

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Pelayanan Kefarmasian merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang langsung dan bertanggungjawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi. Diharapkan dengan terselenggaranya pelayanan kefarmasian yang baik akan meningkatkan mutu kehidupan pasien. Peran utama pelayanan kefarmasian yaitu dalam penyediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan bahan Medis Habis Pakai yang memiliki mutu baik serta harus dapat terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Permenkes, 2016).

Menurut Siregar (2004), IFRS adalah salah satu departemen di Rumah Sakit yang dipimpin oleh seorang Apoteker yang berkompeten dan memenuhi syarat perundang-undangan yang berlaku. Apoteker bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan pelayanan kefarmasian meliputi perencanaan, produksi, penyimpanan, perbekalan kesehatan, dispensing obat dengan benar sesuai resep, baik untuk pasien rawat inap ataupun rawat jalan, pengendalian mutu pelayanan ataupun distribusi obat dan alat kesehatan, serta penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit baik pelayanan farmasi klinik umum maupun spesialis. Dalam praktiknya, Farmasi Rumah Sakit dibagi menjadi dua bagian tugas pokok, yaitu pada

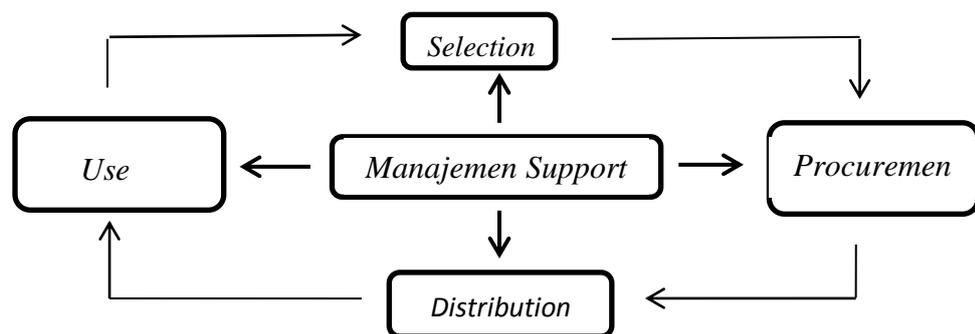
bidang klinik dan manajemen. Manajemen obat di Rumah Sakit meliputi pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, administrasi. Dalam hal ini IFRS bertanggungjawab untuk dapat mengembangkan pelayanan kefarmasian yang luas dan terkoordinir dengan baik, serta bertanggung jawab menjalankan perannya sebagai pelayanan kesehatan untuk dapat memenuhi kebutuhan seluruh unit di Rumah Sakit. Demi terkontrolnya mutu dan biaya obat, kegiatan kerja pada manajemen obat harus dilakukan secara multi disiplin, terkoordinir, dan efektif (Permenkes, 2016).

Untuk mendukung tugas pelayanan kefarmasian, perlu dibuat suatu Informasi Operasional. Informasi Operasional tersebut dibuat untuk membantu tugas Apoteker dan TTK agar lebih mudah mengakses informasi untuk menjalankan kegiatan operasional sehari-hari. Selain itu, sangat penting bagi Instalasi Farmasi untuk mempunyai informasi akuntansi untuk mengetahui efektifitas dan efisiensi biaya, pendapatan, dan lain-lain. Pengelolaan dapat disebut efektif ketika sumber daya yang ada, dapat digunakan untuk memperoleh hasil sesuai target dan dapat dikatakan efisien ketika sumber daya yang ada tersebut dapat mencapai hasil maksimal atau sumber daya yang dibutuhkan minimal (Raymond, 2000). Oleh karena itu, diperlukan kerjasama dan komunikasi yang baik pada semua Apoteker dan TTK dalam kegiatan manajemen obat, agar

setiap input informasi yang diberikan dapat diterima dengan baik (Istinganah dkk., 2006).

