

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Pustaka

1. Pengelolaan Obat dan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit

Pengelolaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit sangat penting karena ketidakefisienan akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit, baik secara medis maupun secara ekonomis. Tujuan pengelolaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit adalah agar obat dan alat kesehatan yang diperlukan tersedia setiap dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu yang terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu (*good quality care*) (anonim, 1994).

Siklus kegiatan pengelolaan obat dalam instalasi farmasi menurut *Management Sciences for Health* (2012) meliputi empat fungsi utama : seleksi (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*), dan penggunaan (*use*). Tujuannya adalah:

- a. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien
- b. Menerapkan farmako ekonomi dalam pelayanan
- c. Meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi
- d. Mewujudkan sistem informasi manajemen berdaya guna dan tepat guna
- e. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan (Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2006)

Proses seleksi obat baru diawali dengan pengusulan obat oleh dokter kepada Panitia Farmasi dan Terapi (PFT), kemudian PFT akan mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak obat tersebut. Seleksi obat baru tergantung pada pola penyakit dan obat yang diseleksi harus benar-benar mempunyai manfaat terapi yang jauh lebih besar dibanding risikonya (*evidence based*), serta tidak sama dengan jenis obat yang sudah ada (duplikasi) agar jumlah obat tidak terlalu banyak. Pemilihan obat merujuk pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan Formularium Nasional (Fornas). Bila obat disetujui maka obat tersebut akan direkomendasikan kepada direktur untuk diadakan. Penambahan obat dengan jenis yang sama dapat dilakukan bila obat tersebut sering digunakan (*fast moving*) atau menurut kebijakan masing-masing rumah sakit.

Proses pengadaan obat baru dimulai saat obat yang diusulkan sudah disetujui, kemudian instalasi farmasi melakukan penetapan jumlah obat yang diperlukan. Panitia pengadaan mempertimbangkan kebutuhan obat dengan dana yang tersedia, menetapkan kode pengadaan obat, menetapkan pemasok obat, memutuskan bentuk kontrak dan pemantauan status pemesanan. Untuk obat lama maka instalasi farmasi melakukan penetapan kebutuhan obat berdasarkan data penggunaan periode sebelumnya. Setelah obat datang lalu diterima oleh tim penerima, kemudian tim penerima melakukan pengecekan kesesuaiannya dengan spesifikasi pada order. Kemudian obat diserahkan kepada petugas di

gudang penyimpanan. Petugas di gudang bertanggung jawab apabila ada stok obat rusak atau kadaluarsa, mengendalikan persediaan (mencegah kekosongan atau kelebihan stok), menyimpan pada lokasi dan cara yang tepat. Bila ditemukan obat rusak atau kadaluarsa maka petugas menyerahkan obat tersebut ke panitia pengadaan untuk dikembalikan ke pemasok.

Proses distribusi obat dimulai dari penyerahan obat dari gudang ke instalasi farmasi untuk didistribusikan ke pasien. Instalasi farmasi bertugas untuk menyiapkan obat sesuai dengan resep dokter. Resep dari pasien rawat jalan akan disiapkan kemudian diberikan kepada pasien dengan pemberian informasi setelah pasien membayar dikasir. Resep dari pasien rawat inap dibawa oleh petugas unit rawat inap ke instalasi farmasi, setelah obat siap, maka obat dibawa staf farmasi ke unit rawat inap. Instalasi farmasi bertugas melakukan pengumpulan informasi penggunaan obat.

