

BAB II

TINJAUAN UMUM RUMAH SAKIT DAN INSTALASI FARMASI

A. Tinjauan Umum Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (UU RI nomor 44 Tahun 2009).

Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Siregar, 2004).

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria seperti pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan sarana dan prasarana. Suatu sistem klasifikasi rumah sakit yang seragam diperlukan untuk memberi kemudahan mengetahui identitas, organisasi, jenis pelayanan yang diberikan, pemilik, dan kapasitas tempat tidur. Rumah sakit dapat dibagi sesuai dengan status kepemilikan, jenis pelayanan dan pengelolaannya (Depkes, 2009).

a. Status Kepemilikan

1) Rumah Sakit Pemerintah (*Government Hospital*), yaitu:

- a) Rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan.
- b) Rumah sakit pemerintah daerah, yang terdiri dari Rumah Sakit Militer dan rumah sakit BUMN.

2) Rumah Sakit Non Pemerintah (*Non Government Hospital*)

- a) Rumah sakit swasta merupakan rumah sakit bisnis yang bertujuan adalah mencari keuntungan.
- b) Rumah sakit nirlaba adalah rumah sakit yang bekerja sama dengan organisasi keagamaan untuk mendapatkan keuntungan sewajarnya untuk digunakan sebagai modal peningkatan sarana fisik dan penyempurnaan mutu pelayanan demi kepentingan pasien (Siregar, 2004).

b. Berdasarkan Jenis Pelayanan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit menjelaskan bahwa berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah sakit dikategorikan dalam Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus :

- 1) Rumah sakit umum, yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Menurut PMK nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi A, B, C, D, dan D Pratama.

a) Rumah sakit umum kelas A

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum kelas A paling sedikit meliputi pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang nonklinik, dan pelayanan rawat inap. Sumber daya manusia rumah sakit umum kelas A terdiri atas tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan. Tenaga medis paling sedikit terdiri atas: 18 dokter umum untuk pelayanan medik dasar; 4 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut; 6 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar; 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang; 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain; 2 dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

Jumlah tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas: 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit; 5 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 10 tenaga teknis kefarmasian; 5 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 10 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan

distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian di rumah sakit; dan 1 apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit (Permenkes, 2014).

b) Rumah sakit umum kelas B

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum kelas B paling sedikit meliputi pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang nonklinik, dan pelayanan rawat inap.

Sumber daya manusia rumah sakit umum kelas B terdiri atas: tenaga medis; tenaga kefarmasian; tenaga keperawatan; tenaga kesehatan lain; tenaga non kesehatan. Tenaga medis paling sedikit terdiri atas: 12 dokter umum untuk pelayanan medik dasar; 3 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut; 3 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar; 2 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang; 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain; 1 dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.

Jumlah tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas: 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit; 4 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian; 4 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian rumah sakit; dan 1 apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Permenkes, 2014).

c) Rumah sakit umum kelas C

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum kelas C paling sedikit meliputi pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik dan pelayanan rawat inap.

Sumber daya manusia rumah sakit umum kelas C terdiri atas: tenaga medis; tenaga kefarmasian; tenaga keperawatan; tenaga

kesehatan lain; tenaga non kesehatan. Tenaga medis paling sedikit terdiri atas: 9 dokter umum untuk pelayanan medik dasar; 2 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut; 2 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar; 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang; dan 1 dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut. Jumlah tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas: 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit; 2 apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 4 tenaga teknis kefarmasian; 4 apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Permenkes, 2014).

d) Rumah sakit umum kelas D

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum kelas D paling sedikit meliputi pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik, dan pelayanan rawat inap.

Sumber daya manusia rumah sakit umum kelas D terdiri atas: tenaga medis; tenaga kefarmasian; tenaga keperawatan; tenaga

kesehatan lain; tenaga non kesehatan. Tenaga medis paling sedikit terdiri atas: 4 dokter umum untuk pelayanan medik dasar; 1 dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut; 1 dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar. Jumlah tenaga kefarmasian paling sedikit terdiri atas: 1 apoteker sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit; 1 apoteker yang bertugas di rawat inap dan rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 2 tenaga teknis kefarmasian; 1 apoteker sebagai koordinator penerimaan, distribusi dan produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Permenkes, 2014).

e) Rumah sakit umum kelas D Pratama

Rumah sakit umum kelas D pratama dapat didirikan dan diselenggarakan di daerah tertinggal, perbatasan, atau kepulauan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit umum kelas D pratama dapat juga didirikan di kabupaten/kota, apabila memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1). Belum tersedia rumah sakit di kabupaten/kota yang bersangkutan
- 2). Rumah sakit yang telah beroperasi di kabupaten/kota yang bersangkutan kapasitasnya belum mencukupi
- 3). Lokasi rumah sakit yang telah beroperasi sulit dijangkau secara

geografis oleh sebagian penduduk di kabupaten/kota yang bersangkutan.

- 4). Ketentuan mengenai rumah sakit umum kelas D pertama diatur dalam PMK No. 56 Tahun 2014.
- 2) Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit. Jenis rumah sakit khusus antara lain rumah sakit khusus ibu dan anak, jantung, kanker, orthopedi, paru, jiwa, kusta, mata, ketergantungan obat, stroke, penyakit infeksi, bersalin, gigi dan mulut, rehabilitasi medik, telinga hidung tenggorokan, bedah, ginjal, kulit dan kelamin. Klasifikasi rumah sakit khusus menurut Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah sebagai berikut:
- a) Rumah sakit khusus kelas A

Rumah sakit khusus kelas A, mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.
 - b) Rumah sakit khusus kelas B

Rumah sakit khusus kelas B mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.
 - c) Rumah sakit khusus kelas C

Rumah sakit khusus kelas C mempunyai fasilitas dan

kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal (UU No. 44 tahun 2009).

c. Berdasarkan Pengelolaan

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat:

- 1) Rumah sakit publik, yaitu rumah sakit yang dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit ini tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.
- 2) Rumah sakit privasi, yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau Persero (UU No. 44 tahun 2009).

3. Struktur Organisasi Rumah Sakit

Pengaturan pedoman organisasi rumah sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Pengaturan pedoman organisasi rumah sakit berlaku bagi seluruh rumah sakit di Indonesia (PERPRES No. 77 Tahun 2015).

Organisasi rumah sakit disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja rumah sakit. Struktur organisasi rumah sakit harus membagi habis seluruh tugas dan fungsi rumah sakit. Setiap pimpinan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, simplifikasi, sinkronisasi

dan mekanisasi di dalam lingkungannya masing-masing serta dengan unit-unit lainnya. Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas: kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit; unsur pelayanan medis; unsur keperawatan; unsur penunjang medis; unsur administrasi umum dan keuangan; komite medis; dan satuan pemeriksaan internal (PP, 2015).

Menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Kepala rumah sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang rumah sakit.

Pola organisasi rumah sakit di negara kita pada umumnya terdiri atas Badan Pengurus Yayasan, Dewan Pembina, Dewan Penyantun, Badan Penasihat, dan Badan Penyelenggara. Badan Penyelenggara terdiri atas direktur, wakil direktur, komite medik, satuan pengawas, dan berbagai bagian instalasi. Tergantung pada besarnya rumah sakit, dapat terdiri atas satu sampai empat wakil direktur. Wakil direktur pada umumnya terdiri atas wakil direktur pelayanan medik, wakil direktur penunjang medik dan keperawatan, wakil direktur keuangan, dan administrasi. Staf medik fungsional (SMF) berada di bawah koordinasi komite medik. SMF terdiri atas dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis dari semua disiplin yang ada di suatu rumah sakit. Komite medik adalah wadah non struktural yang keanggotaannya terdiri atas ketua-ketua SMF (Siregar, 2004).

