

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif untuk mengetahui gambaran tentang kredensial apoteker di Indonesia, khususnya daerah Yogyakarta. Studi pendahuluan tentang kredensial apoteker di rumah sakit wilayah Yogyakarta yang melibatkan organisasi profesi seperti IAI atau pun Hisfarsi Yogyakarta menemukan fakta bahwa belum semua rumah sakit melakukan kredensial apoteker. Kalaupun sudah, ada yang melakukan kredensial internal tanpa melibatkan mitra bestari, ada yang meminta tolong mitra bestari. Atas dasar hal ini, penelitian difokuskan kepada RSUD Muhammadiyah Bantul sebagai salah satu rumah sakit yang melakukan kredensial secara mandiri tanpa melibatkan mitra bestari dan RSUD Panembahan Senopati Bantul yang melakukan kredensial dengan melibatkan mitra bestari.

1. Profil Organisasi Profesi Apoteker Indonesia

Pada tahun 1955, beberapa apoteker di Jakarta mulai merasakan perlunya suatu organisasi apoteker yang dapat memperhatikan dan memperjuangkan kepentingan-kepentingan farmasi pada umumnya dan kepentingan-kepentingan apoteker pada khususnya. Berdasarkan hal tersebut, terbentuklah Ikatan Apoteker Indonesia pada tanggal 18 Juni 1955. Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia adalah satu-satunya

Organisasi Profesi Kefarmasian di Indonesia yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 41846/KMB/121 tertanggal 16 September 1965. Nama Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia ditetapkan dalam Kongres VII Ikatan Apoteker Indonesia di Jakarta pada tanggal 26 Februari 1965 dan merupakan kelanjutan dari Ikatan Apoteker Indonesia.

Ikatan Apoteker Indonesia memiliki beberapa himpunan seminat, diantaranya adalah Himpunan Seminat Farmasi Masyarakat (Hisfarma), Himpunan Seminat Farmasi Rumah Sakit (Hisfarsi), Himpunan Seminat Farmasi Industri (Hisfarin), Himpunan Seminat Farmasi Distribusi (Hisfardis), Himpunan Apoteker Seminat Obat Tradisional (Himastra), Himpunan Apoteker Seminat Kosmetik (Hiaskos), dan *Indonesian Young Pharmacist Group* (IYPG).

2. Karakteristik Informan

Informan yang terlibat dalam penelitian ini adalah ketua Hisfarsi yang juga menjabat sebagai Sekretaris Tim Kredensial Apoteker Rumah Sakit Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia Daerah Istimewa Yogyakarta (PD IAI DIY) sebagai narasumber wawancara yang mewakili organisasi profesi, kemudian informan yang berpartisipasi dalam *FGD* adalah apoteker RSUD Muhammadiyah Bantul berjumlah 6 orang dan apoteker RSUD Panembahan Senopati

Bantul berjumlah 9 orang. Standar karakteristik dalam menentukan informan yang akan diwawancara atau mengikuti *FGD* merupakan apoteker yang memiliki pengalaman terlibat dalam proses kredensial, baik terlibat sebagai tim penilai atau pun peserta yang dikredensial. Dari perspektif metodologi kualitatif, peserta yang memenuhi atau melampaui kriteria tertentu memiliki pengetahuan yang dalam tentang fenomena minat berdasarkan pengalaman mereka, menjadikannya sebagai peserta yang kaya akan informasi yang berguna (Palinkas et al, 2015).

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan menjabarkan gambaran tentang kredensial apoteker di Indonesia, khususnya daerah Yogyakarta berdasarkan hasil observasi dokumen, wawancara dan *FGD* yang telah dilakukan kepada pihak organisasi profesi dan praktisi apoteker rumah sakit.

1. Hasil Wawancara Mendalam Organisasi Profesi

Dokumen kebijakan yang utama dijadikan dasar dalam proses kredensial apoteker adalah Surat Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia (SK PP IAI) No.PO.006/PP.IAI/1418/IX/2017 tentang Kredensial Apoteker. Dalam kebijakan tersebut dinyatakan bahwa SK tersebut merupakan kebijakan yang bersifat nasional dan merupakan peraturan organisasi yang mengikat seluruh apoteker di

Indonesia. Selain itu melalui SK tersebut, PP IAI mengamanatkan PD IAI seluruh Indonesia untuk membentuk mitra bestari yang keanggotaannya sesuai kompetensi untuk melaksanakan kredensial sesuai bidang spesialisasinya dan melakukan monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan kredensial.

Dalam kebijakan SK PP IAI tersebut menentukan secara jelas tujuan kredensial apoteker adalah memberikan pengakuan kepada apoteker yang akan memberikan pelayanan farmasi adalah tenaga kesehatan yang profesional dan kredibel sehingga dapat melindungi keselamatan pasien.

Tata laksana kredensial yang dilaksanakan oleh PD IAI DIY adalah sebagai berikut:

- a. Rumah sakit mengajukan permohonan untuk dilakukan kredensial oleh tim kredensial IAI DIY
- b. Tim kredensial melakukan verifikasi portofolio yang meliputi: KTP, Kartu Tanda Anggota IAI, fotokopi ijazah dan pendidikan terakhir, sertifikasi kompetensi dan surat tanda registrasi apoteker dengan masa berlaku minimal 3 bulan sebelum berakhir, lampiran surat izin praktek apoteker yang masih berlaku, serta sertifikat pelatihan yang dimiliki
- c. Melaksanakan tes tertulis

- d. Melaksanakan wawancara dan observasi langsung di tempat praktek
- e. Tim kredensial memberikan rekomendasi medis kepada direktur rumah sakit dalam bentuk berita acara beserta rincian kewenangan apoteker. Rekomendasi ditandatangani oleh ketua tim kredensial dan ketua PD IAI

Adapun pokok-pokok materi kredensial yang perlu diperiksa oleh tim kredensial dari PD IAI DIY meliputi:

- a. Kompetensi
- b. Kesehatan fisik dan mental
- c. Perilaku
- d. Etika profesi
- e. Data pendidikan professional apoteker berkelanjutan

Beberapa rumah sakit yang telah dikredensial oleh tim kredensial PD IAI DIY yang bersumber dari data primer Tim Kredensial Apoteker Rumah Sakit PD IAI DIY adalah sebagai berikut:

