

## **Bab II**

### **Pelayanan Kefarmasian**

#### **2.1 Definisi Pelayanan Kefarmasian**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Sedangkan 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. Standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi Apoteker/TTK, serta meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*). Standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit meliputi standar pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai serta Pelayanan Farmasi Klinis.

Pelayanan kefarmasian merupakan suatu pelayanan yang berkaitan dengan sediaan farmasi secara langsung dan bertanggung jawab kepada pasien dengan tujuan mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat termasuk pelayanan farmasi klinik. Apoteker khususnya di Rumah Sakit dituntut untuk merealisasikan paradigma yang berganti dari orientasi produk menjadi orientasi pasien. Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi dua standar kegiatan yaitu pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai serta pelayanan farmasi klinik. Dalam pelayanan kefarmasian, apoteker sangat berperan penting.

Pada pelayanan farmasi klinik, apoteker berperan dalam melakukan pelayanan terhadap pasien yang meliputi:

##### **2.1.1 Pengkajian dan Pelayanan Resep**

Pengkajian resep dilakukan untuk menganalisis 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.

### **2.1.2 Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat**

Penelusuran riwayat penggunaan obat merupakan suatu proses untuk mendapatkan informasi mengenai seluruh sediaan atau obat yang pernah dan sedang digunakan, riwayat pengobatan dapat diperoleh dari wawancara atau data rekam medik/pencatatan penggunaan obat pasien.

### **2.1.3 Rekonsiliasi Obat**

Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan obat seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Kesalahan obat 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.

### **2.1.4 Pelayanan Informasi Obat**

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

### **2.1.5 Konseling**

Konseling obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi obat dari Apoteker (*konselor*) kepada pasien atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di semua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan atau keluarga terhadap apoteker.

### **2.1.6 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. Visite juga dapat dilakukan pada pasien yang sudah keluar Rumah Sakit baik atas perayaan pasien maupun sesuai dengan program Rumah Sakit yang biasa disebut dengan pelayanan kefarmasian di rumah

### **2.1.7 Pemantauan Terapi Obat**

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

### **2.1.8 Pemantauan Efek Samping Obat**

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.

### **2.1.9 Evaluasi Penggunaan Obat**

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

### **2.1.10 Dispensing Sediaan Steril**

Dispensing sediaan steril harus dilakukan di Instalasi Farmasi dengan teknik aseptik untuk menjamin sterilitas dan stabilitas produk dan melindungi petugas dari paparan zat berbahaya serta menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.

## **2.2 Undang-Undang Pelayanan Kefarmasian**

Berikut merupakan Undang-Undang mengenai Pelayanan Kefarmasian:

- a. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
- d. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011.
- f. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kesehatan di Apotek.
- h. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.
- i. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek.
- j. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi secara Elektronik Sektor Kesehatan.
- k. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 03 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mencabut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019.

## **2.3 Rumah Sakit**

### **2.3.1 Sejarah Rumah Sakit**

Perkembangan sejarah dari Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu berawal dengan perubahan statusnya dari "Rumah Sakit Paru dengan pelayanan rawat jalan untuk pasien pengidap penyakit paru yang berlokasi di kota Batu pada tahun 1912 hingga 1944 dibawah kepemimpinan Pemerintah Belanda. Selanjutnyapada kemerdekaan Republik Indonesia tahun 1945 Pemerintah belanda menyerahkan sepenuhnya Rumah Sakit Paru Batu pada Republik Indonesia khususnya ke Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Pada tahun 2007 Rumah Sakit Paru ditetapkan sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa

Timur berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor YM.02.04.3.3.3228. Seiring berjalannya waktu pada tahun 2009 berdasarkan pada keputusan Gubernur No 118/259/kpts/013/2009 Rumah Sakit Paru Batu ditetapkan sepenuhnya berstatus sebagai Badan Layanan Umum Daerah.

Pada tanggal 14 September 2011, Rumah Sakit Paru Batu berhasil meraih kelulusan Akreditasi Tingkat Dasar oleh KARS dengan nomor sertifikat KARS-SERT/74/IX/2011. Selanjutnya Rumah Sakit Paru Batu berhasil menyelesaikan tingkat dasar dengan predikat lulus yang diselenggarakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit hingga pada tahun 2015 Rumah Sakit Paru Batu mengalami perubahan nomenklatur menjadi Rumah Sakit Karsa Husada Batu. Seiring berjalannya waktu Rumah Sakit Karsa Husada Batu terus berupaya untuk mengembangkan kualitas pelayanan Kesehatan sehingga Rumah Sakit Umum Karsa Husada berhasil lulus pada akreditasi tingkat Paripurna dan berhasil meraih predikat Rumah sakit tipe B dengan nomor izin operasional 03.23/1/01/III/2020 oleh Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu.

### **2.3.2 Visi dan Misi Rumah Sakit**

#### **1. Visi**

Menjadi Rumah Sakit pilihan utama masyarakat.

#### **2. Misi**

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan aman, ramah dan berkualitas.
- b. Mewujudkan tata kelola Rumah Sakit yang professional dan akuntabel
- c. Mewujudkan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu sebagai Rumah Sakit Umum Tipe B Pendidikan.
- d. Mewujudkan *Smart Hospital*.
- e. Meningkatkan kesejahteraan karyawan berdasarkan profesionalisme dan kepuasan pelanggan.

### **2.3.3 Motto Rumah Sakit**

“Menjadi Rumah Sakit Pilihan utama Masyarakat”

### **2.3.4 Akreditasi Rumah Sakit**

Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota batu telah terakreditasi Komite

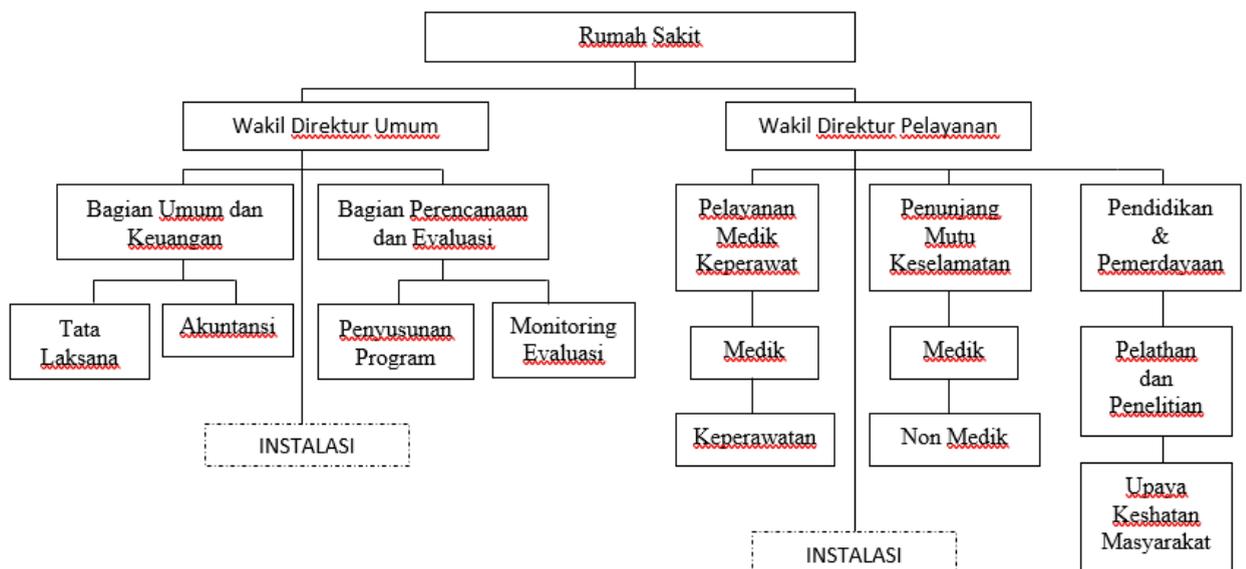
Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Tingkat Paripurna Tipe B Pendidikan. Penilaian akreditasi yang diterima oleh Rumah Sakit Karsa Husada Kota Batu berdasarkan pelayanan dan tenaga kerja. Tujuan dari akreditasi tersebut adalah meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

### 2.3.5 Bentuk Rumah Sakit

Bentuk Rumah Sakit Karsa Husada Kota Batu yaitu Rumah Sakit Statis. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit statis adalah Rumah Sakit yang didirikan di suatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan.

### 2.3.6 Struktur Organisasi Rumah Sakit

Berikut merupakan struktur dari organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Karsa Husada Batu yang diterapkan hingga saat ini.



Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUD Karsa Husada Batu

### 2.3.7 Formularium

Formularium merupakan data obat yang selalu direvisi dan memuat informasi penting tentang sediaan obat. Formularium yang digunakan di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu yaitu formularium nasional (Fornas) dan

formularium pendamping milik rumah sakit. Fornas merupakan formularium yang ditetapkan oleh pemerintah, oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan disusun oleh Komite Nasional Penyusun Formas. Selain Fornas, pedoman yang dapat digunakan untuk penyediaan obat pasien JKN yaitu e-katalog. Fornas merupakan buku pegangan yang berisi daftar obat yang dapat digunakan untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan juga telah ditetapkan berdasarkan tingkatan fasilitas kesehatannya.

Formularium pendamping dirancang oleh KFT sub komite formulariur berdasarkan formularium sebelumnya. Setelah itu dilakukan sosialisasi kepada bagian pelayanan medik selanjutnya bagian tersebut akan mengusulkan obat yang akan digunakan pada formularium dengan menyertakan alasannya. Usulan tersebut akan disampaikan kepada anggota KFT atau instalasi farmasi. KFT akan mempertimbangkan dan menganalisis usulan tersebut sebelum akhirnya dituangkan pada formularium pendamping. Selanjutnya, formularium disetujui atau ditetapkan dan disosialisasikan pada petugas medis. Formularium pendamping Rumah Sakit Umum Karsa Husada menggunakan daftar satu obat generik dan maksimal dua obat paten. Formularium ini dievaluasi oleh KFT dua tahun sekali. Evaluasi yang dilakukan mempertimbangkan perbekalan, efektivitas, dan efek sampingnya. Perbekalan ini meliputi proses pemasokan barang dari distributor, kepatuhan penggunaan obat yang terdaftar, dan cepatnya pergerakan obat. Sedangkan untuk pertimbangan efektivitas dan efek samping dilakukan terhadap obat baru. Khusus untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional akan dilakukan evaluasi penggunaan obat tambahan yang tidak terdaftar dalam formularium nasional. Obat tambahan ini tidak dikenai biaya tambahan karena Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu telah menyediakan anggaran biaya untuk itu. Perlunya dilakukan evaluasi ini bertujuan untuk memantap efisiensi penggunaan obat tambahan dan mencegah terjadinya kerugian bagi rumah sakit.

Tujuan dilakukannya evaluasi KFT dua tahun sekali juga untuk meningkatkan pelayanan kesehatan melalui peningkatan efektivitas dan efisiensi sehingga mencapai penggunaan obat yang rasional.