Struktur organisasi menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1045 tahun 2006 tentang pedoman organisasi rumah sakit di lingkungan departemen kesehatan berbeda-beda untuk setiap kelas rumah sakit, yaitu :

- a. Rumah sakit umum kelas A : dipimpin oleh seorang direktur utama yang membawahi paling banyak 4 direktorat. Setiap direktorat terdiri dari paling banyak 3 bidang/bagian yang masing-masing bidang terdiri dari paling banyak 3 seksi atau tiap bagian terdiri dari paling banyak 3 sub bagian.
- b. Rumah sakit umum kelas B pendidikan : dipimpin seorang direktur utama yang membawahi paling banyak 3 direktorat. Setiap direktorat membawahi paling banyak 3 bidang/bagian. Masing-masing bidang terdiri dari paling banyak 3 seksi dan masing-masing bagian terdiri dari paling banyak 3 sub bagian.
- c. Rumah sakit umum kelas B non pendidikan : dikepalai oleh seorang direktur utama yang membawahi paling banyak 2 direktorat. Setiap direktorat memiliki paling banyak 3 bidang/bagian. Tiap bidang terdiri dari paling banyak 3 seksi atau tiap bagian terdiri dari paling banyak 3 sub bagian.
- d. Rumah sakit umum kelas C : dipimpin seorang direktur yang membawahi paling banyak 2 bidang dan 1 bagian. Setiap bidang terdiri dari paling banyak 3 seksi dan setiap bagian terdiri dari paling banyak 3 sub bagian.
- e. Rumah sakit umum kelas D : dipimpin oleh seorang direktur yang membawahi 2 seksi dan 3 sub bagian (Depkes RI, 2006).

Unit-unit non struktural terdiri dari satuan pengawas intern, komite dan instalasi. Satuan pengawas intern adalah satuan kerja fungsional yang bertugas

melaksanakan pengawasan intern rumah sakit. Satuan ini dibentuk dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit. Pembentukannya juga ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit, sekurang-kurangnya terdiri dari komite medik dan komite etik dan hukum. Satuan pengawas intern dan komite sama-sama berada di bawah dan bertanggungjawab langsung terhadap pimpinan rumah sakit. Komite dipimpin seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh pemimpin rumah sakit.

Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan pimpinan rumah sakit setelah mendapat persetujuan direktur jenderal bina pelayanan medik. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit. Pembentukannya ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit. Instalasi dipimpin seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh pimpinan rumah sakit. Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau non medis. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada direktur jenderal bina pelayanan medik.

4. Panitia Farmasi dan Terapi atau Komisi Farmasi dan Terapi

Organisasi rumah sakit dibentuk Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) yang merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah

sakit mengenai kebijakan penggunaan obat di dalam rumah sakit yang anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada dirumah sakit.

Apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan. Ketua PFT dapat diketuai oleh dokter atau seorang apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai oleh apoteker maka sekretarisnya adalah dokter (Permenkes, 2014). Tugas PFT menurut Permenkes 58 tahun 2014 yaitu:

- a. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit
- b. Melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit
- c. Mengembangkan standar terapi
- d. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat
- e. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional
- f. Mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak diinginkan
- g. Mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*
- h. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di rumah sakit.

Formularium rumah sakit disusun mengacu kepada formularium nasional. Formularium rumah sakit merupakan daftar obat yang disepakati staf medis, disusun oleh TFT yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Formularium rumah sakit harus tersedia untuk semua penulis resep, pemberi obat, serta penyedia obat di rumah sakit.

B. Struktur Organisasi Farmasi Rumah Sakit, Standar Pelayanan Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit

1. Struktur Organisasi Farmasi Rumah Sakit

Salah satu persyaratan dalam penerapan sistem manajemen mutu menyeluruh adalah adanya organisasi yang sesuai, yang dapat mengakomodasi seluruh kegiatan pelaksanaan fungsi. IFRS juga harus memiliki suatu organisasi yang pasti dan sesuai dengan kebutuhan sekarang dan kebutuhan mengakomodasi perkembangan di masa depan, dan mengikuti visi, misi yang telah ditetapkan pimpinan rumah sakit dan para apoteker rumah sakit. Organisasi IFRS harus didesain dan dikembangkan sedemikian rupa agar faktor-faktor teknis, administrasi dan manusia yang mempengaruhi mutu produk dan pelayanannya berada di bawah kendali. Pengendalian itu dapat dilaksanakan melalui suatu struktur organisasi IFRS yang terdiri atas penetapan pekerjaan yang dilakukan beserta tanggung jawab dan hubungan hierarki untuk melaksanakan pekerjaan itu (Siregar, 2012).

Menurut Permenkes No. 58/Menkes/SK/ XI/ 2014 pengorganisasian IFRS mencakup penyelenggaraan pengelolaan sediaan farmasi, alkes, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), pelayanan farmasi klinik dan manajemen mutu, dan bersifat dinamis dapat direvisi sesuai kebutuhan dengan tetap menjaga mutu.

2. Standar Pelayanan Rumah Sakit

Penyelenggaraan standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit harus

didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien, dan standar prosedur operasional. Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit meliputi (Permenkes, 2016):

a. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP

- 1) Memilih sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit.
- 2) Merencanakan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP secara efektif, efisien dan optimal.
- 3) Mengadakan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat sesuai ketentuan yang berlaku.
- 4) Memproduksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- 5) Menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku.
- 6) Menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian.
- 7) Mendistribusikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP ke unit-unit pelayanan di rumah sakit.
- 8) Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu.
- 9) Melaksanakan pelayanan Obat “unit dose”/dosis sehari.
- 10) Melaksanakan komputerasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP (apabila sudah memungkinkan).
- 11) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait

dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP.

- 12) Melakukan pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP yang sudah tidak dapat digunakan.
- 13) Mengendalikan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP.
- 14) Melakukan administrasi pengelolaan sediaan farmasi, Alat Kesehatan, dan BMHP.

b. Pelayanan farmasi klinik.

- 1) Mengkaji dan melaksanakan pelayanan resep atau permintaan obat
- 2) Melaksanakan penelusuran riwayat penggunaan obat.
- 3) Melaksanakan rekonsiliasi obat
- 4) Memberikan informasi dan edukasi penggunaan obat baik berdasarkan resep maupun obat non resep kepada pasien/keluarga pasien
- 5) Mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah yang terkait dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP
- 6) Melaksanakan visite mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain
- 7) Memberikan konseling pada pasien dan/atau keluarganya
- 8) Melaksanakan Pemantauan Terapi Obat (PTO)
 - a) Pemantauan efek terapi Obat.
 - b) Pemantauan efek samping Obat.
 - c) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).
- 9) Melaksanakan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO).

- 10) Melaksanakan dispensing sediaan steril
- 11) Melakukan pencampuran obat suntik
- 12) Menyiapkan nutrisi parenteral
 - a) Melaksanakan penanganan sediaan sitotoksik
 - b) Melaksanakan pengemasan ulang sediaan steril yang tidak stabil.
- 13) Melaksanakan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada tenaga kesehatan lain, pasien/keluarga, masyarakat dan institusi di luar rumah sakit.
- 14) Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

3. Akreditasi Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri, kemudian setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan (Setneg RI, 2009).

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) adalah merupakan suatu lembaga independen dalam negeri sebagai pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional dan non struktural. Meskipun akreditasi rumah sakit telah berlangsung sejak tahun 1995 dengan berbasis pelayanan, yaitu 5 pelayanan, 12 pelayanan dan 16 pelayanan, namun dengan berkembangnya ilmu

pengetahuan dan teknologi serta makin kritisnya masyarakat Indonesia dalam menilai mutu pelayanan kesehatan, maka dianggap perlu dilakukannya perubahan yang bermakna terhadap mutu rumah sakit di Indonesia (Kemenkes RI, 2012).

Perubahan tersebut tentunya harus diikuti dengan pembaharuan standar akreditasi rumah sakit yang lebih berkualitas dan menuju standar Internasional. Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi yang mengacu pada *Joint Commission International* (JCI). Standar akreditasi ini selain sebagian besar mengacu pada sistem JCI, juga dilengkapi dengan muatan lokal berupa program prioritas nasional yang berupa program *Millenium Development Goals* (MDG's) meliputi PONEK, HIV dan TB DOTS dan standar-standar yang berlaku di kementerian kesehatan RI. JCI merupakan badan akreditasi nonprofit yang berpusat di Amerika Serikat dan bertugas menetapkan nilai standar performa para pemberi pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2012).

a. Dasar Hukum Akreditasi

Akreditasi rumah sakit di Indonesia dilandasi oleh adanya dasar hukum sebagai berikut :

- 1) Sistem kesehatan nasional tahun 1982 yang mencantumkan tekad pemerintah yang berbunyi : “Dalam waktu dekat harus ditetapkan cara-cara akreditasi pelayanan rumah sakit”.
- 2) Undang-undang RI nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 59 menyebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit harus

dipertimbangkan sebagai salah satu kriteria untuk perizinan rumah sakit.