2. Sistem Distribusi Obat Ruang Perawatan

Suatu sistem distribusi yang efisien dan efektif sangat tergantung pada desain sistem dan pengelolaan yang baik. Menurut Siregar dan Amalia (2003) suatu sistem distribusi obat yang didesain dan dikelola baik harus dapat mencapai berbagai hal sebagai berikut:

- 1) Ketersediaan obat yang tetap terpelihara
- 2) Mutu dan kondisi obat/sediaan obat tetap stabil dalam proses distribusi

- 3) Kesalahan obat minimal dan memberi keamanan maksimum pada penderita
- 4) Obat yang kadaluarsa sangat minimal
- 5) Efisiensi dalam penggunaan sumber utama personel
- 6) Pencurian dan/atau hilang dapat minimal
- 7) IFRS mempunyai akses dalam semua tahap proses distribusi untuk pengendalian, pemantauan, dan penerapan pelayanan farmasi klinik
- 8) Terjadinya interaksi professional dokter-apoteker-penderita-perawat
- 9) Pemborosan dan penyalahgunaan obat minimal
- 10) Harga terkendali
- 11) Peningkatan penggunaan obat rasional.

Sistem distribusi obat untuk penderita rawat inap yang diterapkan bervariasi dari rumah sakit ke rumah sakit lain, hal itu tergantung pada kebijakan rumah sakit, kondisi dan keberadaan fisik. Personal dan tata ruang rumah sakit. Sistem distribusi obat di rumah sakit adalah tatanan jaringan sarana, personel, prosedur, dan jaminan mutu yang serasi, terpadu dan berorientasi penderita dalam penyampaian sediaan obat beserta informasinya terhadap penderita.

Ada empat sistem distribusi obat rawat inap di rumah sakit yang diterapkan yaitu : *Floor stock system*, *Individual drug order system*, gabungan *individual drug order* dengan *floor stock system* dan *Unit dose*

dispensing. Pemilihan sistem distribusi obat sangat tergantung pada kondisi dan kebutuhan masing-masing rumah sakit (Quick *et al.*, 1997).

a) *Floor stock system*

Pada *floor stock system*, semua obat disuplai pada setiap ruang, semua obat yang dibutuhkan pasien tersedia dalam ruang penyimpanan obat tersebut, kecuali untuk obat yang mahal dan jarang dipakai. Keuntungan sistem ini adalah bahwa obat yang diperlukan segera tersedia, peniadaan pengembalian obat yang tidak terpakai ke IFRS, pengurangan penyalinan kembali order obat, pengurangan jumlah personel IFRS yang diperlukan. Keterbatasannya adalah meningkatnya kesalahan obat karena order obat tidak dikaji oleh apoteker, persediaan obat di unit perawatan meningkat, pencurian obat meningkat, meningkatnya bahaya karena kerusakan obat, penambahan modal investasi untuk menyediakan fasilitas penyimpanan obat yang sesuai di setiap ruangan, diperlukan waktu tambahan bagi perawat untuk menangani obat, meningkatnya kerugian karena kerusakan obat (Siregar dan Amalia, 2003).

b) *Individual drug order system*

Pada sistem tersebut resep secara individu diberikan kepada pasien kemudian pasien atau melalui perawat mengambil obat ke IFRS. Keuntungan sistem obat tersebut adalah bahwa semua resep dikaji langsung oleh apoteker, memberi kesempatan interaksi profesional antara apoteker-dokter-perawat-pasien, mempermudah penagihan biaya obat penderita. Keterbatasannya adalah kemungkinan keterlambatan sediaan

obat sampai pada pasien, jumlah kebutuhan IFRS meningkat, terjadi kesalahan obat karena kurang pemeriksaan pada waktu penyiapan (Siregar dan Amalia, 2003).

c) *Gabungan individual drug order dengan floor stock system*

Sistem kombinasi dimaksudkan untuk mengurangi beban kerja IFRS. Jenis dan jumlah obat yang tersedia di ruangan ditetapkan oleh PFT dengan masukan dari IFRS dan dari pelayanan keperawatan. Obat yang disediakan di ruangan adalah obat yang diperlukan oleh banyak pasien, setiap hari diperlukan, dan biasanya adalah obat yang harganya relatif murah, mencakup obat resep atau obat bebas. Keuntungan sistem tersebut adalah semua resep dikaji langsung oleh apoteker, adanya kesempatan interaksi profesional antara apoteker-dokter-perawat-pasien, obat yang diperlukan dapat segera tersedia dan beban IFRS berkurang. Keterbatasannya adalah adanya kemungkinan keterlambatan obat sampai ke pasien, kesalahan obat dapat terjadi di ruangan (Siregar dan Amalia, 2003).