Tahapan penyusunan Formularium berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/200/2020 Tahun 2020 tentang Pedoman Penyusunan

Formularium Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Meminta usulan obat dari masing-masing Kelompok Staf Medik (KSM) dengan berdasarkan pada Panduan Praktik Klinis dan *clinical pathway*.
2. Membuat rekapitulasi usulan obat dari masing-masing Kelompok Staff Medik (KSM) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medik.
3. Mengelompokkan usulan obat berdasarkan kelas terapi.
4. Membahas usulan tersebut dalam rapat Komite/Tim Farmasi dan Terapi, jika diperlukan dapat meminta masukan dari pakar.
5. Mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite/Tim Farmasi dan Terapi, dikembalikan ke masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) untuk mendapatkan umpan balik.
6. Membahas hasil umpan balik dari masing-masing Staff Medik Fungsional (SMF) untuk mendapatkan obat yang rasional dan *cost effective*.
7. Menyusun usulan daftar obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit.
8. Menyusun usulan kebijakan penggunaan obat.
9. Penetapan Formularium Rumah Sakit oleh Direktur.
10. Melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada seluruh Tenaga Kesehatan Rumah Sakit.
11. Melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan.

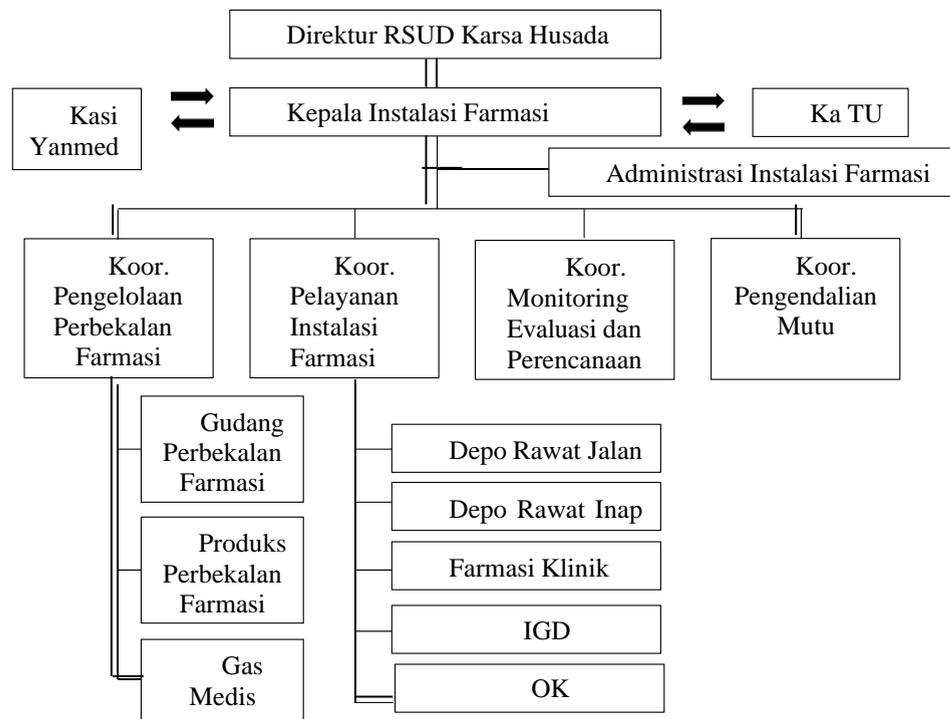
## **2.4 Instalasi Farmasi**

### **2.4.1 Instalasi Farmasi Rumah Sakit**

Instalasi Farmasi merupakan pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Dengan kebijakan pengelolaan sistem satu pintu, instalasi farmasi sebagai satu-satunya penyelenggara pelayanan kefarmasian, sehingga rumah sakit akan mendapatkan manfaat dalam hal pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, pemantauan terapi obat, dan penjaminan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan serta bahan medis habis pakai.

## 2.4.2 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi

Pada susunan organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu dipimpin oleh Kepala Instansi yang membawahi empat bagian yaitu Unit Pengelolaan Perbekalan Farmasi, Unit Pelayanan Instalasi Farmasi, Unit Monitoring evaluasi dan Perencanaan serta Unit Pengendalian Mutu. Selain itu, Kepala Instalasi Farmasi juga membawahi administrasi Instalasi Farmasi dan keempat koordinator unit merupakan seorang apoteker. Unit Pengelolaan Perbekalan Farmasi membawahi tiga sub unit yaitu sub unit bagian Gudang Perbekalan Farmasi, sub unit bagian Produksi Perbekalan Farmasi dan sub unit bagian Gas Medis sedangkan pada unit Pelayanan Instalasi Farmasi membawahi sub unit pelayanan farmasi Depo Rawat Jalan, sub unit pelayanan farmasi Depo Rawat Inap, sub unit pelayanan farmasi klinik, sub unit pelayanan farmasi IGD dan sub unit pelayanan farmasi OK.



Gambar 2.2. Struktur Organisasi Instalasi Farmasi RSUD Karsa Husada Batu

## 2.4.3 Depo Farmasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

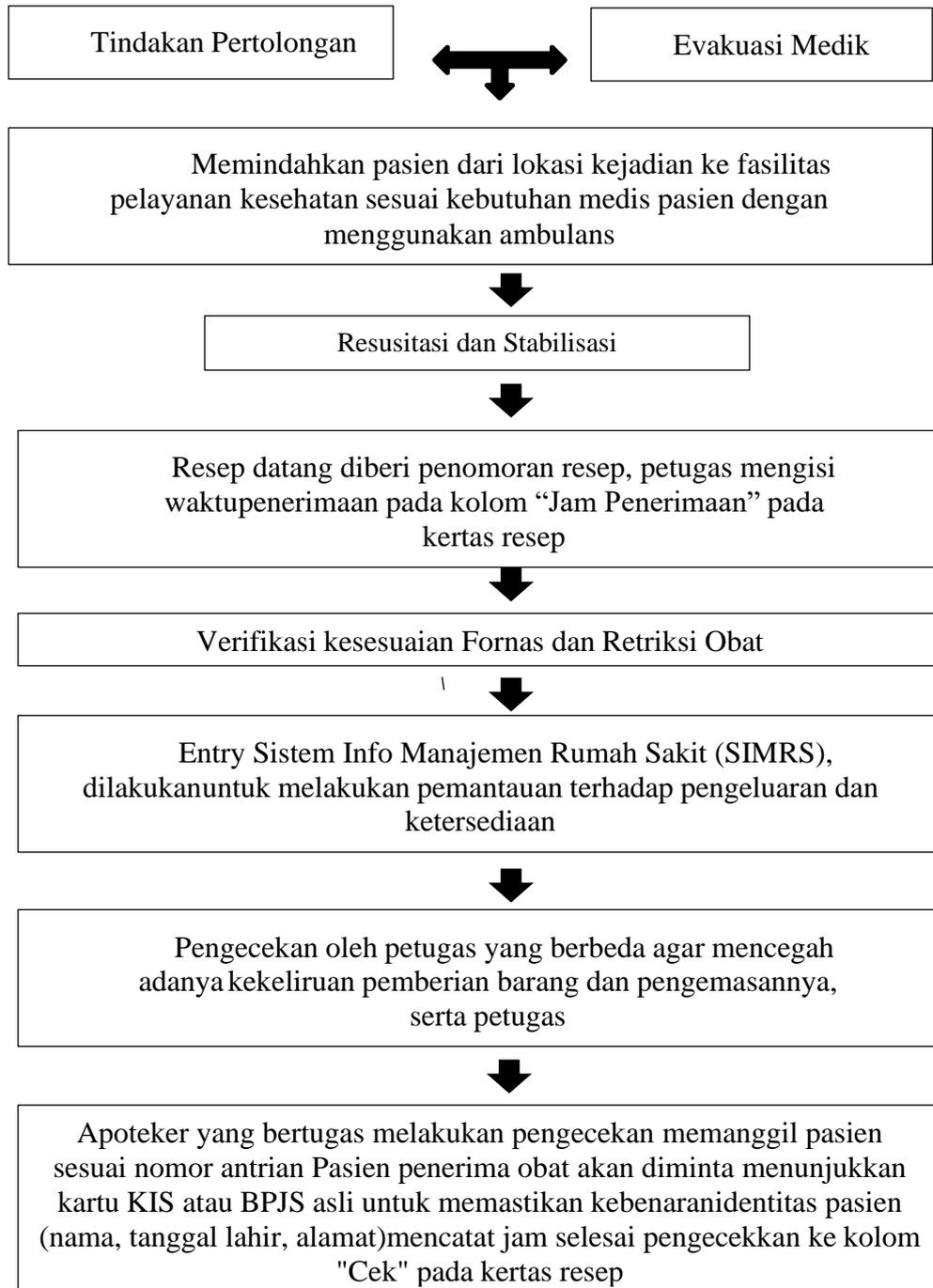
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan menyatakan bahwa pengaturan standar instalasi gawat darurat di Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan

Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit sebagai bentuk fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau masyarakat. Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pasien Gawat Darurat yang selanjutnya disebut Pasien adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera. Pengaturan Pelayanan Kegawatdaruratan bertujuan untuk memberikan acuan bagi Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan meliputi mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan, adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi serta adanya penurunan kesadaran, adanya gangguan hemodinamik serta yang lebih utama memerlukan tindakan segera.

Pelayanan farmasi di IGD dipimpin oleh seorang apoteker. Pelayanan farmasi di IGD selama 24 jam dilayani oleh petugas yang terbagi atas 3 shift yaitu pagi, siang dan malam hari. Pada setiap pergantian shift dilakukan serah terima barang dan uang. Pengadaan barang dari unit gudang dengan menggunakan formulir B2 Daftar Permintaan dan Pengeluaran Farmasi. Pelayanan farmasi yang dilakukan di IGD berupa sistem resep individual resep perseorangan. Tugas dan fungsi dari pelayanan farmasi di IGD: a. Melayani perbekalan farmasi untuk pasien yang masuk ke IGD, baik pada jam kerja maupun diluar jam kerja dan hari libur. Melayani pasien umum serta pasien emergensi b. Melayani perbekalan farmasi untuk pasien yang memerlukan tindakan bedah di (KBE) Kamar Bedah Emergensi, yaitu tindakan bedah yang dilakukan 24 jam untuk yang tidak terjadwal c. Pasien yang membutuhkan Observasi ODC One Day Care Fungsi ODC One Day Care yaitu sebagai tempat observasi pasien yang memerlukan penanganan khusus seperti pasien jantung, hipertensi. Pemantauan keadaan pasien di ODC ini dilakukan 1 hari 4 jam.

#### 2.4.4 Alur Pelayanan

Berikut merupakan alur pelayanan pada depo farmasi Instalasi Gawat Darurat:



Gambar 2.3. Alur Pelayanan Depo Farmasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pelayanan farmasi di IGD dipimpin oleh seorang apoteker. Pelayanan farmasi di IGD selama 24 jam dilayani oleh petugas yang terbagi atas 3 shift yaitu pagi, siang dan malam hari. Pada setiap pergantian shift dilakukan serah terima barang dan uang. Pengadaan barang dari unit gudang dengan menggunakan formulir B2 Daftar Permintaan dan Pengeluaran Farmasi. Pelayanan farmasi yang dilakukan di IGD berupa sistem resep individual resep perseorangan. Tugas dan fungsi dari pelayanan farmasi di IGD yaitu melayani perbekalan farmasi untuk pasien yang masuk ke IGD, baik pada jam kerja maupun diluar jam kerja dan hari libur.

