

EVALUASI TINGKAT KESESUAIAN STANDAR AKREDITASI TERHADAP PELAYANAN FARMASI DAN STRATEGI PERBAIKAN DENGAN METODE HANLON DI RSUD KABUPATEN BIMA

Dedent Eka Bimmaharyanto.s¹, H. Achmad Fudholi², Gunawan Pamudji Widodo³

¹Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi, Surakarta; ²Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta; ³Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi, Surakarta

Abstrak; Mendapatkan pelayanan yang maksimal merupakan impian semua masyarakat terutama penerima pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk di instalasi farmasi. Banyak permasalahan yang didapatkan pasien, karena pelayanan belum memenuhi standar. Untuk memenuhi kebutuhan pasien tersebut, instalasi farmasi harus diakreditasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kesesuaian tujuh standar akreditasi terhadap pelayanan farmasi di RSUD Kabupaten Bima dan strategi perbaikan dengan metode Hanlon. Penelitian ini menggunakan instrumen kuisioner Depkes dan wawancara informan utama sebanyak 15 orang dan informan kunci sebanyak 3 orang. Subyek pada penelitian ini adalah semua pegawai yang terlibat dan memiliki peran penting di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima. Dilakukan penilaian tujuh standar kemudian dibandingkan antara informan dengan hasil observasi, setelah itu dianalisis strategi perbaikan dengan menggunakan metode Hanlon. Hasil Penelitian menunjukkan terdapat perbedaan hasil penilaian standar akreditasi antara petugas Instalasi farmasi yaitu (58,75%) dengan penilaian peneliti yaitu (55%). Dari ketujuh standar akreditasi, tidak ada yang memenuhi standar akreditasi (< 60%), hasil strategi pengembangan dengan metode Hanlon adalah : Fasilitas dan peralatan, perbaikan sarana dan prasarana kefarmasian. Administrasi dan pengelolaan, segera melakukan fungsi KFT. Evaluasi dan pengendalian mutu, perlu membuat program tertulis kefarmasian serta SK tentang jadwal rapat. Falsafah dan tujuan, SK tentang kebijakan pelayanan kefarmasian dari pimpinan Rumah Sakit. Kebijakan dan prosedur, membuat SOP dan kebijakan tertulis tentang pengelolaan perbekalan kefarmasin. Pengembangan staf dan program pendidikan, dilakukan program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS. Staf dan pimpinan, adanya evaluasi kinerja tenaga kefarmasian dan orientasi bagi pegawai Instalasi Farmasi.

Kata kunci : Standar akreditasi Rumah Sakit, strategi pengembangan Instalasi Farmasi, metode Hanlon

EVALUATION ACCORDING GRADE TO STANDARD ACCREDIT TO STAFF PHARMACY AND REPAIR STRATEGY WITH HANLON METHOD IN RSUD SUB-PROVINCE BIMA, THESIS, FACULTY OF PHARMACY, SETIA BUDI UNIVERSITY SURAKARTA.

Abstract; Getting maximal service represent dream all society especially receiver of service of the hospital including in pharmacy installation. Patient got many problems because service not yet fulfilled standard. To fulfill requirement of patient, pharmacy installation have to this research accredit to know storey level according to seven accreditation standard to service of pharmacy in RSUD Sub Province Bima and repair strategy with Hanlon method. This Research use instrument of quizioner Depkes and special informan interview counted 15 informan and people lock counted 3 people. Subject at this research is all officer in concerned and have important role in pharmacy Installation RSUD Sub Province Bima. Conducted by assessment seven standard later then compared to between informan with result of observation, afterwards analyzed by strategy development by using Hanlon method. Result of Research of show there are difference of result assessment of standard accredit between officer of pharmacy Installation that is (58,75%) with research that is (55%). From seventh of accreditation standard, nothing that fulfill accreditation standard (< 60%), result strategy development with Hanlon method is Facility and equipments, repair of facilities and basic facilities of Pharmacy administration management and, immediately

do function KFT . Evaluation and quality control, require to make pharmacy program written and also SK about meeting schedule .Philosophy and target, SK about policy of pharmacy service from Hospital head. Policy and procedure, making SOP and policy written about management of provisions of pharmacy . Development of education program and staff, done by education program and periodical training in IFRS. STAF and head, existence of staff pharmacy performance evaluation and orientation to officer of Installation Pharmacy.

