan pelayanan kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa sehingga pelayanan kepada pasien dapat berjalan secara optimal. Adapun tujuan yang akan dicapai RSAU dr. Esnawan Antariksa yaitu terselenggaranya dukungan kesehatan dalam kegiatan operasi TNI AU/TNI, Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu bagi TNI, PNS beserta keluarga serta masyarakat umum dan terbentuknya

sumber daya manusia yang profesional dan berkompetensi, serta memiliki integritas dan komitmen yang kuat melalui pendidikan dan pelatihan.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antriksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan dalam setiap latihan operasi dan latihan TNI AU yang diselenggarakan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota militer beserta keluarga dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) TNI AU beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan periodik bagi anggota militer Lanud Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodik dalam rangka mengikuti pendidikan/penugasan dan seleksi calon Tamtama, Bintara, maupun Perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU/TNI beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU/TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik promotif, preventif, dan kuratif bagi anggota TNI AU/TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, dan bagi masyarkat umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan tekhnologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter, dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Motto RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah “Melayani Dengan Ikhlas Tanpa Batas”. Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. RSAU dr. Esnawan memiliki logo sebagai berikut:

Arti logo RSAU RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut: Lingkaran menandakan suatu komunitas, integritas, dan kesempurnaan dalam pelayanan. Palang emas berarti memberikan pertolongan tanpa membeda-bedakan serta menumbuhkan saling pengertian, kerjasama, dan perdamaian. Tongkat dan ular menunjukkan tongkat *Aesclepius* merupakan seorang dokter dari Yunani yang diberi gelar *God of Healing*, ular sebagai hewan yang dikaitkan dengan kehidupan/kesembuhan yang baru. Sayap melambangkan pengembangan intelektual dan pelayanan terbaik serta akan terus bergerak mengikuti jaman. Warna emas melambangkan kesan optimis, berfikir positif, aktif, dan modern dalam setiap pelayanan. Warna biru menunjukkan sifat profesional dan percaya diri dalam bekerja. Warna putih mempunyai arti suci dan ikhlas dalam setiap pelayanan. Bila arti pada logo tersebut dirangkai menajadi satu, logo tersebut memiliki arti "RSAU dr. Esnawan merupakan Rumah Sakit yang secara profesional, integritas, dan ikhlas dalam memberikan pertolongan kepada pasien, tanpa membedakan status pasien serta memberikan pelayanan yang terbaik dengan mengikuti perkembangan teknologi kesehatan modern saat ini."

Dalam perjalanannya, RSAU dr Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05/I/523 pada tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki saranan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas pelayanan baik manajemen, sarana prasaran, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan teknologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS Edisi 1 Tahun 2018

sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU/TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat, dan staf.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU/TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, serta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Pedoman Pelayanan Kefarmasian ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan.

2. Pengertian. Untuk memahami naskah pedoman pelayanan kefarmasian RSAU dr. Esnawan Antariksa ini, maka perlu diuraikan beberapa pengertian untuk menyamakan persepsi. Beberapa pengertian tersebut adalah sbb:

a. 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.

b. Standar Pelayanan Kefarmasian. Standar pelayanan kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.

c. Pelayanan Kefarmasian. Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

d. Resep. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *electronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.

e. Sediaan Farmasi. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.

f. Obat. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.

g. Alat Kesehatan. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

h. Bahan Medis Habis Pakai. Bahan medis habis pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*singleuse*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.

i. Instalasi Farmasi. Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.

j. Apoteker**.** Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker.

k. Tenaga Teknis Kefarmasian. Tenaga teknis kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi dan Analis Farmasi.

l. Evaluasi. Evaluasi adalah proses penilaian kinerja pelayanan farmasi di rumah sakit yang meliputi penilaian terhadap sumber daya manusia (SDM), pengelolaan bekal kesehatan, pelayanan kefarmasian kepada pasien/pelayanan farmasi klinik.

m. Mutu Pelayanan Farmasi. Mutu pelayanan farmasi rumah sakit adalah pelayanan farmasi yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dalam menimbulkan kepuasan pasien sesuai dengan tingkat kepuasan ratarata masyarakat, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan profesi yang ditetapkan serta sesuai dengan kode etik profesi farmasi.

n. Pengelolaan Bekal Kesehatan. Pengelolaan bekal kesehatan adalah suatu proses yang merupakan siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, penghapusan, administrasi dan pelaporan serta evaluasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan.

o. Pengendalian Mutu. Pengendalian mutu adalah suatu mekanisme kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan, secara terencana dan sistematis, sehingga dapat diidentifikasi peluang untuk peningkatan mutu serta menyediakan mekanisme tindakan yang diambil sehingga terbentuk proses peningkatan mutu pelayanan farmasi yang berkesinambungan.

p. Bekal Kesehatan. Bekal kesehatan adalah sediaan farmasi yang terdiri dari obat, bahan obat, alat kesehatan habis pakai, reagensiadan gas medis.

q. Perlengkapan. Perlengkapan adalah semua peralatan yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kefarmasian di farmasi rumah sakit.

r. Restitusi. Restitusi adalah prosedur penyediaan bekkes yang tidak tersedia dirumah sakit bagi pasien anggota TNI AU dan keluarganya sesuai ketentuan dan kebijakan yang berlaku di lingkungan TNI AU.

s. Unit Dose Dispensing. Unit Dose Dispensing adalah sistem pelayanan distribusi obat yang menyediakan obat dalam bentuk dosis sekali pakai selama 24 jam untuk pasien rawat inap.

t. Konseling. Konseling obat adalah suatu proses yang sistematik untuk memberikan solusi kefarmasian kepada pasien meliputi identifikasi masalah, penulusuran referensi dan pemberian solusi kefarmasian.

3. Tujuan Pedoman.

a. Umum. Pedoman pelayanan farmasi ini disusun dengan maksud agar dapat digunakan sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di RSAU dr. Esnawan Antariksa, dengan tujuan menjamin keamanan, kualitas dan efektifitas pelayanan farmasi terhadap pasien rumah sakit.

b. Khusus:

1) Memberi acuan regulasi pelayanan kefarmasian.

2) Memberi acuan manajemen pelayanan kefarmasian.

3) Memberi acuan tugas pokok dan fungsi serta kompetensi masing-masing tenaga yang terlibat dalam pelayanan kefarmasian.

4) Memberi acuan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pelayanan kefarmasian.

5) Memberikan acuan sistem/pola pembiayaan yang berkaitan dengan pelayanan kefarmasian.

4. Ruang Lingkup dan Tata Urut. Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi ini disusun dengan tata urut sebagai berikut :

a. BAB I Pendahuluan.
b. BAB II Standar Ketenagaan.
c. BAB III Standar Fasilitas.
d. BAB IV Tata Laksana Pelayanan.
e. BAB V Logistik.
f. BAB VI Keselamatan Pasien.
g. BAB VII Keselamatan Kerja.
h. BAB VIII Pengendalian Mutu.
i. BAB IX Penutup.

5. Batasan Operasional. Instalasi Farmasiadalah Salah satu pelayanan yang memberikan informasi dan edukasi mengenai obat dan BMHP di RSAU dr. Esnawan Antariksa yang merupakan bagian dari salah satu penunjangan yang memberikan pelayanan kefarmasian terhadap pasien

6. Landasan Hukum

a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lebaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).

b. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

(Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 135 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952).

c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit.

d. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

e. Peraturan Panglima TNI Nomor 44 Tahun 2023 tentang Klasifikasi dan Standarisasi Rumah Sakit Tentara Nasional Indonesia.

f. Peraturan Kepala Staf Angkatan Udara Nomor 36 Tahun 2024 tanggal 5 Agustus 2024, tentang Organisasi dan Tugas Rumah Sakit TNI Angkatan Udara Tingkat II dr. Esnawan Antariksa.

g. Keputusan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

h. Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

7. Kualifikasi dan Persyaratan Sumber Daya Manusia. Kualifikasi dan Persyaratan Instalasi Farmasi RSAU dr. Esnawan Antariksa terlampir.

8. Distribusi Ketenagaan. Sebagai dasar Pedoman dasar pola ketenagaan Instalasi Farmasi RSAU dr Esnawan Antariksa didasari dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit :

a. Apoteker. Distribusi dan penempatan apoteker di instalasi farmasi adalah sebagai berikut:

1) Kepala Instalasi Farmasi.
2) Ka Unit Min Dal Bekkes.
3) Ka Unit Depo Pelayanan Rawat Jalan.
4) Ka Unit Depo Pelayanan Rawat Inap.
5) Ka Unit Jangfar
6) Kaur Depo Farmasi Merak
7) Kaur Depo Farmasi Garuda
8) Kaur Depo Rajal
9) Kaur Depo IGD
10) Kaur Depo UBS
11) Kaur Depo HD
12) Kaur Depo Edelweis
13) Kaur Produksi
14) Kaur Dalmut
15) Kaur Diklat

b. Tenaga Teknis Kefarmasian. Tenaga teknis kefarmasian bertugas membantu pelayanan apoteker di semua unit yang ada di instalasi farmasi.

c. Tenaga Penunjang. Tenaga non farmasi mengawaki pekerjaan yang di luar teknis kefarmasian.