Tabel 2 Data Peserta Kredensial PD IAI Yogyakarta

No	Nama Rumah Sakit	Tanggal Pelaksanaan Kredensial	Jumlah Apoteker Peserta Kredensial	Kabupaten/ Kota
1	RS Bethesda Yogyakarta	3 November 2017	7	Kota Yogyakarta
2	RS Panti Rapih	10 November 2016	5	
		30 Agustus 2017	1	
3	RS Islam Yogyakarta PDHI	3 November 2017	3	Kabupaten Sleman
4	RS Panti Nugroho	3 Juni 2017	2	
		6 Juni 2017	1	
5	RS Panti Rini	3 Juni 2017	2	Kabupaten Sleman
		6 Juni 2017	2	
6	RSUD Prambanan	10 November 2016	4	Kabupaten Bantul
7	RSUD Panembahan Senopati	25 Februari 2018	13	
8	RS Elizabeth Ganjuran	28 Agustus 2017	1	
9	RSKB Soedirman	15 Juni 2016	1	Kabupaten Gunungkidul
10	RS Panti Rahayu	28 Agustus 2017	3	
		30 Agustus 2017	3	
	Total		48	

Tim kredensial PD IAI DIY sudah mengalami perubahan. Tim kredensial yang pertama dikukuhkan dengan SK Ketua PD IAI DIY No.025/IAI-DIY/SK/I/2017 yang terdiri dari 5 orang apoteker, masing-masing memiliki keahlian/kompetensi di bidang klinis (1

orang), bidang etika profesi (1 orang), bidang *dispensing-compounding* (1 orang), dan bidang manajemen farmasi rumah sakit (2 orang).

2. Hasil Wawancara Mendalam Organisasi Profesi

Untuk mendapatkan gambaran terkait dengan kredensial dari organisasi profesi maka peneliti melakukan pengumpulan data dengan wawancara mendalam terhadap informan perwakilan organisasi profesi. Adapun informan yang diwawancarai berasal dari Tim Kredensial Apoteker Rumah Sakit PD IAI DIY yang dibentuk melalui SK Ketua PD IAI DIY. PD IAI DIY telah membentuk Tim Kredensial Apoteker Rumah Sakit sebagai bentuk implementasi dari SK PP IAI yang dibuat tentang Kredensial Apoteker.

Terkait dengan regulasi sistem kredensial bagi Apoteker, informan menyatakan bahwa memang saat ini belum ada regulasi khusus dari pemerintah terkait sistem kredensial bagi apoteker. Informan juga menyatakan bahwa sistem kredensial menjadi kebutuhan rumah sakit setelah adanya akreditasi sebagaimana kutipan pernyataan berikut:

“...itu yang memang terutama kalau di rumah sakit memang diperlukan karena sebenarnya ini kan tuntutan akreditasi...”

Organisasi profesi kemudian membuat panduan yang dituangkan dalam SK PP IAI No.PO.006/PP.IAI/1418/IX/2017 tentang Kredensial Apoteker yang bisa jadi merupakan respon dari pertanyaan anggota IAI tentang mendesaknya regulasi terkait kredensial ini. Namun di sisi lain informan menyatakan bahwa regulasi internal IAI belum bisa dikatakan memiliki kekuatan hukum yang pada akhirnya berimbas pada belum semua daerah melaksanakan amanat SK PP IAI tentang kredensial, sekaligus dalam implementasinya masih berbeda-beda antar satu daerah dengan daerah lainnya. Hal ini ditunjukkan ketika ditanyakan kepada informan apakah sistem kredensial yang sama telah diterapkan di daerah selain Yogyakarta oleh kutipan jawaban informan sebagai berikut:

“....saya kemarin ke Jawa Barat, itu juga masih berbeda-beda sih...”

Perbedaan persepsi masing-masing daerah dalam mengimplementasikan SK PP IAI yang mengatur tentang kredensial, menurut informan, boleh jadi juga disebabkan oleh belum adanya petunjuk teknis kredensial serta belum adanya kesepakatan konsep yang diakibatkan oleh adanya keunikan yang membedakan profesi apoteker dengan profesi tenaga kesehatan lain yang dinyatakan dalam kutipan sebagai berikut:

“....kalau apoteker itu kan ada yang tidak langsung ke pasien...”

Tidak hanya perbedaan persepsi yang terjadi di masing-masing daerah, perbedaan persepsi pun bahkan terjadi antar rumah sakit yang masih berada di daerah yang sama. Hal ini didasari oleh Tim Kredensial IAI DIY yang bersifat pasif dalam pelaksanaan kredensial sehingga memberikan rumah sakit kebebasan memilih melaksanakan kredensial apoteker secara mandiri atau dengan bantuan organisasi profesi/mitra bestari. Hal ini diungkapkan oleh informan sebagaimana kutipan pernyataan berikut:

“...untuk kredensial di Sardjito pun tidak meminta Ikatan Apoteker Indonesia...”

Sebagai gambaran, di Yogyakarta lebih banyak rumah sakit yang melaksanakan kredensial secara mandiri. Bahkan ada yang belum melakukan karena belum diakreditasi atau masih dalam perbaikan akreditasi. Hal ini sesuai dengan kutipan jawaban informan sebagai berikut:

“...jadi memang masih beberapa rumah sakit, belum semua rumah sakit...”

“ Agak lupa, kalau tidak salah tuh sekitar 19 rumah sakit, kebanyakan tipe B dan tipe C sih..”

Tim Kredensial IAI DIY mencoba mengatasi hal ini dengan mengadakan sosialisasi melalui media web dan seminar. Tim kredensial IAI DIY mengakui bahwa sosialisasi terkait kredensial oleh IAI belum dilaksanakan secara efektif karena IAI masih

meyakini bahwa kredensial yang dilakukan oleh mitra bestari bukan merupakan paksaan dan karena keterbatasan tim.

Informan berpendapat bahwa panduan dari organisasi profesi masih bersifat global sehingga butuh penyesuaian di masing-masing daerah, seperti di Yogyakarta, panduan kredensial tersebut dimodifikasi berdasarkan pengumpulan referensi yang menjadi standar kredensial apoteker dari berbagai negara, termasuk belajar dan mengadopsi sistem kredensial profesi kesehatan lainnya. Modifikasi yang dilakukan tetap mengacu standar kompetensi dari IAI. Hal ini diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“....tahun 2016 kita mengacu ke standar kompetensi Ikatan Apoteker Indonesia yang tahun 2011 yang ada 9 kompetensi...”