2. Manajemen Obat

Manajemen obat merupakan salah satu bagian penting dalam RS untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Tahapan pengelolaan obat di rumah sakit meliputi tahap pemilihan dan perencanaan (*selection*), Pengadaan (*procurement*), penyimpanan (*storage*), distribusi dan penggunaan. Suplai obat yang optimal pada setiap tahapan hingga sampai ke pasien memerlukan koordinasi yang baik antar Apoteker maupun TTK. Oleh karena itu diperlukan dukungan manajemen dan struktur organisasi yang kuat, sumber daya manusia yang termotivasi dan berkompeten, keuangan, dan manajemen informasi yang layak. Apabila salah satu tahapan tidak berjalan dengan baik maka akan berdampak buruk pada seluruh rangkaian pelayanan kefarmasian (Nofriana, 2011). Sistem manajemen obat menurut Quick, *et al.* dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Sistem manajemen obat (Quick, *at al.*, 2012)

Untuk memperbaiki sistem, mutu, dan keamanan obat secara berkelanjutan, pihak RS perlu membuat kebijakan manajemen obat yang efektif dengan dilanjutkan peninjauan ulang sekurang-kurangnya sekali dalam satu tahun (Permenkes, 2016).

Tahapan Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi :

i. Pemilihan

Tahapan yang pertama yaitu menentukan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit. Pemilihan tersebut berdasarkan pada :

- 1) Standar Pengobatan atau Formularium yang diterapkan;
- 2) Standar kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- 3) Pola Penyakit;
- 4) Efektifitas Keamanan;
- 5) Evidence Base Medication (EBM);
- 6) Mutu dan Harga;
- 7) Ketersediaan di Pasaran.

Formularium yang digunakan setiap Rumah Sakit berbeda-beda sesuai dengan kebutuhan, namun tetap pada acuan yang sama yaitu Formularium Nasional. Formularium Rumah Sakit adalah daftar obat yang telah

disepakati oleh staff medis, dan disusun oleh Komite/Tim Farmasi dan Terapi yang dibentuk oleh pimpinan RS (Permenkes, 2016).

ii. Perencanaan

Kegiatan lanjutan dari tahap pemilihan untuk memastikan telah terpenuhinya ketentuan tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu, dan efisien, sehingga jumlah dan periode untuk penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Sediaan Farmasi Habis Pakai sesuai dengan kebutuhan RS. Pertimbangan dalam melakukan kegiatan perencanaan adalah anggaran yang tersedia, prioritas kebutuhan, sisa persediaan, dokumen pemakaian periode sebelumnya, waktu tunggu yang diperlukan, dan rencana pengembangan (Permenkes, 2016)

iii. Pengadaan

Pengadaan merupakan tahap untuk merealisasikan semua kebutuhan yang telah disepakati pada tahap perencanaan. Pada tahap ini dimaksudkan untuk mendapatkan persediaan farmasi yang bermutu baik, harga terjangkau, dan proses pengiriman terjamin serta tepat waktu (Permenkes, 2016).

Hal-hal yang perlu menjadi pertimbangan adalah :

- 1) Sertifikat Analisa pada setiap bahan baku obat;
- 2) Terdapat Material Safety Data Sheet (MSDS) untuk bahan berbahaya;
- 3) Harus mempunyai nomor Izin Edar; dan
- 4) Masa Kadaluarsa minimal 2 tahun, kecuali sediaan tertentu yang sudah bisa dipertanggungjawabkan.

iv. Penyimpanan

Pada tahap ini dilakukan penjaminan kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai persyaratan kefarmasian yang meliputi stabilitas sediaan dan keamanan, pengaturan ruangan, kelembaban, penggolongan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tepat. Untuk menjamin efektifitas penyimpanan dianjurkan menggunakan prinsip penyimpanan *First Expired First Out* (FEFO) dan *First In First Out* (FIFO). Untuk menghindari kesalahan pengambilan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang memiliki kemiripan nama atau tampilan (LASA, *Look Alike Sound Alike*) perlu pemisahan atau penandaan khusus dengan sistem *Look Alike Sound Alike* (LASA) (Permenkes, 2016)