9. Pengaturan Tenaga.

a. Pola Pengaturan jaga. Pola pengaturan tenaga di Instalasi Farmasi RSAU dr. Esnawan Antariksa diatur dalam 3 (tiga) shift jaga dengan distribusi sebagai berikut:

1) Dinas Pagi

Shift pagi mulai jam 07.00 s/d 15.00

2) Dinas Siang

Shift siang mulai jam 15.00 s/d 23.00

3) Dinas Malam

Shift malam mulai jam 23.00 s/d 07.00

b. Pengaturan Tenaga Teknis Kefarmasian Pelaksana.

1) Pengaturan Jaga Tenaga Teknis Kefarmasian Pelaksana Instalasi Farmasi dibagi dalam tiga shift.

2) Pengaturan Jaga Tenaga Teknis Kefarmasian dibuat dan dipertanggungjawabkan oleh Ka Unit Depo Pelayanan dan disetujui oleh Kepala Instalasi Farmasi.

3) Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian setiap satu bulan.

4) Apabila terjadi pertukaran jaga maka tenaga teknis kefarmasian pelaksana yang bersangkutan melaporkan kepada Kepala Unit pelayanan, selanjutnya dilaporkan kepada Kepala Instalasi Farmasi untuk mendapat persetujuan.

5) Apabila melaksanakan cuti maka pengajuan tertulis dilaksanakan satu bulan sebelumnya.

6) Jadwal dinas terbagi atas dinas pagi, dinas siang, dinas malam, libur dan cuti.

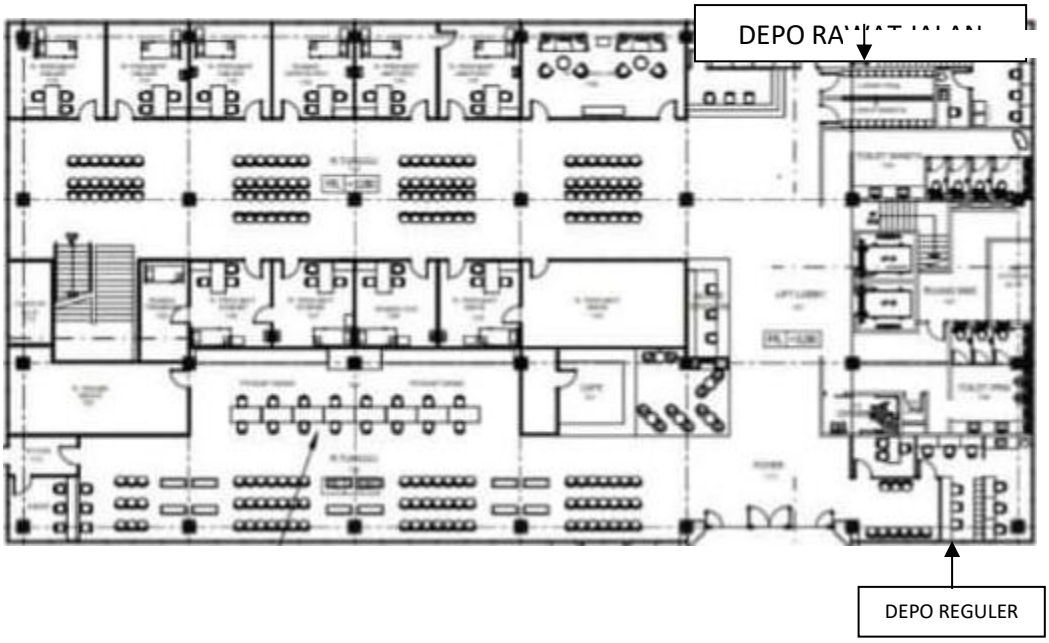
7) Apabila keadaan khusus (mendadak) tenaga teknis kefarmasian pelaksana tidak dapat melaksanakan jaga sesuai jadwal yang telah ditetapkan, maka Ka Unit Depo Pelayanan akan menugaskan tenaga teknis kefarmasian pengganti yang giliran libur.

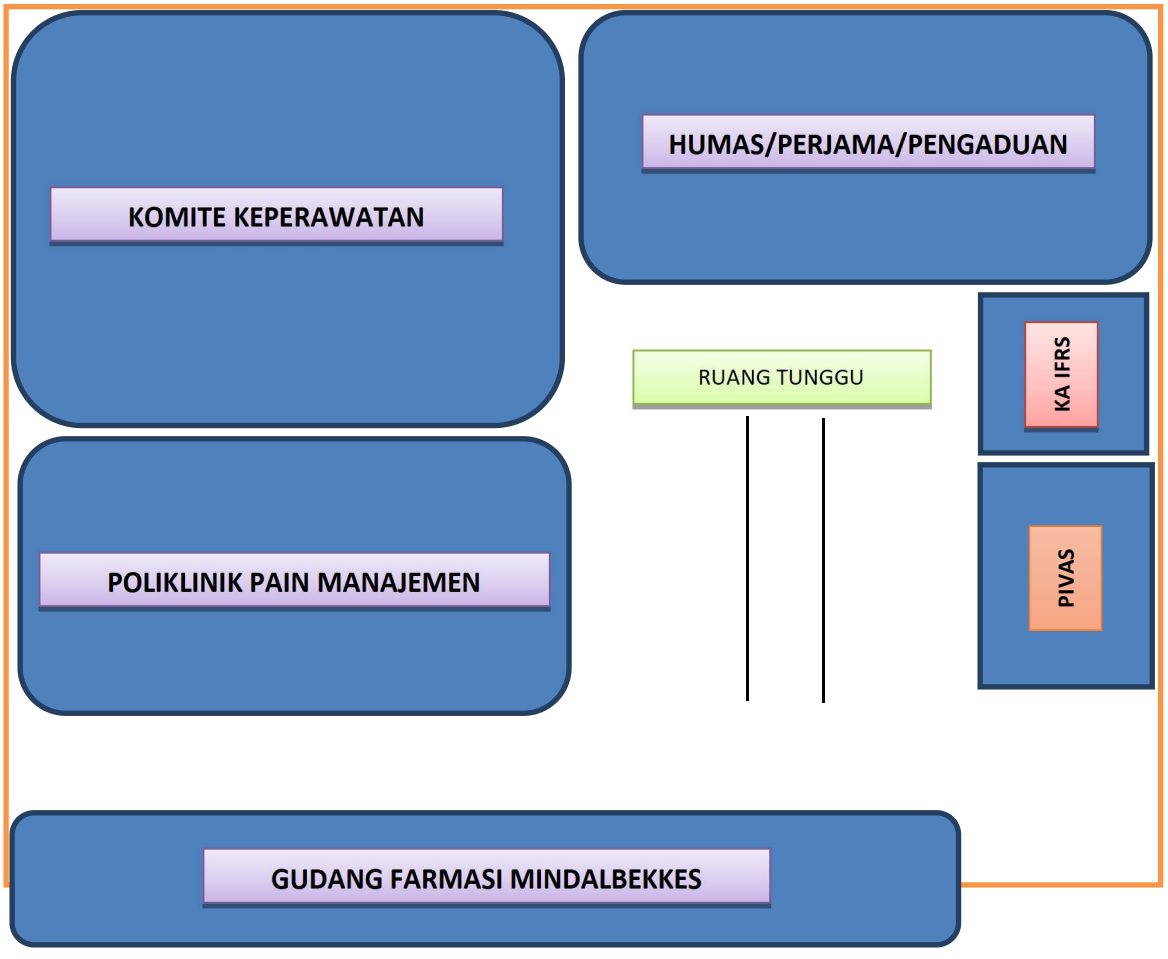
BAB III

STANDAR FASILITAS

DENAH RUANG INSTALASI FARMASI

INSTALASI FARMASI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA





11. Standar Fasilitas. Fasilitas ruangan dan peralatan harus memenuhi ketentuan dan perundangan-undangan kefarmasian yaitu lokasi harus menyatu dengan sistem pelayanan rumah sakit, terpenuhinya luas yang cukup untuk penyelenggaraan asuhan kefarmasian di rumah sakit, dipisahkan antara fasilitas untuk penyelenggaraan manajemen, pelayanan langsung pada pasien, dispensing serta ada penanganan limbah, persyaratan ruang tentang suhu, pencahayaan, kelembaban, tekanan dan keamanan baik dari pencuri maupun binatang pengerat, fasilitas peralatan memenuhi persyaratan yang ditetapkan terutama untuk perlengkapan dispensing seperti sediaan non steril padat maupun cair untuk obat luar atau dalam. Fasiltas instalasi farmasi terdiri dari :

a. Ruang Kantor / Administrasi terdiri dari :
   1) Ruang Pimpinan
   2) Ruang staf
   3) Ruang kerja / administrasi tata usaha.
   4) Ruang pertemuan

b. Ruang penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Rumah sakit harus mempunyai ruang penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan, serta harus memperhatikan kondisi sanitasi, temperature, sinar/cahaya, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu produk dan keamanan petugas, terdiri dari :
   1) Kondisi umum untuk ruang penyimpanan:
      a) Obat Jadi
      b) Obat Produksi
      c) Bahan Baku Obat
      d) Alat Kesehatan
   2) Kondisi Khusus untuk ruang penyimpanan :
      a) Obat termolabil
      b) Bahan Laboratorium dan reagensia
      c) Sediaan farmasi yang mudah terbakar
      d) Obat/ bahan obat berbahaya (narkotik/psikotropik)

c. Ruang distribusi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai. Ruang distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai terdiri dari distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai rawat jalan (Apotek rawat jalan) dan rawat inap. Ruang distribusi harus cukup untuk melayani seluruh kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai Rumah Sakit. Ruang distribusi terdiri dari:

1) Ruang distribusi untuk pelayanan rawat jalan, di mana ada ruang khusus/terpisah untuk penerimaan resep dan peracikan.