“Kita pun searching, kalau di luar negeri seperti apa sih, jadi itu juga sebagai referensi.....”

“Kita pun juga belajar dan mengadopsi dari kedokteran, terutama belajar dari kedokteran....”

Informan berpendapat rumah sakit secara umum melakukan kredensial sekedar sebagai persyaratan administratif saja, tidak untuk *patient safety*. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“...jadi kemungkinan mereka melakukannya sendiri dan melakukannya asal administratif ada.”

Kendala membangun sistem kredensial apoteker menurut organisasi profesi adalah menyamakan persepsi dan masih mencari bentuk ideal. Untuk mengatasi hal ini, kredensial apoteker masih terus berproses dengan evaluasi kredensial direvisi dengan membentuk borang/form yang dibahas dengan mengundang seluruh pengurus Hisfarsi dan menyusun bersama dengan melibatkan masukan sejawat. Kedepannya, pengembangan sistem kredensial apoteker rumah sakit akan diarahkan ke pelatihan dan pengembangan kompetensi yang dapat berfungsi sebagai media adaptasi bila terjadi perpindahan jobdesk dan sudah banyak diadakan walau masih bersifat global dan belum detail.

3. Hasil FGD Rumah Sakit dengan Kredensial Mandiri

Untuk mendapatkan gambaran terkait dengan kredensial dari rumah sakit yang melakukan kredensial secara mandiri, maka peneliti melakukan pengumpulan data dengan FGD terhadap informan RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Adapun informan yang berpartisipasi adalah 6 orang apoteker RSU PKU Muhammadiyah Bantul terdiri dari 2 orang laki-laki dan 4 orang perempuan.

Hasil FGD dengan pihak praktisi apoteker di RSU PKU Muhammadiyah Bantul menunjukkan bahwa apoteker berkontribusi

pada mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit yang terkait dengan problem klinis (seperti pemberian layanan obat, menyelesaikan *Drug Related Problem*) mau pun non klinis (seperti pengelolaan, pengadaan, mengamankan sediaan obat hingga mengetahui hukum pidana terkait obat seperti psikotropika) karena obat pun adalah komponen terpenting di rumah sakit selain dokter dan paling banyak memakan anggaran rumah sakit.

Menurut informan FGD RSUD Muhammadiyah Bantul, kredensial apoteker merupakan bentuk pengakuan keberadaan apoteker di rumah sakit beserta tanggungjawabnya dengan menilai kompetensi dan jobdesk apoteker oleh profesi lain atau komite kesehatan lain. Kredensial apoteker memiliki manfaat untuk menilai kompetensi apoteker, sebagai basic data pengembangan sumber daya manusia dan menilai kewenangan khusus. Di sisi lain, kredensial apoteker dirasakan masih kurang bermanfaat. Hal ini ditunjukkan oleh kutipan jawaban informan sebagai berikut:

“Belum terlihat sekali. Kalau kita di unit layanan, kewenangan klinisnya hampir sama, walau ada perbedaan tapi tipis. Pada kenyataannya tetap kita jalankan bersama-sama.”

Untuk melaksanakan proses kredensial apoteker, langkah pertama adalah kepala instalasi menulis surat permohonan kredensial kepada direktur dan kemudian direktur mengirim ke komite kesehatan

lain. Komite kesehatan lain membentuk tim kredensial yang terdiri dari kepala instalasi, tim kredensial internal dan satu asesor internal yang memiliki sertifikat asesor. Peserta kredensial diminta oleh tim kredensial melengkapi dan mengumpulkan dokumen legalitas kemudian dilakukan pengecekan dokumen. Hasil akhir adalah berita acara dari tim kredensial dan asesor yang ditujukan kepada direktur untuk mengeluarkan surat keputusan.

Proses kredensial dirasakan masih belum ideal karena tim kredensial hanya berdasarkan senioritas, penilaian masih subjektif karena belum ada rincian standar bagaimana seseorang disebut kompeten dan parameter ukur yang terlalu luas dan tidak update. Form kewenangan yang dibuat juga hanya berdasarkan job yang selama ini dikerjakan. Selain melihat dari sertifikat dan legalitas, seharusnya kredensial apoteker melihat juga proses praktek dan skill di lapangan secara komprehensif. Kejelasan pelaksanaan tugas kredensial juga terjadi kontra antara ketentuan akreditasi dengan keinginan organisasi profesi. Kredensial apoteker hanya dilakukan ketika ada yang mempersyaratkan seperti untuk melengkapi dokumen akreditasi dan bila berpengaruh untuk kelangsungan praktek farmasi. Tidak semua apoteker mengetahui sosialisasi proses kredensial yang

dilakukan organisasi profesi karena kebijakannya baru dan timnya belum dibentuk.

Kendala dari kredensial apoteker adalah butuh waktu khusus untuk melihat secara langsung prosesnya dan harus ditentukan siapa yang berwenang menentukan standarnya, serta penilai harus tersertifikasi. Atas hal ini, salah satu harapan PKU Muhammadiyah Bantul dalam proses kredensial apoteker adalah adanya apoteker yang sudah memiliki sertifikat asesor untuk kredensial internal, atau dilakukan oleh organisasi profesi secara terstandarisasi serta langsung dikerjakan kredensial saat ada karyawan baru.

4. Hasil FGD Rumah Sakit dengan Kredensial Mitra Bestari

Untuk mendapatkan gambaran terkait dengan kredensial dari rumah sakit yang melakukan kredensial dengan melibatkan mitra bestari, maka peneliti melakukan pengumpulan data dengan FGD terhadap informan RSUD Panembahan Senopati Bantul. Adapun informan yang berpartisipasi adalah 9 orang apoteker RSU PKU Muhammadiyah Bantul dan semuanya adalah perempuan.

Hasil *FGD* dengan pihak praktisi apoteker di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta menunjukkan bahwa apoteker memiliki ilmu khusus yang berkaitan dengan klinis dan non klinis dan berkontribusi untuk mengurangi potensi kesalahan pada

pasien yang dapat berakibat ke efektivitas pengobatan dan bengkaknya biaya yang berpotensi terjadi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Menurut informan FGD RSUD Panembahan Senopati Bantul, kredensial apoteker adalah penjaminan mutu apoteker dan pengisian standar sesuai masing-masing bidangnya. Kredensial apoteker bermanfaat sebagai pengingat dasar-dasar farmasi dan jobdesk di rumah sakit, sangat bermanfaat terutama bagi apoteker baru yang belum punya pengalaman kerja dan hasil dari kredensial membuat apoteker mengetahui kewenangannya.