v. Distribusi

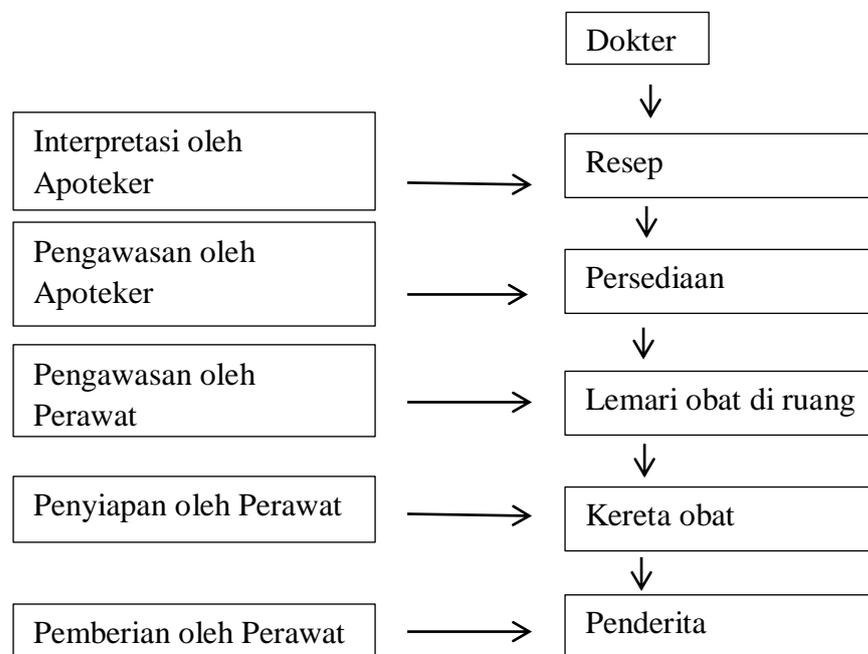
Kegiatan distribusi obat adalah proses pemberian perbekalan farmasi secara langsung, dari kebutuhan yang disiapkan oleh IFRS sampai obat diberikan pada perawat, dokter, atau petugas medis yang lain untuk selanjutnya diberikan pada pasien baik rawat inap maupun rawat jalan yang sedang dalam proses terapi (Siregar dan Amalia, 2003). Proses distribusi obat dimulai dengan pengurusan bea masuk, pengendalian stok, pengelolaan penyimpanan, dan penyampaian ke unit obat atau fasilitas kesehatan. Perhitungan banyaknya permintaan dan kebutuhan obat yang

disediakan harus sesuai demi tercapainya pelayanan yang tepat waktu, tepat indikasi, dan terjangkau (Nofriana, 2011).

Sistem Distribusi obat di Rumah sakit dibedakan menjadi 4, yang terdiri dari :

1) Individual Prescribing

Gambaran proses sistem distribusi obat *Individual prescribing* dapat dilihat pada Gambar 2.