2) Ruang distribusi untuk pelayanan rawat inap, dapat secara sentralisasi maupun desentralisasi di masing-masing ruang rawat inap.

d. Ruang Konsultasi/Konseling Obat.

Ruang konsultasi/konseling Obat harus ada sebagai sarana untuk Apoteker memberikan konsultasi/konseling pada pasien dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien. Ruang konsultasi/ konseling harus jauh dari hiruk pikuk kebisingan lingkungan Rumah Sakit dan nyaman sehingga pasien maupun konselor dapat berinteraksi dengan baik. Ruang konsultasi/konseling dapat berada di Instalasi Farmasi rawat jalan maupun rawat inap.

e. Ruang Pelayanan Informasi Obat.

Pelayanan Informasi Obat dilakukan di ruang tersendiri dengan dilengkapi sumber informasi dan teknologi komunikasi, berupa bahan pustaka dan telepon.

f. Ruang Produksi.

Persyaratan bangunan untuk ruangan produksi harus memenuhi kriteria:

1) Lokasi

Lokasi jauh dari pencemaran lingkungan (udara, tanah, dan air tanah).

2) Konstruksi

Terdapat sarana perlindungan terhadap :

a) Cuaca.

b) Banjir.

c) Rembesan air.

d) Binatang / serangga.

3) Rancang bangun dan penataan gedung di ruang produksi harus memenuhi kriteria:

a) Disesuaikan dengan alur barang, alur kerja/proses, alur orang/pekerja.

b) Pengendalian lingkungan terhadap :

(1) Udara.

(2) Permukaan langit-langit, dinding, lantai dan peralatan/sarana lain.

(3) Barang masuk.

(4) Petugas yang di dalam.

c) Luas ruangan minimal 2 (dua) kali daerah kerja + peralatan, dengan jarak setiap peralatan minimal 2,5 m.

d) Di luar ruang produksi ada fasilitas untuk lalu lintas petugas dan barang.

4) Pembagian ruangan

a) Ruang terpisah antar Obat jadi dan bahan baku.

b) Ruang terpisah untuk setiap proses produksi.

c) Ruang terpisah untuk produksi Obat luar dan Obat dalam.

d) Gudang terpisah untuk produksi antibiotic (bila ada).

e) Tersedia saringan udara, efisiensi minimal 98%.

f) Permukaan lantai, dinding, langit-langit dan pintu harus :

(1) Kedap air.

(2) Tidak terdapat sambungan

(3) Tidak merupakan media pertumbuhan untuk mikroba.

(4) Mudah dibersihkan dan tahan terhadap bahan pembersih/desinfektan.

5) Daerah pengolahan dan pengemasan

a) Hindari bahan dari kayu, kecuali dilapisi cat epoxy/ enamel.

b) Persyaratan ruang produksi dan ruang peracikan harus memenuhi kriteria sesuai dengan ketentuan cara produksi atau peracikan obat di Rumah Sakit. Rumah Sakit yang memproduksi sediaan parenteral steril dan atau sediaan radiofarmaka harus memenuhi Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB).

g. Ruang *Aseptic Dispensing*. Ruang *aseptic dispensing* harus memenuhi persyaratan :

1) Ruang bersih : kelas 10.000 (dalam *Laminar Air Flow*=kelas 100)
2) Ruang / tempat penyiapan : kelas 100.000
3) Ruang antara : kelas 100.000
4) Ruang ganti pakaian : kelas 100.000
5) Ruang/tempat penyimpanan untuk sediaan yang telah disiapkan.

Tata ruang harus menciptakan alur kerja yang baik sedangkan luas ruangan disesuaikan dengan macam dan volume kegiatan. Ruang *aseptic dispensing* harus memenuhi spesifikasi :

1) Lantai. Permukaan datar dan halus, tanpa sambungan, keras, resisten terhadap zat kimia dan fungi, serta tidak mudah rusak.
2) Dinding.
   a) Permukaan rata dan halus, terbuat dari bahan yang keras, tanpa sambungan, resisten terhadap zat kimia dan fungi, serta tidak mudah rusak.
   b) Sudut-sudut pertemuan lantai dengan dinding dan langit-langit dengan dinding dibuat melengkung dengan radius 20-30 mm.
   c) Colokan listrik datar dengan permukaan dan kedap air dan dapat dibersihkan.
3) Plafon. Penerangan, saluran dan kabel dibuat di atas plafon, dan lampu rata dengan langit-langit/plafond dan diberi lapisan untuk mencegah kebocoran udara.
4) Pintu. Rangka terbuat dari *stainless steel*. Pintu membuka kea rah ruangan yang bertekanan lebih tinggi.

5) Aliran udara. Aliran udara menuju ruang bersih, ruang penyiapan, ruang ganti pakaian dan ruang antara harus melalui HEPA filter dan memenuhi persyaratan kelas 10.000. Pertukaran udara minimal 120 kali per jam.

6) Tekanan Udara. Tekanan udara di dalam ruang bersih adalah 15 pascal lebih rendah dari ruang lainnya sedangkan tekanan udara dalam ruang penyiapan, ganti pakaian dan antara harus 45 pascal lebih tinggi dari tekanan udara luar.

7) Temperatur. Suhu udara diruang bersih dan ruang steril, dipelihara pada suhu 16–25^{0}C.

8) Kelembaban. Kelembaban relatif 45–55%. Ruang bersih, ruang penyangga, ruang ganti pakaian steril dan ruang ganti pakaian kerja hendaknya mempunyai perbedaan tekanan udara 10–15 pascal. Tekanan udara dalam ruangan yang mengandung risiko lebih tinggi terhadap produk hendaknya selalu lebih tinggi dibandingkan ruang sekitarnya. Sedangkan ruang bersih penanganan sitostatika harus bertekanan lebih rendah dibandingkan ruang sekitarnya.

BAB IV
TATA LAKSANA PELAYANAN

12. Pelayanan Farmasi Klinik. Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan Apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan *outcome* terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena Obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin. Pelayanan farmasi klinik yang dilakukan IFRS RSAU dr. Esnawan Antariksa meliputi:

a. Pengkajian dan Pelayanan Resep. Peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap, dan terbaca adalah Tenaga Kesehatan yang berkompeten menulis resep dan instruksi pengobatan diantaranya Dokter yang memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang terdiri dari Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Dokter gigi dengan menggunakan lembar resep. Penulisan resep khusus dilakukan oleh dokter penanggung jawab dan dokter spesialis serta tidak boleh ditulis oleh dokter intrensif tanpa sepengetahuan dokter penanggung jawab atau dokter spesialis. Pengkajian dan pelayanan resep dilakukan terhadap resep rawat jalan, resep IGD maupun resep rawat inap. Kegiatan yang dilaksanakan adalah sebagai berikut :

1) Pengkajian Resep. Kegiatan pengkajian resep untuk menganalisa adanya masalah terkait obat, bila ditemukan masalah terkait Obat harus dikonsultasikan kepada dokter penulis resep. Apoteker harus melakukan pengkajian resep sesuai persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik, dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan dengan pertimbangan sbb :

a) Persyaratan administrasi. Pengkajian administrasi resep meliputi penulisan resep yang memuat :

(1) Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien.

(2) Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter.

(3) Tanggal resep dan asal resep.

b) Persyaratan ıarmasetik. Pengkajian persyaratan administrasi meliputi :

(1) Nama Obat, bentuk dan kekuatan sediaan.

(2) Dosis dan Jumlah Obat.

(3) Stabilitas obat dalam sediaan.

(4) Aturan dan cara penggunaan.

c) Persyaratan klinis. Pengkajian persyaratan klinis meliputi :

(1) Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat.

(2) Duplikasi pengobatan.

(3) Alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD).

(4) Kontraindikasi.

(5) Interaksi Obat.

2) Pelayanan Resep. Peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan di rumah sakit diantaranya :

(a) Peresepan obat prn atau bila perlu atau "*pro re nata*" harus menuliskan indikasi pemakaian, kekuatan obat, dan pemakaian maksimal dalam sehari pada resep.

(b) Penulisan obat yang termasuk NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip) atau LASA (*Look Alike Sound* Alike) agar ditulis secara jelas.

(c) Penulisan resep khusus seperti darurat, berhenti otomatis (*Automatic Stop* Order), *tapering off* dan lainnya agar dituliskan setelah penulisan aturan pakai.

(d) Penulisan nama obat dapat menggunakan nama generik atau paten sesuai dengan formularium Rumah Sakit.

Penulisan resep/pemesanan resep obat bisa secara tertulis dan verbal atau melalui telepon. Penulisan pesanan obat/resep harus jelas, benar, lengkap dan dapat terbaca. Jika resep tidak terbaca, tidak jelas, tidak benar atau tidak lengkap maka harus melakukan klarifikasi kepada penulis resep.