d) *Unit dose dispensing*

Merupakan cara pemberian obat langsung kepada pasien di ruangan oleh petugas instalasi farmasi disertai informasi selengkapannya. Keuntungan sistem tersebut adalah pelayanan IFRS 24 jam, pasien hanya membayar obat yang dikonsumsinya saja, meminimalkan terjadinya kesalahan obat, pencurian dan pemborosan obat, memperluas cakupan dan pengendalian IFRS di rumah sakit secara keseluruhan. Keterbatasannya

adalah biaya investasi awal yang besar serta jumlah tenaga farmasi yang besar.

3. Keadaan Emergensi

Emergensi adalah suatu kondisi yang dalam pandangan penderita, keluarga, atau siapapun yang bertanggung jawab dalam membawa penderita ke rumah sakit, memerlukan pelayanan medis segera. Kondisi ini berlanjut hingga petugas kesehatan yang profesional menetapkan bahwa keselamatan penderita atau kesehatannya terancam. Namun, keadaan emergensi yang sebenarnya adalah suatu kondisi klinik yang memerlukan pelayanan medis. Kondisi tersebut berkisar antara yang memerlukan pemeriksaan diagnostik atau pengamatan, yang setelahnya mungkin memerlukan atau mungkin juga tidak memerlukan rawat inap (Hanafiah dan Amir, 2008).

4. Pengelolaan Obat Emergensi

Rumah sakit harus dapat menyediakan lokasi penyimpanan obat dan alat kesehatan emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian.

Menurut Permenkes No. 58 Tahun 2014, pengelolaan obat dan alat kesehatan emergensi harus menjamin:

- a. Jumlah dan jenis obat sesuai dengan daftar obat emergensi yang telah ditetapkan

- b. Tidak boleh bercampur dengan persediaan obat untuk kebutuhan lain
- c. Bila dipakai untuk keperluan emergensi harus segera diganti
- d. Dicek secara berkala apakah ada yang kadaluwarsa
- e. Dilarang untuk dipinjam untuk kebutuhan lain.

5. *Focus Group Discussion (FGD)*

Focus group discussion adalah suatu proses pengumpulan informasi mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok. Dalam diskusi, fasilitator tidak harus bertanya, tetapi mengemukakan suatu persoalan, suatu kasus, suatu kejadian sebagai bahan diskusi. Dalam prosesnya fasilitator akan sering bertanya, tetapi itu hanya bagian dari keterampilan mengelola diskusi agar tidak didominasi oleh sebagian peserta atau tidak macet. Permasalahan tertentu yang sangat spesifik menunjukkan bahwa diskusi dilaksanakan untuk memenuhi tujuan penelitian yang sudah sangat jelas. Oleh karena itu, pertanyaan peneliti harus jelas dan spesifik (Irwanto, 1998).

Menurut Istijanto (2006) pengumpulan data melalui diskusi kelompok dikenal sebagai *focus group discussion* (FGD). FGD merupakan diskusi kelompok kecil yang terdiri dari 6 – 10 orang. Dari FGD ini diharapkan muncul ide spontan dari para peserta, yaitu peserta tidak memanipulasi pendapat yang diberikan. Dalam pelaksanaan diskusi ini moderator terlatih mengundang peserta untuk berkumpul di ruangan yang nyaman, duduk melingkari meja bundar, sehingga bisa saling berinteraksi,

lalu mendiskusikan topik yang telah ditetapkan. Selanjutnya moderator akan mengarahkan jalannya diskusi dan memberikan pertanyaan yang memancing ide peserta. Moderator diharapkan tidak mendominasi pembicaraan, dengan kata lain hanya mendorong tiap peserta mengungkapkan ide secara aktif. Ciptakan kondisi diskusi yang hangat atau ramah sehingga peserta diskusi tidak merasa tertekan atau dapat menyampaikan pendapat secara jujur.

6. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara yang memberi jawaban atas pertanyaan itu (Grbich, 1999). Wawancara dilakukan per orang, tidak ada interaksi antar peserta yang akan diwawancarai. Ada banyak cara untuk mencatat/merekam wawancara kualitatif yaitu dengan catatan yang ditulis saat wawancara berlangsung dan rekaman audio. Penulisan catatan ketika wawancara berlangsung bisa mengganggu proses wawancara, sedangkan catatan yang ditulis setelah wawancara bisa kehilangan beberapa detail, tetapi banyak yang setuju dengan perekaman menggunakan tape recorder. Peralatan yang dipakai sebaiknya yang bagus, sudah diuji sebelumnya, dan dikenal baik oleh pewawancara. Wawancara juga harus dilakukan pada saat yang nyaman bagi yang hendak diwawancarai.

7. Metode Uji Delphi

Metode uji Delphi merupakan proses dalam group yang terdiri dari para pakar (*expert/judge*) untuk mendapatkan, memeriksa dan membandingkan serta mengarahkan informasi menuju konsensus bersama para pakar tentang suatu topik yang spesifik (Delp, 1997). Peserta uji Delphi tidak saling berkomunikasi tentang ini. Teknik ini telah digunakan di berbagai macam bidang seperti program perencanaan, evaluasi kebijakan (Gustafson, 1975) serta pengembangan indikator efisiensi obat di rumah sakit (Pudjaningsih, 1996). Prosesnya meliputi beberapa kali pengiriman daftar pertanyaan atau kuesioner. Hasil setiap pengiriman akan disimpulkan dan digunakan sebagai dasar pembuatan kuesioner untuk seri berikutnya. Hasil tiap seri dikirimkan kepada peserta uji Delphi. Seri pengiriman kuesioner berakhir pada saat telah dicapai kesepakatan yang setuju untuk suatu item kuesioner (Jocobowicz *et al.*, 1994)

Metode uji Delphi adalah nama satu prosedur untuk memperoleh dan menyaring opini-opini dari sebuah kelompok yang biasanya adalah sekelompok para ahli. Metode ini adalah suatu cara dimana sebuah konsensus dari sekelompok ahli tercapai setelah memperoleh opini-opini dalam mendefinisikan masalah berdasarkan pengetahuan dan intuisi para ahli. Penilaian kolektif dari para ahli ini, walaupun diperoleh dari opini yang subyektif tetap lebih baik daripada sebuah pernyataan perorangan dan menghasilkan 'outcome' yang lebih obyektif karena mempunyai empat karakteristik utama yaitu : 1)Pertanyaan yang terstruktur, 2)Iterasi,

3)Umpan balik (*feedback*) yang terkontrol, dan 4)Anonimitas (*anonymity*) dari responden. Metode ini bertujuan untuk menentukan sejumlah alternatif program. Metode ini dimulai dengan melontarkan suatu masalah yang bersifat umum untuk diidentifikasi menjadi masalah yang lebih spesifik. Partisipan dalam metode ini biasanya orang yang dianggap ahli dalam disiplin ilmu tertentu.

Tidak ada jumlah optimal untuk jumlah sampel namun kisarannya adalah 4 sampai 3000 sampel (Campbell, 2002) sedangkan untuk topik yang sangat spesifik dapat diambil 10 hingga 50 sampel dengan estimasi respon yang disarankan sebesar 45-50% (Linstone & Turrof, 2002). Dalam beberapa penelitian terkait indikator klinik respon mencapai 80-84% (Dean *et al.*, 2000)

8. Diskusi Kelompok Kecil (DKK)

Suatu diskusi yang membahas tentang suatu masalah yang sudah pasti dalam kelompok, memberikan dampak lebih cepat daripada seminar dalam kelompok besar, lebih mudah diterapkan, biaya murah dan lebih mudah teramati, mempunyai ciri-ciri yang hampir sama baik umur, pekerjaan, biasanya diskusi berlangsung 1-2 jam dipimpin oleh seorang fasilitator, berjalan dalam suasana santai dan tidak formal (Adyana, 1999).