Prosedur kredensial apoteker dimulai dengan mencari info kredensial dari organisasi profesi. Setelah itu rumah sakit mengirim surat permohonan untuk dikredensial oleh organisasi profesi, melengkapi dan mengumpulkan dokumen legalitas, kemudian ditentukan tanggal pelaksanaan kredensialnya. Selama kredensial diadakan wawancara pada enam pos yang durasinya tergantung posisi partisipan kredensial di rumah sakit. Hasil kredensial dikirim beberapa hari setelahnya.

Proses kredensial apoteker masih belum ideal terkait dari aspek waktu, baik dari form kewenangan klinis yang harus diisi dan waktu pelaksanaan yang mendadak, durasi pelaksanaan kredensial dan

durasi antar pos yang lama. Kredensial apoteker dilakukan hanya untuk ikut-ikutan tenaga kesehatan lain yang sudah ada kredensial dan dirasa tak perlu kredensial karena kesibukan apoteker. Manajemen pun hanya sekedar mengetahui bahwa sudah dilaksanakan kredensial apoteker dari organisasi profesi.

Kendala yang ditemukan dalam kredensial apoteker adalah definisi kompeten dalam kredensial apoteker masih membingungkan, juga terjadi kontradiksi antara kompetensi yang ditulis, hasil wawancara, jumlah sertifikat dan praktek di lapangan. Atas hal ini, salah satu harapan RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta dalam proses kredensial apoteker adalah untuk diadakan briefing terlebih dahulu tentang proses dan definisi terkait kredensial sebelum pelaksanaannya.

C. Pembahasan

Berikut ini adalah pembahasan tentang gambaran kredensial apoteker di Indonesia, khususnya daerah Yogyakarta berdasarkan hasil wawancara dan FGD yang telah dilakukan kepada pihak organisasi profesi dan praktisi apoteker rumah sakit.

1. Aspek Legal/Regulasi Kredensial Apoteker

Tenaga kefarmasian sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat mempunyai peranan

penting karena terkait langsung dengan pemberian pelayanan, khususnya pelayanan kefarmasian. Hal tersebut diperjelas dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kefarmasian telah terjadi pergeseran orientasi pelayanan kefarmasian dari pengelolaan obat sebagai komoditi kepada pelayanan yang komprehensif (*pharmaceutical care*) dalam pengertian tidak saja sebagai pengelola obat namun dalam pengertian yang lebih luas mencakup pelaksanaan pemberian informasi untuk mendukung penggunaan obat yang benar dan rasional, monitoring penggunaan obat untuk mengetahui tujuan akhir serta kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*).

Pemerintah telah menentukan dalam pasal 2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.51 tahun 2009 bahwa pekerjaan kefarmasian harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu. Kredensial apoteker merupakan bagian penting untuk menunjang pelayanan kefarmasian rumah sakit dan menentukan kewenangan itu. Namun saat ini diketahui belum ada regulasi pemerintah tentang kredensial apoteker sehingga kredensial apoteker hanya menggunakan panduan dari IAI dan belum ada

petunjuk teknis pelaksanaannya sehingga berpotensi setiap daerah melaksanakan kredensial dengan cara berbeda karena perbedaan persepsi dalam pelaksanaannya, serta sistem kredensial apoteker masih berproses dan belum didapatkan kesepakatan konsep kredensial apoteker terkait keunikan perbedaan tugas farmasi dibanding profesi tenaga kesehatan yang lain. Keunikan yang dimaksud adalah dikarenakan adanya tugas-tugas pengelolaan obat yang bukan merupakan tugas klinis atau langsung berkaitan dengan asuhan pasien seperti kewenangan mengadakan obat keras, narkotika dan psikotropika yang hanya boleh dilakukan oleh apoteker yang diberi kewenangan khusus oleh direktur dan izin khusus oleh pemerintah. Yang paling berbahaya apabila tidak terdapat kewenangan khusus dan izin khusus tersebut ataupun terjadi penghapusan kewenangan, maka semua orang bebas melakukan hal tersebut tanpa batas. Keunikan ini yang menyebabkan masih timbulnya perbedaan persepsi dalam menetapkan kewenangan apoteker dimana ada kewenangan klinis (seperti pemantauan terapi obat, monitoring efek samping obat dan lain-lain) serta kewenangan non klinis (seperti seleksi obat, pengadaan dan penyimpanan hingga pemusnahan obat). Oleh karena itu, kredensial apoteker butuh pematangan kesepakatan konsep kredensial apoteker lebih lanjut dan petunjuk teknis pelaksanaannya,

serta harus diatur dalam regulasi pemerintah tentang kredensial apoteker yang melibatkan kewenangan klinis dan kewenangan non klinis tersebut. Sejauh ini baru diatur dalam kewenangan khusus apoteker pada lampiran Surat Keputusan IAI yang terdiri dari parameter penilaian berupa: 1) kemampuan dasar, 2) pengelolaan, 3) pelayanan farmasi klinik, 4) pengembangan farmasi. Hasil koding serta rincian wawancara terkait aspek legal dapat dilihat pada lampiran 4 dan tabel 3.