Pelayanan resep dimulai dari penerimaan resep, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai termasuk peracikan Obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Pada setiap tahap alur pelayanan Resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*medication error*) dengan cara setiap tahap dilakukan oleh petugas yang berbeda dengan melakukan paraf pada setiap kegiatan.

b. Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat. Penelusuran riwayat penggunaan obat merupakan proses untuk mendapatkan informasi mengenai seluruh obat/Sediaan Farmasi lain yang pernah dan sedang digunakan, riwayat pengobatan dapat diperoleh dari wawancara atau data rekam medik/pencatatan penggunaan obat pasien. Batasan penulisan resep diantaranya tidak ada duplikasi yang merugikan, harus kendali mutu dan biaya, harus sesuai dengan riwayat pengobatan pasien, kewenangan klinis dokter penulis resep, retriksi/persyaratan lain yang ditetapkan dalam formularium nasional dan harus sesuai dengan formularium rumah sakit. Untuk batasan penulisan psikotropika dan narkotika harus mencantumkan identitas pasien secara lengkap dan tidak boleh di "*iter*".

Tahapan penelusuran riwayat penggunaan obat meliputi:

1) Membandingkan riwayat penggunaan obat dengan data rekam medik/pencatatan penggunaan obat untuk mengetahui perbedaan informasi penggunaan obat.
2) Melakukan verifikasi riwayat penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain dan memberikan informasi tambahan jika diperlukan.
3) Mendokumentasikan adanya alergi dan reaksi obat yang Tidak dikehendaki (ROTD).
4) Mengidentifikasi potensi terjadinya interaksi obat.
5) Melakukan penilaian terhadap kepatuhan pasien dalam menggunakan obat.
6) Melakukan penilaian rasionalitas obat yang diresepkan.

7) Melakukan penilaian terhadap pemahaman pasien terhadap obat yang digunakan.

8) Melakukan penilaian adanya bukti penyalahgunaan obat.

9) Melakukan penilaian terhadap teknik penggunaan obat.

10) Memeriksa adanya kebutuhan pasien terhadap obat dan alat bantu kepatuhan minum obat (*concordanceaids*).

11) Mendokumentasikan Obat yang digunakan pasien sendiri tanpa sepengetahuan dokter.

12) Mengidentifikasi terapi lain, misalnya suplemen dan pengobatan alternatif yang mungkin digunakan oleh pasien.

Kegiatan penelusuran penggunaan obat dapat diperoleh dari pasien dan keluarganya, melakukan penilaian terhadap pengaturan penggunaan obat pasien. Penelusuran riwayat penggunaan obat untuk memperoleh informasi tentang :

1) Nama obat (termasuk obat non Resep), dosis, bentuk sediaan, frekuensi penggunaan, indikasi dan lama penggunaan obat.

2) Reaksi obat yang tidak dikehendaki termasuk riwayat alergi.

3) Kepatuhan terhadap regimen penggunaan obat (jumlah obat yang tersisa).

c. Rekonsiliasi Obat. Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan obat (*medication error*) seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Kesalahan obat (*medication error*) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari Rumah Sakit ke layanan kesehatan primer dan sebaliknya.

1) Tujuan dilakukannya rekonsiliasi obat adalah:

a) Memastikan informasi yang akurat tentang Obat yang digunakan pasien.

b) Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter.

c) Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter.

2) Tahap proses rekonsiliasi obat yaitu:

a) Pengumpulan data. Mencatat data dan memverifikasi obat yang sedang dan akan digunakan pasien, meliputi nama obat, dosis, frekuensi, rute, obat mulai diberikan, diganti, dilanjutkan dan dihentikan, riwayat alergi pasien serta efek samping obat yang pernah terjadi. Khusus untuk data alergi dan efek samping obat, dicatat tanggal kejadian, obat yang menyebabkan terjadinya reaksi alergi dan efek samping, efek yang terjadi, dan tingkat keparahan. Data riwayat penggunaan obat didapatkan dari pasien, keluarga pasien, daftar obat pasien, obat yang ada pada pasien, dan rekam medik/*medication chart*. Data obat yang dapat digunakan tidak lebih dari 3 (tiga) bulan sebelumnya termasuk semua obat yang digunakan oleh pasien baik resep maupun obat bebas termasuk herbal harus dilakukan proses rekonsiliasi.

b) Komparasi. Petugas kesehatan membandingkan data Obat yang pernah, sedang dan akan digunakan. *Discrepancy* atau ketidakcocokan adalah bilamana ditemukan ketidakcocokan diantara data-data tersebut. Ketidakcocokan dapat pula terjadi bila ada obat yang hilang, berbeda, ditambahkan atau diganti tanpa ada penjelasan yang didokumentasikan pada rekam medik pasien. Ketidakcocokan ini dapat bersifat disengaja (*intentional*) oleh dokter pada saat penulisan Resep maupun tidak disengaja (*unintentional*) dimana dokter tidak tahu adanya perbedaan pada saat menuliskan Resep.

c) Konfirmasi. Apoteker melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian dokumentasi dan dokter harus dihubungi kurang dari 24 jam. Hal lain yang harus dilakukan oleh Apoteker adalah:

(1) Menentukan bahwa adanya perbedaan tersebut disengaja atau tidak disengaja.

(2) Mendokumentasikan alasan penghentian, penundaan, atau pengganti.

(3) Memberikan tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukannya rekonsilliasi obat.

d) Komunikasi. Komunikasi dilakukan apoteker kepada pasien dan/atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi.

d. Pelayanan Informasi Obat (PIO). Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi obat yang independen, akurat, tidak bias, terkini dan komprehensif yang dilakukan oleh apoteker kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain di luar rumah sakit.

1) Tujuan Pelayanan informasi obat (PIO) adalah:

a) Menyediakan informasi mengenai Obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan Rumah Sakit dan pihak lain di luar Rumah Sakit.

b) Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan obat/sediaan farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai, terutama bagi Tim Farmasi dan Terapi.

c) Menunjang penggunaan Obat yang rasional.

2) Kegiatan yang dilakukan dalam PIO meliputi:

a) Menjawab pertanyaan tenaga kesehatan lain.

b) Menerbitkan buletin, *leaflet*, poster, *newsletter.*

c) Menyediakan informasi bagi Tim Farmasi dan Terapi sehubungan dengan penyusunan Formularium Rumah Sakit.

d) Bersama dengan Tim Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap.

e) Melakukan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.

f) Melakukan penelitian.

e. Konseling. Konseling obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi obat dari Apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di semua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisitatif apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya.

1) Tujuan pemberian konseling obat adalah :

a) Mengoptimalkan hasil terapi.

b) Meminimalkan risiko reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD).

c) Meningkatkan *cost-effectiveness* yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan obat bagi pasien (*patient safety*).

2) Kegiatan dalam konseling obat meliputi:

a) Membuka komunikasi antara apoteker dengan pasien.

b) Mengidentifikasi tingkat pemahaman pasien tentang penggunaan obat melalui *Three Prime Questions.*

c) Menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan obat.

d) Memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah pengunaan obat.

e) Melakukan verifikasi akhir dalam rangka mengecek pemahaman pasien.

f) Dokumentasi.

3) Kreteria pasien yang perlu mendapatkan konseling adalah :

a) Pasien kondisi khusus (pediatri, geriatri, gangguan fungsi ginjal, ibu hamil dan menyusui).

b) Pasien dengan terapi jangka panjang/penyakit kronis (TB, DM, epilepsi, dan lain-lain).

c) Pasien yang menggunakan obat-obatan dengan instruksi khusus (penggunaan kortiksteroid dengan *tappering down/off*).

d) Pasien yang menggunakan obat dengan indeks terapi sempit (*digoksin, phenytoin*).

e) Pasien yang menggunakan banyak obat (polifarmasi).

f) Pasien yang mempunyai riwayat kepatuhan rendah.

4) Sarana dan peralatan konseling meliputi :

a) Ruangan atau tempat konseling.

b) Alat bantu konseling (kartu pasien/catatan konseling).

f. *Visite. Visite* merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan reaksi obat yang tidak dikehendaki, meningkatkan terapi obat yang rasional, dan menyajikan informasi obat kepada dokter, pasien serta profesional kesehatan lainnya.

g. Pemantauan Terapi Obat (PTO). Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi Obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.

1) Tujuan. Tujuan dilakukannya PTO adalah meningkatkan efektivitas terapi dan meminimalkan risiko reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD).

2) Kegiatan dalam PTO meliputi:

a) Pengkajian pemilihan obat, dosis, cara pemberian obat, respons terapi, Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD).

b) Pemberian rekomendasi penyelesaian masalah terkait obat.

c) Pemantauan efektivitas dan efek samping terapi obat.

3) Tahapan kegiatan PTO meliputi:

a) Pengumpulan data pasien.

b) Identifikasi masalah terkait obat.

c) Rekomendasi penyelesaian masalah terkait obat.

d) Pemantauan dan tindak lanjut.

h. Monitoring Efek Samping Obat (MESO). Monitoring Efek Samping Obat (MESO) merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap Obat yang tidak dikehendaki, yang terjadi pada dosis lazim yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosa dan terapi. Efek Samping Obat adalah reaksi Obat yang tidak dikehendaki yang terkait dengan kerja farmakologi.