#### **2.4.5 Denah Depo Farmasi IGD (Instalasi Gawat Darurat)**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai tempat untuk pelayanan kegawatdaruratan di Rumah Sakit harus dilengkapi dengan pedoman pelayanan yang baik sehingga proses pelayanan kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit dapat berjalan dengan baik dan mampu memberikan pelayanan yang memadai. Persyaratan gedung IGD yaitu area IGD terletak pada area depan atau muka dari tapak rumah sakit. Area IGD mudah dilihat serta mudah di capai dari luar tampak rumah sakit (jalan raya) dengan tanda-tanda yang sangat jelas dan mudah di mengerti masyarakat umum. Area IGD di sarankan memiliki pintu masuk kendaraan yang berbeda dengan pintu masuk kendaraan area instalasi rawat jalan (pintu masuk kendaraan /pasien tidak sam dengan alur keluar). Untuk tapak rumah sakit yang berbentuk memanjang mengikuti panjang jalan raya maka pintu masuk ke area IGD harus terletak pada pintu masuk yang pertama kali ditemui oleh pengguna kendaraan untuk masuk kearea tapak rumah sakit. Area IGD juga harus mudah diketahui dan di capai dari dalam area tapak rumah sakit dengan tanda-tanda yang sangat jelas dan mudah di mengerti masyarakat umum. IGD di anjurkan untuk memiliki area yang dapat di gunakan untuk penanganan korban bencana massal. Pintu IGD yang berada pada area untuk menurunkan atau menaikkan pasien harus terletak di depan atau disamping bangunan dengan sirkulasi yang memungkinkan ambulans tidak perlu mundur untuk menurunkan pasien maupun keluar dari area menurunkan dan menaikkan pasien tersebut dan area terlindung dari panas dan hujan. Pintu masuk IGD harus dapat di lalui oleh brankart.

Memiliki area khusus parkir ambulans yang dapat menampung lebih dari 2

ambulans. Susaunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar dan tidak terjadi “*crossinfection*” dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan rumah sakit, mudah di bersihkan dan mudah di kontrol kegiatan oleh perawat kepala jaga. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki CITO OK harus berdekatan dengan unit Bedah sentral 24 jam. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki ruang perawatan krisis IGD harus berdekatan dengan ICU 24 jam. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki ruang bersalin harus berdekatan dengan unit kebidanan 24 jam. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki CITO lab harus berdekatan/bergabung dengan unit laboratorium 24 jam. Letak bangunan IGD yang tidak memiliki CITO depo farmasi harus berdekatan dengan depo farmasi 24 jam.

Sedangkan pembagian zona ruang yaitu dimana area menurunkan atau menaikkan pasien (*ambulance/patient drop in area*) atau pasien di turunkan atau di naikkan dari atau ke ambulans/kendaraan evakuasi menuju ataupun keluar dari IGD menggunakan ataupun memakai *brankar, stretcher, trolley* pasien atau kursi roda. Area pintu masuk ataupun keluar utama IGD, area pintu masuk atau keluar utama pasien maupun pengantar pasien ke dalam gedung IGD.

Sedangkan untuk ruang penerimaan terbagi meliputi ruang tunggu pengantardimana ruang tunggu pengantar pasien IGD adalah tempat keluarga atau pengantar pasien menunggu. Tempat ini menyediakan tempat duduk, pesawat televisi, dan sarana prasarana dan peralatan telpon umum. Ruang pendaftaran dan rekam medis pasien IGD adalah ruang untuk menyelenggarakan kegiatan-kegiatan administrasi khususnya pelayanan pasien *emergency* ruangan ini berada pada bagian depan di lengkapi meja kerja lemari berkas arsip dan telepon. Kegiatan administrasi yang dilakukan meliputi pendataan pasien, penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien atau *inform concern*, pembayaran, ruang *triase*, ruang penyimpanan stretcher, ruang informasi dan komunikasi. Ruang *triase* digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkan kegawatan penyakitnya. Terletak berdampingan dengan tempat perawat kepala, *chief nurse*, dokter jaga sehingga dengan mudah dapat mengawasi semua kegiatan di pintu masuk , ruang tunggu ,ruang tindakan dan ruang resusitasi.

Persyaratan ruang termasuk luasan dan kondisi fisik sarana unit gawat darurat yang disesuaikan dan dapat di kembangkan dengan beban kerja pelayanan yang dilaksanakan dalam kondisi normal (saat tidak terjadi kondisi bencana yang

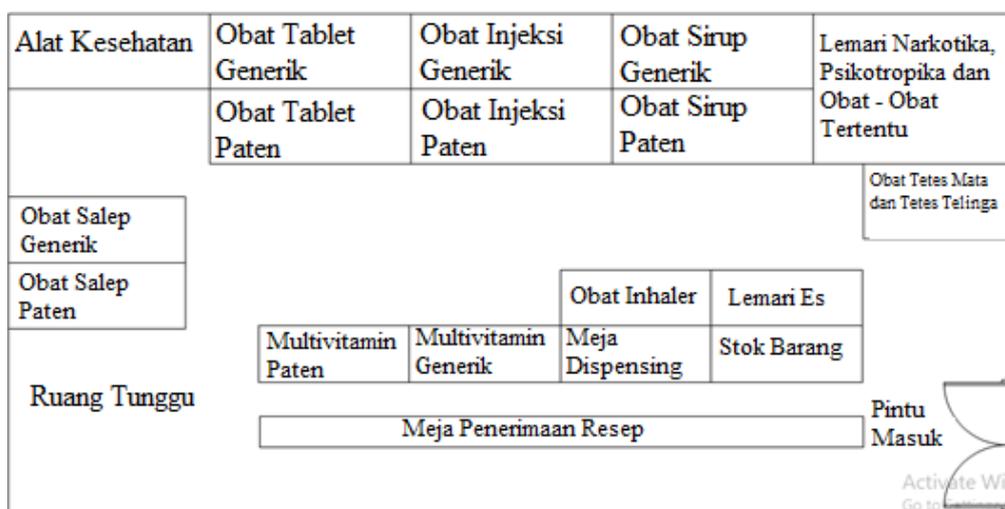
menyebabkan IGD harus menerima beban kerja pelayanan melebihi  $> 1,5 \times$  dari beban kerja pelayanan normal) maupun saat terjadi kondisi bencana (baik bencana internal fasilitas kesehatan maupun korban rujukan dari eksternal / luar fasilitas kesehatan). Luasan dan kondisi fisik sarana IGD pada fasilitas kesehatan juga harus memprediksikan kemungkinan pengembangan untuk 20 tahun mendatang dan sesuai peningkatan kelas fasilitas pelayanan kesehatan. Pengaturan sirkulasi petugas IGD dan tempat-tempat alat-alat medik sehingga di mungkinkan penggunaan alat-alat secara bersama-sama. Pembentukan ruang-ruang yang memungkinkan untuk di gunakan sebagai ruang periksa, observasi dan ruang resusitasi. Pemisahan antara ruang-ruang bedah dengan non bedah. Pemisahan antara ruang-ruang *true emergency* dengan *false emergency*. Keseluruhan ruangan dan dan alatditetapkan untuk dapat digunakan selama 24 jam. Ruangan ruangan tindakan, observasi serta rawat jalan (intermediet ward) harus di desain sedemikian rupa hingga mudah di modifikasi menjadi suatu ruangan besar yang menyatu dalam rangka antisipasi keadaan bencana (*disaster preparedness internal building area*).

Sistim kelistrikan pada gedung IGD adalah penyediaan sumber listrik melalui dari panel induk fasilitas pelayanan kesehatan sampaititik pemakaian gedung IGD. Penyediaan suplai daya listrik yang harus tersedia meliputi suplai daya listrik dari PLN sebagai suplai daya listrik utama. Suplai daya listrik emergency terdiri dari suplai daya listrik dari generator set (*Genset*) yang berfungsi, bila suplai listrik PLN terputus, maka genset akan berfungsi dengan selang waktu pemindahan dari suplai listrik PLN ke genset. Suplai daya listrik *uninterruptibel power supplay* (UPS) berfungsi untuk mengatasi terputusnya selang waktu pengalihan beban listrik dari PLN ke gensetsampai berfungsi genset secara penuh. Selang waktu pemindahansuplai daya listrik antara terputusnya aliran listrik PLN dengan berfungsi genset maksimal 15 detik, genset harus dapat beroperasi secara automatic dan manual. Sistem penyaluran listrik menggunakan sistim radial pada tegangan 400volt, bila panel induk utama *voltage* distribusi panel berada ditengah tengah pusat beban yang menyambar panel panel gedung dengan jarak maksimal 300 m.

Sedangkan untuk ruang penerimaan terbagi meliputi ruang tunggu pengantardimana ruang tunggu pengantar pasien IGD adalah tempat keluarga atau pengantar pasien menunggu. Tempat ini menyediakan tempat duduk, pesawat

televisi, dan saran prasarana dan peralatan telpon umum. Ruang pendaftaran dan rekam medis pasien IGD adalah ruang untuk menyelenggarakan kegiatan-kegiatan administrasi khususnya pelayanan pasien *emergency* ruangan ini berada pada bagian depan di lengkapi meja kerja lemari berkas arsip dan telepon. Kegiatan administrasi yang dilakukan meliputi pendataan pasien, penandatanganan surat pernyataan keluarga pasien atau *inform concern*, pembayaran, ruang *triase*, ruang penyimpanan stretcher, ruang informasi dan komunikasi. Ruang *triase* digunakan untuk seleksi pasien sesuai dengan tingkan kegawatan penyakitnya. Terletak berdampingan dengan tempat perawat kepala, *chief nurse*, dokter jaga sehingga dengan mudah dapat mengawasi semua kegiatan di pintu masuk , ruang tunggu ,ruang tindakan dan ruang resusitasi.

Berikut merupakan denah dari depo farmasi Instalasi Gawat Darurat :



Gambar 2.4. Denah Depo Farmasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

#### 2.4.6 Depo Farmasi Rawat Jalan

Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan difokuskan untuk memberikan pelayanan terhadap pasien yang rawat jalan. Pelayanan Farmasi pada Depo Rawat jalan ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kefarmasian kepada pasien Poli Klinik yang ada di Rumah Sakit. Pada Depo Rawat Jalan ini pelayanan kefarmasi di RSUD Karsa Husada Batu menganut pada pola pelayanan didalamnya dalam melayani pasien rawat jalan. Pola pelayanan adalah waktu yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan yang dapat dikategorikan sebagai waktu konstan dan acak.