Pendekatan diskusi kelompok kecil sebagai satu cara dalam strategi edukasi, ternyata memberi dampak yang lebih baik dengan biaya lebih murah dibandingkan dengan seminar dalam kelompok besar. Diskusi kelompok kecil dilakukan untuk membicarakan suatu topik yang menjadi

permasalahan, terdiri 5-10 orang dengan peserta memiliki banyak kesamaan (*homogeny*), misal : usia, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, jenis kelamin, pengalaman dalam suatu hal dan sebagainya (Quick *et al.*, 1997).

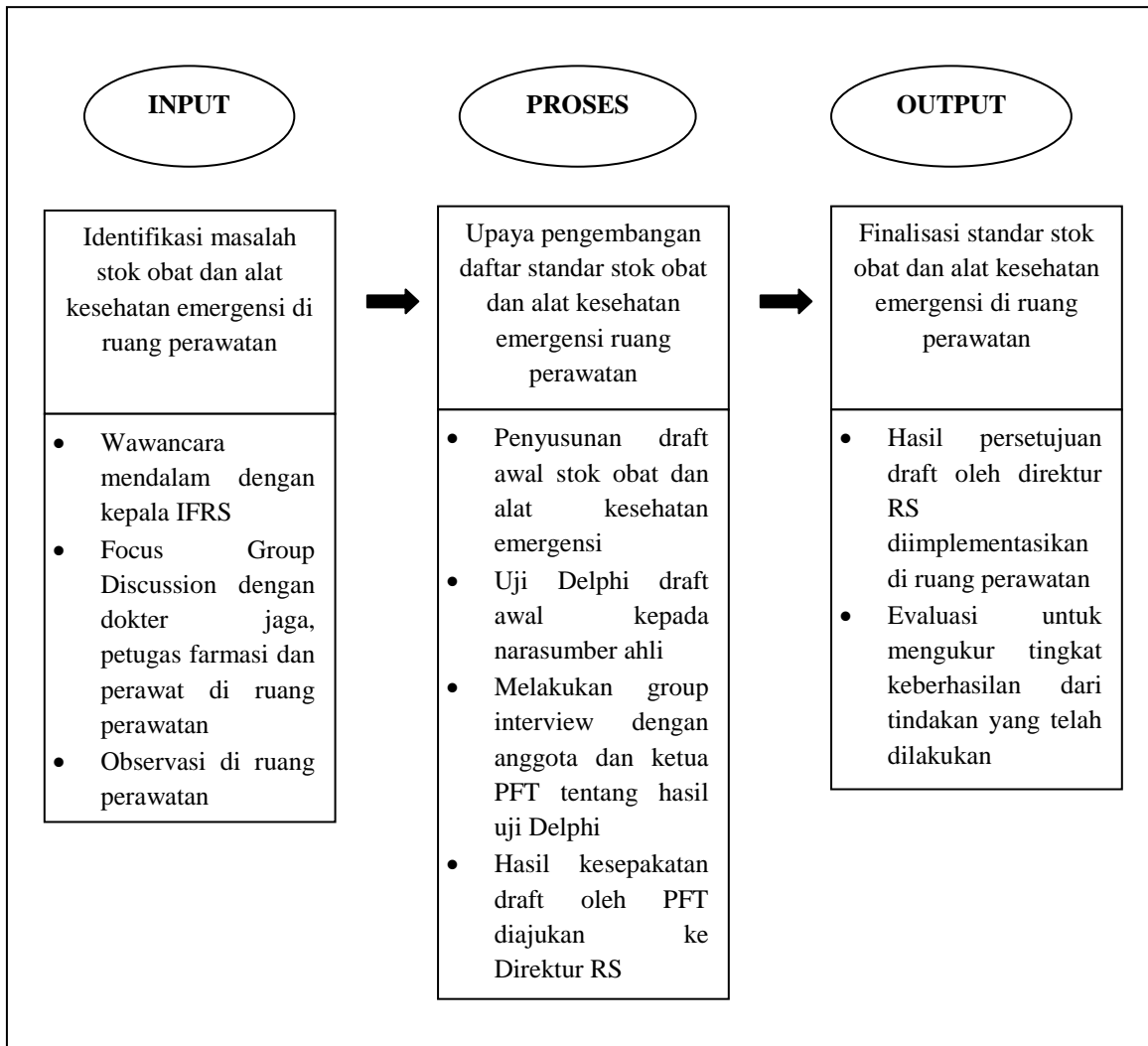
Strategi edukasi dengan pendekatan kelompok kecil memiliki beberapa kelebihan dibandingkan dengan menggunakan media cetak. Kekuatan cara ini terletak pada pendekatan interaktif dari suatu kenyataan yang dipaparkan secara faktual sehingga dapat memberikan gambaran tentang sikap dan alasan diskusi atas sikapnya. Selain itu ada pertukaran dan dukungan antar peserta yang satu dengan yang lainnya yang dapat memudahkan untuk mengungkapkan perasaan dan pandangannya. Adanya tanggapan dan pemahaman yang salah, juga dapat diantisipasi selama diskusi berlangsung. Informasi yang disajikan merupakan dukungan yang kuat untuk mencapai tujuan diskusi. Permasalahan yang ada diungkapkan dan dicari pemecahannya. Kemudian dibuat kesepakatan dan komitmen untuk berubah dan ini merupakan kunci keberhasilan diskusi. Keberhasilan juga tergantung pada keadaan individu, kemampuan fasilitator dalam mengembangkan diskusi yang bermakna bagi peserta, kemampuan dan kredibilitas nara sumber yang dihadirkan dalam diskusi, kemungkinan adanya pendapat individu yang mendominasi dan kemungkinan terjadinya efek kejenuhan dapat menyebabkan diskusi tidak berhasil (Santoso, dkk, 1996).