- 3) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 558 tahun 1984 tentang Struktur Organisasi dan Tatalaksana Departemen Kesehatan RI yang menyebutkan bahwa Seksi Akreditasi mempunyai tugas mempersiapkan dan melakukan layanan akreditasi.
 - 4) Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 12 tahun 2012 memuat tentang akreditasi rumah sakit.
- b. Menurut Permenkes Nomor 12 tahun 2012, tujuan akreditasi rumah sakit, antara lain :
- 1) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit
 - 2) Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit
 - 3) Meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit
 - 4) Rumah sakit sebagai institusi mendukung program pemerintah di bidang kesehatan
- c. Manfaat akreditasi rumah sakit adalah :
- 1) Bagi rumah sakit
 - a) Sebagai forum komunikasi dan konsultasi
 - b) Dengan *self evaluation*, rumah sakit mengetahui pelayanan yang belum memenuhi standar
 - c) Sebagai sarana marketing dan negosiasi
 - d) Sebagai alat / bahan usulan anggaran

- e) Meningkatkan citra rumah sakit
- 2) Bagi Pemerintah
 - a) Dapat meningkatkan atau membudayakan konsep mutu pelayanan rumah sakit
 - b) Dapat sebagai masukan bagi pemerintah untuk rencana pengembangan rumah sakit ke depan.
- 3) Bagi masyarakat
 - a) Mempermudah masyarakat dalam memilih rumah sakit dalam hal pelayanan kesehatan
 - b) Masyarakat akan merasa lebih aman mendapat pelayanan di rumah sakit yang sudah terakreditasi (Kemenkes RI, 2012).

d. Proses Akreditasi

Proses akreditasi terdiri dari kegiatan survei oleh tim survei dan proses pengambilan keputusan kelulusan akreditasi oleh ketua KARS melalui tim penilai laporan survei akreditasi rumah sakit. Bab yang dilakukan survei akreditasi sebagai berikut :

- 1) Sasaran keselamatan pasien rumah sakit
- 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- 3) Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)
- 4) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- 5) *Millenium Development Goals*
- 6) Akses pelayanan dan kontinu pelayanan
- 7) Assesment Pasien (AP)

- 8) Pelayanan Pasien (PP)
 - 9) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - 10) Manajemen Penggunaan Obat (MPO)
 - 11) Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)
 - 12) Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
 - 13) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - 14) Tata kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (PKP)
 - 15) Manajemen fasilitas dan keselamatan (Kemenkes RI, 2012).
- e. Berdasarkan Permenkes Nomor 12 tahun 2012, kelulusan Akreditasi Rumah Sakit dibagi menjadi 4 tingkat :

1) Akreditasi Tingkat Pratama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat pratama bila dari ke 15 bab tersebut hanya 4 bab yang mempunyai nilai diatas 80% dan 11 bab lainnya minimal nilainya diatas 20%. Bila nilai dari 11 bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat :

- a) Dilakukan remedial (re-survei) 3-6 bulan lagi, pada 11 bab lainnya yang nilainya diatas 60%.
- b) apabila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi di tingkat pratama dapat ditetapkan.

2) Akreditasi Tingkat Madya

Rumah sakit mendapat sertifikat tingkat madya bila dari ke 15 bab tersebut 8 bab mendapat nilai 80% dan nilai 7 bab lainnya minimal diatas 20%. Bila nilai dari 7 bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat :

- a) Dilakukan remedial (*re-survei*) 3-6 bulan lagi, pada 7 bab lainnya yang nilainya diatas 60%
 - b) Bila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi tingkat madya dapat ditetapkan
- 3) Akreditasi Tingkat Utama

Rumah sakit mendapat sertifikat tingkat madya bila dari ke 15 bab tersebut ada 12 bab mempunyai nilai minimal 80% dan nilai 3 bab lainnya minimal diatas 20%. Bila nilai dari 3 bab lainnya ada yang diatas 60% maka rumah sakit dapat :

- a) Dilakukan remedial (*re-survei*) 3-6 bulan lagi, pada 3 bab lainnya yang nilainya diatas 60%
 - b) Bila keberatan dilakukan remedial, maka status akreditasi tingkat utama dapat ditetapkan.
- 4) Akreditasi Tingkat Paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat Paripurna bila setiap bab dari standar akreditasi rumah sakit mempunyai nilai minimal 80%.

C. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis

Pakai di Rumah Sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai meliputi:

1. Pemilihan

Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis sediaan farmasi, alat

kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai ini berdasarkan :

- a. Formularium dan standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi
- b. Standar sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang telah ditetapkan
- c. Pola penyakit
- d. Efektifitas dan keamanan
- e. Pengobatan berbasis bukti
- f. Mutu
- g. Harga
- h. Ketersediaan di pasaran

2. Perencanaan

Perencanaan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggung jawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, serta kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Pedoman perencanaan berdasarkan :

- a. Anggaran yang tersedia
- b. Penetapan prioritas

- c. Sisa persediaan
- d. Data pemakaian periode yang lalu
- e. Waktu tunggu pemesanan
- f. Rencana pengembangan

3. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan 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.

Proses pengadaan yang dilaksanakan di luar instalasi farmasi harus melibatkan tenaga kefarmasian, untuk memastikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan mutu dan spesifikasi yang dipersyaratkan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai antara lain :

- a. Bahan baku obat harus disertai sertifikat analisa.
- b. Bahan berbahaya harus menyertakan *Material Safety Data Sheet* (MSDS).
- c. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai harus mempunyai nomor izin edar.

- d. *Expired date* minimal 2 (dua) tahun kecuali untuk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tertentu (vaksin, reagensia, dan lain-lain).

Pengadaan dapat dilakukan melalui :

a. Pembelian

Pembelian sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai rumah sakit pemerintah harus sesuai dengan ketentuan pengadaan barang dan jasa yang berlaku. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pembelian adalah :

- 1) Kriteria sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP, yang meliputi kriteria umum dan kriteria mutu obat
- 2) Persyaratan pemasok
- 3) Penentuan waktu pengadaan dan kedatangan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP
- 4) Pemantauan rencana pengadaan sesuai jenis, jumlah dan waktu
- 5) Produksi Sediaan Farmasi

Instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) dapat memproduksi sediaan tertentu apabila :

- a) Sediaan farmasi tidak ada di pasaran
- b) Sediaan farmasi lebih murah jika diproduksi sendiri
- c) Sediaan farmasi dengan formula khusus
- 6) Sediaan farmasi dengan kemasan yang lebih kecil/*repacking*
- 7) Sediaan farmasi untuk penelitian

- 8) Sediaan farmasi yang tidak stabil dalam penyimpanan/harus dibuat baru (*recenter paratus*).

Sediaan yang dibuat di rumah sakit harus memenuhi persyaratan mutu dan terbatas hanya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit tersebut.

b. Sumbangan/*Dropping*/Hibah

Instalasi farmasi harus melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap penerimaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sumbangan/*dropping*/hibah. Seluruh kegiatan penerimaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dengan cara sumbangan/*dropping*/hibah harus disertai dokumen administrasi yang lengkap dan jelas agar penyediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dapat membantu pelayanan kesehatan, maka jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai harus sesuai dengan kebutuhan pasien di rumah sakit. Instalasi farmasi dapat memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit untuk mengembalikan/ menolak sumbangan/ *dropping*/ hibah sediaan farmasi, alkes, dan BMHP yang tidak bermanfaat bagi kepentingan pasien.

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 barang harus tersimpan dengan baik (Permenkes,

2016). Penerimaan perbekalan farmasi yang telah diadakan sesuai aturan kefarmasian, melalui pembelian langsung, tender, konsinyasi atau sumbangan. Penerimaan perbekalan farmasi harus dilakukan oleh petugas yang bertanggung jawab. Petugas yang dilibatkan dalam penerimaan harus terlatih baik dalam tanggung jawab dan tugas mereka, serta harus mengerti sifat penting dari perbekalan farmasi. Tim penerimaan barang harus ada tenaga farmasi.