Apabila waktu pelayanan konstan, maka waktu yang diperlukan untuk melayani setiap pelanggan adalah sama, yang sering terjadi banyak kasus adalah waktu pelayanan berdistribusi acak. Waktu pelayanan acak apabila waktu yang dibutuhkan untuk melayani berbeda-beda untuk setiap pelanggan. Tata letak fisik dari sistem antrian digambarkan dengan jumlah saluran atau disebut juga dengan jumlah pelayan. Model fasilitas antrian ada empat macam yaitu *single channel single phase*, *single channel multi phase*, *multi channel single phase* dan *multi channel multi phase*.

*Single channel single phase* adalah sistem antrian jalur tunggal yang menggunakan satu jalur untuk memasuki sistem pelayanan dan satu stasiun pelayanan. Dalam arti lain dalam sistem antrian tersebut hanya terdapat satu pemberi layanan dan satu jenis layanan yang diberikan. *Single channel multi phase* adalah sistem antrian jalur tunggal tahapan berganda yaitu fasilitas pelayanan yang menggunakan satu jalur yang memasuki sistem pelayanan dan ada lebih dari satu stasiun pelayanan. Dalam arti lain bahwa dalam sistem antrian tersebut terdapat lebih dari satu jenis layanan yang diberikan, tetapi dalam setiap jenis layanan hanya terdapat satu pemberi layanan. *Multi channel single phase* adalah sistem antrian jalur berganda satu tahap yang menggunakan dua atau lebih jalur untuk memasuki sistem pelayanan namun stasiun pelayanan hanya satu. *Multi channel multi phase* adalah fasilitas pelayanan yang menggunakan dua atau lebih jalur untuk memasuki sistem pelayanan dengan lebih dari satu stasiun pelayanan yang dilaluinya.

Disiplin pelayanan menunjukkan pedoman keputusan yang digunakan untuk menyeleksi individu yang memasuki antrian untuk diprioritaskan mendapatkan layanan pertama. Terdapat beberapa bentuk disiplin pelayanan yaitu *First Come First Served (FCFS)*, *Last Come First Served (LCFS)*, *Service In Random Services (SIRO)*, *General Discipline (GD)*, *Priority Services (PS)* dan *Emergency First (EF)*. *First Come First Served (FCFS)* yaitu disiplin pelayanan dengan prioritas pelanggan yang lebih dahulu datang akan dilayani lebih dahulu. *Last Come First Served (LCFS)* yaitu ketika individu yang terakhir masuk ke dalam sistem antrian dan akan lebih dahulu keluar meninggalkan sistem antrian. *Service In Random Order (SIRO)* yaitu apabila panggilan terhadap anggota antrian didasarkan pada probabilitas secara random. *General Discipline (GD)* yaitu antrian diberikan secara acak kepada individu yang membutuhkannya. *Priority Service*

(*PS*) yaitu pelayanan diberikan lebih dahulu kepada mereka yang mempunyai prioritas lebih tinggi walaupun pelanggan dengan lebih rendah datang lebih dahulu atau sedang dilayani. *Emergency First (EF)* yakni pelanggan yang memiliki kondisi lebih kritis akan ditangani.

Proses pelayanan resep non racikan terbagi dalam dua kategori waktu, yaitu waktu pelayanan dan waktu tunggu. Waktu pelayanan adalah waktu yang dibutuhkan petugas untuk menyelesaikan satu resep pada setiap proses pelayanan. Sedangkan waktu tunggu adalah waktu tunda atau idle sebuah resep tidak dilakukan pelayanan.

Skrining Resep atau biasa dikenal dengan Pengkajian Resep merupakan kegiatan apoteker dalam mengkaji sebuah resep yang meliputi pengkajian administrasi, farmasetik dan klinis sebelum resep diracik. Tujuannya untuk menjamin keamanan (*safety*) dan kemanjuran (*efficacy*) dari obat dalam resep ketika digunakan pasien serta memaksimalkan tujuan terapi. Kajian administratif meliputi informasi pasien (nama pasien, umur, jenis kelamin, berat badan, alamat), informasi dokter penulis resep (nama dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf) dan tanggal penulisan resep. Pengkajian tersebut harus meliputi kesesuaian farmasetik baik dalam bentuk dan kekuatan sediaan, stabilitas serta kompatibilitas (ketercampuran obat). Pertimbangan klinis yang juga harus disertai saat melakukan pengkajian skrining resep meliputi ketepatan indikasi dan dosis obat, aturan serta cara dan lama penggunaan obat, duplikasi atau polifarmasi, reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, efek samping obat, manifestasi klinis lain) kontra indikasi dan interaksi.

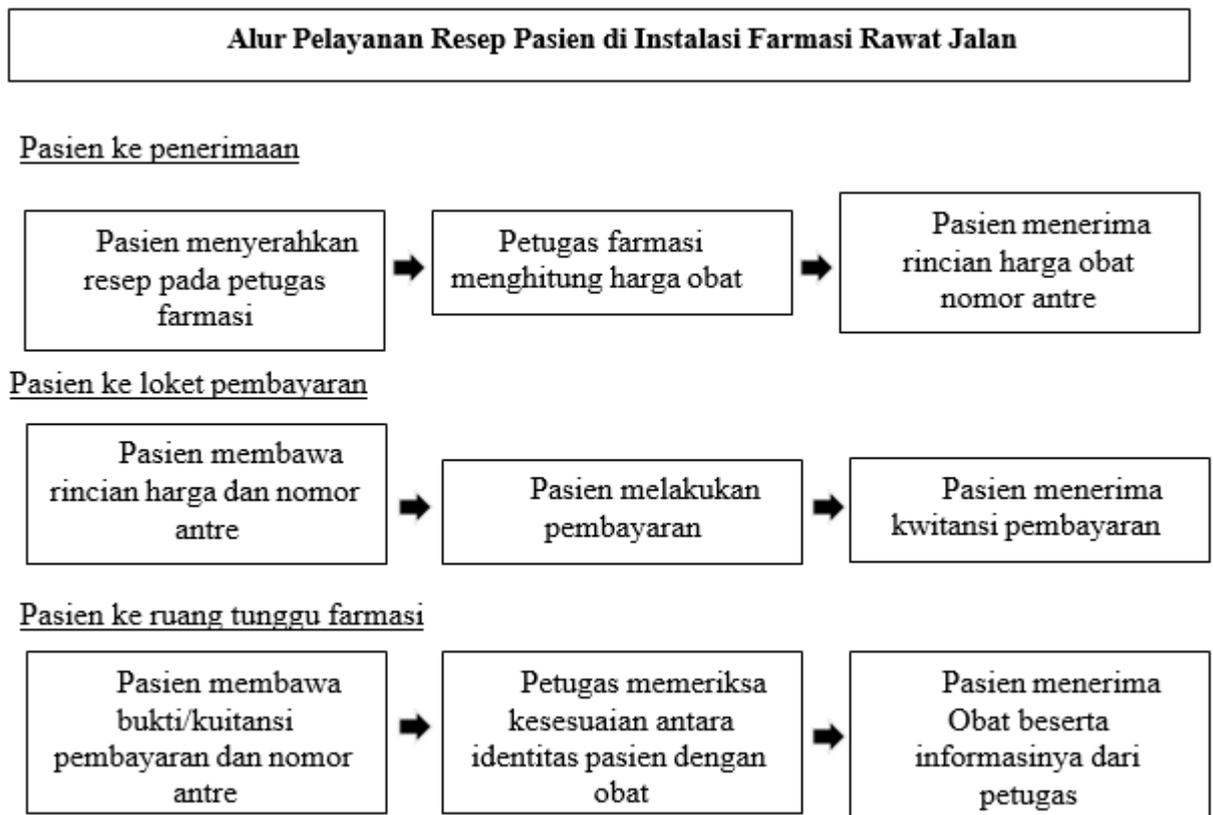
Waktu tunggu pelayanan resep dibagi menjadi dua yaitu waktu tunggu pelayanan obat resep jadi dan waktu tunggu pelayanan resep racikan. Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai dengan pasien menerima obat jadi. Sedangkan waktu tunggu pelayanan resep obat racikan adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai menerima obat racikan. Peracikan obat dilakukan oleh Apoteker dibantu TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) dengan waktu maksimal 60 menit. Obat racikan adalah obat yang dicampur dengan beberapa macam atau jenis obat agar menjadi sediaan homogen berupa puyer, kapsul, salep maupun sirup. Sebelum melakukan peracikan obat, resep diskruining terlebih dahulu oleh

Apoteker untuk mengetahui apakah resep sudah sesuai atau tidak, melihat bentuk sediaan, dosis, jumlah obat yang dibutuhkan serta dilakukan perhitungan jumlah dari setiap obat yang akan diracik. Lalu, menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD).

#### 2.4.7 Alur Pelayanan

Alur pelayanan kefarmasian di depo rawat jalan yaitu Pasien menyerahkan resep pada petugas farmasi selanjutnya petugas farmasi akan menghitung harga obat agar pasien mengetahui berapa rincian biaya yang harus dikeluarkannya. Selanjutnya pasien akan menerima rincian harga obat dan mendapatkan no antrian. Pasien diarahkan untuk membayar terlebih dahulu tanggungan obat dan diarahkan untuk melunasinya sampai dengan pasien mendapatkan kwitansi pembayaran dari petugas pembayaran. Setelah itu pasien menunggu di ruang tunggu Instalasi Farmasi untuk nantinya mendapatkan obat.

Berikut merupakan alur pelayanan resep pasien di instalasi Farmasi rawat jalan :



Gambar 2.5. Alur Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan

Pelayanan seluruh resep rawat jalan dipusatkan di Depo Farmasi Rawat Jalan di gedung baru. Dilakukan pengecekan kelengkapan administrasi terlebih dahulu. Selanjutnya dilakukan entry atau billing obat dan pemberian nomer resep. Nomer resep warna biru untuk pasien asuransi (BPJS) dan warna putih untuk pasien umum. Pasien umum pembayaran dilakukan di awal dan menunjukkan bukti pembayaran pada saat pengambilan obat. Sebelum pengerjaan resep dilakukan telaah resep oleh Apoteker. Apabila ada permasalahan terkait obat dalam resep (misal tulisan dokter yang tidak terbaca, dosis kurang maka Apoteker akan melakukan konfirmasi kepada dokter penulis resep). Pengambilan obat oleh petugas pertama dan diberikan etiket oleh petugas yang kedua. Etiket warna putih untuk obat oral dan etiket warna biru untuk obat luar, injeksi dan suppositoria. Penulisan di etiket meliputi tanggal resep dikerjakan, nama pasien, nama obat, jumlah obat, waktu penggunaan dan ED obat. Setelah obat selesai diberikan etiket dan dikemas maka dilakukan telaah obat oleh Apoteker. Setelah obat sudah siap, obat diserahkan oleh Apoteker dengan KIE.