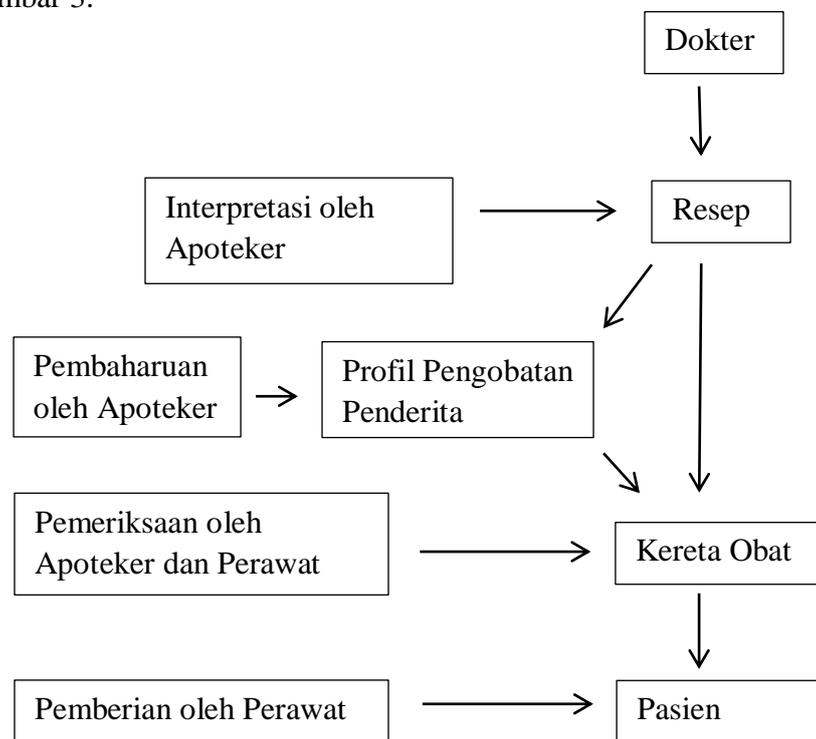


Gambar 2. Proses distribusi obat dengan sistem *Individual Prescribing* (Siregar, 2004).

Pada sistem ini, Dokter mengorder resep secara langsung kepada IFRS untuk setiap pasien. Semua resep didistribusikan langsung dari IFRS Sentral kepada pasien melalui perawat sesuai dengan yang dituliskan dokter (Siregar dan Amalia, 2004)

2) Unit Dose Dispensing (UDD)

Sistem distribusi obat dengan cara permintaan resep per pasien diberikan dalam dosis unit tunggal atau ganda untuk satu kali pemakaian dalam waktu satu hari (Permenkes, 2016). Gambaran proses sistem distribusi obat *unit Dose Dispensing* dapat dilihat pada Gambar 3.

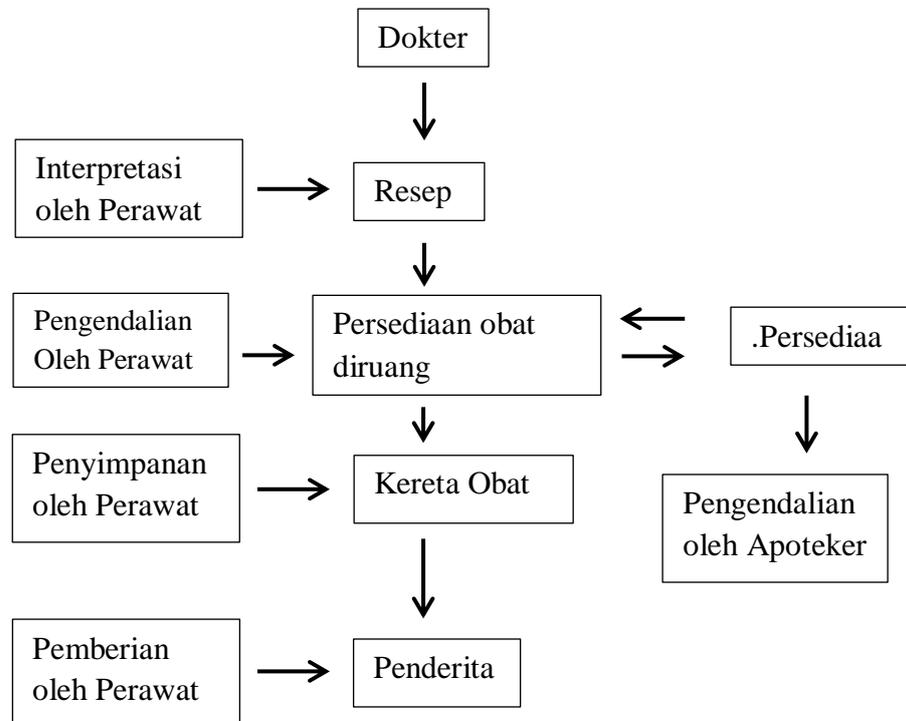


Gambar 3. Skema pendistribusian obat Sistem *Unit Dose Dispensing* (Siregar, 2004).