Keyword : Accreditation Standard Hospital, development pharmacy installation strategy, Hanlon Method

PENDAHULUAN

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima dibangun di atas tanah seluas 15.000 m². Sesuai SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 105/MENKES/SK/I/1995 tergolong klasifikasi type C kapasitas 131 tempat tidur yang tersebar pada 7 (tujuh) klasifikasi ruang rawat inap. RSUD Kabupaten Bima menetapkan visi "Tewujudnya Pelayanan Prima Pada tahun 2015" dengan Motto : "Kepuasan Pasien Kebahagiaan Kami". Dalam rangka pencapaian Visi tersebut maka Misi yang diupayakan adalah Menyelenggarakan Pelayanan yang Bermutu.

RSUD Kabupaten Bima masih dalam proses menuju lisensi akreditasi menuju type B, namun belum juga berhasil diperolehnya. Hal inilah yang mendorong peneliti untuk melihat persentase standar dan rekomendasi standar yang belum terpenuhi di rumah sakit tersebut. Mutu pelayanan kesehatan rumah sakit sangat dipengaruhi kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat dan alat kesehatan serta sarana penunjang lainnya. Namun, hingga saat ini kenyataannya sebagian besar instalasi farmasi rumah sakit di Indonesia belum melakukan kegiatan pelayanan farmasi seperti yang diharapkan, mengingat kendala-kendala yang ada, antara lain kemampuan tenaga farmasi, terbatasnya pengetahuan manajemen rumah sakit dan fungsi rumah sakit, kebijakan manajemen rumah sakit, terbatasnya pengetahuan pihak-pihak terkait tentang pelayanan farmasi rumah sakit. Akibat kondisi ini, maka pelayanan farmasi rumah sakit masih bersifat konvensional yang hanya berorientasi pada produk yaitu sebatas penyediaan dan pendistribusian (Depkes RI, 2006).

Upaya yang dilakukan Departemen Kesehatan untuk itu adalah melalui kegiatan

akreditasi rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta, yang tujuan akhirnya adalah menjaga mutu pelayanan. Dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit telah disusun dua puluh standar pelayanan yang mana salah satunya adalah standar pelayanan farmasi. Meski dengan ditetapkannya Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, tidaklah berarti semua permasalahan tentang pelayanan kefarmasian dirumah sakit menjadi mudah dan selesai. Oleh karena itu, perlu dilakukan perbaikan-perbaikan dengan menggunakan metode Hanlon.

Metode Hanlon merupakan alat yang digunakan untuk membandingkan berbagai masalah kesehatan yang berbeda-beda dengan cara relative dan bukan absolute, framework, seadil mungkin dan objektif. Cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dengan menggunakan 4 kelompok kriteria, yakni: Besarnya masalah (magnitude), Kegawatan masalah (emergency), Kemudahan penanggulangan masalah (causability), Faktor yang menentukan dapat tidaknya program dilaksanakan (PEARL factor). Sehingga dalam rangka evaluasi dan bahan pertimbangan dalam menyusun strategi dan pengembangan mutu pelayanan yang lebih baik lagi.