B. Landasan Teori

Berdasarkan latar belakang serta teori pada kajian pustaka di atas, bahwa pengelolaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit merupakan satu aspek manajemen yang penting, dimana ketidakefisienan pengelolaan obat dan alat kesehatan tersebut akan memberikan dampak yang negatif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun ekonomis. Manajemen pengelolaan obat merupakan serangkaian kegiatan kompleks yang merupakan suatu siklus yang saling terkait, pada dasarnya terdiri dari 4 fungsi dasar yaitu seleksi dan perencanaan, pengadaan, distribusi, dan penggunaan.

Kedaruratan medik dapat terjadi pada seseorang maupun sekelompok orang pada setiap saat dan dimana saja. Hal ini dapat berupa serangan penyakit secara mendadak, kecelakaan atau bencana alam. Keadaan ini selain membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang baik dari penolong dan sarana yang memadai, juga dibutuhkan pengorganisasian yang sempurna. Rumah sakit harus dapat menyediakan lokasi penyimpanan obat dan alat kesehatan emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan landasan teori dapat dikemukakan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana sistem pengelolaan obat dan alat kesehatan emergensi di ruang perawatan RS PKU Muhammadiyah Gamping ?

2. Apa saja permasalahan yang terjadi terkait dengan pengelolaan obat dan alat kesehatan emergensi di ruang perawatan RS PKU Muhammadiyah Gamping ?
3. Obat dan alat kesehatan emergensi apa saja yang disepakati dan disetujui sebagai daftar standar obat dan alat kesehatan emergensi di ruang perawatan RS PKU Muhammadiyah Gamping?
4. Bagaimana hasil yang didapatkan setelah standar yang telah disetujui diterapkan di ruang perawatan?