

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan untuk pengelolaan sistem distribusi obat di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2012 sebagai berikut:
 - a. Pada tahap penyimpanan menunjukkan hasil yang belum efisien berdasarkan indikator kesesuaian antara fisik obat dengan kartu stock (92,22%), serta masih adanya stock mati obat (0,89%) dan obat kadaluarsa/rusak (1,12%).
 - b. Pada tahap pendistribusian indikator lama waktu pelayanan resep, tingkat ketersediaan obat yaitu 13 hari (43,33%) dan kesesuaian penggunaan obat dengan formularium (77,59%) menunjukkan hasil yang belum efisien, sedangkan untuk indikator penulisan resep obat dengan nama generik telah menunjukkan hasil diatas standar yang ditetapkan (83,30%) sehingga dapat dikatakan telah efisien.
2. Analisis prioritas rencana tindakan pengelolaan sistem distribusi obat di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan Metode Hanlon sebagai berikut:
 - a. Mengaktifkan PFT dalam merevisi formularium dan melakukan evaluasi serta monitoring secara berkala.

- b. Perbaiki SOP distribusi dan SIM didalam mengawasi dan mengendalikan sistem distribusi obat.
- c. Pendataan obat-obat yang mendekati *Exp. Date*.
- d. Melakukan *learning and growth* secara berkala pada seluruh SDM.

B. Saran

1. Saran bagi Direktur RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
 - a. Diharapkan untuk membentuk Panitia Farmasi dan Terapi sesuai dengan tugas dan tanggung jawab serta fungsinya.
 - b. Memberikan rekomendasi pada tenaga medis maupun Instalasi Farmasi Rumah Sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
2. Saran bagi Pengelola Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
 - a. Diharapkan melakukan pengukuran indikator pengelolaan obat secara berkala, sehingga efisiensi dalam hal pengelolaan obat dapat ditingkatkan dan dapat mendeteksi pada tahapan mana terjadi ketidakefisienan sehingga dapat dilakukan langkah-langkah perbaikan pada tahap yang tidak efisien tersebut.
 - b. Adanya komunikasi yang tetap dengan dokter dan paramedis, serta selalu berpartisipasi dalam rapat yang membahas masalah perawatan atau rapat antar bagian atau konferensi dengan pihak lain yang mempunyai relevansi dengan farmasi.

- c. Meningkatkan fungsi pengawasan dan pengendalian baik dalam hal administrasi maupun pelayanan sehingga tidak terjadi lagi fungsi pelayanan yang tidak optimal.
- d. Selalu melakukan analisis berkala mengenai *Management Drug Supply* dengan memperhatikan *Management Support System* di dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kepada pasien.
- e. Menerapkan SIM (Sitem Informasi Manajemen) yang optimal untuk menunjang pengelolaan obat.
- f. Diharapkan dapat meningkatkan mutu sumber daya manusia yang ada dengan cara mengikutsertakan seluruh staf tenaga instalasi farmasi dalam kegiatan pelatihan pengelolaan obat yang efektif dan efisien.

3. Saran Bagi Peneliti Lain

Perlu adanya penelitian tentang dampak dari pengelolaan sistem distribusi obat yang baik di Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen terhadap peningkatan pendapatan rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsyahril., 2012, Analisis Manajemen Obat di Instalasi Farmasi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2010 dan Strategi Pengembangannya Berdasarkan Analisis Hanlon, *Tesis*, Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1992, Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/MENKES/SK/XI/1992, Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1994, *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Direktorat Jendral Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*, Dirjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*, Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.791/Menkes/SK/VII/2008 tentang Daftar Obat Esensial Nasional*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi di Rumah Sakit*, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Undang-Undang Republik No.44 tentang Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2009, *Undang-Undang Republik Indonesia No.36 tentang Kesehatan*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Drucker, P.F, 1990, *Manajemen The Non-Profit Organization*, Herper Bussines, New York.
- Ersan, N., 2010, Evaluasi Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo, *Tesis*, Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Fakhriadi A., 2011, Analisis Pengelolaan Obat Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Temanggung Tahun 2006, 2007 Dan 2008, Fakultas Farmasi, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta. *Jurnal*, 01: 02.

- Gay, L.R. and Diehl, P.L, (1996), *Research Methods for Business and Management*, Macmillan.
- Handayani, R.S., Susyanti, L.A., Supardi, S., 2007, Analisis Situasi Pengelolaan Obat di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Kepulauan Seribu, *Jurnal*, 10: 207-215.
- Handoko, T.H, 1992, *Manajemen Pemasaran Analisis dan Perilaku Konsumen*, Yogyakarta; Liberty.
- Handoko, T.H, 1999, *Dasar-dasar Manajemen Produksi dan Operasi*, Badan Pengembangan Fakultas Ekonomi Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Holloway, K., Green, T., 2003, *Drug and Therapeutics Committees*, WHO, Management Sciences For Health, Arlington.
- ISFI, 2001, *Pedoman Pelayanan Farmasi Rumah Sakit*, Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia, Jakarta.
- Nurina, N., 2008. Pengendalian Persediaan Obat dengan Metode *Economic Order Quality* (EOQ) di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Kardinah Tegal, *Tesis*, Magister Manajemen Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Pudjaningsih, D, 1996, Pengembangan Indikator Efisiensi Pengelolaan Obat di Farmasi Rumah Sakit, *Tesis*, Magister Manajemen Farmasi Rumah Sakit, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Quick, D.J., Hume, M.L., Raukin J.R., Laing, R.O., O'Connor, R.W., 1997, *Managing Drug Supply (2nd ed)*, Revised and Expanded, Kumarin Press, West Hartford.
- Satriyani, 2012, Analisis Efisiensi Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi RSUD Pandan Arang Boyolali dan Rencana Pengembangan Berbasis Metode Hanlon, *Tesis*, Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.
- Seto, S, Nita, Y, Triana, L, 2008. Manajemen Farmasi Lingkup: Apotek, Farmasi Rumah Sakit, Pedagang Besar Farmasi, Industri Farmasi Edisi 2, Airlangga University Press, Surabaya.
- Siregar, C., J.P., Amalia, L., 2004. *Farmasi Rumah Sakit: Teori dan Penerapan*, Penerbit buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Suciati, S., Adisasmito, W,BB., 2006, Analisis Penelitian Obat Berdasarkan ABC Indeks Kritis di Instalasi Farmasi, *Jurnal*, 09: 19-26.
- Suharsono, 2006, *Diktat Kuliah Farmasi Rumah Sakit*, Universitas Setia Budi, Surakarta.

Suyarti, W., 2011, Evaluasi Sistem Distribusi Obat Rawat Inap di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2011, *Tesis*, Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Setia Budi, Surakarta.

WHO, 1993, *How to Investigate Drug Use in Health Facilities, Selected Drug Use Indikator*, Action Program on Essential Drug, WHO, Geneva.

RINGKASAN

Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Depkes, 2009).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Depkes, 2009).

Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Konsep kesatuan upaya kesehatan ini menjadi pedoman dan pegangan bagi semua fasilitas kesehatan di Indonesia termasuk rumah sakit. Rumah sakit yang merupakan salah satu dari sarana kesehatan, merupakan rujukan pelayanan kesehatan dengan fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien (Depkes, 2004).

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Depkes, 2004).

Pelayanan farmasi merupakan pelayanan penunjang dan sekaligus merupakan *revenue center* utama. Hal tersebut mengingat bahwa lebih dari 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan perbekalan farmasi (obat-obatan, bahan kimia, bahan radiologi, bahan alat kesehatan habis pakai, alat kedokteran dan gas medik) dan 50% dari seluruh pemasukan RS berasal dari pengelolaan perbekalan farmasi. Untuk itu, jika masalah perbekalan farmasi tidak dikelola secara cermat dan penuh tanggung jawab maka dapat diprediksi bahwa pendapatan RS akan mengalami penurunan (Suciati dkk, 2006).