Proses pemberian pelayanan perlu ditingkatkan melalui peningkatan mutu dan profesionalisme serta sumber daya kesehatan. Namun sangat didasari bahwa dengan semakin tingginya pendidikan dan kesejahteraan masyarakat, tuntutan akan mutu pelayanan semakin meningkat. Di pihak lain dengan semakin berkembangnya asuransi kesehatan pelayanan rumah sakit yang sesuai standar semakin dibutuhkan sehingga pelaksanaan akreditasi menjadi penting. Dengan dilaksanakan akreditasi rumah sakit

maka pembinaan standar yang ditetapkan agar mutu pelayanan dapat dipergunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit, melindungi masyarakat dan meningkatkan citra. Banyak permasalahan yang timbul dalam pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat di mana tuntutan mutu pelayanan oleh masyarakat selalu dan semakin meningkat. Karena akreditasi rumah sakit benar-benar sangat diperlukan dan harus sudah mulai diimplementasikan. Oleh karena adanya tuntutan akan mutu pelayanan yang harus lebih meningkat, maka dilakukan penelitian tentang Evaluasi Tingkat Kesesuaian Standar Akreditasi Terhadap Pelayanan Farmasi Dan Strategi Perbaikan Dengan Metode Hanlon Di RSUD Kabupaten Bima. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui sejauh mana tingkat kesesuaian pelayanan farmasi terhadap standar akreditasi di RSUD Kabupaten Bima.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan rancangan studi kasus di Instalasi farmasi rumah sakit umum daerah Kabupaten Bima. Data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Cara pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner self assesment petugas farmasi berupa hasil hitungan dari jawaban respon pada kuesioner. Observasi juga dilakukan untuk melihat keberadaan dan kelengkapan data / konsumen, SOP, fasilitas di pelayanan farmasi. Data yang diperoleh tersebut untuk mendukung wawancara secara mendalam, di dalam menggali hal – hal yang berhubungan dengan standar akreditasi pelayanan farmasi dan strategi pengembangan pelayanan farmasi berdasarkan analisis Hanlon.

Lokasi penelitian adalah Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima. Penelitian ini mulai dilakukan pada pada bulan Juli 2013.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua yang terlibat dan memiliki peranan penting dalam akreditasi di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima.

jumlah Sampel responden yang digunakan sebanyak 15 responden yaitu semua karyawan Instalasi Farmasi RSUD Andi Makkasau, Parepare termasuk Kepala instalasi farmasi.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden Penelitian

Penelitian ini menggunakan sebanyak 15 responden yang berstatus pegawai di RSUD Kabupaten Bima. Data karakteristik responden meliputi umur, pendidikan terakhir dan lama bekerja.

Sebagian besar umur pegawai sekitar 26-30 th, pendidikan pegawai Apoteker 4 org, S1 Farmasi 4 org, D3 Farmasi 3 org, SMF 1 org, lain2 3 org.

Lama bekerja karyawan sekitar >5 th. Jumlah kepegawaiaan di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima, sebanyak 28 orang termasuk Kepala Instalasi

Tabel 2. Persentasi pencapaian nilai akreditasi staf IFRS dan hasil observasi di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima

No	Standar Pelayanan Farmasi	Standar kinerja instalasi farmasi				Jum item
		Penilaian petugas IFRS	% pencapaian	Hasil observasi	% pencapaian	
1.	Falsafah dan tujuan	8	80%	6	60%	2
2.	Administrasi dan pengelolaan	6	60%	6	60%	2
3.	Staf dan pimpinan	10	66,6%	10	66,6%	3
4.	Fasilitas dan peralatan	4	40%	4	40%	2
5.	Kebijakan dan prosedur	8	80%	7	70%	2
6.	Pengembangan staf dan program Pendidikan	5	50%	5	50%	2
7.	Evaluasi dan pengendalian mutu	6	40%	6	40%	3
Skor akreditasi dan rata-rata pencapaian		47	58,75	44	55	16x(5*) = 80

Sumber : data mentah Responden (diolah)

Farmasi. Responden penelitian terdiri dari informan kunci dan informan utama.