Tujuan penerimaan adalah untuk menjamin perbekalan farmasi yang diterima sesuai kontrak baik spesifikasi mutu, jumlah maupun waktu kedatangan. Perbekalan farmasi yang diterima harus sesuai dengan spesifikasi kontrak yang telah ditetapkan. Hal lain yang perlu diperhatikan dalam penerimaan :

- a. Harus mempunyai Material, Safety, Data, Sheet (MSDS), untuk bahan berbahaya
- b. Khusus untuk alat kesehatan harus mempunyai *certificate of origin*
- c. Sertifikat analisa produk (Permenkes, 2008)

5. Penyimpanan

Gudang merupakan tempat penyimpanan sementara sediaan farmasi dan alat kesehatan sebelum didistribusikan. Fungsi gudang adalah mempertahankan kondisi sediaan farmasi dan alat kesehatan yang disimpan agar tetap stabil sampai ke tangan pasien (Siregar, 2004). Tujuan penyimpanan adalah :

- a. Memelihara mutu sediaan farmasi

- b. Menghindari penggunaan yang tidak bertanggung jawab
- c. Menjaga ketersediaan
- d. Memudahkan pencarian dan pengawasan (Permenkes, 2008)

Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Komponen yang harus diperhatikan antara lain:

- a. Obat dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang secara jelas terbaca memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus
- b. Elektrolit konsentrasi tinggi tidak disimpan di unit perawatan kecuali untuk kebutuhan klinis yang penting
- c. Elektrolit konsentrasi tinggi yang disimpan pada unit perawatan pasien dilengkapi dengan pengaman, harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*) untuk mencegah penatalaksanaan yang kurang hati-hati
- d. Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibawa oleh pasien harus disimpan secara khusus dan dapat diidentifikasi.

Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang harus disimpan terpisah yaitu :

- a. Bahan yang mudah terbakar, disimpan dalam ruang tahan api dan diberi tanda khusus bahan berbahaya
- b. Gas medis disimpan dengan posisi berdiri, terikat, dan diberi penandaan untuk menghindari kesalahan pengambilan jenis gas medis. Penyimpanan tabung gas medis kosong terpisah dari tabung gas medis yang ada isinya. Penyimpanan tabung gas medis di ruangan harus menggunakan tutup demi keselamatan.

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, jenis sediaan, alat kesehatan dan BMHP, disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip *First Expired First Out* (FEFO) artinya barang yang lebih dahulu akan kadaluarsa maka harus digunakan terlebih dahulu dan *First In First Out* (FIFO) artinya barang yang terlebih dahulu masuk harus lebih dulu digunakan dan disertai sistem informasi manajemen. Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dengan penampilan dan penamaan yang mirip (LASA, *Look Alike Sound Alike*) tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan obat.

Rumah sakit harus dapat menyediakan lokasi penyimpanan obat emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian. Pengelolaan obat 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. Cek secara berkala apakah ada yang kadaluwarsa
- e. Dilarang untuk dipinjam untuk kebutuhan lain

6. Pendistribusian

Distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan merupakan salah satu tugas utama pelayanan farmasi dirumah sakit. Distribusi memegang peranan penting dalam penyerahan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang diperlukan ke unit-unit disetiap bagian farmasi rumah sakit termasuk kepada pasien. Hal terpenting yang harus diperhatikan adalah berkembangnya suatu proses yang menjamin pemberian sediaan farmasi dan alat kesehatan yang benar dan tepat kepada pasien, sesuai dengan yang tertulis pada resep atau kartu obat atau Kartu Instruksi Obat (KIO) serta dilengkapi dengan informasi yang cukup (Quick, 1997).

Tujuan pendistribusian yaitu tersedianya perbekalan farmasi diunit-unit pelayanan secara tepat waktu tepat jenis dan jumlah (Permenkes, 2008). 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. Rumah sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai di unit pelayanan.

Farmasi rawat inap menjalankan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat inap di RS, yang diselenggarakan secara sentralisasi dan atau desentralisasi dengan sistem persediaan lengkap diruangan, sistem resep perorangan, sistem unit dosis dan sistem kombinasi oleh satelit farmasi. Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

a. Sistem persediaan lengkap di ruangan (*floor stock*)

Sistem persediaan lengkap (*Floor stock system*), meliputi semua persediaan obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan diruangan. Pelayanan dalam sistem persediaan ruangan salah satu adalah penyediaan *emergency kit* (kotak obat darurat) yang digunakan untuk keperluan gawat darurat (Siregar, 2004).

Pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh IFRS. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP yang disimpan di ruang rawat harus dalam jenis dan jumlah yang sangat dibutuhkan. Pendistribusian didelegasikan kepada penanggung jawab ruangan apabila tidak ada petugas farmasi yang mengelola (diatas jam kerja). Setiap hari dilakukan serah terima kembali pengelolaan obat *floor stock* kepada petugas farmasi dari penanggung jawab ruangan. Apoteker harus menyediakan informasi, peringatan dan kemungkinan interaksi Obat pada setiap jenis Obat yang disediakan di *floor stock*.

b. Sistem resep perorangan

Resep perorangan (*individual prescribing*) merupakan cara distribusi obat dan alat kesehatan berdasarkan permintaan dalam resep atau kartu obat pasien rawat inap. Sistem ini memiliki keuntungan berupa adanya pengkajian resep pasien oleh apoteker adanya kesempatan interaksi profesional penggunaan obat lebih terkendali dan mempermudah penagihan biaya obat pada pasien. Keterbatasannya adalah adanya kemungkinan keterlambatan obat untuk dapat sampai kepada pasien (Siregar dan Amalia, 2003).

c. Sistem Unit Dosis

Sistem *unit dose dispensing* (UDD) didefinisikan sebagai obat yang disiapkan dan diberikan kepada pasien dalam unit dosis tunggal yang berisi obat untuk sekali minum. Konsep UDD bukan merupakan inovasi baru dalam farmasi dan pengobatan. *Unit dose dispensing* merupakan tanggung jawab farmasi yang tidak dapat berjalan disituasi institusi rumah sakit tanpa kerja sama dengan perawat dan staf kesehatan yang lain. Keuntungan UDD antara lain penderita hanya membayar obat yang digunakannya saja, mengurangi kesalahan pengobatan, memperbesar komunikasi antara apoteker-dokter perawat serta apoteker dapat melakukan pengkajian penggunaan obat. Keterbatasannya adalah jumlah tenaga farmasi yang dibutuhkan lebih tinggi (Siregar dan Amalia, 2003).

Kelebihan sistem UDD dibandingkan dengan sistem yang lain diantaranya adalah:

- 1) Pasien mendapat pelayanan farmasi yang lebih baik selama 24 jam sehari dan hanya membayar untuk obat-obatan yang digunakan saja
- 2) Semua obat yang dibutuhkan dibagian perawatan disiapkan oleh farmasi sehingga perawat mempunyai lebih banyak waktu merawat pasien
- 3) Memberikan kesempatan farmasis menginterpretasikan dan memeriksa copi resep, bagi perawat mengurangi kemungkinan kesalahan obat
- 4) Mencegah duplikasi pesanan obat dan kertas kerja yang berlebihan dibagian perawat dan farmasi
- 5) Menghemat ruang-ruang di pos perawatan
- 6) Mencegah kemungkinan terjadi pencurian dan pemborosan obat
- 7) Mengurangi kemungkinan kesalahan obat dan juga membantu menarik kembali kemasan pada saat obat itu ditarik dari peredaran karena kemasan dosis unit masing-masing diberi label
- 8) Farmasis dapat mengunjungi pos perawatan untuk menjalankan tugasnya yang diperluas (Siregar, 2004).

d. Sistem kombinasi

Sistem pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi sistem persediaan lengkap di ruangan dan resep perorangan, atau resep perorangan dan sistem unit dosis, atau sistem persediaan lengkap di ruangan dan sistem unit dosis.

7. Pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai

Pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Penarikan sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (*mandatory recall*) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar (*voluntary recall*) dengan tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM. Penarikan Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan terhadap produk yang izin edarnya dicabut oleh Menteri (Permenkes, 2016).