1) Tujuan dilakukan MESO adalah :

a) Menemukan Efek Samping Obat (ESO) sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal, frekuensinya jarang.

b) Menentukan frekuensi dan insidensi ESO yang sudah dikenal dan yang baru saja ditemukan.

c) Mengenal semua faktor yang mungkin dapat menimbulkan/mempengaruhiangk kejadia dan hebatnyaESO.

d) Meminimalkan risiko kejadian reaksi obat yang tidak dikehendaki.

e) Mencegah terulangnya kejadian reaksi obat yang tidak dikehendaki.

2) Kegiatan pemantauan dan pelaporan ESO:

a) Mendeteksi adanya kejadian reaksi Obat yang tidak dikehendaki (ESO).

b) Mengidentifikasi obat-obatan dan pasien yang mempunyai risiko tinggi mengalami ESO.

c) Mengevaluasi laporan ESO dengan algoritme Naranjo.

d) Mendiskusikan dan mendokumentasikan ESO di Tim/Sub Tim Farmasi dan Terapi.

e) Melaporkan ke Pusat Monitoring Efek Samping Obat Nasional.

3) Faktor yang perlu diperhatikan:

a) Kerjasama dengan Tim Farmasi dan Terapi dan ruang rawat.

b) Ketersediaan formulir Monitoring Efek Samping Obat.

i. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO). Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) merupakan program evaluasi penggunaan Obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif.

1) Tujuan dilakukannya EPO yaitu:
   a) Mendapatkan gambaran keadaan saat ini atas pola penggunaan Obat.
   b) Membandingkan pola penggunaan Obat pada periode waktu tertentu.
   c) Memberikan masukan untuk perbaikan penggunaan Obat.
   d) Menilai pengaruh intervensi atas pola penggunaan Obat.

2) Kegiatan praktek EPO:
   a) Mengevaluasi pengggunaan Obat secara kualitatif.
   b) Mengevaluasi pengggunaan Obat secara kuantitatif.

3) Faktor-faktor yang perlu diperhatikan:
   a) Indikator peresepan.
   b) Indikator pelayanan.
   c) Indikator fasilitas.

j. Dispensing Sediaan Steril. Dispensing sediaan steril dilakukan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit dengan teknik aseptik untuk menjamin sterilitas dan stabilitas produk dan melindungi petugas dari paparan zat berbahaya serta menghindari terjadinya kesalahan pemberian Obat, namun saat ini IFRS belum memiliki sarana dan fasilitas dispensing sediaan steril sesuai ketentuan sehingga kegiatan tersebut belum bisa dilaksanakan. Dispensing sediaan steril dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Tujuan dispensing sediaan steril:
   a) Menjamin agar pasien menerima Obat sesuai dengan dosis yang dibutuhkan.
   b) Menjamin sterilitas dan stabilitas produk.
   c) Melindungi petugas dari paparan zat berbahaya.

d) Menghindari terjadinya kesalahan pemberian Obat.

2) Kegiatan dispensing sediaan steril meliputi :

a) Pencampuran Obat Suntik. Melakukan pencampuran Obat steril sesuai kebutuhan pasien yang menjamin kompatibilitas dan stabilitas Obat maupun wadah sesuai dengan dosis yang ditetapkan.

(1) Kegiatan dalam pencampuran obat injeksi steril :

(a) Mencampur sediaan intravena ke dalam cairan infus.

(b) Melarutkan sediaan intravena dalam bentuk serbuk dengan pelarut yang sesuai.

(c) Mengemas menjadi sediaan siap pakai.

(2) Faktor yang perlu diperhatikan:

(a) Ruangan khusus.

(b) Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet.*

(c) HEPA Filter.

b) Penyiapan Nutrisi Parenteral. Penyiapan nutrisi parenteral merupakan kegiatan pencampuran nutrisi parenteral yang dilakukan oleh tenaga yang terlatih secara aseptis sesuai kebutuhan pasien dengan menjaga stabilitas sediaan, formula standar dan kepatuhan terhadap prosedur yang menyertai.

(1) Kegiatan yang dilaksanakan :

(a) Mencampur sediaan karbohidrat, protein, lipid, vitamin, mineral untuk kebutuhan perorangan.

(b) Mengemas ke dalam kantong khusus untuk nutrisi.

(2) Faktor yang perlu diperhatikan:

(a) Tim yang terdiri dari dokter, Apoteker, perawat, ahli gizi.

(b) Sarana dan peralatan.

(c) Ruangan khusus.

(d) Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet.*

(e) Kantong khusus untuk nutrisi parenteral.

13. Manajemen Risiko Pelayanan Farmasi Klinik. Beberapa risiko yang berpotensi terjadi dalam melaksanakan pelayanan farmasi klinik adalah :

a. Faktor risiko yang terkait karakteristik kondisi klinik pasien. Faktor risiko yang terkait karakteristik kondisi klinik pasien akan berakibat terhadap kemungkinan kesalahan dalam terapi. Faktor risiko tersebut adalah umur, gender, etnik ras, status kehamilan, status nutrisi, status sistem imun, fungsi ginjal, fungsi hati.

b. Faktor risiko yang terkait penyakit pasien. Faktor risiko yang terkait penyakit pasien terdiri dari 3 faktor yaitu: tingkat keparahan, persepsi pasien terhadap tingkat keparahan, tingkat cidera yang ditimbulkan oleh keparahan penyakit.

c. Faktor risiko yang terkait farmakoterapi pasien. Faktor risiko yang berkaitan dengan farmakoterapi pasien meliputi: toksisitas, profil reaksi obat tidak dikehendaki, rute dan teknik pemberian, persepsi pasien terhadap toksisitas, rute dan teknik pemberian dan ketepatan terapi.

Setelah melakukan identifikasi terhadap risiko yang potensial terjadi dalam melaksanakan pelayanan farmasi klinik, Apoteker kemudian harus mampu melakukan:

a. Analisa risiko baik secara kualitatif, semi kualitatif, kuantitatif dan semi kuantitatif.

b. Melakukan evaluasi risiko

c. Mengatasi risiko melalui :

1) Melakukan sosialisasi terhadap kebijakan pimpinan Rumah Sakit.

2) Mengidentifikasi pilihan tindakan untuk mengatasi risiko.

3) Menetapkan kemungkinan pilihan (*cost benefit analysis*).

4) Menganalisa risiko yang mungkin masih ada.

5) Mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko dan mengendalikan risiko.

Pembinaan dan edukasi Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlibat dalam setiap tahap manajemen risiko perlu menjadi salah satu prioritas perhatian. Semakin besar risiko dalam suatu pemberian layanan dibutuhkan SDM yang semakin kompeten dan kerjasama tim (baik antar tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lain / multidisiplin) yang solid. Beberapa unit / area di Rumah Sakit yang memiliki risiko tinggi, antara lain *Intensive Care Unit* (ICU), Instalasi Gawat darurat (IGD) dan kamar operasi (OK).

14. Pelayanan Farmasi Unggulan. Instalasi farmasi RSAU dr. Esnawan antariksa mempunyai pelayanan kefarmasian unggulan yaitu:

a. Pemberian obat ke pasien rawat inap secara unit dose dispensing (UDD) kepada pasien rawat inap

b. Pemberian pelayanan informasi obat dan konseling untuk pasien rawat inap dan rawat jalan

c. Pencampuran sediaan steril yang sesuai persyaratan yang telah ditetapkan.

d. Pemberian layanan Visite Farmasi, Pemantauan Terapi Obat (PTO), Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) dan Monitoring Efek Samping Obat (MESO) bagi pasien rawat inap.

BAB V
LOGISTIK

15. Pengelolaan Bekal Kesehatan (Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai). Pengelolaan bekal kesehatan meliputi:

a. Pemilihan. Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai ini berdasarkan:

1) Formularium dan standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi,
2) Standar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang telah ditetapkan,
3) Pola penyakit,
4) Efektifitas dan keamanan,
5) Pengobatan berbasis bukti,
6) Mutu,
7) Harga,
8) Ketersediaan di pasaran.

Formularium Rumah Sakit disusun mengacu kepada Formularium Nasional. Formularium Rumah Sakit merupakan daftar Obat yang disepakati staf medis, disusun oleh Komite/Tim Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit. Formularium Rumah Sakit harus tersedia untuk semua penulis Resep, pemberi Obat, dan penyedia Obat di Rumah Sakit. Evaluasi terhadap Formularium Rumah Sakit harus secara rutin dan dilakukan revisi sesuai kebijakan dan kebutuhan Rumah Sakit.

Penyusunan dan revisi Formularium Rumah Sakit dikembangkan berdasarkan pertimbangan terapetik dan ekonomi dari penggunaan Obat agar dihasilkan Formularium Rumah Sakit yang selalu mutakhir dan dapat memenuhi kebutuhan pengobatan yang rasional. Tahapan proses penyusunan Formularium Rumah Sakit:

1) membuat rekapitulasi usulan Obat dari masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medik.

2) mengelompokkan usulan Obat berdasarkan kelas terapi,

3) membahas usulan tersebut dalam rapat Komite/Tim Farmasi dan Terapi, jika diperlukan dapat meminta masukan dari pakar,

4) mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite/Tim Farmasi dan Terapi, dikembalikan ke masing-masing SMF untuk mendapatkan umpan balik,

5) membahas hasil umpan balik dari masing-masing SMF,

6) menetapkan daftar Obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit;

7) menyusun kebijakan dan pedoman untuk implementasi dan

8) melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada staf dan melakukan monitoring.