Dengan meningkatnya pengetahuan dan ekonomi masyarakat menyebabkan makin meningkat pula kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kefarmasian. Aspek terpenting dari pelayanan farmasi adalah mengoptimalkan penggunaan obat, ini harus termasuk perencanaan untuk menjamin ketersediaan, keamanan dan keefektifan penggunaan obat. Mengingat besarnya kontribusi instalasi farmasi dalam kelancaran pelayanan dan juga merupakan instalasi yang memberikan sumber pemasukan terbesar di RS, maka perbekalan barang farmasi

memerlukan suatu pengelolaan secara cermat dan penuh tanggung jawab (Suciati dkk, 2006).

Pengelolaan obat merupakan salah satu segi manajemen rumah sakit yang sangat penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan secara keseluruhan, karena ketidakefisienan dan ketidاكلancaran pengelolaan obat akan memberi dampak negatif terhadap rumah sakit, baik secara medik, sosial maupun secara ekonomi. Instalasi farmasi rumah sakit adalah satu – satu unit di rumah sakit yang bertugas dan bertanggung jawab sepenuhnya pada pengelolaan semua aspek yang berkaitan dengan obat/perbekalan kesehatan yang beredar dan digunakan di rumah sakit (Siregar dan Amalia, 2003).

Quick dkk (1997) menyebutkan bahwa siklus pengelolaan obat meliputi empat fungsi dasar, yaitu seleksi (*selection*), perencanaan dan pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*), dan penggunaan (*use*) yang memerlukan dukungan dari organisasi (*organization*), ketersediaan pendanaan (*financing sustainability*), pengelolaan informasi (*information management*) dan pengembangan sumber daya manusia (*human resources management*) yang ada di dalamnya.

Dalam siklus manajemen obat menurut Quick dkk (1997) *distribution* obat merupakan suatu proses yang dimulai dari permintaan, pengendalian stok obat, penyimpanan dan pengeluaran obat dari gudang untuk didistribusikan ke depo-depo. Oleh karena itu dalam memilih sistem distribusi harus dipilih dan disesuaikan dengan kondisi yang ada sehingga pelayanan obat dapat dilaksanakan secara tepat guna dan hasil guna.

Menurut ISFI (2001) fungsi utama pelayanan farmasi adalah distribusi obat kepada pasien, serta menjamin pemberian obat yang benar dan tepat pada pasien yang benar, sesuai dengan dosis dan jumlah yang tertulis pada resep serta dilengkapi dengan informasi yang jelas dan dalam kemasan yang dapat mempertahankan potensi obat tersebut. Hal ini dilakukan dengan tujuan memperkecil kesalahan dalam pemberian obat, dimulai dari penyediaan obat yang dibutuhkan, menjaga obat di ruang baik kualitas maupun kuantitas, menghindari pemborosan dan penyalahgunaan obat, pemantauan obat oleh pasien sehingga memberikan efek terapi yang diharapkan.

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen merupakan rumah sakit kelas B non pendidikan yang mempunyai visi menjadi pilihan utama masyarakat dan rujukan dalam pelayanan dan pendidikan kesehatan. Dengan filosofinya yaitu kesehatan merupakan kebutuhan setiap orang, RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang prima dan didukung oleh sumber daya manusia yang professional.

Dalam mewujudkan visi dan misinya, RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen masih menemui berbagai macam ketidakefisienan dalam proses pengelolaan obat khususnya pengelolaan distribusi obat rawat inap. Dimana banyak faktor yang sangat mempengaruhi diantaranya faktor kebijakan rumah sakit, sistem pembiayaan, sistem informasi manajemen obat dan faktor sumber daya manusia. Salah satu kendala yang dialami berdasarkan observasi awal yaitu pengelolaan administrasi pada proses pendistribusian obat sehingga berpengaruh pada pelayanan kefarmasian yang tidak optimal.

Mengingat begitu banyaknya permasalahan-permasalahan dan ketidakefisienan dalam pengelolaan distribusi obat di rumah sakit maka perlu dilakukan evaluasi pengelolaan distribusi obat di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen serta perbaikan-perbaikannya dengan menggunakan metode Hanlon. Metode ini merupakan alat yang digunakan untuk membandingkan berbagai masalah kesehatan yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan *absolute, framework*, seadil mungkin dan objektif. Cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dengan menggunakan 4 kelompok kriteria, yakni: Besarnya masalah (*magnitude*), Kegawatan masalah (*emergency*), Kemudahan penanggulangan masalah (*causability*), faktor yang menentukan dapat tidaknya program dilaksanakan (*PEARL factor*).

Tinjauan Pustaka

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, pada bagian ketentuan umum disebutkan bahwa Rumah Sakit Umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan bersifat dasar, spesialisik, dan subspesialisik yang mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Depkes, 1992).

Menurut WHO Rumah Sakit merupakan suatu organisasi sosial terintegrasi yang berfungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan lengkap bagi

masyarakat meliputi: kuratif, promotif, rehabilitatif dan preventif, pelayanan dalam dan pelayanan luar sampai kepada keluarga dan lingkungan, sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan penelitian (WHO, 1993).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.983/Menkes/SK/XI/1992 tugas Rumah Sakit adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilakukan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan rujukan (Depkes, 1992).

Akreditasi Rumah Sakit merupakan suatu pengakuan yang diberikan kepada rumah sakit oleh pemerintah atau badan yang berwenang karena rumah sakit telah memenuhi standart yang ditentukan.

Tujuan umum dari adanya akreditasi untuk mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit di Indonesia telah memenuhi standart yang ditentukan sehingga mutu pelayanan dapat dipertanggung jawabkan. Tujuan khususnya antara lain memberi pengakuan dan penghargaan terhadap rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai standart, memberi jaminan kepada petugas rumah sakit terhadap semua fasilitas, tenaga dan lingkungan yang diperlukan tersedia guna mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien sebaik-baiknya, member jaminan kepuasan kepada pelanggan.

Manajemen Obat

Manajemen adalah suatu proses kegiatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan dengan memadukan penggunaan

ilmu dan seni untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk dapat terselenggaranya manajemen yang baik, unsur-unsur manajemen yaitu *men, money, methods, materials, machines, dan market* diproses melalui fungsi-fungsi manajemen. Prinsip-prinsip manajemen tersebut merupakan pegangan umum untuk terselenggaranya fungsi-fungsi logistik dengan baik (Seto dkk, 2008).

Manajemen obat di rumah sakit merupakan salah satu unsur penting dalam fungsi manajerial rumah sakit secara keseluruhan, karena ketidakefisienan akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun secara ekonomis. Tujuan manajemen obat di rumah sakit adalah agar obat yang diperlukan tersedia setiap saat dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu yang terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu (Quick dkk, 1997).

Menejemen pengelolaan obat merupakan suatu siklus yang meliputi fungsi-fungsi dasar seperti seleksi (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*) dan penggunaan (*use*). Keempat fungsi dasar tersebut didukung oleh sistem penunjang pengelolaan yang terdiri dari organisasi (*organization*), pembiayaan dan kesinambungan (*financing and sustainability*), pengelolaan informasi (*information manejemen*), dan pengembangan sumber daya manusia (*human resources management*) (Quick, dkk, 1997).

Indikator Pengelolaan Obat

Indikator merupakan jenis data berdasarkan sifat/gejala/keadaan yang dapat diukur dan diolah secara mudah dan cepat dengan tidak memerlukan data

lain dalam pengukurannya. Indikator alat ukur kuantitatif dapat digunakan untuk monitoring, evaluasi dan mengubah atau meningkatkan mutu pengelolaan obat di farmasi rumah sakit (Pudjaningsih, 1996).

Indikator ini dapat digunakan untuk mengukur saat proses selesai yang hasilnya berupa keluaran. Indikator yang baik adalah indikator yang memiliki karakter validitas, sensitifitas dan spesifik. Kriteria penetapan indikator adalah relevan, valid, dapat diukur, dan ada sistem yang dapat mengukur indikator tersebut.