Tabel 3. Koding Aspek Legal/Regulasi Kredensial Apoteker

Kategori	Tema
Wawancara Organisasi Profesi: 1. Aspek legal/regulasi kredensial apoteker belum diatur oleh pemerintah 2. pelaksanaannya menggunakan panduan dari IAI yang mengacu pada standar kompetensi 3. terjadi perbedaan persepsi dan pelaksanaan di tiap daerah 4. Tim Kredensial IAI DIY yang bersifat pasif dalam pelaksanaan kredensial akibat belum didapatkan kesepakatan konsep.	Aspek Legal/Regulasi Kredensial Apoteker belum diatur dengan baik

2. Proses Kredensial Apoteker Saat Ini

Dari FGD di kedua rumah sakit didapatkan persepsi bahwa kredensial apoteker adalah pengakuan keberadaan apoteker beserta penjaminan mutu dan tanggungjawabnya sesuai masing-masing bidangnya dengan menilai kompetensi dan jobdesk apoteker. Hal ini

akan mempengaruhi mutu dan kualitas rumah sakit yang terkait dengan problem klinis maupun non klinis yang dapat berimbas kepada efektivitas pelayanan pengobatan pasien untuk menghindari kesalahan pengobatan dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Sebuah penelitian memperkirakan KTD yang sebenarnya dapat dicegah menggunakan analisis tertimbang dan menggambarkan kisaran kejadian 210.000-400.000 kematian per tahun yaitu terkait dengan kesalahan pengobatan di antara pasien rumah sakit (James, 2013). Persepsi yang dikemukakan dalam kedua FGD yang selaras dengan tujuan kredensial yang dilampirkan dalam SK PP IAI yaitu memberi pengakuan kepada setiap apoteker yang akan melakukan pelayanan farmasi klinis adalah tenaga profesional yang kredibel sehingga dapat melindungi keselamatan pasien.

Mayoritas partisipan FGD sepakat bahwa komoditas obat adalah salah satu aspek yang paling mempengaruhi dari pelayanan farmasi, baik bagi manajemen maupun pasien, yang perlu perhatian khusus dan pengelolaan yang baik. Bila mengambil contoh dari sesama negara Asia, layanan farmasi telah ditemukan menjadi sumber kesehatan yang dominan untuk semua masalah umum di antara penduduk miskin di Bangladesh. Untuk pasien, meresepkan obat-obatan oleh dokter yang tidak terlatih dan / atau tidak diatur staf

farmasi yang profesional tidak hanya berbahaya, tetapi juga membuang sumber daya yang langka yang dimiliki oleh rumah sakit (Khan et al, 2012). Kedua partisipan FGD rumah sakit juga sepakat bahwa anggaran biaya juga menjadi hal yang paling dipengaruhi oleh pelayanan farmasi sehingga butuh pengelolaan yang baik. Sebagai contoh, dalam dokumen pelaksanaan anggaran (DPA) Rumah Sakit Umum Anutapura Palu tahun 2011, total biaya yang dialokasikan untuk kegiatan program upaya kesehatan masyarakat sebesar Rp.13.960.892.000 dari total biaya tersebut sebesar Rp.5.750.086.000,- atau sekitar 41,12% hanya untuk pengadaan obat dan bahan farmasi (Handayani et al, 2017).

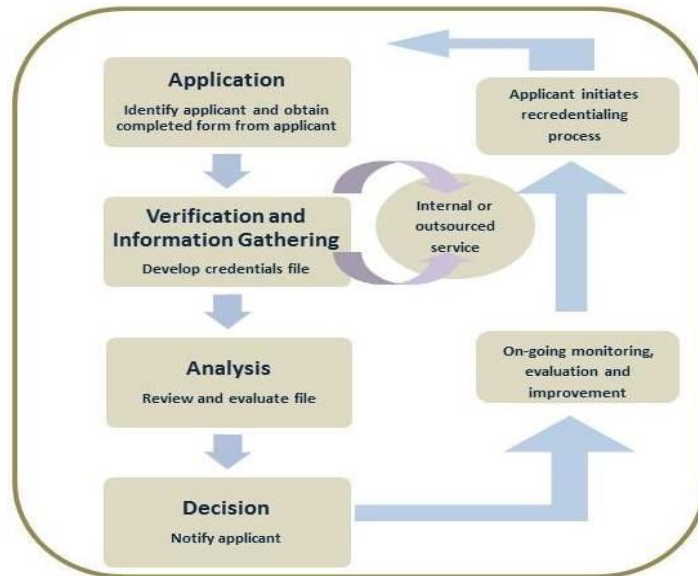
Mayoritas partisipan FGD berpendapat bahwa kredensial apoteker bermanfaat bagi manajemen maupun praktisi apoteker. Bagi manajemen, kredensial apoteker dapat menjadi basic data pengembangan dan pemetaan jenjang karir sumber daya manusia melalui penilaian kompetensi dan kewenangan khusus apoteker. Bagi praktisi apoteker, kredensial apoteker dapat menjadi media pembelajaran dan refleksi diri bagi praktisi lama maupun praktisi baru untuk mengingat dasar-dasar farmasi dan jobdesk di rumah sakit hingga mengetahui kewenangannya. Hal ini selaras dengan konsep kredensial yaitu berupa proses untuk mengenali pencapaian praktisi

terhadap pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan pekerjaannya sebagai tenaga kesehatan khususnya apoteker di rumah sakit (McKenzie & Borthwick, 2011).

Mayoritas partisipan FGD berpendapat bahwa motivasi utama mengapa kredensial apoteker harus dilakukan adalah sekedar untuk memenuhi dokumen akreditasi dan bila berpengaruh untuk kelangsungan praktek farmasi. Kredensial apoteker dilakukan hanya untuk ikut-ikutan tenaga kesehatan lain yang sudah ada kredensial dan untuk formalitas belaka. Padahal bila melihat kembali manfaat yang dapat diberikan dari hasil kredensial seperti yang dijelaskan diatas, sangat disayangkan bila kredensial dilakukan hanya sebagai formalitas belaka. Hal ini juga kurang selaras dengan dasar pemikiran sistem kredensial yang berkonsep profesionalisme dimana adanya kontrak sosial antara tenaga kesehatan dan masyarakat bertujuan menjamin kualitas layanan kesehatan dan memprioritaskan kepentingan masyarakat, tidak sekedar untuk kepentingan administrasi (Cruess et al, 2000; Sullivan, 2000). Kebijakan SK PP IAI pun secara jelas menetapkan bahwa tujuan kredensial adalah untuk keselamatan pasien sehingga jelas bahwa tujuan kredensial tidak semata hanya untuk persyaratan administratif akreditasi.