B. Standar Akreditasi

Kuesioner standar akreditasi disebarkan kepada pegawai di instalasi farmasi untuk mengetahui penilaian standar akreditasi oleh pegawai di instalasi farmasi. Dari penyebaran kuesioner kepada pegawai instalasi farmasi yang berjumlah 15 responden, peneliti menemukan hasil modus atau jawaban yang sering muncul dari setiap standar akreditasi.

Berdasarkan tabel 2 adanya kesenjangan penilaian antara penilaian sendiri staf di instalasi farmasi dengan penilaian yang dilakukan peneliti, dimana skor peneliti lebih

rendah dari nilai skor yang diperoleh staf di Instalasi farmasi. Hasil dari skor staf Instalasi farmasi ini diambil dari jawaban kuesioner yang peneliti bagikan. Dari jawaban tersebut diambil jawaban yang sering muncul yaitu nilai modus dari setiap standar pelayanan mulai dari falsafah dan tujuan hingga evaluasi dan pengendalian mutu. Sedangkan hasil skor dari peneliti diambil berdasarkan hasil telaan dokumentasi, observasi di instalasi farmasi dan wawancara dengan pimpinan dan staf instalasi farmasi.

Tabel 4. Persentasi nilai akreditasi hasil observasi Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima dengan standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan untuk pencapaian akreditasi maksimal

No.	Standar Kinerja Instalasi Farmasi	Hasil observasi (%)	Standar akreditasi maksimal (%)	% Kekurangan untuk akreditasi maksimal
1.	Falsafah dan Tujuan	60	60	0
2.	Administrasi dan pengelolaan	60	60	0
3.	Staf dan pimpinan	66,6	60	6,6
4.	Fasilitas dan peralatan	40	60	-20
5.	Kebijakan dan prosedur	70	60	10
6.	Pengembangan staf dan program pendidikan	50	60	-10
7.	Evaluasi dan pengendalian mutu	60	60	0
	Skor akreditasi dan rata-rata pencapaian	55	60	-13,4

Sumber : Data mentah yang diolah

Pada tabel 4 menunjukkan bahwa ada 5 standar pelayanan farmasi yang memenuhi standar akreditasi yaitu standar falsafah dan tujuan yaitu 60 %, standar administrasi dan pengelolaan yaitu 60%, standar staf dan pimpinan yaitu 66,6%, kebijakan dan prosedur yaitu 70%, dan Evaluasi dan pengembangan yaitu 60%. Sedangkan untuk 2 standar pelayanan farmasi tidak memenuhi standar akreditasi bersyarat. Skor rata-rata dari semua kegiatan pelayanan yang dinilai mencapai minimal 65%, akan tetapi masih di bawah 75% dan setiap bidang pelayanan tidak mempunyai nilai 60%. Dengan hal ini diusulkan beberapa upaya perbaikan manajemen pelayanan dan strategi di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima.

Nilai perbedaan skor antara staf instalasi farmasi dan peneliti maupun standar akreditasi pelayanan Instalasi farmasi telah disajikan pada tabel 2 diatas, maka perlu dibenahi dari ketujuh standar akreditasi ini yaitu standar falsafah dan tujuan, kebijakan dan prosedur. Dengan melihat jumlah nilai standar akreditasi yang diperoleh penilaian diri sendiri staf Instalasi Farmasi dengan skor

47 (58,75%), sedangkan nilai akreditasi yang diperoleh peneliti dengan skor 44 (55%).

Dari hasil penilaian tingkat kesesuaian standar akreditasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima, ada beberapa standar yang nilainya sudah mencapai skor maksimal yang ditetapkan oleh KARS dan ada yang belum. Untuk pencapaian standar akreditasi dilakukan perbaikan terhadap kekurangan yang nilai dibawah standar akreditasi yaitu < 60%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.