Indikator digunakan untuk mengukur sampai sejauh mana tujuan atau sasaran telah berhasil dicapai. Selain itu indikator dapat digunakan untuk menentukan prioritas, pengambilan tindakan dan untuk pengujian strategi dari sasaran yang telah ditetapkan. Hasil pengujian tersebut dapat digunakan untuk penentuan kebijakan untuk meninjau kembali strategi atau sasaran yang lebih tepat.

Uji Perbaikan Manajemen dengan Metode Hanlon

Metode Hanlon merupakan suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dengan menggunakan 4 kelompok kriterian, yakni:

1. Besarnya masalah (*magnitude*)
2. Kegawatan masalah (*emergency*)
3. Kemudahan penanggulangan masalah (*causability*)
4. Factor yang menentukan dapat tidaknya program dilaksanakan (*PEARL factor*).

PEARL factor terdiri dari:

1. P= Kesesuaian(*Propriety*)
2. E= Murah secara ekonomi(*Economical Feasibility*)
3. A= Dapat diterima(*Acceptability*)
4. R= Ketersediaan SDM(*Resource Availability*)
5. L= Legalitas (*Legality*)

Uji setiap masalah dengan *PEARL factor* hanya 2 jawaban “Ya=1” ”Tidak=0”.

Metode ini merupakan alat yang digunakan untuk membandingkan berbagai masalah kesehatan yang berbeda-beda dengan cara *relative* dan bukan *absolute, framework*, seadil mungkin dan objektif.

Metode ini disebut Metode *Hanlon and Basic Priority Rating system* (BPRS), didefinisikan dalam *Public Health : Administration and Practive*(*Hanlon and Hyman, Aspen Publishers*).

Metode ini memiliki 3 tujuan utama yaitu:

1. Agar pembuat keputusan dapat mengidentifikasi faktor-faktor *eksplisit* untuk dapat dipertimbangkan dalam menetapkan prioritas.
2. Untuk mengelola faktor-faktor tersebut kedalam kelompok-kelompok yang dianggap relatif sama satu dengan yang lainnya(*weighted relative to each other*)
3. Agar faktor-faktor tersebut dapat dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan dan dinilai secara individual.

Basic Priority Rating Formula

Formula dasar prioritas, dilakukan dengan memberikan skors atas serangkaian kriteria A,B,C dan D (PEARL).

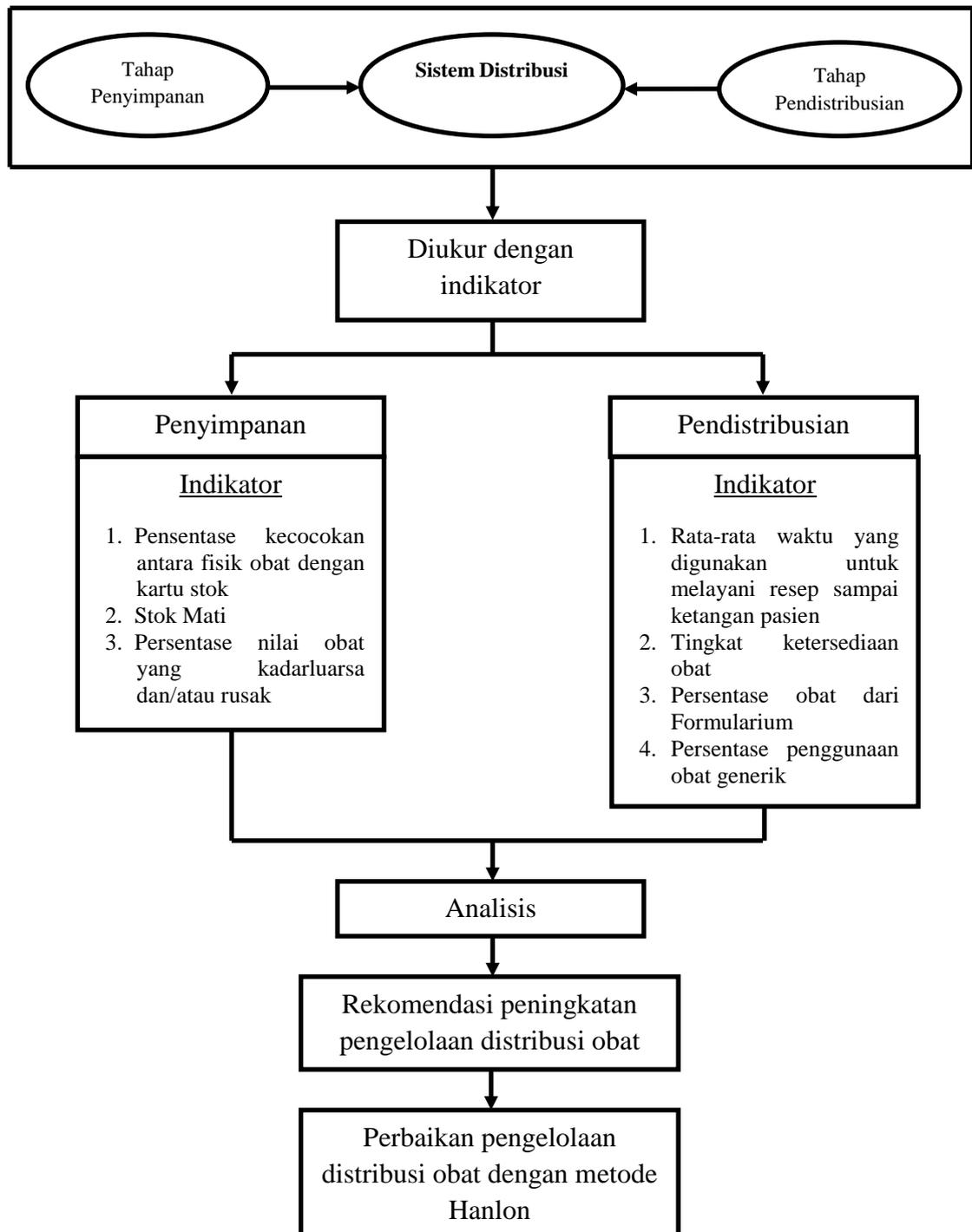
- A = Besar masalah yaitu % atau jumlah atau kelompok penduduk yang terkena masalah serta keterlibatan masalah dan instansi terkait. Skors 0-10 (kecil-besar).
- B = Tingkat keseriusan masalah. Skors 0-20(tidak serius, sangat serius).
- C = Efektifitas atau kemudahan penanggulangan masalah, dilihat dari hasil atau manfaat penyelesaian masalah yang akan diperoleh dengan sumber daya(biaya, sarana dan cara) untuk menyelesaikan masalah. Skors 0-10(sulit-mudah).
- D = PEARL, Berbagai pertimbangan dalam kemungkinan pemecahan masalah.
Skor 0= tidak dan 1 = ya
- P = *Propriety* yaitu kesesuaian masalah dengan prioritas berbagai kebijakan/program/kegiatan instansi/organisasi terkait.
- E = *Economic feasibility* yaitu kelayakan dari segi pembiayaan.
- A = *Acceptability* yaitu situasi penerimaan masyarakat dari instansi terkait/ instansi lainnya.
- R = *Resource availability* yaitu ketersediaan sumber daya untuk memecahkan masalah(tenaga, sarana/peralatan, waktu).
- L = *Legality* yaitu dukungan aspek hukum/perundang-undangan/peraturan terkait seperti peraturan pemerintah/juklak/juknis/protab.

Setelah criteria tersebut berhasil diisi, maka menghitung nilai *Basic Priority Rating* (BPR) dan *Overall Priority Rating*(OPR) dengan rumus sebagai berikut :

$$BPR(\text{Basic Priority Rating}) = (A+B)C/3$$

$$OPR(\text{Overall Priority Rating}) = [(A+B) C/3] \times D$$

Prioritas pertama adalah masalah dengan skors *Overall Priority Rating(OPR)* tertinggi.