Skrining Resep atau biasa dikenal dengan Pengkajian Resep merupakan kegiatan apoteker dalam mengkaji sebuah resep yang meliputi pengkajian administrasi, farmasetik dan klinis sebelum resep diracik. Tujuannya untuk menjamin keamanan (*safety*) dan kemanjuran (*efficacy*) dari obat dalam resep ketika digunakan pasien serta memaksimalkan tujuan terapi. Kajian administratif meliputi informasi pasien (nama pasien, umur, jenis kelamin, berat badan, alamat), informasi dokter penulis resep (nama dokter, nomor Surat Izin Praktik (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf) dan tanggal penulisan resep. Pengkajian tersebut harus meliputi kesesuaian farmasetik baik dalam bentuk dan kekuatan sediaan, stabilitas serta kompatibilitas (ketercampuran obat). Pertimbangan klinis yang juga harus disertai saat melakukan pengkajian skrining resep meliputi ketepatan indikasi dan dosis obat, aturan serta cara dan lama penggunaan obat, duplikasi atau polifarmasi, reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, efek samping obat, manifestasi klinis lain) kontra indikasi dan interaksi.

Sedangkan untuk pasien umum, dilakukan transaksi menggunakan aplikasi SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) untuk mencetak nota transaksi serta dilakukan pembayaran dikasir. Kemudian, obat disiapkan dan ditulis etiketnya oleh Tenaga Teknik Kefarmasian (TTK).

#### **2.4.8 Penggunaan Obat *High Alert Medication***

High Alert Medication diatur dalam Permenkes RI Nomor 1691 tahun 2011 yang menjelaskan bahwa obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (Sentinel Event), dampak yang tidak diinginkan (*Adverse Outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip seperti Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), atau *Look Alike Sound Alike* (LASA) termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi, narkotika dan obat-obat sitostatika. Standar Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai. Maksud dan tujuannya adalah kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan.

#### **2.4.9 Pengkajian Resep**

Kegiatan pengkajian resep meliputi administrasi, kesesuaian farmasetik, dan pertimbangan klinis (Permenkes, 2016).

a. Kajian administrasi meliputi:

- Nama pasien, umur, jenis kelamin, dan berat badan.
- Nama dokter, nomor surat ijin praktik (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf.
- Tanggal penulisan resep.

b. Kajian kesesuaian farmasetik meliputi:

- Bentuk dan kekuatan sediaan.
- Stabilitas.
- Kompatibilitas (ketercampuran obat).

c. Pertimbangan klinis meliputi :

- Ketepatan indikasi dan dosis obat.
- Aturan, cara dan lama penggunaan obat.
- Duplikasi dan/atau polifarmasi.
- Reaksi obat yang tidak diinginkan Kontra indikasi

Waktu tunggu pelayanan resep dibagi menjadi dua yaitu waktu tunggu pelayanan obat resep jadi dan waktu tunggu pelayanan resep racikan. Waktu tunggu

pelayanan resep obat jadi adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai dengan pasien menerima obat jadi. Sedangkan waktu tunggu pelayanan resep obat racikan adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai menerima obat racikan.

#### **2.4.10 Pelayanan Resep Racikan**

Peracikan obat dilakukan oleh Apoteker dibantu TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) dengan waktu maksimal 60 menit. Obat racikan adalah obat yang dicampur dengan beberapa macam atau jenis obat agar menjadi sediaan homogen berupa puyer, kapsul, salep maupun sirup. Sebelum melakukan peracikan obat, resep diskriminasi terlebih dahulu oleh Apoteker untuk mengetahui apakah resep sudah sesuai atau tidak, melihat bentuk sediaan, dosis, jumlah obat yang dibutuhkan serta dilakukan perhitungan jumlah dari setiap obat yang akan diracik. Lalu, menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD), peralatan dan bahan yang dibutuhkan seperti mortir, stamper dan lain-lain. Obat yang sudah diracik, dimasukkan ke dalam kemasan obat racikan dan plastik serta ditulis etiketnya oleh TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian). Apoteker melakukan pengecekan minimal 2 indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

#### **2.4.11 Pelayanan Resep Non Racikan**

Obat non racikan adalah obat dalam sediaan tunggal dan dalam pemberiannya tidak mengubah bentuk sediaan asal. Pelayanan resep non racikan membutuhkan waktu maksimal 30 menit. Pelayanan resep non racikan dimulai dengan menulis etiket. Selanjutnya, TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) mengambil jenis dan jumlah obat yang sesuai dengan resep. Obat yang sudah disiapkan dimasukkan ke dalam plastik dan ditulis etiketnya oleh TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian). Apoteker melakukan pengecekan minimal dua indikator (nama pasien dan alamat pasien) dan menyerahkan obat kepada pasien dengan memanggil nama pasien serta mengkonfirmasi ulang kebenaran pasien. Terakhir, Apoteker melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan menuliskan jam penyerahan obat.

#### **2.4.12 Penggunaan Obat *High Alert Medication***

*High Alert Medication* adalah obat-obat yang memerlukan pengawasan khusus sejak proses pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian sampai pada pemberian obat kepada pasien karena sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*) dan berisiko tinggi menyebabkan Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD). Rumah Sakit memiliki daftar *high-alert medication*, termasuk daftar obat NORUM. Jumlah insiden keselamatan pasien terkait obat dapat berkurang secara signifikan dengan menerapkan langkah-langkah peningkatan keamanan seperti menciptakan *safety culture*, mengurangi *blaming culture*, dan meningkatkan komunikasi dan pembelajaran dari setiap insiden yang terjadi. Memantau efek terapi dan efek samping pemberian *high alert medication* pada pasien misalnya antikoagulan (terutama perdarahan, INR), narkotik (terutama depresi pernafasan), insulin (terutama hipoglikemia atau hiperglikemia), sedatif (terutama hipotensi, depresi susunan saraf pusat, risiko jatuh). *High alert* juga didefinisikan oleh *The Institute For Healthcare Improvement* (IHI) sebagai obat yang kemungkinan besar menyebabkan bahaya ketika digunakan. The Joint Commission menggambarkan *high alert* sebagai obat yang memiliki resiko tinggi menyebabkan bahaya ketika misuse. Obat-obatan yang disebutkan dalam isu keselamatan pasien itu salah satunya adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida yang lebih pekat dari 0,9%, dan magnesium sulfat yang lebih pekat dari 50%). Cara yang paling efektif untuk mengurangi dan mengeliminasi terjadinya kejadian tersebut yaitu dengan meningkatkan proses pengelolaan obat- obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit dapat secara kolaboratif untuk mengembangkan suatu kebijakan untuk membuat daftar obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data rumah sakit. Kebijakan ini juga dapat mengidentifikasi daerah mana saja yang membutuhkan elktrolit konsentrat, seperti Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut sehingga dapat membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati

#### **2.4.13 Resep Tidak Terbaca**

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. Standard Operating Procedure (SOP) untuk *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering* perlu dibuat untuk meminimalkan resiko terjadinya *medication errors*, jika ada bagian resep yang tidak terbaca maka konsultasi langsung ke penulis resep menjadi langkah pertama yang harus dilakukan.

#### **2.4.14 Gudang Farmasi**

Gudang adalah tempat pemberhentian sementara barang sebelum dialirkan dan berfungsi menjamin kelancaran, ketersediaan permintaan dan distribusi barang ke konsumen. Fungsi gudang farmasi yaitu empat perencanaan dan pengadaan obat sesuai dengan pola penyakit di daerah tersebut, penyaluran ke Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan mutu obat harus sesuai dengan standar yang di tetapkan oleh BPOM. Syarat gudang yang baik adalah cukup luas minimal 3 x 4 m<sup>2</sup>, ruangan kering dan tidak lembab, ada ventilasi, memiliki cahaya yang cukup, namun jendela harus mempunyai pelindung untuk menghindarkan adanya cahaya langsung dan hindari pembuatan sudut lantai dan dinding yang tajam. Gudang di gunakan khusus untuk penyimpanan obat maka harus mempunyai pintu yang dilengkapi kunci ganda, harus tersedia lemari khusus untuk narkotika dan psikotropika dan pintu selalu terkunci dan harus ada pengukur suhu dan *hygrometer* ruangan.

Sistem Penyimpanan dalam gudang merupakan penyimpanan yang didalamnya meliputi suatu kegiatan menyimpan dan memelihara obat dengan cara menempatkan obat-obatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat. Kegiatan penyimpanan obat meliputi pengaturan tata ruang untuk memperoleh kemudahan dalam penyimpanan, penyusunan, pencarian dan pengawasan obat, diperlukan pengaturan tata ruang yang baik.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam merancang gudang seperti kemudahan bergerak maka untuk memudahkan bergerak gudang ditata

menggunakan sistem satu lantai, jangan menggunakan sekat-sekat. Jika menggunakan sekat-sekat perhatikan posisi dinding dan pintu untuk mempermudah gerakan. Berdasarkan arus penerimaan dan pengeluaran obat, lorong ruang gudang dapat di tata berdasarkan sistem arus garis lurus, arus huruf U, dan arus garis L.

Sirkulasi udara yang baik merupakan salah satu faktor yang penting dalam merancang gudang adalah adanya sirkulasi udara yang cukup didalam ruangan termasuk pengaturan kelembaban udara dan pengaturan pencahayaan. Penempatan rak yang tepat dan penggunaan pallet yang benar dapat meningkatkan sirkulasi udara. Penyimpanan khusus juga perlu untuk diperhatikan seperti obat, vaksin dan serum di simpan di lemari pendingin khusus (*coldchain*) dan di lindungi dari kemungkinan putusnya arus listrik. Bahan kimia disimpan dalam bangunan khusus yang terpisah dari gudang khusus. Peralatan besar / alat besar memerlukan tempat khusus untuk penyimpanannya dan pemeliharaannya Pencegahan kebakaran yaitu alat pemadam kebakaran harus diletakkan pada tempat yang mudah dijangkau dan dalam jumlah yang cukup. Pengaturan penyimpanan obat juga perlu diperhatikan, pengaturan obat di kelompokkan berdasarkan bentuk sediaan dan disusun secara alfabetis berdasarkan nama generiknya. Contoh kelompok sediaan tablet, kelompok sediaan sirup dan lain-lain.

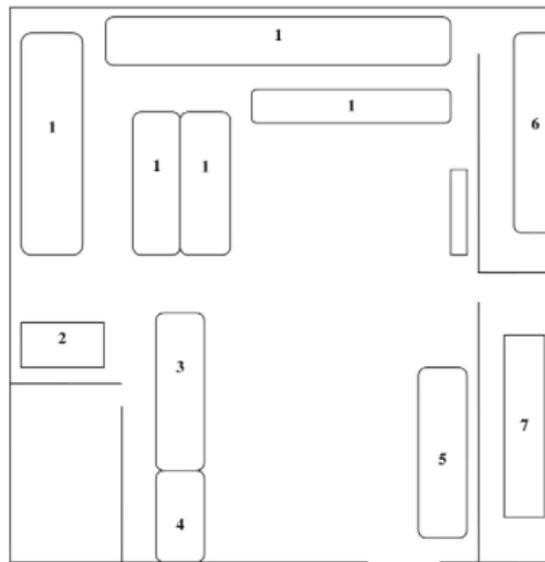
Penyusunan berdasarkan FEFO merupakan penyusunan berdasarkan sistem *First Expired First Out* (FEFO) adalah penyimpanan obat yang berdasarkan obat yang memiliki tanggal kadaluarsa lebih cepat maka dikeluarkan lebih dulu. Sedangkan penyusunan berdasarkan FIFO merupakan penyusunan berdasarkan sistem *First In First Out* (FIFO) yaitu penyimpanan obat berdasarkan obat yang datang lebih dulu dan dikeluarkan lebih dulu. Sementara untuk penyusunan yang harus diperhatikan meliputi:

- a. Susun obat dalam kemasan besar diatas pallet secara rapi dan teratur.
- b. Gunakan lemari khusus untuk penyimpanan narkotika.
- c. Golongan antibiotik harus disimpan dalam wadah tertutup rapat, terhindar dari cahaya matahari, di simpan ditempat yang kering.
- d. Simpan obat dalam rak dan cantumkan nama masing-masing obat pada rak dengan rapi.
- e. Pisahkan perbekalan farmasi dalam dengan perbekalan farmasi untuk penggunaan luar dan di berikan nomor kode.