3) Floor Stock (FS)

Sistem distribusi obat dengan cara menyediakan semua obat yang dibutuhkan di ruang rawat atau unit tertentu. Pada sistem ini, penyerahan perbekalan farmasi kepada pasien dilakukan oleh

perawat (Siregar dan Amalia, 2013). Gambaran proses sistem distribusi obat *Floor Stock* dapat dilihat pada Gambar 4.



Gambar 4. Skema distribusi obat sistem Ward Floor Stock (Siregar, 2004).

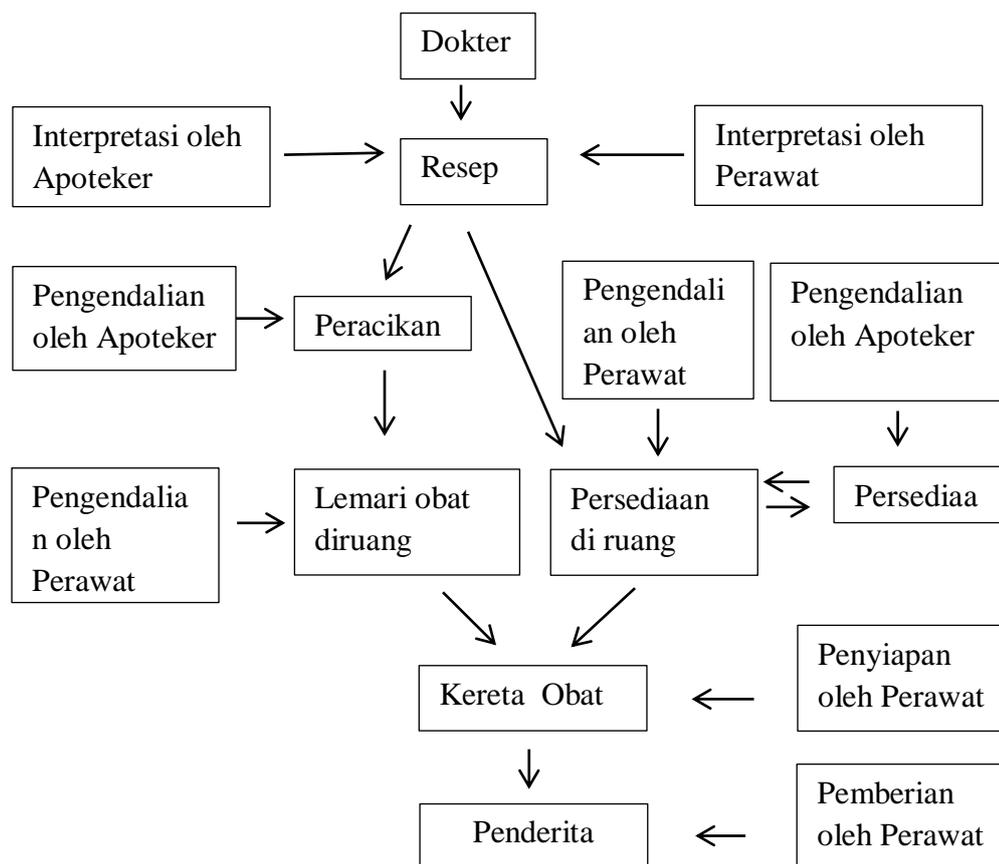
Dalam penerapan sistem distribusi obat FS terdapat keuntungan dan juga kerugian, berikut ini keuntungan dari penerapan sistem FS :

- a) Kebutuhan obat secara cepat dapat langsung terpenuhi;
(Penandaan)
- b) Tanpa ada pengembalian obat, karena obat langsung disampaikan ke pasien;
- c) Berkurangnya penyalinan kembali order obat; dan

- d) Mengurangi kebutuhan Sumber Daya Manusia untuk pelayanan ini.