Pemusnahan dilakukan untuk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai bila :

- a. Produk tidak memenuhi persyaratan mutu
- b. Telah kadaluwarsa
- c. Tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan
- d. Dicabut izin edarnya.

Tahapan pemusnahan obat terdiri dari :

- a. Membuat daftar sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang akan dimusnahkan
- b. Menyiapkan berita acara pemusnahan, sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Waktu dan tempat pelaksanaan pemusnahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
- 2) Nama dan jumlah sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
- 3) Nama apoteker pelaksana pemusnahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
- 4) Nama saksi dalam pelaksanaan pemusnahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
- 5) Laporan pemusnahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan ditandatangani oleh apoteker dan saksi dalam pelaksanaan pemusnahan
- 6) Mengkoordinasikan jadwal, metode dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait
- 7) Melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku
- 8) Menyiapkan tempat pemusnahan (Permenkes, 2016).

8. Pengendalian

Pengendalian persediaan adalah suatu kegiatan untuk memastikan tercapainya sasaran yang diinginkan sesuai dengan strategi dan program yang telah ditetapkan sehingga tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/ kekosongan obat di unit-unit pelayanan (Permenkes, 2008). Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Pengendalian tersebut dapat dilakukan oleh instalasi farmasi, yang harus bersama dengan Tim Farmasi dan Terapi (TFT) di rumah sakit.

Tujuan pengendalian persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai adalah untuk :

- a. Penggunaan obat sesuai dengan formularium rumah sakit
- b. Penggunaan obat sesuai dengan diagnosis dan terapi.
- c. Memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP.

Cara untuk mengendalikan persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai adalah :

- a. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*)
- b. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
- c. *Stok opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala (Permenkes, 2016)

Pengendalian obat di RS terdiri atas:

- a. Sistem satu pintu
- b. Penandaan pada wadah perbekalan farmasi yang didistribusikan
- c. Pengembalian wadah bekas
- d. Penggunaan kartu kendali
- e. Menghitung dosis obat
- f. Menghitung biaya perbekalan farmasi yang dikeluarkan dan membandingkan dengan unit *cost* yang diterima

9. Administrasi

Administrasi harus dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan yang sudah berlalu.

Kegiatan administrasi terdiri dari:

a. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, pendistribusian, pengendalian persediaan, pengembalian, pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Pelaporan dibuat secara periodik yang dilakukan instalasi farmasi dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulanan, semester atau pertahun) (Permenkes, 2016).

Pencatatan dilakukan untuk :

- 1) Persyaratan Kementerian Kesehatan/BPOM
- 2) Dasar akreditasi rumah sakit
- 3) Dasar audit rumah sakit
- 4) Dokumentasi farmasi

Pelaporan dilakukan sebagai :

- 1) Komunikasi antara level manajemen
- 2) Penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di Instalasi Farmasi
- 3) Laporan tahunan

b. Administrasi Keuangan

Instalasi Farmasi Rumah Sakit yang mengelola keuangan, perlu menyelenggarakan administrasi keuangan. Administrasi keuangan merupakan pengaturan anggaran, pengendalian dan analisa biaya, pengumpulan informasi keuangan, penyiapan laporan, serta penggunaan laporan yang berkaitan dengan semua kegiatan pelayanan kefarmasian secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan (Permenkes, 2016).

c. Administrasi Penghapusan

Administrasi penghapusan merupakan kegiatan penyelesaian terhadap sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak terpakai karena kadaluwarsa, rusak, serta mutu tidak memenuhi standar dengan cara membuat usulan penghapusan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai kepada pihak terkait sesuai dengan prosedur yang berlaku (Permenkes, 2016). Tujuan penghapusan adalah untuk menjamin perbekalan farmasi yang sudah tidak memenuhi syarat dikelola sesuai dengan standar yang berlaku.

D. Sistem Pengendalian Mutu pada IFRS

Pengendalian mutu atau manajemen risiko merupakan aktivitas pelayanan kefarmasian yang dilakukan untuk identifikasi, evaluasi, dan menurunkan risiko terjadinya kecelakaan pada pasien, tenaga kesehatan dan keluarga pasien, serta risiko kehilangan dalam suatu organisasi (Permenkes, 2016). Menurut Djojosoerdarso (2003), fungsi pokok manajemen risiko terdiri dari :

1. Menemukan Kerugian Potensial

Menemukan kerugian potensial artinya berupaya untuk menemukan atau mengidentifikasi seluruh risiko murni yang dihadapi perusahaan, yang meliputi kerusakan fisik dari harta kekayaan perusahaan, kehilangan pendapatan atau kerugian lainnya akibat terganggunya operasi perusahaan, kerugian akibat adanya tuntutan hukum dari pihak lain, kerugian - kerugian yang timbul karena penipuan, tindakan – tindakan kriminal lainnya, tidak jujurnya karyawan, kerugian – kerugian yang timbul akibat karyawan kunci (*keymen*) meninggal dunia, sakit dan cacat.

2. Mengevaluasi Kerugian Potensial

Mengevaluasi kerugian potensial artinya melakukan evaluasi dan penilaian terhadap semua kerugian potensial yang dihadapi oleh perusahaan. Evaluasi dan penilaian ini akan meliputi : perkiraan mengenai besarnya kemungkinan frekuensi terjadinya kerugian artinya memperkirakan jumlah kemungkinan terjadinya kerugian selama suatu periode tertentu atau berapa kali terjadinya kerugian tersebut selama suatu periode tertentu; besarnya bahaya dari tiap-tiap kerugian, artinya menilai besarnya kerugian yang diderita, yang biasanya dikaitkan dengan besarnya pengaruh kerugian tersebut, terutama terhadap kondisi financial perusahaan; memilih cara yang tepat guna menanggulangi kerugian. Manajemen risiko pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dilakukan melalui beberapa langkah yaitu :

- a. Menentukan konteks manajemen risiko pada proses pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai

Beberapa konteks manajemen resiko pada proses pengelolaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP yaitu :

- 1) Mengendalikan persediaan dengan sistem komputerisasi dan manual
- 2) Mengendalikan resiko dengan menentukan indikator mutu

- b. Mengidentifikasi Risiko

Beberapa risiko yang berpotensi terjadi dalam pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai antara lain :

- 1) Ketidaktepatan perencanaan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai selama periode tertentu
- 2) Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak melalui jalur resmi
- 3) Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang belum/tidak registrasi
- 4) Keterlambatan pemenuhan kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
- 5) Kesalahan pemesanan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP seperti spesifikasi (merek, dosis, bentuk sediaan) dan kuantitas.
- 6) Ketidaktepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/ketersediaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP
- 7) Ketidaktepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan dan kesalahan dalam pemberian

- 8) Kehilangan fisik yang tidak mampu ditelusuri
- 9) Pemberian label yang tidak jelas atau tidak lengkap
- 10) Kesalahan dalam pendistribusian

c. Menganalisa Risiko

Analisa risiko dapat dilakukan kualitatif, semi kuantitatif, dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan memberikan deskripsi dari risiko yang terjadi. Pendekatan kuantitatif memberikan paparan secara statistik berdasarkan data sesungguhnya.

d. Mengevaluasi Risiko

Membandingkan risiko yang telah dianalisis dengan kebijakan pimpinan rumah sakit (contoh peraturan perundang-undangan, standar operasional prosedur, surat keputusan direktur) serta menentukan prioritas masalah yang harus segera diatasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan pengukuran berdasarkan target yang telah disepakati.

e. Mengatasi Risiko

Mengatasi risiko dilakukan dengan cara :

- 1) Melakukan sosialisasi terhadap kebijakan pimpinan rumah sakit
- 2) Mengidentifikasi pilihan tindakan untuk mengatasi risiko
- 3) Menetapkan kemungkinan pilihan (*cost benefit analysis*)
- 4) Menganalisa risiko yang mungkin masih ada
- 5) Mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko, dan mengendalikan risiko (Permenkes, 2016).

E. Peran Fungsional Apoteker

1. Pelayanan Informasi Obat (PIO)

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 (Kemenkes RI, 2016).