- f. Simpan persediaan farmasi yang dapat dipengaruhi oleh temperatur, udara, cahaya dan kontaminasi bakteri pada tempat yang sesuai.
- g. Persediaan farmasi yang mempunyai batas waktu penggunaan perlu dilakukan rotasi stok agar persediaan farmasi tersebut tidak selalu berada di belakang sehingga dapat dimanfaatkan sebelum masa kadaluwarsa habis

#### 2.4.15 Denah Gudang Farmasi

Berikut merupakan denah dari gudang farmasi yang terdapat di RSUD Karsa Husada Batu :



Gambar 2.6. Denah Gudang Farmasi

#### 2.5 Pengelolaan Sediaan Farmasi

Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian, yang dimulai dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan dan pelaporan serta pemantauan dan evaluasi. Tujuannya adalah untuk menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang efisien, efektif dan rasional, meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga kefarmasian, mewujudkan sistem informasi manajemen, dan melaksanakan pengendalian mutu pelayanan (Menkes RI 2016).

Menurut Quick et al. (2012), siklus manajemen obat mencakup empat tahap yaitu pemilihan (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*) dan penggunaan (*use*). Semua tahap dalam siklus manajemen obat

saling terkait, sehingga harus dikelola dengan baik agar masing-masing dapat dikelola secara optimal. Tahapan yang saling terkait dalam siklus manajemen obat tersebut diperlukan suatu sistem suplai yang terorganisir agar kegiatan berjalan dengan baik dan saling mendukung, sehingga setiap ketersediaan obat dapat terjamin yang mendukung pelayanan kesehatan, dan menjadi sumber pendapatan yang optimal. Tahapan yang saling terkait dalam siklus manajemen obat tersebut diperlukan suatu sistem yang suplai yang terorganisir agar kegiatan berjalan dengan baik dan saling mendukung, sehingga ketersediaan obat dapat terjamin yang mendukung pelayanan kesehatan, dan menjadi sumber pendapatan yang potensial. Siklus manajemen obat didukung oleh faktor-faktor pendukung manajemen (management support) yang meliputi organisasi, administrasi dan keuangan. Sistem Informasi Manajemen (SIM) dan Sumber Daya Manusia (SDM). Setiap tahapan siklus manajemen obat harus selalu didukung oleh keempat management support tersebut sehingga pengelolaan obat dapat berlangsung secara efektif dan efisien.

### **2.5.1 Pemilihan**

Salah satu fungsi pengelolaan obat adalah seleksi terhadap obat yang benar diperlukan bagi sebagian besar populasi berdasarkan pola penyakit yang ada. Proses seleksi obat akan tercermin berapa banyak item obat yang akan dikonsumsi dimasa datang. Tujuan pemilihan obat yaitu adanya suplai yang menjadi lebih baik, pemakaian obat lebih rasional, dilihat dari biaya pengobatan lebih terjangkau atau rendah. Dalam hal ini ada dampak dari seleksi obat yaitu tingginya kualitas perawatan (*Quality of care*) dan biaya pengobatan lebih efektif. Proses pemilihan obat seharusnya mengikuti pedoman seleksi obat yang disusun oleh *WHO* antara lain obat dipilih berdasarkan seleksi ilmiah, medik dan statistik yang memberikan efek terapi jauh lebih baik dibandingkan risiko efek samping yang akan ditimbulkan; jumlah obat yang dipilih seminimal mungkin dengan cara menghindari duplikasi dan kesamaan jenis jika ada obat baru harus ada bukti yang spesifik untuk efek terapi yang lebih baik dihindarkan penggunaan obat kombinasi, kecuali jika obat kombinasi tersebut mempunyai efek yang lebih baik dibandingkan obat tunggal dan apabila jenis obat banyak, maka kita akan memilih berdasarkan drug of choice dari penyakit yang prevalensinya tinggi. Pemerintah melakukan

seleksi obat untuk Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), dalam kriteria pemilihan obat esensial. Pemilihan obat esensial didasarkan atas kriteria mempunyai rasio manfaat-resiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan bagi pasien; kualitas harus terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas; praktis dan mudah dalam penyimpanan dan pengangkutan; praktis dalam penggunaan dan penyerahan sesuai dengan tenaga, sarana dan fasilitas kesehatan; menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penggunaan oleh pasien memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*), (farmakoekonomi) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung (*direct cost*) dan tidak langsung.

Apabila memiliki lebih dari satu pilihan yang mempunyai efek terapi yang serupa, maka pilihan dijatuhkan pada obat yang sifatnya paling banyak diketahui berdasarkan bukti ilmiah, obat dengan sifat farmakokinetik yang diketahui paling menguntungkan, obat yang memiliki stabilitas lebih baik, mudah untuk diperoleh, obat yang telah dikenal dan obat jadi kombinasi tetap, harus memenuhi kriteria obat hanya bermanfaat bagi pasien dalam bentuk kombinasi tetap, kombinasi tetap harus menunjukkan khasiat dan keamanan yang lebih tinggi daripada masing-masing komponen, perbandingan dosis komponen kombinasi tetap merupakan perbandingan yang tepat untuk sebagian besar pasien yang memerlukan kombinasi tersebut, kombinasi tetap harus meningkatkan rasio manfaat serta biaya (*benefit-cost ratio*), untuk antibiotika kombinasi tetap harus dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resistensi dan efek merugikan lainnya.

### **2.5.2 Perencanaan**

Perencanaan obat merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah, dan harga obat yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran untuk periode pengadaan yang akan datang. Perencanaan dipengaruhi berbagai hal seperti beban epidemiologi penyakit, keefektifan obat terhadap suatu penyakit dan dipertimbangkan pula harga obat. Dalam pengelolaan obat yang baik, perencanaan sebaiknya dilakukan dengan berdasarkan data yang diperoleh dari tahap akhir pengelolaan, yaitu penggunaan obat periode yang lalu. Gambaran penggunaan obat dapat diperoleh berdasarkan data *real* konsumsi obat (metode konsumsi) atau berdasarkan data riil pola penyakit (metode morbiditas) dan gabungan dari kedua metode tersebut. Perencanaan obat merupakan proses kegiatan dalam menentukan

jumlah dan periode pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, Bahan Medis Habis Pakai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan obat 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.

Tujuan dari perencanaan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana obat melalui koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar instansi yang terkait dengan masalah obat di setiap Kabupaten/ Kota. Menurut Kemenkes RI (2010), ada beberapa manfaat perencanaan obat antara lain menghindari tumpang tindih penggunaan anggaran, keterpaduan dalam evaluasi, penggunaan dan perencanaan, kesamaan persepsi antara pemakai obat dan penyedia anggaran, estimasi kebutuhan obat lebih tepat, koordinasi antara penyedia anggaran dan pemakai obat.

#### **2.5.2.1 Metode Konsumsi**

Metode ini diterapkan berdasarkan data *riel* konsumsi perbekalan farmasi periode yang lalu, dengan berbagai penyesuaian dan koreksi. Hal yang harus diperhatikan dalam menghitung jumlah perbekalan farmasi yang dibutuhkan, yaitu dengan melakukan pengumpulan dan pengolahan data, analisa data untuk informasi dan evaluasi, perhitungan perkiraan kebutuhan perbekalan farmasi, dan penyesuaian jumlah kebutuhan perbekalan farmasi dengan alokasi dana. Metode konsumsi ini mempersyaratkan bahwa penggunaan obat periode sebelumnya harus dipastikan rasional. Hal ini disebabkan metode konsumsi hanya berdasarkan pada data konsumsi sebelumnya yang tidak mempertimbangkan epidemiologi penyakit. Kalau penggunaan obat periode sebelumnya tidak rasional, disarankan untuk tidak menggunakan metode ini, karena kalau tidak justru mendukung pengobatan yang tidak rasional. Data kebutuhan obat yang mendekati ketepatan, perlu dilakukan analisa regresi linier dengan pemakaian obat tiga tahun sebelumnya. Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode konsumsi berupa daftar nama obat, stok awal, penerimaan, pengeluaran, sisa stok, obat rusak/ hilang/ kedaluwarsa, kekosongan obat, pemakaian obat per tahun, waktu tunggu (*lead time*), stok

pengaman (*buffer stok*) dan pola kunjungan.

Kelebihan metode konsumsi adalah datanya akurat metode paling mudah, tidak perlu data penyakit dan standar pengobatan, kekurangan dan kelebihan obat sangat kecil. Kekurangan metode konsumsi adalah data konsumsi, obat dan jumlah kontak pasien sulit, tidak dapat untuk dasar penggunaan obat dan perbaikan pola persepsian, kekurangan, kelebihan dan kehilangan obat sulit diandalkan, tidak perlu catatan morbiditas yang baik.

#### **2.5.2.2 Metode ABC (Always, Better, Control)**

Metode ABC (*Always, Better, Control*) atau Analisis ABC juga dikenal dengan nama analisis Pareto. Analisis ABC merupakan metode pembuatan grup atau penggolongan berdasarkan peringkat nilai dari nilai tertinggi hingga terendah, dan dibagi menjadi 3 kelompok besar yang disebut kelompok A, B dan C.