Kerugian penerapan sistem distribusi FS adalah :

- a) Meningkatnya medication eror;
 - b) Penyimpanan yang tidak sesuai menjadikan kualitas obat turun;
 - c) Kerusakan dan pencurian obat meningkat;
 - d) Perawat memerlukan banyak waktu untuk mengelola obat.
- 4) Kombinasi *Individual Prescribing* dan *Floor Stock*



Gambar 5. Alur pendistribusian obat sistem Kombinasi Individual Prescribing dan FS (Siregar, 2004).

Pada sistem ini distribusi obat dilakukan berdasarkan resep individu namun untuk persediaan obatnya sebagian menggunakan prinsip FS dengan tetap dalam jumlah atau jenis obat yang benar-benar dibutuhkan dan obat dengan harga relatif murah, kemudian sebagian tetap disimpan di IFRS. Pihak RS menerapkan sistem ini dengan salah satu tujuannya adalah penarikan biaya pengobatan secara individual (Satibi, 2015). Gambaran proses sistem distribusi obat Kombinasi *Individual prescribing dan Floor stock* dapat dilihat pada Gambar 5.

3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Menurut UU No 36, tahun 2009 pengertian dari Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu unit yang bertugas memberikan penanganan pertama pada keadaan gawat darurat karena sakit atau cedera yang dapat mengancam keselamatan nyawa dan sebagai pencegahan cedera yang lebih lanjut. Fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan untuk masyarakat dan dilarang menolak pasien dengan keadaan darurat atau menerima uang muka dari pasien yang membutuhkan pelayanan darurat. Level rumah sakit mempengaruhi klasifikasi level pelayanan Instalasi Gawat darurat. Untuk Rumah Sakit dengan tipe A memiliki level IGD IV, Rumah Sakit tipe B memiliki level IGD III, rumah sakit tipe C memiliki level IGD II, dan rumah sakit tipe D memiliki IGD level I (Kepmenkes, 2009).

4. Komite Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi RS adalah salah satu upaya peningkatan mutu pelayanan RS yang dilakukan dengan membangun sistem dan budaya mutu. Dengan adanya akreditasi RS diharapkan tercipta peningkatan kualitas sistem di RS yang meliputi *input*, *process*, dan *product output* (meliputi *output* dan *outcome*). Akreditasi RS dilakukan oleh sebuah lembaga yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan, dalam hal ini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjuk KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) sebagai penyelenggara akreditasi yang resmi.

Untuk itu, pada penelitian ini menggunakan indikator yang diturunkan dari KARS versi 2012 pada bab Manajemen Pengelolaan Obat (MPO). Indikator yang dipergunakan harus valid agar mampu memberikan informasi yang dapat dipertanggungjawabkan dan dapat memberikan hasil nyata (Pudjaningsih, 2006).

MPO merupakan salah satu sub bab dari Bab pertama KARS versi 2012 yaitu Kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien. Maksud dari MPO ini adalah untuk mengawasi pengelolaan obat di Rumah Sakit agar sesuai dengan undang-undang, sesuai peraturan yang berlaku, dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien. Terdapat 7 poin standar pengelolaan obat yang harus terpenuhi dalam MPO, yaitu :

a. Organisasi dan Manajemen

Obat sebagai salah satu sumber pelayanan pasien yang harus di kelola secara efektif dan efisien. Untuk memenuhi sebuah pelayanan yang

efektif, pengelolaan obat dilakukan diseluruh bagian Rumah Sakit, baik unit rawat jalan, rawat inap, maupun rawat khusus. Tanggung jawab manajemen obat pun tidak hanya menjadi tanggung jawab dari pelayanan farmasi, namun juga dari para manajer dan praktisi asuhan klinis. Oleh karena itu diperlukan sebuah organisasi yang baik untuk terpenuhinya syarat tersebut.

b. Seleksi dan Pengadaan

Pemilihan obat merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan suatu RS. Dalam hal ini diperlukan kolaborasi pemikiran dengan mempertimbangkan baik dari kebutuhan, keselamatan, maupun dari sisi ekonomisnya.