Langkah awal yang dilakukan dalam uji perbaikan Hanlon yaitu dengan mengidentifikasi masalah dan solusi di tiap standar pelayanan farmasi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Masalah dan solusi manajemen

Nilai skor yang belum memenuhi standar akreditasi	Masalah	Solusi manajemen
Standar Akreditasi Falsafah dan Tujuan		
S1P1:		
Kebijakan pelayanan farmasi	Kebijakan Pelayanan Farmasi tidak ditetapkan tertulis dari Pimpinan rumah sakit.	Dibuat SK tentang kebijakan pelayanan farmasi dari pimpinan rumah sakit
S1P2:		
Pelayanan farmasi	Ketetapan tertulis mengenai pengelolaan perbekalan Farmasi (perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi)	<ol style="list-style-type: none"> Dibuat SK Panitia pengadaan penerimaan, penyimpanan, distribusi dan KIE. Sebaiknya dalam pengadaan perbekalan Farmasi dilakukan oleh seorang Apoteker Penyediaan informasi dan edukasi Pemantauan terapi obat (TDM) dan pengkajian penggunaan obat Dibuat pelaporan dan evaluasi
Administrasi dan pengelolaan:		
S2P1:		
Pembuatan Bagan organisasi	Bagan Organisasi ada tetapi tidak ada uraian tugas	<ol style="list-style-type: none"> Dibuat SK organisasi Dibuat bagan organisasi lengkap beserta uraian tugasnya
S2P2:		
Komite Farmasi dan Terapi (PFT)	KFT berfungsi terbatas	<ol style="list-style-type: none"> Dibuat SK KFT yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit Pembuatan formularium
Staf dan Pimpinan		
S3P1:		
Pelayanan farmasi dipimpin oleh Apoteker.	<ol style="list-style-type: none"> Penetapan kepala apoteker yang terdaftar di Departemen Kesehatan, mempunyai izin kerja, pengalaman bekerja di Rumah sakit minimal lebih dari 2 tahun di IFRS, terdaftar di Asosiasi profesi dan sudah mengikuti pelatihan atau pendidikan S2 Jumlah tenaga kefarmasian cukup, kualifikasi memenuhi, belum berpengalaman 	Kepala IFRS dapat mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit untuk menunjang kompetensi
S3P2:		
Adanya tenaga kefarmasian yang cukup jumlah dan sesuai kualifikasi	Ada evaluasi tidak tertulis hanya berdasarkan kesepakatan staf	Melakukan pelatihan yang belum mengikuti uji kompetensi bagi tenaga IFRS
S3P3:		
Evaluasi kinerja dan tenaga kefarmasian	Ada evaluasi tidak tertulis hanya berdasarkan kesepakatan staf	Perlu dibuat ketentuan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga kefarmasian

Fasilitas dan Peralatan

S4P1:			
Tersedianya Ruang/Tempat Pengelolaan Perbekalan Farmasi	Hanya tersedia ruang/tempat yang memenuhi syarat	3-4	1. Perlu diperjelas denah Rumah Sakit khusus Unit kerja farmasi dengan rincian ruang pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian. 2. Perbaiki ruang penyimpanan obat dan alkes terutama obat narkotik dan Psikotropik.
S4P2:			
Fasilitas peralatan yang cukup dan memenuhi syarat.	Fasilitas peralatan memadai	kurang	1. Perlu melengkapi buku wajib yang harus ada di IFRS 2. Dibuat buku formularium Rumah sakit dan dokumentasi pembuatan obat

Kebijakan dan Prosedur

S5P1:			
Kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pengelolaan perbekalan farmasi	Ada kebijakan dan prosedur tetapi belum ada evaluasi dan tindak lanjut		Membuat SOP, catatan evaluasi dan tindak lanjut
S5P2:			
Kebijakan dan prosedur tertulis mengenai pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan Alkes	Ada kebijakan dan prosedur tertulis untuk semua kegiatan, belum ada evaluasi		Pembuatan Laporan kegiatan farmasi, catatan evaluasi dan tindak lanjut

Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

S6P2:			
Program pendidikan berkelanjutan, pelatihan ataupun pertemuan ilmiah bagi pegawai di IFRS untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan kemampuan	Adanya program pelatihan kefarmasian tetapi tidak dilakukan secara berkala.		Membuat program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS, laporan pelaksanaan kegiatan, catatan evaluasi dan sertifikat

Evaluasi dan Pengendalian Mutu

S7P1:			
Program atau kegiatan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian yang diciptakan oleh pimpinan Rumah sakit.	Tidak ada program tertulis, ada kegiatan, ditetapkan oleh pimpinan farmasi		Perlu dibuat program tertulis pelayanan farmasi untuk mencerminkan kualitas pelayanan kefarmasian yang bermutu tinggi, ada kegiatan, ditetapkan oleh direktur
S7P2:			
Tersedia data untuk dasar analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan	Ada data tentang kegiatan pelayanan1 s/d 6		Perlu dilakukan evaluasi data dan tindak lanjut secara berkala oleh pimpinan farmasi
S7P3:			
Instalasi/Bagian farmasi harus menyelenggarakan pertemuan berkala untuk membicarakan masalah dalam meninskatkan relayanan	Ada bukti tertulis, pertemuan tidak teratur dan keputusan		1. Dibuat SK pimpinan rumah sakit tentang jadwal rapat Pembuatan laporan pertemuan

Sumber : Data mentah yang diolah

Setelah masalah dan solusi di tiap standar akreditasi berhasil teridentifikasi, selanjutnya dilakukan pembobotan untuk memperoleh *score*/nilai berupa angka yang dapat menunjukkan skala prioritas masalah. George *et al* (2008) mengemukakan bahwa formula dasar penilaian prioritas dilakukan dengan memberikan skor atas serangkaian kriteria A, B, C dan D (PEARL). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table 6.

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

Standar	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	*OPR	Prioritas Masalah
	A=Besar	B=Kegawata	C=Kemudah	*BPR			
S4P1	10	9	5	31,6	11111	31,6	1
S4P2	10	8	5	30	11111	30	2
S2P2	9	8	7	39,6	11111	39,6	3
S7P1	9	6	7	35	11111	35	4
S2P1	8	7	5	25	11111	25	5
S1P2	8	8	7	37,3	11111	37,3	6
S5P1	8	7	6	30	11111	30	7
S7P2	8	6	6	28	11111	28	8
S7P3	8	6	6	28	11111	28	9
S3P1	7	8	6	30	11111	30	10
S1P1	7	6	5	21,6	11111	21,6	11
S5P2	7	6	5	21,6	11111	21,6	12
S3P2	6	6	5	20	11111	20	13
S6P2	6	5	5	18,3	11111	18,3	14
S3P3	5	4	7	21	11111	21	15

Sumber : Data mentah yang diolah

Dari persentase skor pada tabel 6, diperoleh skala prioritas yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah. Untuk menentukan prioritas kesehatan masyarakat yang penting adalah proses atau metode yang di adopsi secara sistematis, objektif dan memungkinkan untuk membandingkan standar masalah yang menggabungkan pengawasan dari ilmu pengetahuan dan realitas lingkungan. *Basic Priority Rating* (BPR) menerapkan masalah pasti dengan beberapa tingkat kriteria besarnya masalah, keseriusan masalah, efektifitas dan dan kenyataan. Proses yang dihasilkan menghasilkan nilai terukur untuk setiap masalah yang dianalisis, sehingga memberikan dasar untuk menentukan prioritas. Pengambil keputusan yang terlibat dalam pemecahan masalah dapat menghemat energi yang cukup dengan membangun pernyataan yang jelas dari masalah (Vilnisus&Dandoy,1990)

Pada metode Hanlon proses perbaikan yang terjadi setelah proses audit observasional, melibatkan langkah-langkah berikut: presentasi hasil audit kepada tim, klarifikasi isu perhatian, menggunakan m asukan dari semua anggota tim; persiapan dari diagram afinitas (alat yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengatasi berbagai masalah secara bersamaan, dengan penataan dan mengklasifikasikannya) pengelompokan ketidaksesuaian diamati oleh jenis masalah, dan pengembangan prioritas untuk membantu

menetapkan besarnya masalah dan ketidaksesuaian harus ditangani terlebih dahulu (Ghenadenik, *et al.* 2012).