Pelayanan informasi obat bertujuan untuk :

- a. Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah sakit dan pihak lain di luar rumah sakit.
- b. Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan obat/sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, terutama bagi Tim Farmasi dan Terapi (TFT).
- c. Menunjang penggunaan obat yang rasional (Kemenkes RI, 2016).

Kegiatan pelayanan informasi obat meliputi :

- a. Menjawab pertanyaan
- b. Menerbitkan buletin, *leaflet*, poster, *newsletter*
- c. Menyediakan informasi bagi TFT sehubungan dengan penyusunan formularium rumah sakit
- d. Melakukan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya
- e. Tim Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap

f. Melakukan penelitian (Permenkes, 2016)

2. **Konseling**

Konseling obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi obat dari apoteker (konselor) kepada pasien dan/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 (Permenkes, 2016). Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap apoteker.

Pemberian konseling obat bertujuan untuk mengoptimalkan hasil terapi, meminimalkan risiko reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD), dan meningkatkan *cost-effectiveness* yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan obat bagi pasien (*patient safety*) (Permenkes, 2016).

Secara khusus konseling obat ditujukan untuk :

- a. Meningkatkan hubungan kepercayaan antara apoteker dan pasien.
- b. Menunjukkan perhatian serta kepedulian terhadap pasien.
- c. Membantu pasien untuk mengatur minum obat dan terbiasa dengan obat.
- d. Membantu pasien untuk mengatur dan menyesuaikan penggunaan obat dengan penyakitnya.
- e. Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.
- f. Mencegah atau meminimalkan masalah terkait obat.
- g. Meningkatkan kemampuan pasien memecahkan masalahnya dalam hal terapi.
- h. Mengerti permasalahan dalam pengambilan keputusan.

- i. Membimbing dan mendidik pasien dalam penggunaan obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien (Permenkes, 2016).

Kegiatan dalam konseling obat meliputi:

- a. Membuka komunikasi antara apoteker dengan pasien
- b. Mengidentifikasi tingkat pemahaman pasien tentang penggunaan obat melalui *Three Prime Questions*
- c. Menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan obat
- d. Memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah penggunaan obat
- e. Melakukan verifikasi akhir dalam rangka mengecek pemahaman pasien.
- f. Dokumentasi (Permenkes, 2016).

Faktor yang perlu diperhatikan dalam konseling obat :

- a. Kriteria Pasien :
 - 1) Pasien kondisi khusus (pediatri, geriatri, gangguan fungsi ginjal, ibu hamil dan menyusui)
 - 2) Pasien yang mempunyai riwayat kepatuhan rendah
 - 3) Pasien dengan terapi jangka panjang/penyakit kronis (TB, DM, epilepsi, dan lain-lain)
 - 4) Pasien yang menggunakan obat-obatan dengan instruksi khusus (penggunaan kortikosteroid dengan *tapping down/off*)

5) Pasien yang menggunakan obat dengan indeks terapi sempit (*digoksin, phenytoin*)

6) Pasien yang menggunakan banyak obat (polifarmasi)

b. Sarana dan Peralatan:

1) Ruang atau tempat konseling

2) Alat bantu konseling (kartu pasien/catatan konseling) (Permenkes, 2016)

3. Komite/Tim Farmasi dan Terapi

Organisasian rumah sakit membentuk komite/Tim Farmasi dan Terapi (TFT) yang merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai kebijakan penggunaan obat di rumah sakit yang anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada di rumah sakit, apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan. TFT harus dapat membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam rumah sakit yang berhubungan/berkaitan dengan penggunaan obat. TFT dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai oleh apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter (Kemenkes RI, 2016).

TFT harus mengadakan rapat secara teratur, sedikitnya 2 (dua) bulan sekali dan untuk rumah sakit besar rapat diadakan sekali dalam satu bulan. Rapat TFT dapat mengundang pakar dari dalam maupun dari luar rumah sakit yang dapat memberikan masukan bagi pengelolaan TFT, memiliki

pengetahuan khusus, keahlian-keahlian atau pendapat tertentu yang bermanfaat bagi TFT (Permenkes, 2016).

Berdasarkan Permenkes No.72 tahun 2016 Komite/ TFT mempunyai tugas, yaitu :

- a. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit
- b. Melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit
- c. Mengembangkan standar terapi
- d. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat
- e. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional
- f. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD)
- g. Mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*
- h. Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di rumah sakit.

4. Therapeutic Drug Monitoring (TDM)

Menurut Rikomah (2016), *Therapeutic Drug Monitoring* (TDM) juga dikenal dengan istilah *Drug Therapy Monitor* yang artinya adalah pengawasan terhadap kadar atau tingkatan obat dalam darah. Tujuan dan tugas dari TDM , antara lain:

- a. Mengukur kadar atau level obat yang ada di dalam darah. Dosis obat yang efektif dalam darah dapat ditentukan, sehingga dapat mencegah terjadinya keadaan toksik atau keracunan obat di dalam tubuh.

- b. Mengidentifikasi pasien atau penderita yang tidak patuh
- c. Membantu dokter memberikan terapi obat yang efektif dan aman pada pasien yang memerlukan obat-obatan
- d. Mengkonfirmasi tingkat konsentrasi obat dalam darah
- e. Memantau penyakit lain yang diderita oleh pasien atau obat-obatan lain yang dikonsumsi pasien
- f. Menentukan perubahan di dalam campuran (Rikomah, 2016)

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *Therapeutic Drug Monitoring* (TDM), yaitu:

- a. Usia pasien
- b. Berat badan pasien
- c. Rute pemberian obat
- d. Absorpsi obat
- e. Distribusi obat
- f. Metabolisme obat
- g. Mekanisme pengangkutan obat dalam darah
- h. Ekskresi (Rikomah, 2016).

Faktor lain yang perlu diperhatikan, antara lain:

- a. Jika pasien tersebut juga mengkonsumsi obat-obatan lain secara bersamaan
- b. Jika terdapat penyakit lain yang diderita oleh pasien
- c. Kepatuhan pasien terhadap peraturan dalam penggunaan obat sesuai dengan ketentuan dokter

- d. Cara - cara yang digunakan oleh laboratorium untuk melakukan test atau uji coba untuk obat tersebut (Rikomah, 2016).

5. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

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.

MESO bertujuan:

- a. Menemukan Efek Samping Obat (ESO) sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal, frekuensinya jarang
- b. Menentukan frekuensi dan insidensi ESO yang sudah dikenal dan yang baru saja ditemukan
- c. Mengenal semua faktor yang mungkin dapat menimbulkan/mempengaruhi angka kejadian dan hebatnya ESO
- d. Meminimalkan risiko kejadian reaksi Obat yang idak dikehendaki
- e. Mencegah terulangnya kejadian reaksi Obat yang tidak dikehendaki.

Kegiatan pemantauan dan pelaporan ESO :

- a. Mendeteksi adanya kejadian reaksi Obat yang tidak dikehendaki (ESO)
- b. Mengidentifikasi obat-obatan dan pasien yang mempunyai risiko tinggi mengalami ESO
- c. Mengevaluasi laporan ESO dengan algoritme Naranjo
- d. Mendiskusikan dan mendokumentasikan ESO di Tim/Sub Komite/TFT

- e. Melaporkan ke pusat monitoring efek samping obat nasional

Faktor yang perlu diperhatikan:

- a. Kerjasama dengan TFT dan ruang rawat
- b. Ketersediaan formulir MESO

6. Interaksi Obat

Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, penyiapan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Setiap tahap alur pelayanan Resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*medication error*).

7. Penanganan Sediaan Sitostatik

Penanganan sediaan sitostatik merupakan penanganan obat kanker secara aseptis dalam kemasan siap pakai sesuai kebutuhan pasien oleh tenaga farmasi yang terlatih dengan pengendalian pada keamanan terhadap lingkungan, petugas maupun sediaan obatnya dari efek toksik dan kontaminasi, dengan menggunakan alat pelindung diri, mengamankan pada saat pencampuran, distribusi, maupun proses pemberian kepada pasien sampai pembuangan limbahnya. Secara operasional dalam mempersiapkan dan melakukan harus sesuai prosedur yang ditetapkan dengan alat pelindung diri yang memadai.