Gambar 4. Kerangka Konseptual

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan diskriptif, yang bersifat investigasi dengan menggunakan data retrospektif dan *concurrent* untuk mengevaluasi sistem distribusi obat rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2012. Data retrospektif yaitu data yang diperoleh dengan penelusuran terhadap dokumen tahun sebelumnya atau tahun lalu yaitu tahun 2012 antara lain laporan perencanaan dan pemakaian obat, laporan keuangan, laporan pengadaan obat, faktur, laporan stock opname, laporan pemusnahan obat rusak dan kadaluwarsa. Data *concurrent* adalah data yang diperoleh pada saat penelitian atau merupakan data primer yaitu diambil pada bulan Januari 2012 yang meliputi rata-rata waktu pelayanan resep, kartu stock/komputer dan wawancara dengan petugas terkait.

Data yang dikumpulkan berupa data kualitatif dan data kuantitatif. Data kualitatif diperoleh dengan melakukan wawancara dengan pihak-pihak terkait sedangkan data kuantitatif diperoleh dengan melihat, menelusuri dokumen dan pengamatan pada saat penelitian yang dapat mempertajam sistem distribusi obat pada tahun 2012.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dan mengevaluasi pelaksanaan sistem distribusi obat serta menilai efisiensi dan efektifitas pengelolaan distribusi obat rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan manajemen pengelolaan distribusi obat dengan Metode Hanlon.

Distribusi obat merupakan suatu proses yang dimulai dari permintaan, pengendalian stok obat, penyimpanan dan pengeluaran obat dari gudang untuk didistribusikan ke depo-depo.

Hasil penelitian dan pembahasan dibagi dalam 2 sub bab yaitu: (A) penyimpanan obat, (B) pendistribusian obat. Masing-masing sub bab merupakan data hasil penelitian langsung maupun data hasil yang didasarkan dari penelusuran data. Sub bab (A) dan (B) memberikan gambaran tentang sistem distribusi obat di Instalasi Farmasi rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2012.

A. Penyimpanan

1. Persentase Kecocokan Antara Fisik Obat dan Kartu Stok

Persentase kecocokan antara fisik obat dan kartu stok adalah sebesar 92,22% *item* obat sudah sesuai antara jumlah fisik obat dengan kartu stok. Menurut WHO (1993) bahwa kecocokan antara stok obat dengan kondisi fisik obat adalah 100%. Pengelolaan pada indikator ini sudah hampir sesuai dengan ketentuan namun belum dilakukan secara optimal sehingga masih ada obat yang tidak sesuai antara jumlah fisik dan kartu stok. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh *human error* yang mungkin saja terjadi. Dengan demikian diperlukan ketelitian petugas di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen untuk lebih memperhatikan dalam pendataan.

2. Persentase Stok Mati

Penggunaan indikator persentase stok mati bertujuan untuk mengetahui seberapa besar jumlah *item* obat yang tidak digunakan selama 3 bulan berturut-turut di instalasi farmasi rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Dari pengamatan di instalasi farmasi rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen masih terdapat *item* obat stok mati sebesar 0,89%.

Hal ini dapat terjadi karena pola persepsian yang dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan bertambahnya jenis penyakit. Dengan adanya stok mati yang terdapat di instalasi farmasi rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit dalam hal pengeluaran anggaran dana, hal ini berkaitan dengan kegiatan pada tahap pengadaan.

3. Persentase Obat Kadarluarsa dan/atau Rusak

Dari hasil penelusuran data lapangan tahun 2012 di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen terdapat jenis obat kadarluarsa/rusak adalah sebesar 1,12%. Adanya obat kadarluarsa/rusak harus menjadi perhatian bagi Instalasi Farmasi. Meskipun persentase nilai obat kadarluarsa sebesar 1,12%, namun masih dikatakan pengelolaan obat kadarluarsa belum efisien dikarenakan standarnya adalah 0%. Salah satu penyebab terjadinya obat kadarluarsa/rusak adalah faktor SDM dan SIM. Untuk menekan angka terjadinya obat kadarluarsa/rusak maka diperlukan kedisiplinan petugas dalam menjalankan kegiatan sesuai prosedur harus terus ditingkatkan terkait dengan pendataan penggunaan obat, penyimpanan

obat menurut sistem FIFO dan FEFO, serta pengamatan dan evaluasi secara berkala.

B. Pendistribusian

1. Rata-Rata Waktu yang Digunakan untuk Melayani Resep

Data diambil secara *concurrent* di Instalasi Farmasi Rawat Inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Dari hasil pengamatan menunjukkan bahwa rata-rata lama waktu tunggu yang digunakan Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen untuk menyelesaikan pelayanan resep pasien rawat inap dari mulai resep datang sampai obat diberikan kepada pasien dibedakan menjadi 3 tahapan. Tahapan pertama dimulai dari pukul 07.00 – 14.00 dengan rata-rata waktu tunggu obat obat racik yaitu 73 menit dan untuk obat non racik 67 menit. Tahapan kedua dimulai dari pukul 14.00 – 21.00 dengan rata-rata waktu tunggu obat racik yaitu 47 menit dan untuk obat non racik 29,43 menit. Sedangkan pada tahapan ketiga dimulai dari pukul 21.00 – 07.00 dengan rata-rata waktu tunggu obat racik yaitu 25 menit dan untuk obat non racik 17 menit.

Dari ketiga tahapan tersebut, yang paling lama waktu tunggu yaitu pada tahapan pertama untuk obat racikan yaitu 73 menit dan obat non racikan yaitu 67 menit. Adanya keterlambatan pelayanan obat dapat disebabkan beberapa faktor yaitu visite dokter yang terlambat, variasi jumlah pasien dan resep yang dilayani, waktu pelayanan yang panjang serta kurangnya kedisiplinan petugas. Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara adanya keterlambatan waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

disebabkan oleh penundaan distribusi obat yang telah selesai *dispensing*. Berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) menurut Peraturan Internal RSUD Sragen tahun 2008, waktu tunggu untuk obat racikan yaitu 50 menit dan obat non racikan yaitu 30 menit. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan obat masih belum sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan.

Menurut indikator Pudjaningsih (1996) dan WHO (1993), waktu tunggu yang baik untuk obat racikan adalah 30 - 45 menit sedangkan waktu tunggu obat non racikan antara 5 - 15 menit. Dengan melihat indikator tersebut maka pada tahapan I, II dan III menunjukkan ketidakefisienan waktu tunggu obat racikan maupun non racikan.

2. Tingkat Ketersediaan Obat

Hasil menunjukkan bahwa rata-rata tingkat ketersediaan obat di Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah 13 hari atau sebesar 43,33% dalam 1 bulan. Dengan demikian Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen belum memenuhi standar keefisienan tingkat ketersediaan obat dimana standar untuk kebutuhan persediaan obat yaitu selama 30 hari.

3. Persentase Obat dari Formularium

Pengukuran indikator persentase obat dari formularium di Instalasi Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen bertujuan untuk mengetahui kesesuaian penggunaan obat dengan formularium rumah sakit.

Hasil penelusuran data menunjukkan bahwa persentase peresepan obat yang sesuai dengan formularium rumah sakit yaitu sebesar 77,59%. Berdasarkan

indikator Pudjaningsih (1996), WHO (1993) dan Depkes (2002), standar kesesuaian persepsan obat dengan formularium yaitu 100%. Dengan demikian jika dibandingkan dengan nilai yang diharapkan yaitu 100% maka pengelolaan indikator tersebut di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen belum efisien.

Hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan dokter dalam penulisan resep yang tidak 100% mengacu pada formularium, perubahan pola penyakit yang terjadi selama masa penggunaan formularium tersebut, perencanaan dan perumusan formularium yang kurang sesuai dengan pola penggunaan obat di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

4. Persentase Resep Obat dengan Nama Generik

Persentase penulisan resep obat generik di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah 83,30%. Jika dibandingkan dengan standar persepsan obat generik yang ditetapkan pemerintah (Permenkes No. 85/Menkes/Per/I/1989, tentang kewajiban menulis resep generik) yaitu $\geq 82\%$, maka RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dikatakan telah memenuhi standar yang ditetapkan pemerintah.