Berdasarkan persentase skala prioritas masalah yang dilakukan untuk mengatasi masalah di tiap standar pelayanan farmasi sebagai berikut :

1. Perlu disediakan tempat yang cukup sesuai dengan SK Menkes No.1197/MENKES/SK/X/ 2004. Fasilitas dan peralatan yaitu diperjelas denah Rumah Sakit khusus Unit Kerja Farmasi dan perbaikan ruang penyimpanan perbekalan farmasi.
2. Perlu penyediaan fasilitas peralatan untuk kegiatan kefarmasian yang memenuhi syarat sesuai dengan SK Menkes No. 1197/MENKES/SK/X/2004.
3. Dari hasil observasi KFT belum melakukan fungsinya, untuk meningkatkan nilai standar akreditasi maka Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima perlu segera melakukan fungsi KFT, dan Menyusun Formularium RS dan perlu dilakukan pertemuan secara berkala, dan memprogramkan fungsi KFT dan segera dibuat SK KFT yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit.
4. Evaluasi dan pengendalian mutu yaitu perlu dibuat program tertulis pelayanan kefarmasian.
5. Administrasi dan pengelolaan yaitu segera dibuat bagan organisasi lengkap beserta uraian tugasnya.
6. Falsafah dan tujuan yaitu segera dibuat SK panitia pengadaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi dan KIE.
7. Kebijakan dan prosedur yaitu membuat SOP untuk mengatur dan melaksanakan tugas di IFRS dan evaluasi terhadap prosedur yang ada.
8. Evaluasi dan pengendalian mutu yaitu perlu dilakukan evaluasi data dan tindak lanjut secara berkala oleh pimpinan farmasi
9. Menurut peneliti, untuk meningkatkan nilai persentase akreditasi maka Perlu menyelenggarakan pertemuan secara teratur dan terjadwal untuk membicarakan masalah-masalah dan rencana-rencana untuk perbaikan dan pengembangan IFRS. perlu ada rekomendasi dan ditindak lanjuti oleh pimpinan farmasi.

10. Staf dan pimpinan yaitu kepala IFRS segera mengikuti pelatihan dalam bidang manajemen Rumah Sakit untuk menunjang kompetensi
11. Falsafah dan tujuan yaitu segera dibuat SK tentang kebijakan pelayanan kefarmasian dari pimpinan Rumah Sakit.
12. Kebijakan dan prosedur yaitu dibuat kebijakan dan prosedur tertulis serta harus ada pelaporan.
13. Staf dan pimpinan yaitu melakukan pelatihan yang belum mengikuti uji kompetensi bagi tenaga IFRS.
14. Pengembangan staf dan program pendidikan yaitu dilaksanakannya program pendidikan dan pelatihan secara berkala di IFRS dan dibuat pelaporan dan evaluasi.
15. Staf dan pimpinan yaitu segera dibuat ketentuan tertulis, rekomendasi dan tindak lanjut dari evaluasi kinerja tenaga kefarmasian.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan dengan mengacu pada perumusan masalah dari pertanyaan peneliti, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pelayanan farmasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bima dengan skor pencapaian masing-masing standar akreditasi, sebagai berikut :
 - 1) Standar falsafah dan tujuan mencapai dengan skor 60%.
 - 2) Standar administrasi dan pengelolaan mencapai skor 60%.
 - 3) Standar staf dan pimpinan mencapai skor 66,6 %.
 - 4) Standar fasilitas dan peralatan mencapai skor 40%.
 - 5) Standar kebijakan dan prosedur mencapai skor 70%.
 - 6) Standar pengembangan staf dan program pendidikan mencapai skor 50%.
 - 7) Standar evaluasi dan pengendalian mutu mencapai skor 40%.