1. Kelompok A adalah inventory dengan jumlah sekitar 20% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 80% dari total nilai inventory.
2. Kelompok B adalah inventory dengan jumlah sekitar 30% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 15% dari total nilai inventory.
3. Kelompok C adalah inventory dengan jumlah sekitar 50% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 5% dari total nilai *inventory*

Besarnya persentase ini adalah kisaran yang bisa berubah-ubah dan berbeda antara perusahaan satu dengan yang lainnya. Kelompok A adalah kelompok yang sangat kritis sehingga perlu pengontrolan secara ketat, dibandingkan kelompok B yang kurang kritis, sedangkan kelompok C mempunyai dampak yang kecil terhadap aktivitas gudang dan keuangan. Dalam keterkaitannya dengan persediaan di IFRS maka yang dimaksud kelompok A adalah kelompok obat yang harganya mahal, maka harus dikendalikan secara ketat yaitu dengan membuat laporan penggunaan dan sisanya secara rinci agar dapat dilakukan monitoring secara terus menerus. Oleh karena itu disimpan secara rapat agar tidak mudah dicuri bila perlu dalam persediaan pengadaannya sedikit atau tidak ada sama sekali sehingga tidak ada dalam penyimpanan. Sedangkan pengendalian obat untuk kelompok B tidak seketat kelompok A. Meskipun demikian laporan penggunaan dan sisa obatnya dilaporkan secara rinci untuk dilakukan monitoring secara berkala

pada setiap 1-3 bulan sekali. Cara penyimpanannya disesuaikan dengan jenis obat dan perlakuannya. Pengendalian obat untuk kelompok C dapat lebih longgar pencatatan dan pelaporannya tidak sesering kelompok B dengan sekali-kali dilakukan monitoring dan persediaan dapat dilakukan untuk 2-6 bulan dengan penyimpanan biasa sesuai dengan jenis perlakuan obat. Prinsip ABC ini dapat diterapkan dalam pengelolaan pembelian, *inventory*, penjualan dan sebagainya. Dalam organisasi penjualan, analisis ini dapat memberikan informasi terhadap produk-produk utama yang memberikan *revenue* terbesar bagi perusahaan. Pihak manajemen dapat meneruskan konsentrasi terhadap produk ini, sambil mencari strategi untuk mendorong penjualan kelompok B. Berikut merupakan cara perhitungan manual dari metode ABC:

- 1) Hitung jumlah dana yang dibutuhkan untuk masing-masing obat dengan cara mengalikan jumlah obat dengan harga obat.
- 2) Tentukan rangkingnya mulai dari yang terbesar sampai yang terkecil.
- 3) Hitung persentasenya terhadap total dana yang dibutuhkan.
- 4) Hitung kumulasi persennya.
- 5) Perbekalan farmasi kategori A termasuk dalam kumulasi 70%.
- 6) Perbekalan farmasi kategori B termasuk dalam kumulasi 71-90%.
- 7) Perbekalan farmasi kategori C termasuk dalam kumulasi 90-100%

Adapun tahapan-tahapan dalam analisis ABC dengan menggunakan program Microsoft Excel adalah sebagai berikut :

- 1) Buat daftar list semua item dan cantumkan harganya
- 2) Masukkan jumlah kebutuhannya dalam periode tertentu.
- 3) Kalikan harga dan jumlah kebutuhan.
- 4) Hitung persentase harga dari masing-masing item.
- 5) Atur daftar list secara descending dengan nilai harga tertinggi berada di atas.
- 6) Hitung persentase kumulatif dari masing-masing item terhadap total harga.
- 7) Tentukan klasifikasinya A, B atau C

### **2.5.2.3 Metode Vital, Esensial, dan Non Esensial (VEN)**

Metode VEN merupakan metode perencanaan berdasarkan tingkat keparahan pasien yang memerlukan obat dengan reaksi yang sangat cepat yang dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Kelompok Vital : Vital (V) adalah kelompok jenis obat yang sangat esensial (vital), yang termasuk dalam kelompok ini antara lain : obat penyelamat (life saving drug), obat-obatan untuk pelayanan kesehatan pokok dan obat-obatan untuk mengatasi penyakit penyebab kematian terbesar. Contoh obat yang termasuk jenis obat Vital adalah adrenalin, antitoksin, insulin, obat jantung.
2. Kelompok Esensial : Esensial (E) bila perbekalan farmasi tersebut terbukti efektif untuk menyembuhkan penyakit, atau mengurangi penderitaan pasien. Contoh obat yang termasuk jenis obat Esensial adalah antibiotic, obat gastrointestinal dan NSAID.
3. Kelompok Non Esensial : Non-esensial (N) meliputi aneka ragam perbekalan farmasi yang digunakan untuk penyakit yang sembuh sendiri (self limiting disease), perbekalan farmasi yang diragukan manfaatnya, perbekalan farmasi yang mahal namun tidak mempunyai kelebihan manfaat dibanding perbekalan farmasi lainnya. Contoh obat yang termasuk jenis obat Non-esensial adalah vitamin, suplemen

Penggolongan Obat Sistem VEN dapat digunakan dalam penyesuaian rencana kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia. Selain itu data digunakan dalam penyusunan rencana kebutuhan obat yang masuk kelompok vital agar diusahakan tidak terjadi kekosongan obat dan juga untuk menyusun daftar VEN perlu ditentukan terlebih dahulu kriteria penentuan VEN tetapi dalam penentuan kriteria perlu mempertimbangkan kebutuhan masing-masing spesialisasi.

#### **2.5.2.4 Metode Epidemiologi**

Metode Epidemiologi merupakan metode yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat berdasarkan jumlah pasien, waktu tunggu pasien (*lead time*) serta kejadian penyakit. Contohnya obatnya yaitu obat COVID-19 (*Coronavirus Disease - 19*).

Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu melakukan Perencanaan dimulai dengan menyusun Rencana Belanja Anggaran (RBA) yang dibuat untuk satu tahun kedepan, namun tidak dibelanjakan sekaligus karena tempat yang belum mencukupi. Pembelanjaan dilakukan setiap 2 minggu sekali yaitu: diminggu pertama dan ketiga untuk kebutuhan selama 1 bulan. Jika pengorderan minggu pertama terdapat obat yang tidak dapat terrealisasikan, maka dapat diorder kembali.

### **2.5.3 Pengadaan**

Pengadaan obat merupakan proses untuk penyediaan obat yang dibutuhkan di UPT Instalasi Farmasi. Pengadaan obat dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten atau Kota sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam Pelaksanaan Pengadaan Barang atau Jasa Instansi Pemerintah dan Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Pengadaan adalah suatu proses untuk mendapatkan barang atau obat yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan kesehatan. Termasuk dalam pengadaan adalah pengambilan keputusan dan tindakan untuk menentukan jumlah obat yang spesifik, harga yang harus dibayar, kualitas obat yang diterima, pengiriman barang tepat waktu, proses berjalan lancar tidak memerlukan waktu dan tenaga berlebihan. Pemborosan waktu, tenaga dan dana akan meningkatkan biaya obat dan akan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Pengadaan merupakan faktor terbesar menyebabkan pemborosan maka perlu dilakukan efisiensi dan penghematan biaya. Agar proses pengadaan dapat berjalan lancar dan teratur diperlukan struktur komponen berupa personil yang terlatih dan menguasai permasalahan pengadaan, metode dan prosedur yang jelas, sistem informasi yang baik, serta didukung dengan dana dan fasilitas yang memadai.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan 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 obat di Rumah Sakit Karsa Husada Kota Batu dilakukan sesuai dengan Formularium Nasional bagi pasien BPJS Kesehatan dan Formularium Rumah Sakit bagi pasien umum. Bagian Pengadaan Barang melakukan pengorderan barang dengan menerbitkan Surat Pemesanan (SP) yang dikirimkan ke Pedagang Besar Farmasi (PBF). Metode pemesanan barang yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Karsa Husada Kota Batu menggunakan metode e-katalog dan non e-katalog.

Metode e-katalog memiliki kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

1. Harga lebih murah.
2. Waktu pemesanan lama.
3. Proses pemesanan membutuhkan waktu 2 – 3 hari.
4. Penyedia diberi waktu pengiriman sampai 21 hari sebelum hangus
5. Untuk menyiasati agar tidak lama.

Metode non E – Katalog memiliki kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

1. Harga yang bervariasi.
2. Waktu pemesanan lebih cepat.
3. Penyedia diberi waktu pengiriman 4 hari sampai dengan 1 minggu.

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan obat adalah sebagai berikut:

1. Stok obat kosong.
2. Jumlah obat terbatas.
3. Belum melakukan pembayaran sehingga tidak dilakukan pengiriman.

Pengadaan obat merupakan bagian terbesar dari anggaran kesehatan. Di negara maju, biaya obat berkisar 10-15% dari anggaran kesehatan. Sementara di negara berkembang, biaya lebih besar antara 35-65% sedangkan di Indonesia 39%. Tanggung jawab pengadaan obat esensial untuk pelayanan kesehatan dasar bukan lagi menjadi tanggung jawab pemerintah pusat, akan tetapi menjadi tanggung jawab pemerintah daerah kabupaten/ kota. Pengadaan bertujuan untuk memperoleh obat yang dibutuhkan dengan harga layak, mutu baik, pengiriman obat terjamin tepat waktu, proses berjalan lancar, tidak memerlukan waktu dan tenaga yang berlebihan. Empat metode pengadaan, antara lain:

1. Tender terbuka berlaku untuk semua rekanan yang terdaftar, dan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Pada penentuan harga lebih menguntungkan.
2. Tender terbatas sering disebut dengan lelang tertutup. Hanya dilakukan pada rekanan tertentu yang sudah terdaftar dan punya riwayat yang baik.
3. Pembelian dengan tawar menawar dilakukan bila jenis barang tidak urgent dan tidak banyak, biasanya dilakukan pendekatan langsung untuk jenis tertentu.
4. Pengadaan langsung, pembelian jumlah kecil, perlu segera tersedia. Harga tertentu relatif mahal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengadaan adalah penentuan pemasok, penentuan jumlah item obat, jumlah barang tiap item obat dan kelengkapan surat pesanan atau kontrak, negoisasi harga, kapan dipesan dan cara pembayaran. Proses pengadaan yang efektif harus dapat menghasilkan pengadaan obat yang tepat jenis maupun jumlahnya, memperoleh dengan harga murah, menjamin semua obat yang dibeli memenuhi standard dan kualitas, dapat diperkirakan waktu pengiriman obat sehingga tidak terjadi penumpukan atau kekurangan obat, memilih *supplier* yang handal dengan servis yang memuaskan, dapat menentukan jadwal pembelian untuk menekan biaya pengadaan dan efisien dalam proses pengadaan.

#### **2.5.4 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 harus tersimpan dengan baik.

Penerimaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai adalah suatu kegiatan dalam menerima Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota atau hasil pengadaan Puskesmas secara mandiri sesuai dengan permintaan yang telah diajukan. Tujuannya adalah agar Sediaan Farmasi yang diterima sesuai dengan kebutuhan berdasarkan permintaan yang diajukan oleh Puskesmas, dan memenuhi persyaratan keamanan, khasiat, dan mutu. Tenaga Kefarmasian dalam kegiatan pengelolaan bertanggung jawab atas ketertiban penyimpanan, pemindahan, pemeliharaan dan penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai berikut kelengkapan catatan yang menyertainya. Tenaga Kefarmasian wajib melakukan pengecekan terhadap Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang diserahkan, mencakup jumlah kemasan/peti, jenis dan jumlah Sediaan Farmasi, bentuk Sediaan Farmasi sesuai dengan isi dokumen

LPLPO, ditandatangani oleh Tenaga Kefarmasian, dan diketahui oleh Kepala Puskesmas. Bila tidak memenuhi syarat, maka Tenaga Kefarmasian dapat mengajukan keberatan. Masa kedaluwarsa minimal dari Sediaan Farmasi yang diterima disesuaikan dengan periode pengelolaan di Puskesmas ditambah satu bulan. Penerimaan merupakan kegiatan untuk menerima perbekalan farmasi yang telah diadakan sesuai dengan aturan kefarmasian, melalui pembelian langsung,

tender, konsinyasi atau sumbangan.