Peran manajemen juga dapat menjadi motivasi yang lebih baik

dalam pelaksanaan kredensial apoteker. Sebagai contoh, dari FGD RSUD Panembahan Senopati Bantul, didapatkan hasil bahwa manajemen hanya sekedar mengetahui bahwa sudah dilaksanakan kredensial apoteker dari organisasi profesi. Padahal, umpan-balik yang diberikan dari manajemen atas rekomendasi yang diberikan organisasi profesi dapat menjadi salah satu motivasi supaya proses kredensial ini tidak dipersepsi menjadi formalitas belaka. Umpan-balik yang berguna untuk pengembangan dan pemetaan jenjang karir menjadi salah satu bentuk kepercayaan manajemen dan tentunya hal ini berguna untuk kelangsungan praktek apoteker (Herkutanto, 2009). Bila melihat kembali prosedur kredensial apoteker di rumah sakit yang telah ditetapkan oleh IAI sebagai organisasi profesi secara garis besar, maka prosedur kredensial baik secara mandiri maupun dengan mitra bestari sudah selaras. Hanya terdapat perbedaan pada pelaksana kredensial yaitu kredensial mandiri dilaksanakan oleh tim kredensial internal dari rumah sakit dan kredensial oleh mitra bestari dilaksanakan oleh tim kredensial organisasi profesi. Walaupun pelaksana kredensial berbeda, namun prinsip dasarnya sama yaitu mengikuti model kredensial Deutsch & Mobley.



Gambar 3 Model Kredensial Deutsch & Mobley

Model kredensial dasar Deutsch & Mobley yang dapat diaplikasikan di setiap tenaga kesehatan sebelum diberikan kewenangan klinis terdiri dari empat komponen utama, yaitu: aplikasi, verifikasi, analisis dan keputusan. Pertama, tenaga kesehatan melakukan permohonan untuk memperoleh kewenangan klinis dengan metode *self* assessment. Kedua, tim kredensial mengkaji dan memberikan rekomendasi kewenangan medis yang diajukan oleh pemohon. Ketiga, kepala rumah sakit menerbitkan surat penugasan klinis berdasarkan rekomendasi dari tim kredensial yang berlaku untuk periode tertentu. Keempat, pemohon diberitahu tentang penugasan klinis tersebut. Proses kredensial ini tidak hanya berlaku pada saat perekrutan saja, tapi langkah-langkah ini juga berlaku untuk

kredensial awal dan proses rekredensial (Burns et al, 2014).

Perbedaan pelaksana kredensial yang terjadi saat ini antara kredensial mandiri dan kredensial dengan mitra bestari juga belum sesuai dengan penilaian kompetensi yang disarankan difokuskan melalui mekanisme mitra bestari atau oleh organisasi profesi bagi apoteker di Indonesia, khususnya di Yogyakarta. Tim yang menilai pun disarankan terdiri dari ahli klinis, akademisi dan manajer. Komposisi tim ini akan sulit didapatkan bila kredensial diadakan secara mandiri (Dager et al, 2011). Hasil koding serta rincian wawancara dan FGD terkait proses kredensial apoteker saat ini dapat dilihat pada lampiran 4-6 dan tabel 4.

Tabel 4. Koding Proses Kredensial Apoteker Saat Ini

Kategori	Tema
<p>Wawancara Organisasi Profesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit memiliki kebebasan memilih melaksanakan kredensial apoteker secara mandiri atau dengan bantuan organisasi profesi/mitra bestari tanpa paksaan. 2. Lebih banyak rumah sakit yang melaksanakan kredensial secara mandiri karena tuntutan kredensial di akreditasi masih baru dan dilakukan hanya sekedar untuk melengkapi dokumen akreditasi. Lebih banyak RS tipe B dan C yang berpartisipasi dikredensial oleh IAI. Bahkan ada yang belum melakukan karena belum diakreditasi atau masih dalam perbaikan akreditasi. 3. Di Yogyakarta, panduan kredensial dimodifikasi berdasarkan referensi dari luar negeri dan adopsi dari profesi kesehatan lain. 4. Sosialisasi dilakukan melalui media web dan 	<p>Proses Kredensial Apoteker Saat ini masih belum maksimal dan masih selalu diperbaiki</p>

seminar secara terbatas dan tidak ke semua rumah sakit karena keterbatasan tim dalam pelaksanaan kredensial.

5. Pemohon menulis surat permohonan kredensial dan telah melengkapi form kredensial kemudian menentukan waktu pelaksanaan kredensial.
6. Tim kredensial yang bersifat independen berupa gabungan beberapa rumah sakit dan dibawah oleh IAI secara rutin membuat laporan ke IAI.

FGD RSUD Muhammadiyah Bantul:

1. Apoteker berkontribusi pada mutu dan kualitas pelayanan rumah sakit yang terkait dengan problem klinis (seperti pemberian layanan obat, menyelesaikan Drug Related Problem) mau pun non klinis (seperti pengelolaan, pengadaan, mengamankan sediaan obat hingga mengetahui hukum pidana terkait obat seperti psikotropika) karena obat pun adalah komponen terpenting di rumah sakit selain dokter dan paling banyak memakan anggaran rumah sakit.
2. Kredensial apoteker merupakan bentuk pengakuan keberadaan apoteker di rumah sakit beserta tanggungjawabnya dengan menilai kompetensi dan jobdesk apoteker oleh profesi lain atau komite kesehatan lain
3. Kredensial apoteker bermanfaat untuk menilai kompetensi apoteker, sebagai basic data pengembangan sumber daya manusia dan menilai kewenangan khusus. Di sisi lain, kurang manfaatnya karena kewenangan klinis dijalankan bersama-sama.
4. Tidak semua apoteker mengetahui sosialisasi proses kredensial yang dilakukan organisasi profesi karena kebijakannya baru dan tim nya belum dibentuk.
5. Kredensial apoteker hanya dilakukan ketika ada yang mempersyaratkan seperti untuk melengkapi dokumen akreditasi dan berpengaruh untuk kelangsungan praktek farmasi
6. Kepala instalasi menulis surat permohonan kredensial kepada direktur, direktur mengirim ke komite kesehatan lain. Komite kesehatan lain

membentuk tim kredensial yang terdiri dari kepala instalasi, tim kredensial internal dan satu asesor internal yang memiliki sertifikat asesor. Peserta kredensial diminta oleh tim kredensial melengkapi dan mengumpulkan dokumen legalitas kemudian dilakukan pengecekan dokumen. Hasil akhir adalah berita acara dari tim kredensial dan asesor yang ditujukan kepada direktur untuk mengeluarkan surat keputusan.