Perlu diperhatikan oleh berbagai pihak di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam hal ini IFRS, dokter dan PFT untuk terus meningkatkan persepsan obat generik. Hal ini dikarenakan walaupun persentase penulisan resep dengan obat generik sudah memenuhi standar namun jika tidak dilakukan pengawasan bisa saja terjadi penurunan. Faktor-faktor yang biasanya mempengaruhi penulisan obat paten/*branded* yaitu kecendrungan dokter yang lebih senang memakai obat paten/*branded* yang harganya lebih mahal dari obat generik, promosi yang gencar

dilakukan oleh pihak produsen obat dan adanya anggapan bahwa obat paten/branded lebih manjur dari pada obat generik.

C. Kerangka Usulan Perbaikan Manajemen Obat

Dari pembobotan yang dilakukan dengan Metode Hanlon diperoleh skala prioritas yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah di tiap tahapan manajemen pengelolaan distribusi obat di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sebagai berikut:

1. Mengusulkan pada manajemen rumah sakit dengan analisis berbasis data mengenai kebutuhan ruangan pelayanan obat dan tentang kebutuhan fasilitas sarana dan prasarana penunjang pelayanan.
2. Mengoptimalkan sistem penerapan satu pintu disertai dengan sarana dan prasarana serta SDM yang menunjang.
3. Mengevaluasi dan melakukan sistem perencanaan dan pengadaan obat dengan selektif disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit serta mengacu pada prinsip efektif, aman, ekonomis dan rasional.
4. Memberdayakan PFT dalam rangka evaluasi dan monitoring terhadap pengelolaan obat di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.
5. Secara berkala melakukan evaluasi mutu pelayanan dengan menilai tingkat kepuasan pasien.
6. Mengusulkan pada manajemen rumah sakit dengan analisis berbasis data mengenai kebutuhan ruangan penyimpanan obat.

7. Mengusulkan pada manajemen rumah sakit untuk menambah SDM yang profesional berbasis beban kerja guna mengoptimalkan kinerja IFRS.
8. Melakukan pelatihan secara berkala pada seluruh SDM.
9. Pemantauan obat-obat yang mendekati *Exp. Date*.
10. Mengoptimalkan sistem penyimpanan dengan sistem FEFO dan FIFO.
11. Mengkomunikasikan dengan bagian perencanaan dan pengadaan serta distributor untuk obat-obat yang sering *Exp. Date*.
12. Mengaktifkan kembali PFT dan merevisi formularium disesuaikan dengan pola penyakit dan pola persepan di Rumah Sakit.
13. Melakukan evaluasi penggunaan obat yang dilakukan terus-menerus sehingga dapat dilakukan penambahan atau penghapusan monografi obat formularium.
14. Melakukan perbaikan SOP distribusi perbekalan farmasi
15. Perlu adanya penggunaan SIM yang lebih optimal.
16. Pemantauan dan pengawasan terhadap stok serta pengadaan obat dilakukan secara rutin setiap bulannya sehingga dapat diketahui adanya obat yang merupakan stok mati.

Kesimpulan

3. Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan untuk pengelolaan sistem distribusi obat di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2012 sebagai berikut:

- c. Pada tahap penyimpanan menunjukkan hasil yang belum efisien berdasarkan indikator kesesuaian antara fisik obat dengan kartu stok yaitu sebesar, masih adanya stok mati obat dan obat kadaluarsa/rusak.
 - d. Pada tahap pendistribusian indikator lama waktu pelayanan resep, tingkat ketersediaan obat dan kesesuaian penggunaan obat dengan formularium menunjukkan hasil yang belum efisien, sedangkan untuk indikator penulisan resep obat dengan nama generik telah menunjukkan hasil diatas standar yang ditetapkan sehingga dapat dikatakan telah efisien.
4. Analisis prioritas rencana tindakan pengelolaan sistem distribusi obat di Instalasi Farmasi Rawat Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan Metode Hanlon sebagai berikut:
- a. Mengaktifkan PFT dalam merevisi formularium dan melakukan evaluasi serta monitoring secara berkala.
 - b. Perbaiki SOP distribusi dan SIM didalam mengawasi dan mengendalikan sistem distribusi obat.
 - c. Pendataan obat-obat yang mendekati *Exp. Date*.
 - d. Melakukan *learning and growth* secara berkala pada seluruh SDM.

Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data



PEMERINTAH KABUPATEN SRAGEN
RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO

Jl. Raya Sukowati No. 33- Tele. (0271) 891068, Fax. (0271) 890155 Sragen - 57215
 E-mail: randangan1958@gmail.com

Sragen, 30 Januari 2013

Nomor : 000 / 15-B / 040 / 2013
 Tanggal :
 Hal : Permohonan ijin Pengambilan Data

Kepada Yth,
 Decan Fakultas Ilmu Kesehatan USB
 Surakarta
 Jl. Let. Leti S. Gani, Majenang
 Sala 57 27
 12

SURAKARTA

Memperhatikan surat saudara Nomor : 273.2TT.0FPA/PEPI/2013, tanggal 2 Januari 2013, perihal tersebut diatas, maka dengan ini diberitahukan bahwa atas permohonan tersebut pihak kami tidak keberatan dan mengizinkan mahasiswa saudara tersebut :

Nama : NDIWINDA LUSINA
 NIM : 84007140155
 Studi : PROGRAM PANCASASJANA FARMASI
 Instansi : UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA

Untuk melaksanakan penelitian di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam rangka pembuatan Tesis, dengan judul : "EVALUASI SISTEM DISTRIBUSI OBAT RAWAT INAP DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN TAHUN 2012 DAN STRATEGI PENGEMBANGANNYA BERDASARKAN METODE DANLON"

Dengan ketentuan :

1. Satu minggu sebelum melakukan penelitian mengirim surat rekomendasi dari Kantor Bupresda Sragen
2. Membayar biaya pengambilan data penelitian Rp. 600.000, mahasiswa S2. (Penda. 03/2009)

Demikian surat ini dikemukakan kepada dan atas kerjasamanya kami ucapkan terimakasih

DIREKTUR
 RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO
 SRAGEN

 R. M. F. A. SITORU, M.M.
 Kepala TKJ
 N.P. 19871113001

Tembusan disampaikan, kepada Yth:

1. Ke Inst. Farmasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
- ✓ 2. Mahasiswa Ybs.
3. Bertinggal

Lampiran 2. Surat Keterangan Pelaksanaan Penelitian



FEMERINTAH KABUPATEN SRAGEN
RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO
 Raya Sukowati No. 534 Telp. (0271) 891068, Fax. (0271) 890128 Sragen 57215
 Email: sulragan1958@gmail.com

SURAT KETERANGAN

Nomor : 445 / 470 / 040 / 2013

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N A M A : dr. Farid Anshori, MM
N I P : 19580826 198711 1 001
JABATAN : Direktur RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
A L A M A T : Jl. Raya Sukowati No. 534 Sragen

Dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa tersebut :

N A M A : NOVI WINDA LUTSINA, S. Farm., Apt
PENDIDIKAN : PROGRAM PASCA SARJANA FARMASI
INSTITUSI : UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA
JUDUL : EVALUASI SISTEM DISTRIBUSI OBAT RAWAT INAP DI
 RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN tahun
 2012 DAN STRATEGI PENGEMBANGANNYA DENGAN
 METODE HANLON

Telah melaksanakan Pengambilan data dan Penelitian di
 RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada 1 Februari - 21 Februari 2013.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang
 bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sragen, 23 Februari 2013

DIREKTUR
 RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO
 SRAGEN

(Signature)
 dr. FARID ANSHORI, MM
 Pembina Tk I
 NIP. 19580826 198711 1 001



Lampiran 3. Profil RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen



1. Sejarah Singkat

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sragen didirikan pada tahun 1956 dan diresmikan pada tahun 1958, berlokasi di Jalan Raya Sukowati No. 534 Sragen, menempati lahan seluas 38.730 m² dengan luas bangunan 6.487,25 m². Rumah Sakit ini merupakan rumah sakit negeri milik Pemerintah Kabupaten Sragen yang berklasifikasi tipe D. Seiring dengan perkembangan ekonomi, sosial budaya, jumlah penduduk dan kemajuan teknologi kesehatan serta dengan adanya kesiapan RSUD Sragen untuk peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kepada masyarakat, maka tipe RSUD Sragen ditingkatkan menjadi RSU tipe C pada tahun 1995 dengan Surat Keputusan Bupati Sragen Nomor : 445/461/011/1995.