Dengan total skor rata-rata pencapaian hasil observasi yaitu 55%. Adapun selisih total persentase skor rata-rata pencapaian dari semua kegiatan berdasarkan penilaian petugas Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima yaitu (58,75%) dengan

syarat standar oleh Departemen Kesehatan (>65%).

- 8) Adapun strategi perbaikan yang harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima berdasarkan analisis Hanlon yaitu :
- Fasilitas dan peralatan, perlu diperjelas denah Rumah Sakit khusus untuk denah IFRS, perbaikan ruang/tempat pengelolaan perbekalan farmasi, melengkapi buku wajib yang harus ada di IFRS, dan dibuat formularium dan dokumentasi pembuatan obat.
 - Administrasi dan pengelolaan, untuk meningkatkan nilai standar akreditasi maka Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Bima perlu segera melakukan fungsi KFT, dan menyusun formularium RS dan perlu dilakukan pertemuan secara berkala, dan memprogramkan fungsi KFT dan segera dibuat SK KFT yang ditandatangani oleh direktur Rumah Sakit.
 - dibuat bagan organisai lengkap beserta uraian tugasnya, pembuatan formularium dan SK KFT.
 - Evaluasi dan pengendalian mutu, perlu dibuat program tertulis untuk orientasi pegawai baru dan perbaikan mutu pegawai yang lainnya, dan melakukan rapat yang teratur beserta SK.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Budiman, A. 2004. *Tingkat Kesesuaian Standar Akreditasi terhadap Strategi dan Rencana Pengembangan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat : Studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara*. Tesis. Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, UGM. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan RI.1998. *SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.02.03.3.5.2626 tanggal 8 April 1998 tentang Komite Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan lainnya (KARS)*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/ Menkes/ SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah sakit*.

Direktorat jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 Tentang Rumah sakit, Departemen kesehatan Republik Indonesia*, Jakarta.
- George, Jennifer M. dan Gareth R. Jones. (2008). *Understanding and Managing Organizational Behavior.5th edition*. Pearson Education, New Jersey.
- Ginter, P. M., Ducan, W. J., & Swayne, L. E. 1995. *Strategic Managemen of Health Care Organizations*. Blackwell Business.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. 2008. *for Quality in Health Sector Accreditation Research: A Systematic Review*. *International Journal Health Care*, 20 (3) : hal 172–183
- Ifaya, M. 2012. *Strategi dan Rencana Pengembangan Pelayanan Farmasi Berdasarkan Kesesuaian Standar Akreditasi (Studi Kasus Di IFRS Kab. Muna)*. Tesis. Magister Manajemen Farmasi Rumah sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Koentjoro, T. 2007. *Assessing the Value Of Accreditation Systems*. *European Journal of Public Health*, vol. 7 no. 1.
- Luwiharsih. 2002. *Persiapan Rumah Sakit untuk Diakreditasi*. Naskah tulisan untuk buku, (in progress).
- Poerwani, SK dan Sopacua E. 2004. *Upaya Pemerintah dalam Penataan Perumahsakit di Indonesia Melalui Kegiatan Akreditasi*. Makalah dalam *Simposium I Badan Litbangkes*, Jakarta.
- Shaw, C. D. 2004. *Toolkit for Accreditation Program*. *The National Society for Quality In Health Care*.
- Siregar, C.J.P., 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*. EGC. Jakarta.
- Susilo, M. 2003. *Audit Sumber Daya Manusia*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Tayipnapi. F.Y. 2008. *Evaluasi Program dan Instrumen Evaluasi*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Wasisto, B. 1994. *Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Majalah Cermin Dunia Kedokteran*, Jakarta.