FGD RSUD Panembahan Senapati Bantul:

1. Apoteker memiliki ilmu khusus yang berkaitan dengan klinis dan non klinis dan berperan untuk mengurangi potensi kesalahan pada pasien yang dapat berakibat ke efektivitas pengobatan dan bengkaknya biaya sehingga berpotensi terjadi Kejadian Tidak Diharapkan
 2. Kredensial apoteker adalah penjaminan mutu apoteker dan pengisian standar sesuai masing-masing bidangnya
 3. Kredensial apoteker bermanfaat sebagai pengingat dasar-dasar farmasi dan jobdesk di rumah sakit, sangat bermanfaat terutama bagi apoteker baru yang belum punya pengalaman kerja dan hasil dari kredensial membuat apoteker mengetahui kewenangannya
 4. Prosedur kredensial apoteker dimulai dengan mencari info kredensial dari organisasi profesi. Setelah itu rumah sakit mengirim surat permohonan untuk dikredensial oleh organisasi profesi, melengkapi dan mengumpulkan dokumen legalitas, kemudian ditentukan tanggal pelaksanaan kredensialnya. Selama kredensial diadakan wawancara pada enam pos yang durasinya tergantung posisi partisipan kredensial di rumah sakit. Hasil kredensial dikirim beberapa hari setelahnya.
 5. Kredensial apoteker dilakukan hanya untuk ikut-ikutan tenaga kesehatan lain yang sudah ada kredensial dan dirasa tak perlu kredensial karena kesibukan apoteker.
 6. Manajemen hanya sekedar mengetahui bahwa sudah dilaksanakan kredensial apoteker.
-

3. Kendala dan Evaluasi Sistem Kredensial Apoteker

Partisipan FGD RSUD Muhammadiyah Bantul merasakan kredensial apoteker terutama kredensial internal secara mandiri masih belum ideal karena tim kredensial hanya berdasarkan senioritas, penilaian masih subjektif karena belum ada rincian standar bagaimana seseorang disebut kompeten dan parameter ukur yang terlalu luas dan tidak update. Form kewenangan yang dibuat juga hanya berdasarkan job yang selama ini dikerjakan. Kejelasan pelaksanaan tugas kredensial juga terjadi kontra antara ketentuan akreditasi dengan keinginan organisasi profesi. Dalam hal ini, muncul kebutuhan standardisasi aturan dan instrumen terhadap kendala sistem penilaian maupun parameter ukur untuk pelaksanaan kredensial. Hal ini untuk mengurangi subjektivitas penilaian tim kredensial yang diakibatkan oleh aturan dan instrumen yang tidak rinci dan tidak update serta menghindari terjadinya kontra akibat ketidakjelasan pelaksanaan tugas kredensial. Kemudian juga muncul kebutuhan tim yang ideal untuk menghindari terhambatnya proses kredensial disebabkan tim kredensial yang tidak netral karena hubungan senioritas (Herkutanto, 2009).

Sementara menurut partisipan FGD kedua rumah sakit berpendapat dari aspek waktu. Kendala dari kredensial apoteker yaitu butuh waktu khusus untuk melihat secara langsung prosesnya sehingga sering terjadi kontradiksi antara kompetensi yang ditulis, hasil wawancara, jumlah sertifikat yang dimiliki serta praktek di lapangan. Selain melihat dari sertifikat dan legalitas, seharusnya kredensial apoteker melihat juga proses praktek dan skill di lapangan secara komprehensif. Untuk mengatasi hal ini, sebenarnya sudah muncul ide penambahan proses monitoring. Hal ini sama-sama berawal dari keterbatasan proses kredensial yang hanya memotret partisipan kredensial dari satu titik waktu. Ide yang kemudian muncul adalah diadakannya periode ujicoba bagi partisipan kredensial. Dalam periode ini kompetensi partisipan diobservasi dan disupervisi saat bekerja di lapangan. Ide lain adalah dengan penggunaan data rekam medis pasien sebagai evaluasi *track record* tenaga kesehatan di rumah sakit. Ada juga ide bahwa kewenangan klinis dievaluasi dan disesuaikan dengan kompetensi dan kondisi fisik dan mental tenaga kesehatan, dengan kata lain direkredensial dalam rentang waktu tertentu (Herikutanto, 2009).

Sebenarnya untuk menjawab beberapa kebutuhan proses kredensial diatas yang menjadi kendala dan yang sesuai dengan

kebutuhan Indonesia, sudah ada rekomendasi suatu model kredensial yang: (1) menjawab tujuan keselamatan pasien, (2) sesuai dengan konsep profesionalisme, (3) telah dicoba di berbagai negara dengan hasil yang baik berdasarkan *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* pada tahun 2003. Model kredensial ini bertumpu pada tiga proses inti. Pertama, tenaga kesehatan melakukan aplikasi *clinical privilege* dengan metode *self assessment*. Kedua, kredensial harus dilakukan oleh mitra bestari, mitra bestari mengkaji dan memberikan persetujuan aplikasi berdasarkan buku putih (*white paper*). *White paper* ini menjadi acuan standar yang memuat syarat seorang tenaga kesehatan melakukan tindakan medis tertentu. Ketiga, rumah sakit menerbitkan *clinical appointment* berdasarkan rekomendasi dari mitra bestari. Secara periodik, tenaga kesehatan akan melalui proses rekredensial, di mana tiga proses inti tersebut akan berulang. Selain itu, jika seorang tenaga kesehatan dianggap akan membahayakan keselamatan pasien, kewenangan klinisnya dapat ditangguhkan (*suspension of clinical privilege*) sebagian atau seluruhnya, sehingga tenaga kesehatan yang bersangkutan tidak diperkenankan melakukan tindakan medis di rumah sakit tersebut (Herkutanto, 2008). Model kredensial di atas banyak diterapkan di berbagai negara karena merupakan bentuk klasik konsep

profesionalisme yang didasarkan pada kontrak sosial dengan masyarakat untuk menjamin kualitas layanan kesehatan (Cruess et al, 2000). Bahkan penerapan model kredensial dengan konsep profesionalisme yang didasarkan pada kontrak sosial dengan masyarakat tersebut telah diterapkan di Indonesia, dimulai dari kedokteran Indonesia sejak tahun 2004 (Herkutanto & Freckelton, 2006).