Pada tahun 1999 RSUD Sragen menjadi swadana, dengan surat keputusan dalam PERMENDAGRI nomor 7 tahun 1999. sampai sekarang RSUD Sragen merupakan satu-satunya rumah sakit negeri tipe C⁺ swadana di Kabupaten Sragen

dan pada saat ini sedang dalam proses untuk menjadi rumah sakit Tipe B serta sebagai rumah sakit Pendidikan.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : YM.01.10/III/1530/09 tanggal 30 April 2009 tentang Pemberian Status Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut kepada Rumah Sakit Umum Daerah Sragen Provinsi Jawa Tengah untuk 12 (dua belas) Pokja Pelayanan.

Saat ini Rumah Sakit Umum Daerah Sragen juga sudah melaksanakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan Keputusan Bupati Sragen Nomor : 900/141.a/002/2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Sragen sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah secara penuh.

Dalam rangka peningkatan kelas Rumah Sakit Umum Daerah Sragen dari Rumah Sakit Kelas C menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan telah dilaksanakan Penilaian Akreditasi oleh Tim KARS Kementerian Kesehatan RI. Hasil Penilaian dituangkan dalam Keputusan menteri Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.03.05/I/288/2011 Tanggal 20 Januari 2011 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Sragen, bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Sragen ditetapkan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B.

Pada tanggal 20 sampai dengan 23 Juni 2011 telah dilaksanakan penilaian Akreditasi 16 Pelayanan RSUD Sragen oleh Tim KARS Kementerian Kesehatan. Dan berhasil mendapatkan Sertifikat dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan Nomor : KARS-SERT/16/VII/2011 tanggal 06 Juli 2011 dengan hasil penilaian belum ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan. Status Akreditasi **Lulus Tingkat Lengkap**. Selanjutnya pada saat ini Rumah Sakit Umum Daerah Sragen sedang mempersiapkan pengembangan rumah sakit dan proses menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan, sehingga pada saat ini luas bangunan $\pm 13.951 \text{ m}^2$.

2. Visi dan Misi

**Visi: MENJADI PILIHAN UTAMA MASYARAKAT DAN RUJUKAN
DALAM PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN**

Misi:

- Menyelenggarakan pelayanan yang prima dengan mengutamakan kepuasan pelanggan.
- Menerapkan pelayanan kesehatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta didukung SDM yang professional.
- Berperan serta dalam mensejahterakan masyarakat melalui pelayanan kesehatan.
- Meningkatkan Kesejahteraan bersama
- Meningkatkan kemitraan dengan institusi pendidikan dan pihak terkait.

Lampiran 4. Pedoman Tata Cara Wawancara Mendalam

Resonden yang akan diwawancarai antara lain: Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit, Kepala Subbagian Intalasi Farmasi Rawat Inap, Petugas Distribusi Obat.

Tata cara wawancara:

1. Memberi salam dengan sopan dan ramah
2. Menjelaskan secara singkat tujuan wawancara dan tujuan penelitian
3. Memberikan jaminan bahwa wawancara hanya digunakan untuk tujuan penelitian dan dijamin kerahasiaannya
4. Meminta ijin untuk memulai wawancara
5. Melaksanakan wawancara sesuai dengan isi wawancara yang telah disusun (pertanyaan tidak perlu urut, tergantung situasi dan arah pembicaraan)
6. Selesai wawancara mengucapkan terima kasih, mohon pamit dan salam sopan.

LEMBAR KERJA WAWANCARA

Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit

1. Siapa saja yang terlibat langsung dalam pengelolaan obat di rumah sakit?
2. Bagaimana fungsi dan peran bapak dengan pengelolaan obat di rumah sakit?

3. Bagaimana dengan hambatan dan kendala bapak selama ini berkaitan dengan kedudukan bapak sebagai kepala IFRS?
4. Bagaimana dengan kebutuhan tenaga yang sebenarnya di IFRS?
5. Bagaimana sistem penyimpanan obat di rumah sakit?
6. Bagaimana sistem distribusi obat di rumah sakit?
7. Apakah sering terjadi kekosongan obat dan bagaimana cara mengatasinya?
8. Bagaimana upaya untuk meningkatkan pelayanan resep?

Kepala Subbagian Intalasi Farmasi Rawat Inap

1. Bagaimana cara pendistribusian obat ke bangsal/unit/pasien?
2. Bagaimana sistem pelayanannya?
3. Apa tindakan yang dilakukan jika obat yang tertulis pada resep tidak tersedia atau habis?

Lampiran 5. Indikator Efisiensi dan Ffektivitas Distribusi Obat

Tahap	Indikator	Tujuan	Standar
<i>Distribution</i> a. Penyimpanan	1. Pentsentase kecocokan antara obat dengan kartu stok* dan **	1. Untuk mengetahui ketelitian petugas gudang	100%
	2. Pentsentase stok mati*	2. Untuk mengetahui item obat selama 3 bulan berturut-turut yang tidak terpakai	0%
	3. Pentsentase nilai obat yang kadaluarsa dan/atau rusak*	3. Untuk mengetahui besar kerugian rumah sakit	0%
b. Distribusi	5. Rata-rata waktu yang digunakan untuk melayani resep sampai ketangan pasien* dan **	1. Untuk mengetahui tingkat kecepatan pelayanan farmasi di rumah sakit	Non-racikan 15 menit Racikan < 30 menit
	6. Tingkat ketersediaan obat***	2. Untuk mengetahui kisaran cukupan obat	100%
	7. Pentsentase obat dari Formularium* dan ** dan ***	3. Untuk mengetahui kesesuaian penggunaan obat dengan Formularium	100%
	8. Pentsentase resep obat dengan nama generik* dan ** dan ***	4. Untuk mengukur kecenderungan meresepkan obat generik	≥82%

Keterangan: * : Indikator Pudjaningsih (1996)

** : Indikator WHO (1993)

*** : Indikator Depkes (2002)

Lampiran 6. Kecocokan Antara Fisik Obat dan Kartu Stok

NO	NAMA OBAT	JUMLAH OBAT SESUAI KARTU STOK	JUMLAH OBAT SESUAI FISIK	COCOK	TIDAK COCOK
1	ABU INJ (Vial)	5	5	x	
2	Adona AC-17	31	31	x	
3	Alinamin-F Inj 25mg-10ml/Amp	26	26	x	
4	Allopurinol 100mg Strip 10x10 Tab	141	141	x	
5	Aminophyline 24mg/ml-10ml	81	81	x	
6	Amitriptyline Tab 25mg	83	83	x	
7	Amoksisilin 125mg/5ml Btl 60 ml	5	5	x	
8	Amoxan Inj	35	57		x
9	Anemolat 1mg	41	41	x	
10	Antalgin Inj 250mg/1ml	22	22	x	
11	Aqua Pro Inj @25ml/Amp	86	84		x
12	Ascardia 80mg	92	92	x	
13	Aspilets	95	95	x	
14	ATS 1500 UI KTK 10 AMP	7	7	x	
15	ATS 20000 UI (Vial)	2	2	x	
16	Biozim Inj	8	8	x	
17	Bricasma Inj	5	5	x	
18	Cefotaxim Inj	149	147		x
19	Ceftizoxim Inj	3	3	x	
20	Ceftriaxone Inj	157	157	x	
21	Cendo Gentamisin 0,3% Tube 3,5 g	2	2	x	
22	Chlorpheniramine Maleat 4 mg	896	878		x
23	Ciprofloxacin 500 mg	96	96	x	
24	Clindamycin Kaps 150 mg	153	153	x	
25	Clindamycin Kaps 300 mg	38	38	x	
26	Clonidin 0,15 mg @100 Tab	123	123	x	
27	Cotrimoxazol 480 mg	282	282	x	
28	CPG 75mg	31	31	x	
29	Cyanocobalamin 500 mcg/ml-1 ml	189	189	x	
30	Dexamethason Inj	101	101	x	
31	Dexamethason Tab 0,5 mg	756	756	x	
32	Dextromethorphan 10 mg/5 ml	16	16	x	
33	Digoxin 0,25 mg	56	56	x	
34	Diltiazem 30 mg	90	90	x	
35	Dulcolax Supp 10 mg	24	24	x	
36	Elkana Tab	85	85	x	