Kriteria pemilihan Obat untuk masuk Formularium Rumah Sakit :

1) mengutamakan penggunaan Obat generik,

2) memiliki rasio manfaat-risiko (benefit-risk ratio) yang paling menguntungkan penderita,

3) mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas,

4) praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan,

5) praktis dalam penggunaan dan penyerahan,

6) menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien,

7) memiliki rasio manfaat-biaya (benefit-cost ratio) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak lansung,

8) Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (evidence based medicines) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

Dalam rangka meningkatkan kepatuhan terhadap formularium Rumah Sakit, maka Rumah Sakit harus mempunyai kebijakan terkait dengan penambahan atau pengurangan Obat dalam Formularium Rumah Sakit

dengan mempertimbangkan indikasi penggunaaan, efektivitas, risiko, dan biaya.

b. Perencanaan Kebutuhan. Perencanaan kebutuhan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan Obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.
Pedoman perencanaan harus mempertimbangkan:

1) anggaran yang tersedia,
2) penetapan prioritas.
3) sisa persediaan.
4) data pemakaian periode yang lalu.
5) waktu tunggu pemesanan.
6) rencana pengembangan.

c. Pengadaan. Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan. Pengadaan yang efektif harus menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari pemilihan, penentuan jumlah yang dibutuhkan, penyesuaian antara kebutuhan dan dana, pemilihan metode pengadaan, pemilihan pemasok, penentuan spesifikasi kontrak, pemantauan proses pengadaan, dan pembayaran.

Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan harus melalui jalur resmi, berdasarkan

kontrak termasuk hak akses meninjau ke tempat penyimpanan dan transportasi sewaktu-waktu serta ada garansi keaslian obat.

Untuk memastikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan mutu dan spesifikasi yang dipersyaratkan maka jika proses pengadaan dilaksanakan oleh bagian lain di luar Instalasi Farmasi harus melibatkan tenaga kefarmasian.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain:

1) Bahan baku Obat harus disertai Sertifikat Analisa.

2) Bahan berbahaya harus menyertakan Material Safety Data Sheet (MSDS).

3) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus mempunyai Nomor Izin Edar.

4) Masa kadaluarsa (expired date) minimal 2 (dua) tahun kecuali untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai tertentu (vaksin, reagensia, dan lain-lain), atau pada kondisi tertentu yang dapat dipertanggung jawabkan.

Rumah Sakit harus memiliki mekanisme yang mencegah kekosongan stok Obat yang secara normal tersedia di Rumah Sakit dan mendapatkan Obat saat Instalasi Farmasi tutup.

Pengadaan dapat dilakukan melalui :

1) Pembelian. Untuk Rumah Sakit pemerintah pembelian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus sesuai dengan ketentuan pengadaan barang dan jasa yang berlaku.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pembelian adalah:

a) Kriteria Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai, yang meliputi kriteria umum dan kriteria mutu Obat.

b) Persyaratan pemasok.

c) Penentuan waktu pengadaan dan kedatangan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

d) Pemantauan rencana pengadaan sesuai jenis, jumlah dan waktu.

2) Produksi Sediaan Farmasi. Instalasi Farmasi dapat memproduksi sediaan tertentu apabila:

a) Sediaan Farmasi tidak ada di pasaran.

b) Sediaan Farmasi lebih murah jika diproduksi sendiri.

c) Sediaan Farmasi dengan formula khusus.

d) Sediaan Farmasi dengan kemasan yang lebih kecil/repacking.

e) Sediaan Farmasi untuk penelitian.

f) Sediaan Farmasi yang tidak stabil dalam penyimpanan/harus dibuat baru (recenter paratus). Sediaan yang dibuat di Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan mutu dan terbatas hanya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di Rumah Sakit tersebut.

d. Penerimaan. Penerimaan merupakan kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam kontrak atau surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima. Semua dokumen terkait penerimaan barang harus tersimpan dengan baik.

e. Penyimpanan. Setelah barang diterima di Instalasi Farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Komponen yang harus diperhatikan antara lain:

1) Obat dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan Obat diberi label yang secara jelas terbaca memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus.

2) Elektrolit konsentrasi tinggi tidak disimpan di unit perawatan kecuali untuk kebutuhan klinis yang penting.

3) Elektrolit konsentrasi tinggi yang disimpan pada unit perawatan pasien dilengkapi dengan pengaman, harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted) untuk mencegah penatalaksanaan yang kurang hati-hati.

4) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang dibawa oleh pasien harus disimpan secara khusus dan dapat diidentifikasi.

5) Tempat penyimpanan obat tidak dipergunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi.

Instalasi Farmasi harus dapat memastikan bahwa Obat disimpan secara benar dan diinspeksi secara periodik. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang harus disimpan terpisah yaitu:

1) Bahan beracun dan berbahaya disimpan pada ruang dingin dan berventilasi, terpisah dari bahan-bahan yang mungkin bereaksi serta bahan yang mudah terbakar, disimpan dalam ruang tahan api dan diberi tanda khusus bahan berbahaya.

2) Obat golongan narkotika dan psikotropika disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

3) Gas medis disimpan dengan posisi berdiri, terikat, dan diberi penandaaan untuk menghindari kesalahan pengambilan jenis gas medis. Penyimpanan tabung gas medis kosong terpisah dari tabung gas medis yang ada isinya. Penyimpanan tabung gas medis di ruangan harus menggunakan tutup demi keselamatan.

4) Obat-obat emergensi dilakukan penyimpanan pada ruang tertentu

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, dan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan

Medis Habis Pakai dan disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip First Expired First Out (FEFO) dan First In First Out (FIFO) disertai sistem informasi manajemen. Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang penampilan dan penamaan yang mirip (LASA, Look Alike Sound Alike) tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan Obat.

Rumah Sakit harus dapat menyediakan lokasi penyimpanan Obat emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian.

Pengelolaan Obat emergensi harus menjamin:

1) jumlah dan jenis Obat sesuai dengan daftar Obat emergensi yang telah ditetapkan.
2) tidak boleh bercampur dengan persediaan Obat untuk kebutuhan lain.
3) bila dipakai untuk keperluan emergensi harus segera diganti.
4) dicek secara berkala apakah ada yang kadaluwarsa.
5) dilarang untuk dipinjam untuk kebutuhan lain.

Penyimpanan Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekursor farmasi wajib memenuhi Cara Produksi Obat yang Baik, Cara Distribusi Obat yang baik, dan/atau standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tempat penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat dan mutu Narkotika dan Psikotropika Farmasi.Tempat Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika dapat berupa gudang, ruangan, atau lemari khusus dan dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain Narkotika dan Psikotropika.

Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di gudang khusus harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1) Dinding dibuat dari tembok dan hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.
2) Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi.

3) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.

4) Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab.

5) Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.

Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di ruang khusus harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

a) Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat.

b) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.

c) Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.

d) Kunci ruang khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab / Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.

e) Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab / Apoteker yang ditunjuk.

Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di lemari khusus harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1) Terbuat dari bahan yang kuat.

2) Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda.

3) Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang, untuk Instalasi Farmasi Pemerintah.

4) Diletakkan ditempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum, untuk apotek, Instalasi Farmasi Rumah Sakit, Puskesmas, Instalasi Farmasi Klinik, dan Lembaga Ilmu Pengetahuan.

5) Kunci lemari khusus dikuasai oleh Apoteker Penanggung Jawab / Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.

Penyimpanan obat nutrisi Parenteral harus disimpan pada suhu ruangan atau suhu kamar, dan nutrisi parenteral yang bersifat Thermolabil

disimpan dilemari pendingin pada suhu 2-8ºC. Penyimpanan obat yang dibawa pasien sebelum pasien rawat inap (rekonsiliasi) disimpan pada rak khusus rekonsiliasi pada Instalasi farmasi. Penyimpanan obat program atau bantuan pemerintah disimpan pada rak khusus di Instalasi Farmasi. Obat program atau bantuan pemerintah yang bersifat Thermolabil disimpan dilemari pendingin pada suhu 2-8^0 C.

f. Pendistribusian. Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Rumah Sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di unit pelayanan.
Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

1) Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (floor stock)

a) Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi.

b) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang disimpan di ruang rawat harus dalam jenis dan jumlah yang sang

c) Dalam kondisi sementara dimana tidak ada petugas farmasi yang mengelola (di atas jam kerja) maka pendistribusiannya didelegasikan kepada penanggung jawab ruangan.

d) Setiap hari dilakukan serah terima kembali pengelolaan obat floor stock kepada petugas farmasi dari penanggung jawab ruangan.

e) Apoteker harus menyediakan informasi, peringatan dan kemungkinan interaksi Obat pada setiap jenis Obat yang disediakan di floor stock.

2) Sistem Resep Perorangan Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi. Resep ditulis oleh dokter yang berwenang sesuai spesialisasinya.

3) Sistem Unit Dosis Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan yang disiapkan dalam unit dosis tunggal atau ganda, untuk penggunaan satu kali dosis/pasien. Sistem unit dosis ini digunakan untuk pasien rawat inap.