Proses monitoring dan rekredensial merupakan komponen tambahan dalam model kredensial Deutsch & Mobley yang dijelaskan sebelumnya, namun dari hasil FGD, bila melihat dari proses kredensial yang selama ini sudah dijalani, baik yang diselenggarakan oleh organisasi profesi maupun secara mandiri, kredensial hanya selesai sampai tahap keputusan. Bila melihat dari lampiran SK PP IAI, pada bagian Garis Besar Proses Kredensial Oleh Mitra Bestari, proses kredensial pun hanya tertulis mulai dari tahap analisis berupa penilaian partisipan dan evaluasi data hingga tahap keputusan yaitu menerbitkan rekomendasi kewenangan farmasi. Hal ini menunjukkan semakin perlunya proses monitoring bahkan proses rekredensial menjadi bagian dari proses kredensial apoteker. Hasil coding serta rincian wawancara dan FGD terkait kendala dan evaluasi system kredensial apoteker dapat dilihat pada lampiran 4-6 dan tabel 5.

Tabel 5 Koding Kendala dan Evaluasi Sistem Kredensial Apoteker

Kategori	Tema
<p>Wawancara Organisasi Profesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendala membangun sistem kredensial apoteker adalah menyamakan persepsi dan penyesuaian referensi dari luar dan masih mencari bentuk ideal. 2. Kredensial apoteker masih terus dievaluasi dengan membentuk borang/form yang dibahas dengan mengundang seluruh pengurus Hisfarsi dan melibatkan masukan sejawat. 	<p>Kendala dan Evaluasi Sistem Kredensial Apoteker masih banyak dan masih terus dievaluasi</p>
<p>FGD RSUD Muhammadiyah Bantul:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses kredensial masih belum ideal karena tim kredensial hanya berdasarkan senioritas, penilaian masih subjektif karena belum ada rincian standar bagaimana seseorang disebut kompeten dan parameter ukur yang terlalu luas dan tidak update. Form kewenangan yang dibuat juga hanya berdasarkan job yang selama ini dikerjakan. Selain melihat dari sertifikat dan legalitas, harusnya melihat juga proses praktek dan skill di lapangan secara komprehensif. Kejelasan pelaksanaan tugas kredensial juga terjadi kontra antara ketentuan akreditasi dengan keinginan organisasi profesi. 2. Kredensial apoteker butuh waktu khusus untuk melihat secara langsung prosesnya dan harus ditentukan siapa yang berwenang menentukan standarnya, serta penilai harus tersertifikasi. 	
<p>FGD RSUD Panembahan Senopati Bantul:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses kredensial apoteker masih belum ideal terkait dari aspek waktu, baik dari form kewenangan klinis yang harus diisi dan waktu pelaksanaan yang mendadak, durasi pelaksanaan kredensial dan durasi antar pos yang lama. 2. Kredensial apoteker memiliki definisi kompeten yang membingungkan, juga terjadi kontradiksi antara kompetensi yang ditulis, hasil wawancara, jumlah sertifikat dan praktek di lapangan. 	

4. Harapan Sistem Kredensial Apoteker di Masa Depan

Mayoritas partisipan FGD rumah sakit sepakat bahwa kredensial apoteker masih memiliki banyak hambatan dan belum ideal. Salah satunya adalah definisi kompeten dalam kredensial apoteker masih membingungkan. Atas hal ini, harapan partisipan FGD RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta dalam proses kredensial apoteker adalah untuk diadakan briefing terlebih dahulu tentang proses dan definisi terkait kredensial sebelum kredensial apoteker dilakukan. Faktanya, dalam Ketentuan Umum yang dijelaskan dalam lampiran SK PP IAI juga belum diterangkan definisi tentang kompeten. Maka perlu dibuat definisi tentang kompeten sehingga dapat disampaikan saat briefing sebelum kredensial apoteker dilakukan.

Sedangkan salah satu harapan partisipan FGD PKU Muhammadiyah Bantul yang melaksanakan kredensial internal dalam proses kredensial apoteker adalah adanya apoteker yang sudah memiliki sertifikat asesor untuk kredensial internal, atau dilakukan oleh organisasi profesi secara terstandarisasi serta langsung dikerjakan kredensial saat ada karyawan baru. Sebenarnya masalah ini akan terselesaikan bila peraturan kredensial apoteker mewajibkan seluruh rumah sakit untuk diadakan kredensial apoteker oleh

organisasi profesi sebagai mitra bestari yang sudah memiliki standar sendiri sesuai dengan mekanisme kredensial yang disarankan (Dager et al, 2011; Herkutanto, 2008). Dalam lampiran SK PP IAI sudah terdapat standar persyaratan tim kredensial yang berupa: 1) anggota tim ditunjuk dari sarana pelayanan kefarmasian, institusi pendidikan apoteker, himpunan seminari atau kolegium yang sesuai, 2) punya integritas, 3) telah ikut Training of Trainer (ToT) tentang kredensial, 4) berpengalaman dibidang yang bersangkutan minimal 3 tahun, 5) anggota berjumlah ganjil minimal tiga orang. Standar tim ini harus diikuti seluruh pengurus daerah IAI di Indonesia. Sebenarnya PD IAI DIY juga sudah membuat panduan pelaksanaan kredensial yang tercantum dalam Panduan Pelaksanaan Kredensial Apoteker Rumah Sakit IAI DIY yang menjelaskan bahwa: 1) kredensial dilakukan tim kredensial yaitu perangkat PD IAI DIY yang ditunjuk untuk menerapkan mekanisme kredensial, 2) tim kredensial bertugas berdasarkan Standar Kompetensi Apoteker Indonesia dan bukti tim kredensial telah berkompeten sudah tersimpan dalam *Curriculum Vitae* dan dokumen PD IAI DIY. Hasil koding serta rincian wawancara dan FGD terkait harapan sistem kredensial apoteker di masa depan dapat dilihat pada lampiran 4-6 dan tabel 6.

Tabel 6 Koding Harapan Sistem Kredensial Apoteker di Masa Depan

Kategori	Tema
FGD RSU PKU Muhammadiyah Bantul: 1. Harapan sistem kredensial apoteker di masa depan ada apoteker yang sudah memiliki sertifikat asesor untuk kredensial internal 2. Dilakukan oleh organisasi profesi secara terstandarisasi serta langsung dikerjakan kredensial saat ada karyawan baru.	Harapan Sistem Kredensial Apoteker Di Masa Depan bergantung pada organisasi profesi
FGD RSUD Panembahan Senopati Bantul: 1. Kredensial apoteker diharapkan untuk diadakan briefing tentang proses dan definisi terkait kredensial sebelum dikredensial	