37	Fargoxin Tab 0,25mg	106	106	x	
38	Farsik Inj	81	81	x	
39	Farsix 40 Tab	172	165	x	
40	Forbetes 500mg	70	70	x	
41	Furosemid 40mg	583	583	x	
42	Gemfibrozil 300mg	56	56	x	
43	GG 100mg	790	790	x	
44	Glycerin 100ml	6	6	x	
45	Heptasan 4mgTab	69	69	x	
46	Hydroclothiazide	1211	1087		x
47	Hydrocortison 2,5CR 5g	34	34	x	
48	Imodium Tab 2mg	102	102	x	
49	Intepiril 5mg	45	45	x	
50	Isosorbit Dinitrat 5mg	92	92	x	
51	Izoniaside 300mg	561	561	x	
52	Ka-En Inf	30	30	x	
53	Kalnex Inj 500mg	56	56	x	
54	Kaltrofen Inj 100mg	35	35	x	
55	Ketorolac Inj	102	95		
56	Lameson Tab 4mg	45	45	x	
57	Levofloxacin Tab 500mg	57	57	x	
58	Loratadine Tab 10mg	67	67	x	
59	Meloxicam 7,5 Tab	89	89	x	
60	Metformin 500mg	182	182	x	
61	Methyl Prednisolon 4mg	121	121	x	
62	Methyl Prednisolon Inj 125mg	37	37	x	
63	Metronidazol 500mg	780	730		
64	Metronidazol Inf 100ml	32	32	x	
65	MgSo4	3	3	x	
66	Nacl Inf 100ml	22	12		x
67	Natrium Diclofenac 50mg Tab	112	112	x	
68	Novalgin Inj	15	15	x	
69	Novorapid 10ml	18	18	x	
70	OBH 100ml	60	60	x	
71	Ofloxacin 400mg	33	33	x	
72	Omeprazole Caps 20mg	57	57	x	
73	Ondansetron 4mg/2ml Inj	35	35	x	
74	Ostelox Tab	19	19	x	
75	Pantoprazole 40mg Inj	10	10	x	
76	Paracetamol 500mg Tab	145	145	x	
77	Piracetam 1g Inj	68	68	x	

78	Pirasetam 3g Inj	25	25	x	
79	Ranitidine 150mg Tab	24	24	x	
80	Ranitidine Inj	154	154	x	
81	Rantin 150mg Tab	37	37	x	
82	Renapar Tab	128	102		x
83	Rivanol 100ml	6	6	x	
84	Sanmol Tab	48	48	x	
85	Sesden	67	67	x	
86	Simvastatin 10mg	37	37	x	
87	Spironolactone Tab 25mg	97	97	x	
88	Tebokan Tab	60	60	x	
89	Tremenza	51	51	x	
90	Uripas 200 Tab	18	18	x	

Lampiran 7. Daftar Stok Mati Tahun 2012

No	Nama Obat	Jumlah Obat	Harga Obat	Jumlah
1	Forbetes 500	70	Rp823.20	Rp57,624.00
2	Inciclav 500	45	Rp10,282.40	Rp462,708.00
3	Dibost Syr	1	Rp34,214.40	Rp34,214.40
4	Plasminex Tab	45	Rp2,161.60	Rp97,272.00
5	Dexaflox	11	Rp24,076.80	Rp264,844.80
6	Elkana	85	Rp601.60	Rp51,136.00
7	Calcidin	107	Rp493.60	Rp52,815.20
8	Seretide 50	1	Rp103,008.00	Rp103,008.00
Total				Rp1,123,622.40

Lampiran 8. Data Obat Kadarluarsa/Rusak Tahun 2012

No	NAMA OBAT	JUMLAH OBAT	HARGA OBAT(@)	TOTAL HARGA
1	Glucophage (pns)	3	Rp21,599.60	Rp64,798.80
2	Tricefix 2189 (jps)	1	Rp56,556.66	Rp56,556.66
3	Guedel No.20 (pd)	1	Rp26,400.00	Rp26,400.00
4	Leukofix 2121 (jps)	9	Rp13,693.68	Rp123,243.12
5	Ascal Cas @1Kg (pd)	1	Rp158,400.00	Rp158,400.00
6	Spiramicyn (pns)	2	Rp57,247.82	Rp114,495.64
7	Spiramicyn (jps)	4	Rp68,697.38	Rp274,789.52
8	Dolsic Inj (pns)	19	Rp11,999.90	Rp227,998.10
9	PMP 500 mg (pns)	3	Rp37,063.40	Rp111,190.20
10	Glibenklamid 5 mg (jps)	59	Rp6,737.46	Rp397,510.14
TOTAL KERUGIAN				Rp1,555,382.18

Lampiran 9. Rata-rata Waktu Pelayanan Resep di Instalasi Farmasi Rawat

Inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Tahap	Hari	Waktu Pelayanan	Jumlah Lembar R/ yang dilayani	Jumlah Obat Racikan	Jumlah Obat Non Racikan	Lama Waktu Tunggu Obat Racikan (Menit)	Lama Waktu Tunggu Obat Non Racikan (Menit)
	Senin	07.00 - 14.00	102	5	97	50	50
	Selasa	07.00 - 14.00	111	1	110	65	65
	Rabu	07.00 - 14.00	127	0	127	0	75
I	Kamis	07.00 - 14.00	94	0	94	0	30
	Jumat	07.00 - 14.00	107	3	104	80	80
	Sabtu	07.00 - 14.00	121	12	109	76	76
	Minggu	07.00 - 14.00	130	10	120	93	93
Rata-rata			113.14	4.43	108.71	73	67
	Senin	14.00 -21.00	75	3	72	45	35
	Selasa	14.00 -21.00	82	0	82	0	25
	Rabu	14.00 -21.00	80	0	80	0	30
II	Kamis	14.00 -21.00	99	0	99	0	30
	Jumat	14.00 -21.00	90	0	90	0	28
	Sabtu	14.00 -21.00	82	2	80	45	28
	Minggu	14.00 -21.00	77	4	73	50	30
Rata-rata			83.57	1.29	82.29	47	29.43
	Senin	21.00 - 07.00	39	1	38	25	15
	Selasa	21.00 - 07.00	33	0	33	0	15
	Rabu	21.00 - 07.00	18	0	18	0	25
III	Kamis	21.00 - 07.00	29	2	27	25	20
	Jumat	21.00 - 07.00	42	3	39	30	10
	Sabtu	21.00 - 07.00	30	0	30	0	16
	Minggu	21.00 - 07.00	46	2	44	20	15
Rata-rata			33.86	1.14	32.71	25	17

Lampiran 10. Tingkat Ketersediaan Obat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr.