Kegiatan dalam penanganan sediaan sitostatik meliputi :

- a. Melakukan perhitungan dosis secara akurat
- b. Melarutkan sediaan Obat kanker dengan pelarut yang sesuai

- c. Mencampur sediaan Obat kanker sesuai dengan protokol pengobatan
- d. Mengemas dalam kemasan tertentu
- e. Membuang limbah sesuai prosedur yang berlaku.

Faktor yang perlu diperhatikan :

- a. Ruangan khusus yang dirancang dengan kondisi yang sesuai
- b. Lemari pencampuran Biological Safety Cabinet (BSC)
- c. HEPA filter
- d. Alat Pelindung Diri (APD)
- e. Sumber daya manusia yang terlatih
- f. Cara pemberian obat kanker. (Permenkes, 2016)

8. 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 (Permenkes, 2016). Dispensing sediaan steril bertujuan:

- a. Menjamin agar pasien menerima obat sesuai dengan dosis yang dibutuhkan
- b. Menjamin sterilitas dan stabilitas produk
- c. Melindungi petugas dari paparan zat berbahaya
- d. Menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.

Kegiatan dispensing sediaan steril meliputi :

- a. Pencampuran obat suntik (IV admixture)

Melakukan pencampuran obat steril sesuai kebutuhan pasien yang menjamin kompatibilitas dan stabilitas obat maupun wadah sesuai dengan

dosis yang ditetapkan. Kegiatan dispensing steril meliputi :

- 1) Mencampur sediaan intravena ke dalam cairan infus
- 2) Melarutkan sediaan intravena dalam bentuk serbuk dengan pelarut yang sesuai
- 3) Mengemas menjadi sediaan siap pakai.

Faktor yang perlu diperhatikan :

- 1) Ruangan khusus
- 2) Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet* (BSC)
- 3) HEPA Filter

b. Penyiapan Total Nutrisi Parenteral (TPN)

Penyiapan TPN merupakan kegiatan pencampuran nutrisi parenteral yang dilakukan oleh tenaga yang terlatih secara aseptis sesuai kebutuhan pasien dengan menjaga stabilitas sediaan, formula standar dan kepatuhan terhadap prosedur yang menyertai.

Kegiatan dalam dispensing sediaan khusus :

- 1) Mencampur sediaan karbohidrat, protein, lipid, vitamin, mineral untuk kebutuhan perorangan
- 2) Mengemas kedalam kantong khusus untuk nutrisi

Faktor yang perlu diperhatikan:

- 1) Tim yang terdiri dari dokter, apoteker, perawat, ahli gizi
- 2) Sarana dan peralatan
- 3) Ruangan khusus
- 4) Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*

5) Kantong khusus untuk nutrisi parenteral.

9. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) / Drug Use Evaluation (DUE)

Evaluasi penggunaan obat merupakan program evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif (Permenkes, 2016). Tujuan evaluasi penggunaan obat yaitu :

- a. Mendapatkan gambaran keadaan saat ini atas pola penggunaan obat
- b. Membandingkan pola penggunaan obat pada periode waktu tertentu
- c. Memberikan masukan untuk perbaikan penggunaan obat
- d. Menilai pengaruh intervensi atas pola penggunaan obat

Kegiatan praktek EPO :

- a. Mengevaluasi penggunaan obat secara kualitatif
- b. Mengevaluasi penggunaan obat secara kuantitatif

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan :

- a. Indikator persepsian
- b. Indikator pelayanan
- c. Indikator fasilitas

10. Penggunaan Obat Yang Rasional (POR) / Rational Drug Use (RDU)

Penggunaan obat yang rasional ditujukan untuk menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang sesuai dan dengan harga yang terjangkau (Kemenkes RI, 2011).

Penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria :

- a. Tepat diagnosis

- b. Tepat pemilihan obat
- c. Tepat Indikasi
- d. Tepat pasien
- e. Tepat dosis
- f. Tepat cara dan lama pemberian
- g. Tepat harga
- h. Tepat informasi
- i. Waspada terhadap efek samping obat

Ciri - ciri penggunaan obat yang tidak rasional dapat dikategorikan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011) :

- a. Peresepan berlebih (*overprescribing*)

Peresepan berlebih yaitu jika memberikan obat yang sebenarnya tidak diperlukan untuk penyakit yang bersangkutan.

- b. Peresepan kurang (*underprescribing*)

Peresepan berkurang yaitu jika pemberian obat kurang dari yang seharusnya diperlukan, baik dalam hal dosis, jumlah maupun lama pemberian.

- c. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*)

Peresepan majemuk yaitu jika memberikan beberapa obat untuk satu indikasi penyakit yang sama.

- d. Peresepan salah (*incorrect prescribing*)

Peresepan salah mencakup pemberian obat untuk indikasi yang keliru, untuk kondisi yang sebenarnya merupakan kontraindikasi

pemberian obat, memberikan kemungkinan resiko efek samping yang lebih besar, pemberian informasi yang keliru mengenai obat yang diberikan kepada pasien, dan sebagainya.

F. CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTEMENT (CSSD) dan INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT

1. Pengertian CSSD dan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Central sterile supply departement (CSSD) memiliki beberapa istilah lain seperti *Central Service (CS)*, *Central Supply (CS)*, *Central Processing Departement (CPD)*, serta pelayanan sterilisasi sentral. Pelayanan sterilisasi sentral merupakan suatu unit/departemen dari rumah sakit yang menyelenggarakan proses pencucian, pengemasan, sterilisasi terhadap semua alat atau bahan yang dibutuhkan dalam kondisi steril (Depkes RI., 2001). Keberadaan CSSD menjadi syarat untuk rumah sakit kelas A dan B. Namun tidak menutup kemungkinan CSSD juga terdapat di rumah sakit kelas C dan D (Kemenkes RI., 2012).

Rumah sakit merupakan institusi penyedia pelayanan kesehatan yang berupaya mencegah resiko terjadinya infeksi bagi pasien dan petugas rumah sakit. Salah satu indikator keberhasilan dalam pelayanan rumah sakit adalah rendahnya angka infeksi nosokomial di rumah sakit. Infeksi nosokomial atau yang sekarang disebut sebagai infeksi yang berkaitan dengan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan atau *Healthcare Associate Infections (HAIs)* dan infeksi yang didapat dari pekerjaan merupakan masalah penting di seluruh

dunia yang terus meningkat. Adapun yang dimaksud dengan infeksi nosokomial adalah infeksi akibat transmisi mikroorganisme patogen ke pasien yang sebelumnya tidak terinfeksi yang berasal dari lingkungan rumah sakit atau pada para petugas rumah sakit yang terpajan kuman dari pasien (Pancaningrum, 2011).

Surveilans data HAIs di Indonesia belum banyak ditemukan dan baru terdapat data HAIs dari 10 RSUD pendidikan. Terdapat angka kejadian HAIs yang cukup tinggi, berkisar antara 6-16 % dengan rata-rata 9,8 % seperti halnya fenomena gunung es, angka tersebut belum mencerminkan angka sebenarnya di Indonesia karena diakibatkan oleh kurangnya pelaporan (DepKes RI, 2008). Kebijakan untuk mengendalikan angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit diperlukan CSSD.

Pusat sterilisasi merupakan salah satu mata rantai yang penting untuk mengendalikan infeksi dan berperan dalam menekan kejadian infeksi. Pusat sterilisasi sangat bergantung pada unit penunjang lain seperti unsur pelayanan medik, unsur penunjang medik, maupun intalasi antara lain perlengkapan, rumah tangga, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, sanitasi dan lain-lain. Instalasi pusat sterilisasi berdiri secara mandiri dan bertanggung jawab langsung kepada direktur/wakil direktur rumah sakit.

2. Tujuan CSSD

- a. Membantu unit lain di rumah sakit yang membutuhkan kondisi steril, untuk mencegah terjadinya infeksi.
- b. Menurunkan angka kejadian infeksi nosokomial

- c. Efisiensi tenaga medis/paramedik untuk kegiatan yang berorientasi pada pelayanan terhadap pasien.
- d. Menyediakan dan menjamin kualitas hasil sterilisasi terhadap produk yang dihasilkan (Depkes RI, 2009).