4) Sistem Kombinasi Sistem pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi a + b atau b + c atau a + c.

Sistem distribusi Unit Dose Dispensing (UDD) sangat dianjurkan untuk pasien rawat inap mengingat dengan sistem ini tingkat kesalahan pemberian Obat dapat diminimalkan sampai kurang dari 5% dibandingkan dengan sistem *floor stock* atau Resep individu yang mencapai 18%. Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan:

1) Efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada.
2) Metode sentralisasi atau desentralisasi.

g. Pemusnahan dan Penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penarikan sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (mandatory recall) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar (voluntary recall) dengan

tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM. Penarikan Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan terhadap produk yang izin edarnya dicabut oleh Menteri.

Pemusnahan dilakukan untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bila:

1) produk tidak memenuhi persyaratan mutu.
2) telah kadaluwarsa.
3) tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan/atau
4) dicabut izin edarnya.

Tahapan pemusnahan terdiri dari:

1) Membuat daftar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akan dimusnahkan;
2) Menyiapkan Berita Acara Pemusnahan;
3) Mengoordinasikan jadwal, metode dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait;
4) Menyiapkan tempat pemusnahan; dan
5) Melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku.

h. Pengendalian. Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Untuk mengendalikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang tidak ada dalam stok / kosong atau tidak tersedia saat dibutuhkan diantaranya mengkonfirmasi ke dokter tentang adanya obat substitusi, dan berdasarkan perjanjian kerjasama dengan apotik / RS / Supplier untuk menjamin keaslian obat.

Pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dapat dilakukan oleh Instalasi Farmasi harus bersama dengan Komite/Tim Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit.

Tujuan pengendalian persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah untuk:

1) Penggunaan Obat sesuai dengan Formularium Rumah Sakit;

2) Penggunaan Obat sesuai dengan diagnosis dan terapi; dan

3) Memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Cara untuk mengendalikan persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah:

1) Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (slow moving);

2) Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (death stock);

3) Stok opname yang dilakukan secara periodik dan berkala.

i. Administrasi. Administrasi harus dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan yang sudah berlalu. Kegiatan administrasi terdiri dari:

1) Pencatatan dan Pelaporan. Pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, pendistribusian, pengendalian persediaan, pengembalian, pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Pelaporan dibuat secara periodik yang dilakukan Instalasi Farmasi dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulanan, semester atau pertahun).

Jenis-jenis pelaporan yang dibuat menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku. Pencatatan dilakukan untuk:

a) Persyaratan Kementerian Kesehatan/BPOM;

b) Dasar akreditasi Rumah Sakit;

c) Dasar audit Rumah Sakit; dan

d) Dokumentasi farmasi.

Pelaporan dilakukan sebagai:

a) Komunikasi antara level manajemen;

b) Penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di Instalasi Farmasi; dan

c) Laporan tahunan.

2) Administrasi Keuangan Apabila Instalasi Farmasi harus mengelola keuangan maka perlu menyelenggarakan administrasi keuangan. Administrasi keuangan merupakan pengaturan anggaran, pengendalian dan analisa biaya, pengumpulan informasi keuangan, penyiapan laporan, penggunaan laporan yang berkaitan dengan semua kegiatan Pelayanan Kefarmasian secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan.

3) Administrasi Penghapusan Administrasi penghapusan merupakan kegiatan penyelesaian terhadap Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak terpakai karena kadaluwarsa, rusak, mutu tidak memenuhi standar dengan cara membuat usulan penghapusan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai kepada pihak terkait sesuai dengan prosedur yang berlaku.

Rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan pengelolaan Obat untuk meningkatkan keamanan, khususnya Obat yang perlu diwaspadai *(High alert medication). High alert medication* adalah Obat yang harus diwaspadai karena sering menyebabkan terjadi kesalahan / kesalahan serius (*sentinel event*) dan Obat yang berissiko tinggi ,menyebabkan Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD). Kelompok Obat *high alert* diantaranya :

a. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip / NORUM, atau *Look Alike Sound alike* / LASA).

b. Elektrolit konsentrasi tinggi (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat).

c. Obat-Obat sitostatika.

16. Manajemen Risiko Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai. Manajemen risiko merupakan aktivitas Pelayanan Kefarmasian yang dilakukan untuk identifikasi, evaluasi dan menurunkan risiko terjadinya kecelakaan pada pasien, tenaga kesehatan dan keluarga pasien, serta risiko kehilangan dalam suatu organisasi. Manajemen risiko pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan melalui beberapa langkah yaitu :

a. Menentukan konteks manajemen risiko pada proses pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

b. Mengidentifikasi Risiko. Beberapa risiko yang berpotensi terjadi dalam pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain :

1) Ketidaktepatan perencanaan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai selama periode tertentu.

2) Pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai tidak melalui jalur resmi.

3) Pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai yang belum / tidak teregistrasi.

4) Keterlambatan pemenuhan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

5) Kesalahan pemesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai seperti spesifikasi (merek, dosis, bentuk sediaan) dan kuantitas.

6) Ketidaktepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan / ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai.

7) Ketidaktepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan dan kesalahan dalam pemberian.

8) Kehilangan fisik yang tidak mampu telusur.

9) Pemberian label yang tidak jelas atau tidak lengkap

10) Kesalahan dalam pendistribusian.

c. Menganalisa Risiko. Analisa risiko dapat dilakukan kualitatif, semi kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan memberikan deskripsi dari risiko yangterjadi. Pendekatan kuantitatif memberikan paparan secara statistic berdasarkan data sesungguhnya.

d. Mengevaluasi Risiko. Membandingkan risiko yang telah dianalisis dengan kebijakan pimpinan Rumah Sakit (contoh peraturan perundang-undangan, Standar Operasional Prosedur, Surat Keputusan Direktur) serta menentukan prioritas masalah yang harus segera diatasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan pengukuran berdasarkan target yang telah disepakati.

e. Mengatasi Risiko. Mengatasi risiko dilakukan dengan cara :

1) Melakukan sosialisasi terhadapkebijakan pimpinan Rumah Sakit.
2) Mengidentifikasi pilihan tindakan untuk mengatasi risiko.
3) Menetapkan kemungkinan pilihan (*cost benefit analysis*).
4) Menganalisa risiko yang mungkin masih ada.
5) Mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko, dan mengendalikan risiko.

BAB VI
KESELAMATAN PASIEN

17. Pengertian. *Medication safety* adalah jaminan system pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman. Salah satu tujuan *medication safety* diantaranya agar tercapainya keselamatan pasien/*patient safety*. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) adalah suatu sistem dimana Rumah sakit memberikan perlindungan pada pasien dengan sasaran keselamatan pada pasien (Permenkes nomor 1691 tahun 2011). Sistem tersebut meliputi :

a. Proses Identifikasi Pasien.

b. Penatalaksanaan, penyimpanan dan pelabelan obat high alert.

c. Assesmen pada pasien resiko jatuh.

d. Pencegahan, penanganan, dan menagemen pasien dengan resiko jatuh.

e. Pencegahan penyakit infeksi nosokomial dengan kepatuhan dalam melakukan cuci tangan dan pemakaian APD yang benar di RSAU dr.Esnawan Antariksa.

18. Tujuan.

a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.

c. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) RSAU dr.Esnawan Antariksa.

e. Terlaksananya program pencegahan dan pengendalian infeksi di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

19. Standar Keselamatan Pasien.

a. Hak pasien

b. Mendidik pasien dan keluarga

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi

e. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

f. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

20. Indikator Mutu. Indikator mutu keamanan pasien meliputi :

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* :Adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan, yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

b. KTD Yang Tidak Dapat Dicegah/*Unpreventable Adverse Event* : Suatu KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan mutakhir

c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Near Miss* : Adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena keberuntungan,pencegahan dan peringanan.

d. Kesalahan Medis/*Medical Errors* : Adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien

e. Kejadian Sentinel/*Sentinel Event* : Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (seperti, amputasi pada kaki yang

salah) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

21. Tata Laksana.

a. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien.

b. Melaporkan pada Kepala Instalasi Farmasi.

c. Memberikan tindakan sesuai dengan instruksi Kepala Instalasi.

d. Mengobservasi keadaan umum pasien.

e. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir “Pelaporan Insiden Keselamatan.

BAB VII
KESELAMATAN KERJA

22. Pedoman Keselamatan Kerja Pada Pelayanan Farmasi. Tenaga farmasi merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan yang hampir ada disetiap bentuk pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga tenaga farmasi juga memiliki resiko yang sama sebagai mana petugas kesehatan yang lain. Keselamatan kerja sudah menjadi hal yang bersifat wajib bagi segala bentuk pelayanan kefarmasian di rumah sakit untuk mencegah terjadinya resiko keselamatan kerja tersebut, ancaman resiko keselamatan kerja tersebut dapat disebabkan oleh faktor resiko internal dalam pelayanan kefarmasian dan juga faktor resiko ekternal. Keselamatan kerja bagi personel instalasi farmasi dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Tujuan. Tujuan diterapkan pedoman keselatan kerja pada pelayanan farmasi adalah:

1) Mencegah terjadinya resiko ancaman keselamatan akibat resiko kerja dalam pelayanan kefarmasian.