c. Penyimpanan

Dalam hal ini sangat penting memperhatikan bagaimana kondisi penyimpanan obat baik dalam pelayanan farmasi, unit asuhan pasien pada unit-unit farmasi, maupun di *nurse station* pada unit klinis. Penyimpanan obat erat kaitannya dengan kondisi obat dan efek farmakologi yang dihasilkan.

d. Pemesanan dan Pencatatan

Pada bagian ini, standar dibuat untuk mencegah terjadinya kesalahan pembacaan resep dan pemesanan obat yang membahayakan keselamatan pasien. Penyusunan standar pelayanan ini memerlukan kolaborasi dari pihak staff medis, perawat, farmasi, dan administratif.

e. Persiapan dan Penyaluran

Bab ini dibuat untuk memastikan obat yang dikeluarkan dari area farmasi dalam keadaan aman dan bersih sesuai undang-undang, peraturan, dan standar praktek profesional. Oleh karena itu perlu dilakukan peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dengan melaksanakan pelatihan dan peningkatan sarana dan prasarana penyimpanan obat.

f. Pemberian

Maksud dari poin ini adalah, bahwa untuk melakukan kegiatan kefarmasian yaitu pemberian obat kepada pasien, diperlukan tenaga kefarmasian yang memenuhi aspek pengalaman dan pengetahuan berdasarkan lisenasi, undang-undang, atau sertifikasi.

g. Pemantauan

Pemantauan dilakukan untuk mengidentifikasi kesalahan obat dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC / *Near Misses*) dengan proses dan kerangka waktu yang ditentukan oleh rumah sakit.

5. **RS PKU Muhammadiyah Gamping**

RS PKU Muhammadiyah didirikan atas inisiatif K.H. Sudjak, murid dari K.H, Ahmad Dahlan sebagai Ketua Persyarikatan Muhammadiyah. Tepatnya pada tanggal 15 Februari 1923, saat itu hanya didirikan sebuah klinik dan poliklinik sederhana yang berlokasi di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Tujuan pertama didirikan adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa'. Nama pertama dari rumah sakit ini adalah PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dan seiring berjalannya waktu nama

tersebut dirubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat) (<http://rspkujogja.com/2014/09/07/sejarah/> di akses pada tanggal 1 Desember 2017).

Semenjak berdiri pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta, klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah ini berpindah lokasi sebanyak dua kali. Pada tahun 1928 berpindah di Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta dan pada tahun 1936 pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Hingga pada akhirnya pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik resmi berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan, Pimpinan Pusat dapat mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan. Untuk menjalankan Organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Muhammadiyah menggunakan kaidah yang menyatakan tentang misi utamanya yaitu meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah (<http://rspkujogja.com/2014/09/07/sejarah/> di akses pada tanggal 1 Desember 2017).

Untuk kepentingan pengembangan rumah sakit dalam bidang pendidikan dan pelayanan kesehatan, pada tanggal 15 februari 2009 RS PKU

Muhammadiyah membangun gedung unit 2 yang berlokasi di Jalan Wates Km 5,5 Gamping Sleman. Sampai sekarang pelayanan RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki beberapa unit pelayanan, yaitu:

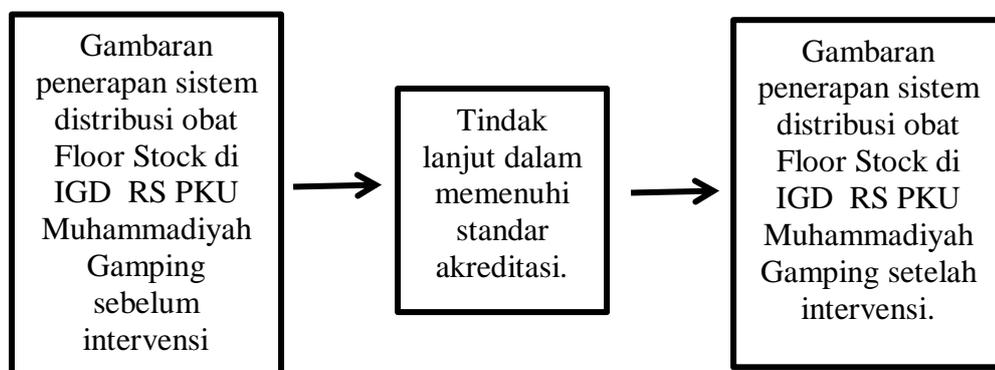
- a. Unit khusus yang meliputi ICU, Instalasi Gawat Darurat, Kamar Operasi, Kamar bayi, dan ruang hemodialisa.
- b. Unit Rawat Inap yang terdapat 5 bangsal, untuk 4 bangsal memiliki klasifikasi Kelas III, Kelas II, Kelas I, dan Kelas VIP dan terdapat satu bangsal khusus kelas III.
- c. Unit Rawat Jalan dengan 19 poli klinik didalamnya, yaitu spesialis bedah umum, bedah tulang, bedah digesti, penyakit dalam, paru, jantung, obsygin kandungan, penyakit anak, penyakit mata, penyakit syaraf, THT, kulit dan kelamin, klinik gigi, ISPA, anastesi, fisioterapi, terapi tumbuh kembang, radiologi, dan radiologi.
- d. Unit penunjang yang mendukung terdiri dari farmasi, hemodialisa, laboratorium, fisioterapi, radiologi, gizi, dan bina rohani
- e. Unit unggulan baru yaitu Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu dan Ekstra Mural (<http://www.pkugamping.com/layanan> diakses pada tanggal 1 Desember 2017).

RS PKU Muhammadiyah mempunyai falsafah yang merupakan perwujudan dari amal shalih dengan sarana ibadah yang berlandaskan iman dan taqwa kepada Allah SWT. Berlandas falsafah tersebut tercipta visi dari RS PKU Muhammadiyah untuk menjadi rumah sakit Muhammadiyah

rujukan terpercaya dengan kualitas pelayanan yang Islami, bermutu dan terjangkau. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut maka RS PKU Muhammadiyah memiliki misi sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan kesehatan paripurna bagi semua lapisan masyarakat sesuai dengan peraturan/ketentuan perundang-undangan.
2. Menyelenggarakan upaya peningkatan mutu Sumber Daya Insani melalui pendidikan dan pelatihan secara profesional yang sesuai ajaran Islam.
3. Melaksanakan da'wah Islam, amar ma'ruf nahi munkar melalui pelayanan kesehatan, yang peduli pada kaum dhuafa.

B. Kerangka Konsep



Gambar 6. gambaran kerangka konsep penelitian

Untuk mendapat gambaran sistem distribusi obat *Floor Stock* di IGD RS PKU Muhammadiyah Gamping, kerangka konsep yang digunakan adalah dengan membandingkan hasil pengamatan di lapangan berdasarkan standar indikator *check list* yang diturunkan dari Standar Nasional Akreditasi

Rumah Sakit Tahun 2012. Jadi proses analisis sistem distribusi obat *Floor Stock* dimulai dengan observasi kinerja penerapan sistem distribusi obat *floor stock* berdasar Standar Akreditasi Rumah Sakit sebelum diberikan perlakuan, pemberian tindak lanjut terhadap indikator yang belum terpenuhi, dan mengamati pengaruh dari tindak lanjut terhadap penerapan sistem distribusi obat *floor stock*. Gambaran kerangka konsep dapat dilihat pada gambar 6.

C. Keterangan Empiris

Pengelolaan sistem distribusi obat *Floor Stock* di IGD RS PKU Muhammadiyah Gamping dapat memenuhi standar KARS versi 2012 dengan diberikan sosialisai, pelatihan, pemenuhan sarana dan prasarana pendukung, dan evaluasi rutin.