3. Tanggung jawab CSSD

Adapun tugas CSSD di rumah sakit adalah (Depkes RI, 2009):

- a. Menyiapkan peralatan medis untuk perawatan pasien
- b. Melakukan proses sterilisasi alat/bahan
- c. Mendistribusikan alat-alat yang dibutuhkan oleh ruangan perawatan, kamar operasi maupun ruangan lainnya
- d. Memilih peralatan dan bahan yang aman dan efektif serta bermutu
- e. Mendokumentasikan setiap aktivitas pembersihan, disinfeksi maupun sterilisasi sebagai bagian dari program upaya pengendalian mutu
- f. Melakukan penelitian terhadap hasil sterilisasi dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi bersama dengan panitia pengendalian infeksi nosokomial
- g. Memberikan penyuluhan tentang hal-hal yang berkaitan dengan sterilisasi
- h. Mengevaluasi hasil sterilisasi

4. Aktivitas Fungsional CSSD

Alur aktivitas fungsional CSSD secara umum dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Menerima bahan, meliputi :

- 1) Barang/linen/bahan perbekalan baru dari instalasi farmasi yang perlu

disterilisasi.

- 2) Instrumen dan linen yang akan digunakan ulang (*reuse*). Mensortir, menghitung dan mencatat volume serta jenis bahan, barang dan instrumen yang diserahkan oleh ruang/unit instalasi rumah sakit umum (Depkes RI, 2009).
- b. Melaksanakan proses dekontaminasi, penyimpanan dan distribusi. Proses tersebut meliputi :
- 1) Perendaman/pembilasan, perendaman/pembilasan alat-alat yang telah digunakan tidak dilakukan di ruang perawatan.
 - 2) Pencucian/pembersihan, semua alat-alat yang dipakai ulang harus dilakukan pencucian/pembersihan sebelum dilakukan proses disinfeksi dan sterilisasi.
 - 3) Pengeringan, proses dilakukan hingga benar-benar kering.
 - 4) Inspeksi dan pengemasan setiap alat bongkar pasang harus diperiksa kelengkapannya, sementara untuk bahan linen harus diperhatikan densitas maksimumnya. Tujuan dari pengemasan adalah menjaga keamanan bahan agar tetap dalam kondisi steril.
 - 5) Memberi label setiap kemasan yang menjelaskan isi dari kemasan, cara sterilisasi, tanggal sterilisasi dan kadaluwarsa proses sterilisasi.
 - 6) Sterilisasi sebaiknya diberikan tanggung jawab kepada staf yang telah terlatih.
 - 7) Penyimpanan harus diatur secara baik dengan memperhatikan tempat atau kondisi penyimpanan yang baik.

- 8) Distribusi dapat dilakukan dengan berbagai macam cara sistem distribusi tergantung masing-masing rumah sakit dengan jalan menyerahkan dan mencatat pengambilan barang steril oleh ruang/unit/instalasi rumah sakit umum yang membutuhkan.

Kegiatan utama aktivitas CSSD adalah dekontaminasi instrumen dan linen baik yang bekas pakai maupun yang baru serta bahan perbekalan baru. Dekontaminasi merupakan proses mengurangi jumlah pencemar mikroorganisme atau substansi lain yang berbahaya baik secara fisik atau kimia sehingga aman untuk penanganan lebih lanjut. Proses dekontaminasi meliputi proses perendaman/pembilasan, pencucian/pembersihan, pengeringan sampai dengan proses sterilisasi itu sendiri. Barang/bahan yang di dekontaminasi di CSSD seperti instrumen kedokteran, sarung tangan, kasa/pembalut, linen, kapas (Depkes RI, 2009).

5. Prinsip Dasar Operasional

Instalasi pusat sterilisasi dalam tugas pokok sehari-hari membantu unit-unit lain yang menggunakan instrumen, linen dan bahan lain yang membutuhkan kondisi steril. Adapun Prinsip dasar operasional CSSD adalah :

- a. Setiap rumah sakit harus memiliki pusat sterilisasi mandiri yang mampu memberikan pelayanan sterilisasi di rumah sakit dengan baik
- b. CSSD harus dapat memberikan pelayanan sterilisasi bahan dan alat medik untuk kebutuhan unit-unit di rumah sakit selama 24 jam

6. Pentingnya CSSD di Rumah Sakit

Mengingat peran rumah sakit dan jenis kegiatan serta volume pekerjaan

pada instalasi pusat sterilisasi demikian besar, maka hendaknya rumah sakit mempunyai pusat sterilisasi tersendiri, dengan pertimbangan sebagai berikut:

a. Kecepatan Pelayanan

Pelayanan penyediaan barang - barang steril yang diberikan oleh pusat sterilisasi diharapkan menjadi lebih cepat sampai kepada unit pemakainya, dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan dan memperpendek jalur birokrasi yang ada.

b. Pengendalian Infeksi Nosokomial

Bersama-sama dengan tim pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit dapat mengoptimalkan kerjasama dalam memantau produk-produk yang dihasilkan oleh pusat sterilisasi, memberikan masukan dan arahan pada pemakai dilapangan dalam mengatasi atau menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit.

c. Perkembangan Ilmu dan Teknologi

Berkembangnya ilmu dan teknologi membuat kompleksitas peralatan medis dan teknis medis memerlukan prosedur sterilisasi yang optimal sehingga keseluruhan proses menghasilkan kualitas sterilisasi terjamin.

d. Pendekatan Mutu

Produk-produk yang dihasilkan oleh pusat sterilisasi harus melalui proses yang ketat sampai menjadi produk yang steril. Setiap proses sterilisasi berjalan selalu dilengkapi dengan indikator kimia, biologi dan fisika. Secara berkala setiap tiga bulan dilakukan tes mikrobiologi. Diharapkan dengan kontrol yang ketat, produk yang dihasilkan akan

terjamin kualitas sterilisasinya, yang pada akhirnya dapat menekan angka kejadian infeksi di rumah sakit.

e. Efisien dan Efektif

Pengelolaan pusat sterilisasi yang profesional, diharapkan mampu menyediakan produk steril yang dapat dipertanggungjawabkan dengan menekan biaya operasional seminimal mungkin, mencegah terjadinya duplikasi proses sterilisasi dan memperpendek jalur birokrasi, dengan demikian dapat meningkatkan kecepatan pelayanan dalam distribusi barang steril (Depkes RI, 2009).

G. Pengolahan Limbah Farmasi di Rumah Sakit

Pengelolaan adalah kegiatan yang meliputi pengurangan, penyimpanan sementara, pengumpulan, pengangkutan, pemanfaatan, pengolahan dan penimbunan akhir limbah Bahan Beracun dan Berbahaya (B3). Adapun yang dikatakan limbah medis yaitu limbah padat atau limbah B3 adalah keluaran kegiatan rumah sakit yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah kontainer bertekanan, dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi (KEPMENKES 1204/MENKES/SK/X/2004).

Limbah farmasi dalam jumlah kecil dapat diolah dengan insinerator pirolitik (*pyrolytic incinerator*), *rotary kiln*, dikubur secara aman, *sanitary landfill*, dibuang ke sarana air limbah atau inersisasi. Limbah dalam jumlah yang besar harus menggunakan fasilitas pengolahan khusus seperti *rotary kiln*, kapsulisasi dalam

drum logam dan inersisasi. Limbah padat farmasi dalam jumlah besar harus dikembalikan kepada distributor, sedangkan bila dalam jumlah sedikit dan tidak memungkinkan dikembalikan, supaya dimusnahkan melalui insinerator pada suhu diatas 1.000°C.

Insenerasi limbah medis adalah proses pengolahan limbah organik (infeksius) yang terkandung dalam limbah medis dengan menggunakan pembakaran suhu tinggi, dalam suatu sistem yang terkontrol dan terisolir dari lingkungannya, agar sifat bahayanya hilang atau berkurang. Insenerasi dan berbagai alternatif pengolahan limbah menggunakan suhu tinggi lainnya (misal: *pirolisis*, *gasifikasi*, *plasma arc*) dikenal sebagai pengolahan termal. Insenerasi berbagai jenis limbah dikonversi menjadi abu (*ash*), gas buang (*flue gas*) dan panas (*energy*) (Tim Kementerian Lingkungan Hidup, 2014).