2) Mencegah terjadinya kerugian personel dan material akibat kecelakaan kerja.

3) Pembinaan personel berkaitan pelaksanaan Universal Precaution.

b. Faktor Resiko Internal. Resiko internal terhadap keselamatan kerja berkaitan erat dengan pelaksanaan prosedur kerja dalam pelayanan kefarmasian dan berhubungan langsung dengan bahan limbah dan kimia berbahaya. Pada prinsipnya bahan obat adalah bersifat racun sehingga prosedur *Universal Precaution* harus diaplikasikan dalam pelayanan kefarmasian. *Universal Precaution* dalam kaitan keselamatan kerja meliputi 3 (tiga) aspek yaitu higiene individu, higiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga aspek tersebut dijabarkan dalam kegiatan berikut:

1) Melaksanakan prosedur cuci tangan yang benar.

2) Pemakaian alat pelindung diri sesuai standar kefarmasian untuk mencegah kontak dengan obat secara langsung.

3) Penanganan alkes habis pakai bekas pakai.

4) Penanganan limbah jarum dan alat tajam.

5) Pengelolaan limbah farmasi.

6) Higiene dan Sanitasi ruangan farmasi.

7) Melaksanakan prosedur penanganan sediaan kemoterapi sesuai standar kefarmasian.

8) Melaksanakan prosedur sterilisasi yang tepat.

9) Pemeriksaan rutin kesehatan secara periodik setiap 6 (enam) bulan sekali dan sewaktu-waktu bila diperlukan.

10) Melaksanakan prosedur pengamanan berkaitan keselamatan kerja.

c. Faktor Resiko Eksternal. Petugas farmasi yang melakukan pelayanan kefarmasian di ruangan dan memberikan obat secara langsung kepada pasien beriko terpapar infeksi sehingga prosedur keselamatan kerja harus dengan benar dilaksanakan guna mencegah terjadinya resiko kecelakaan kerja. Penerapan Universal Precaution yang berkaitan dengan pelayanan kefarmasian dilaksanakan sebagai berikut berikut:

1) Menjaga higiene dan sanitasi diri pribadi.

2) Menjaga higiene dan sanitasi ruangan.

3) Melaksanakan prosedur dekontaminasi dan sterilisasi yang tepat.

4) Penanganan limbah farmasi di ruangan dengan prosedur yang tepat.

5) Penggunaan alat pelindung diri untuk mencegah kontak langsung dengan bahan infeksius.

6) Pemeriksaan rutin kesehatan secara periodik setiap 6 (enam) bulan sekali dan sewaktu-waktu bila diperlukan.

7) Melaksanakan prosedur pengamanan berkaitan keselamatan kerja.

BAB VIII
PENGENDALIAN MUTU

23. Pengertian. Pengendalian Mutu adalah mekanisme kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan, secara terencana dan sistematis, sehingga dapat diidentifikasi peluang untuk peningkatan mutu serta menyediakan mekanisme tindakan yang diambil. Melalui pengendalian mutu diharapkan dapat terbentuk proses peningkatan mutu Pelayanan Kefarmasian yang berkesinambungan.

24. Pengendalian Mutu Pelayanan Farmasi. Pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian merupakan kegiatan yang dapat dilakukan terhadap kegiatan yang sedang berjalan maupun yang sudah berlalu. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui monitoring dan evaluasi. Tujuan kegiatan ini untuk menjamin Pelayanan Kefarmasian yang sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan upaya perbaikan kegiatan yang akan datang. Pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian harus terintegrasi dengan program pengendalian mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

a. Kegiatan. Kegiatan pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian meliputi:

1) Perencanaan. Perencanaan dengan menyusun rencana kerja dan cara monitoring dan evaluasi untuk peningkatan mutu sesuai target yang ditetapkan.

2) Pelaksanaan. Pelaksanaan melalui tahap sebagai berikut:

(a) Monitoring dan evaluasi capaian pelaksanaan rencana kerja (membandingkan antara capaian dengan rencana kerja).

(b) Memberikan umpan balik terhadap hasil capaian.

3) Tindakan hasil monitoring dan evaluasi, yaitu:

(a) Melakukan perbaikan kualitas pelayanan sesuai target yang ditetapkan.

(b) Meningkatkan kualitas pelayanan jika capaian sudah memuaskan.

b. Program. Program pengendalian mutu melalui tahapan sebagai berikut:

1) Mendefinisikan kualitas Pelayanan Kefarmasian yang diinginkan dalam bentuk kriteria.
2) Penilaian kualitas Pelayanan Kefarmasian yang sedang berjalan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.
3) Pendidikan personel dan peningkatan fasilitas pelayanan bila diperlukan.
4) Penilaian ulang kualitas Pelayanan Kefarmasian.
5) *Update* kriteria.

c. Aplikasi. Langkah–langkah dalam aplikasi program pengendalian mutu, meliputi:

1) Memilih subyek dari program.
2) Tentukan jenis Pelayanan Kefarmasian yang akan dipilih berdasarkan prioritas.
3) Mendefinisikan kriteria suatu Pelayanan Kefarmasian sesuai dengan kualitas pelayanan yang diinginkan.
4) Mensosialisasikan kriteria Pelayanan Kefarmasian yang dikehendaki.
5) Dilakukan sebelum program dimulai dan disosialisasikan pada semua personil serta menjalin konsensus dan komitmen bersama untuk mencapainya.
6) Melakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang sedang berjalan menggunakan kriteria.
7) Apabila ditemukan kekurangan memastikan penyebab dari kekurangan tersebut;
8) Merencanakan formula untuk menghilangkan kekurangan.
9) Mengimplementasikan formula yang telah direncanakan.

10) Reevaluasi dari mutu pelayanan.

Untuk mengukur pencapaian standar yang telah ditetapkan diperlukan indikator, suatu alat/tolok ukur yang hasil menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Indikator dibedakan menjadi:

a. Indikator persyaratan minimal yaitu indikator yang digunakan untuk mengukur`terpenuhi tidaknya standar masukan,proses,dan lingkungan.

b. Indikator penampilan minimal yaitu indikator yang ditetapkan untuk mengukur tercapai tidaknya standar penampilan minimal pelayanan yang diselenggarakan.

c. Indikator atau kriteria yang baik sebagai berikut :

1) Sesuai dengan tujuan.

2) Informasinya mudah didapat.

3) Singkat, jelas, lengkap dan tidak menimbulkan berbagai interprestasi.

4) Rasional.

Dalam pelaksanaan pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian dilakukan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi yang harus dapat dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi sendiri atau dilakukan oleh tim audit internal. Monitoring dan evaluasi merupakan suatu pengamatan dan penilaian secara terencana, sistematis dan terorganisir sebagai umpan balik perbaikan sistem dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan. Monitoring dan evaluasi harus dilaksanakan terhadap seluruh proses tata kelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai ketentuan yang berlaku. Berdasarkan waktu pelaksanaan evaluasi, dibagi menjadi 3 (tiga) jenis program evaluasi, yaitu:

a. Prospektif. Prospektif adalah program dijalankan sebelum pelayanan dilaksanakan, contoh: standar prosedur operasional, dan pedoman.

b. Konkuren. Konkuren adalah program dijalankan bersamaan dengan pelayanan dilaksanakan, contoh: memantau kegiatan konseling Apoteker, peracikan Resep oleh Asisten Apoteker.

c. Retrospektif. Retrospektif adalah program pengendalian yang dijalankan setelah pelayanan dilaksanakan, contoh: survei konsumen, laporan mutasi barang, audit internal.

Evaluasi Mutu Pelayanan merupakan proses pengukuran, penilaian atas semua kegiatan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit secara berkala. Kualitas pelayanan meliputi: teknis pelayanan, proses pelayanan, tata cara/standar prosedur operasional, waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan. Metoda evaluasi yang digunakan, terdiri dari:

a. Audit (pengawasan). Dilakukan terhadap proses hasil kegiatan apakah sudah sesuai standar.

b. *Review* (penilaian). Terhadap pelayanan yang telah diberikan, penggunaan sumber daya, penulisan Resep.

c. Survei. Untuk mengukur kepuasan pasien, dilakukan dengan angket atau wawancara langsung.

d. Observasi. Terhadap kecepatan pelayanan misalnya lama antrian, ketepatan penyerahan Obat

BAB IX
PENUTUP

Pelayanan kefarmasian merupakan bagian integratif dengan bentuk pelayanan kesehatan di RSAU dr. Esnawan Antariksa yang mendukung keberhasilan pengobatan pasien di rumah sakit secara menyeluruh. Pedoman Pelayanan Farmasi Rumah Sakit RSAU dr. Esnawan Antariksa diharapkan dapat memberikan arah bagi pelaksanaan pelayanan kefarmasian di RSAU dr. Esnawan Antariksa. Untuk mencapai keberhasilan pelaksanaan Pedoman Pelayanan Farmasi Rumah Sakit RSAU dr. Esnawan Antariksa, perlu komitmen dan kerjasama antar unitterkait di RSAU dr. Esnawan Antariksa, sehingga pelayanan rumah sakit akan semakin optimal dan efisien.

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

DINAS KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. IMAN FATHURROHMAN W., Sp.B., M.Si., MARS.
KOLONEL KES NRP 524330

‘