Penerimaan adalah kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam kontrak/pesanan. Penyerahan merupakan kegiatan verifikasi penerimaan/penolakan, dokumentasi dan penyerahan yang dilakukan dengan menggunakan "checklist" yang sudah disiapkan untuk masing-masing jenis produk yang berisi antara lain :

- a. Kebenaran jumlah kemasan
- b. Kebenaran kondisi kemasan seperti yang disyaratkan
- c. Kebenaran jumlah satuan dalam tiap kemasan
- d. Kebenaran jenis produk yang diterima
- e. Tidak terlihat tanda-tanda kerusakan kebenaran identitas produk
- f. Penerapan penandaan yang jelas pada label, bungkus dan brosur
- g. Tidak terlihat kelainan warna, bentuk, kerusakan pada isi produk
- h. Jangka waktu daluarsa yang memadai

### **2.5.5 Penyimpanan**

Penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan, memelihara dan menempatkan perbekalan farmasi yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat. Tujuan penyimpanan adalah untuk memelihara mutu sediaan farmasi, menghindari penggunaan yang tidak bertanggung jawab, menjaga ketersediaan dan memudahkan pencarian serta pengawasan. Kegiatan dalam penyimpanan meliputi penyiapan sarana penyimpanan, pengaturan tata ruang, penyusunan obat dan pengamatan mutu obat. Bagian penyimpanan bertanggung jawab untuk mengontrol suhu, pengecekan kartu stok, kontrol stabilitas seperti penyimpanan infus yang harus disimpan dibawah palet plastik, melakukan pemeriksaan kadaluarsa serta mengecek ketersediaan stok. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, metode penyimpanan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, jenis sediaan, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip *First Expired First Out* (FEFO) dan *First In First Out* (FIFO). Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang penampilan dan penamaannya mirip LASA (*Look Alike Sound Alike*) atau NORUM (Nama Obat

Rupa Ucapan Mirip) tidak ditempatkan berdekatan dan diberi label khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan Obat. Staff Gudang Farmasi wajib mengisi kartu stok dengan menulis jumlah barang yang masuk dan keluar.

Gudang Farmasi memiliki SPO tersendiri dalam melakukan penyimpanan obat narkotika, psikotropika dan prekursor. Adapun prosedur yang dilakukan oleh Gudang Farmasi adalah sebagai berikut:

1. Pisahkan obat yang tergolong narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi.
2. Obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi disimpan dalam lemari khusus yang mempunyai kunci ganda.
3. Penataan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi dipisahkan berdasarkan bentuk sediaan.
4. Penyimpanan obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi dilakukan secara alfabetis dan FEFO.
5. Obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi yang keluar harus berdasarkan resep yang ditulis dan ditandatangani oleh Dokter.
6. Setiap obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi yang keluar harus segera ditulis di kartu stok.
7. Kunci lemari Narkotika, Psikotropika dan Prekursor farmasi dibawa Apoteker dan TTK yang dikuasakan.

Penyimpanan adalah suatu kegiatan pengamanan obat dengan cara menempatkan obat-obatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman, mengatur obat agar mudah ditemukan kembali pada saat diperlukan, mengatur kondisi ruang dan penyimpanan agar obat tidak mudah rusak/ hilang, serta melakukan pencatatan dan pelaporan obat. Selain persyaratan fisik, penyimpanan obat juga memerlukan prasyarat yang lebih spesifik serta pengaturan yang rapi. Hal ini dikarenakan obat memerlukan perlakuan tersendiri seperti: suhu tertentu, memerlukan pengamanan yang ketat, zat yang eksplosif dan pencahayaan tertentu. Obat luar harus disimpan terpisah dari obat dalam. Obat diatur sesuai sistem FIFO (*First In First Out*) dan FEFO (*First Expired First Out*), serta obat yang hampir kedaluwarsa diberi tanda agar bisa selalu dimonitor. Obat yang terbukti rusak dan atau kedaluwarsa perlu dilakukan tindak lanjut dengan cara dikumpulkan, inventarisasi kemudian disimpan terpisah dengan penandaan/ pelabelan khusus, dikembalikan/ diklaim sesuai aturan yang berlaku, dihapuskan sesuai aturan yang berlaku serta dibuat berita acaranya.

### **2.5.6 Distrubusi**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, 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. Sistem distribusi harus dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di unit pelayanan. Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dilakukan dengan cara sistem persediaan lengkap diruangan (*floor stock*), sistem resep perorangan, sistem unit dosis atau kombinasi.

Tujuan distribusi yaitu untuk terlaksananya pengiriman obat secara merata dan teratur sehingga dapat diperoleh pada saat dibutuhkan, terjaminnya mutu obat dan perbekalan kesehatan pada saat pendistribusian, terjaminnya kecukupan dan terpeliharanya penggunaan obat di unit pelayanan kesehatan dan terlaksananya pemerataan kecukupan obat sesuai kebutuhan pelayanan dan program kesehatan.

Syarat sistem distribusi yang baik adalah menjamin kesinambungan penyaluran/penyerahan, mempertahankan mutu, meminimalkan kehilangan, kerusakan dan kedaluwarsa, menjaga ketelitian pencatatan, menggunakan metode distribusi yang efisien dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku, menggunakan sistem informasi manajemen. Distribusi Obat ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dapat dilakukan dengan cara penyerahan oleh Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota ke Unit Pelayanan Kesehatan, pengambilan sendiri Unit Pelayanan Kesehatan di Instalasi Farmasi Kabupaten/kota, atau cara lain yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Bagian Distribusi bertanggung jawab terhadap distribusi obat dan alat kesehatan ke Depo Farmasi IGD, Depo Farmasi Rawat Jalan, Depo Farmasi Rawat Inap. Permintaan barang oleh setiap Depo melalui aplikasi SIMRS dengan menginput nama barang dan jumlah barang yang dibutuhkan. Kemudian Gudang Farmasi mendapatkan notifikasi permintaan, Staff Gudang melakukan pengecekan stok dan merilis jumlah stok yang dikeluarkan. Selanjutnya dilakukan penyiapan barang dan didistribusi disertai dengan lampiran *printout* pengeluaran barang.

### 2.5.7 Pemusnahan

Pemusnahan adalah suatu tindakan pengrusakan/pelenyapan yang dilakukan terhadap alat kesehatan dan PKRT dan/atau penandaan agar tidak dapat digunakan lagi. Pemusnahan dilaksanakan terhadap:

- a. Bahan Obat-Obat Tertentu yang ditolak/rusak/kedaluwarsa
- b. Baku pembanding dan sampel pertinggal yang kedaluwarsa
- c. Sisa granul pencetakan/pengisian dari table dies
- d. Debu hasil pencetakan/pengisian/deduster mesin cetak/metal detector khusus untuk mesin cetak/filling dedicated
- e. Sisa sampel pengujian
- f. Sisa sampel hasil pengujian pengawasan selama proses pembuatan
- g. Obat-Obat Tertentu kembalian yang tidak memenuhi spesifikasi dan tidak dapat diproses ulang/obat hasil penarikan/ditolak/obat kedaluwarsa
- h. Obat-Obat Tertentu yang dibatalkan izin edarnya
- i. Hasil trial yang tidak terpakai.

Harus tersedia daftar inventaris bahan obat dan Obat-Obat Tertentu yang akan dimusnahkan sekurang-kurangnya mencakup nama, bentuk dan kekuatan sediaan, kuantitas obat, nomor bets, dan tanggal daluwarsa. Kebenaran bahan obat dan Obat-Obat Tertentu yang akan dimusnahkan harus dibuktikan dengan dokumen pendukung yang disetujui oleh Kepala Bagian Pemastian Mutu bahwa bahan obat dan Obat-Obat Tertentu sudah tidak memenuhi syarat untuk digunakan dan/atau diedarkan.

Pelaksanaan pemusnahan harus dibuat dengan memperhatikan pencegahan diversi dan pencemaran lingkungan. Kegiatan pemusnahan ini dilakukan oleh Apoteker Penanggung Jawab Produksi dan disaksikan oleh petugas Balai Besar/Balai POM atau Dinas Kesehatan setempat. Kegiatan pemusnahan harus didokumentasikan dalam Berita Acara. Pemusnahan yang ditandatangani oleh pelaku dan saksi. Khusus untuk Obat-Obat Tertentu yang ditarik dari peredaran harus dilakukan pemusnahan mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan. Berita Acara Pemusnahan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Hari, tanggal, bulan, dan tahun pemusnahan
- b. Tempat pemusnahan

- c. Nama lengkap penanggung jawab produksi
- d. Nama lengkap petugas balai besar/balai pom atau dinas kesehatan setempat yang menjadi saksi dan saksi lain dari pihak ketiga bila pemusnahan dilakukan oleh pihak ketiga
- e. Nama, bentuk dan kekuatan sediaan, kuantitas, nomor bets, dan tanggal daluwarsa obat-obat tertentu yang dimusnahkan

### **2.5.8 Pengendalian**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) 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 (BMHP) 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 (BMHP) adalah:

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bula berturut – turut (*death stock*).
3. Stok opname yang dilakukan secara periodik dan berkala.

### **2.5.9 Pencatatan dan Pelaporan**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan,

penerimaan, pendistribusian, pengendalian, pengembalian, pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). Pelaporan dibuat secara periodik yang dilakukan Instalasi Farmasi dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulan, semester atau pertahun). Jenis – jenis pelaporan yang dibuat menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku.

Pencatatan dilakukan untuk:

1. Persyaratan Kementerian Kesehatan/BPOM (Badan Pengawas Obat dan Makanan).
2. Dasar akreditasi Rumah Sakit.
3. Dasar audit Rumah Sakit.
4. Dokumentasi Farmasi.

Pelaporan dilakukan untuk:

1. Komunikasi antara level manajemen.
2. Penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di Instalasi Farmasi; dan
3. Laporan Tahunan.

#### **2.5.10 Supervisi**

Supervisi merupakan kegiatan Apoteker/TTK ke Ruang Rawat Inap untuk mengontrol pengelolaan perbekalan farmasi. Tujuan supervisi yaitu untuk menjamin keamanan dan ketersediaan perbekalan farmasi di Ruang Rawat Inap. Supervisi dilakukan Apoteker/TTK setiap satu minggu sekali pada hari kerja. Parameter supervisi meliputi penyimpanan obat, identifikasi atau labelisasi, kelayakan obat rekonstitusi, pembuangan obat sisa, serta pendistribusian obat. Setelah melakukan supervisi, Apoteker/TTK mencatat hasil supervisi di lembar supervisi. Lembar supervisi ditandatangani oleh Apoteker/TTK dan Kepala Ruang Rawat Inap. Hasil supervisi diserahkan kepada Kepala Instalasi Farmasi untuk dilaporkan dalam laporan bulanan.