Soehadi Prijonegoro Sragen

NO	NAMA OBAT	STOCK	JUMLAH PEMAKAIAN (TAHUN 2012)	RATA-RATA PEMAKAIAN (BULAN)	TINGKAT KETERSEDIAAN OBAT (HARI)
1	Adona AC-17	31	310	25,83	13
2	ABU INJ (Vial)	5	68	5,67	13
3	Alinamin-F Inj 25mg-10ml/Amp	26	2490	207,5	12
4	Allopurinol 100mg Strip 10x10 Tab	141	41900	3491,67	12
5	Aminophyline 24mg/ml-10ml	81	5184	432	12
6	Amitriptyline Tab 25mg	83	8300	691,67	12
7	Amoksisilin 125mg/5ml Btl 60 ml	5	374	31,17	12
8	Amoxan Inj	35	1510	125,83	12
9	Anemolat 1mg	41	44300	3691,67	12
10	Antalgin Inj 250mg/1ml	22	1170	97,5	12
11	Aqua Pro Inj @25ml/Amp	86	30130	2510,83	12
12	Ascardia 80mg	92	1200	100	13
13	Aspilets	95	43500	3625	12
14	ATS 1500 UI KTK 10 AMP	7	810	67,5	12
15	ATS 20000 UI (Vial)	2	53	4,42	12
16	Biozim Inj	8	223	18,58	12
17	Bricasma Inj	5	25	2,08	14
18	Cefotaxim Inj	149	37050	3087,5	12
19	Ceftizoxim Inj	3	2	0,17	30
20	Ceftriaxone Inj	157	31932	2661	12
21	Cendo Gentamisin 0,3% Tube 3,5 g	2	144	12	12
22	Chlorpheniramine Maleat 4 mg	896	15000	1250	13
23	Ciprofloxacin 500 mg	96	22350	1862,5	12
24	Clindamycin Kaps 150 mg	153	2650	220,83	13
25	Clindamycin Kaps 300 mg	38	7550	629,17	12
26	Clonidin 0,15 mg @100 Tab	123	2100	175	13
27	Cotrimoxazol 480 mg	282	1300	108,33	15
28	CPG 75mg	31	4080	340	12
29	Cyanocobalamin 500 mcg/ml-1 ml	189	2000	166,67	13
30	Dexamethason Inj	101	10300	858,33	12
31	Dexamethason Tab 0,5 mg	756	8000	666,67	13
32	Dextromethorphan 10 mg/5 ml	16	561	46,75	12
33	Digoxin 0,25 mg	56	34600	2883,33	12
34	Diltiazem 30 mg	90	22200	1850	12
35	Dulcolax Supp 10 mg	24	7990	665,83	12

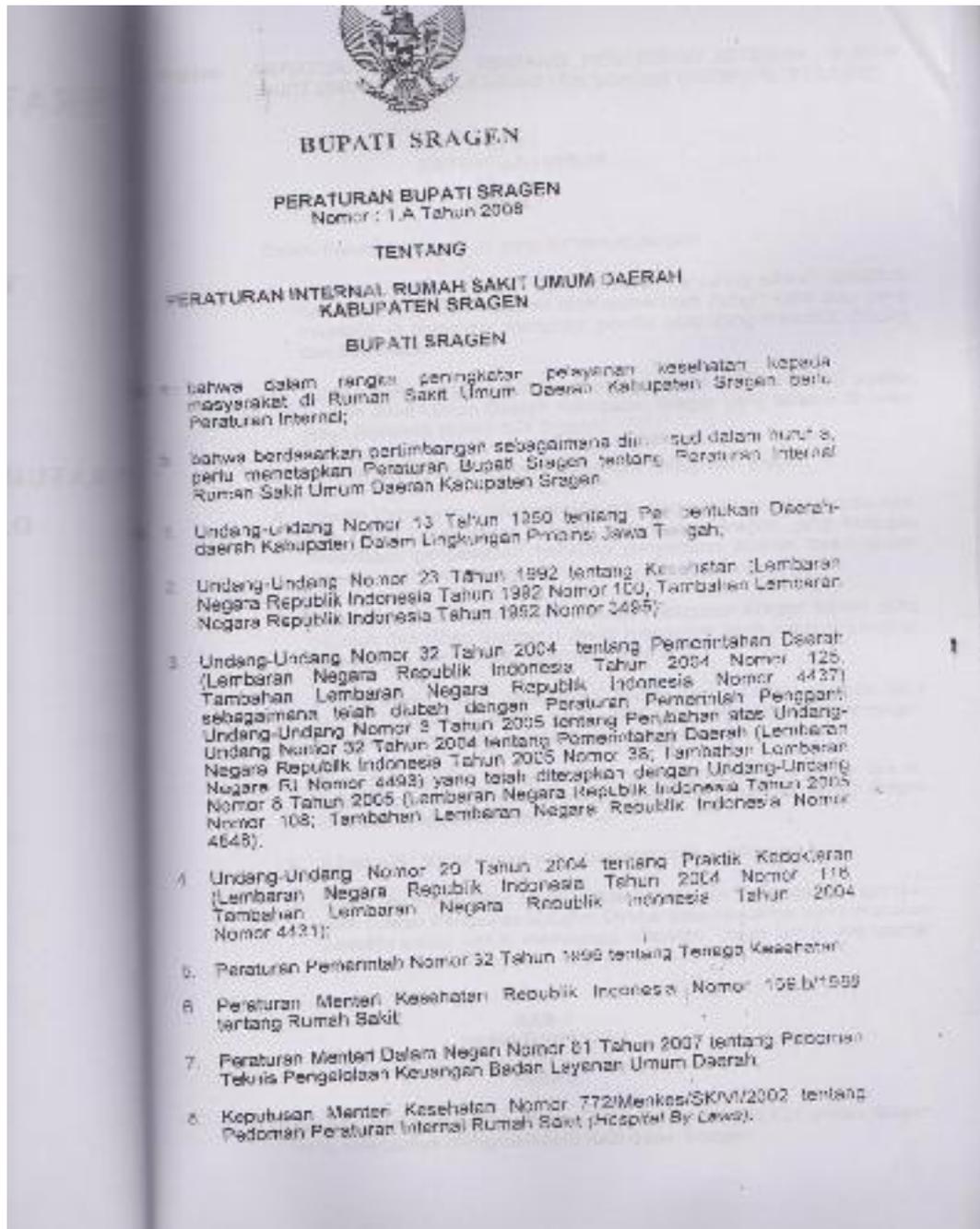
36	Elkana Tab	85	300	25	15
37	Fargoxin Tab 0,25mg	106	8900	741,67	12
38	Farsik Inj	81	21955	1829,58	12
39	Farsix 40 Tab	172	9900	825	12
40	Forbetes 500mg	70	2200	183,33	12
41	Furosemid 40mg	583	134100	11175	12
42	Gemfibrozil 300mg	56	42600	3550	12
43	GG 100mg	790	122000	10166,67	12
44	Glycerin 100ml	6	30	2,50	14
45	Heptasan 4mgTab	69	2100	175	12
46	Hydroclotiazide	1211	12000	1000	13
47	Hydrocortison 2,5CR 5g	34	1022	85,17	12
48	Imodium Tab 2mg	102	800	66,67	14
49	Intepiril 5mg	45	11460	955	12
50	Isosorbit Dinitrat 5mg	92	71400	5950	12
51	Izoniaside 300mg	561	11000	916,67	13
52	Ka-En Inf	30	38443	3203,58	12
53	Kalnex Inj 500mg	56	1540	128,33	12
54	Kaltrofen Inj 100mg	35	865	72,08	12
55	Ketorolac Inj	102	31644	2637	12
56	Lameson Tab 4mg	45	6900	575	12
57	Levofloxacin Tab 500mg	57	5160	430	12
58	Loratadine Tab 10mg	67	6450	537,5	12
59	Meloxicam 7,5 Tab	89	34300	2858,33	12
60	Metformin 500mg	182	14300	1191,67	12
61	Methyl Prednisolon 4mg	121	59900	4991,67	12
62	Methyl Prednisolon Inj 125mg	37	2383	198,58	12
63	Metronidazol 500mg	780	156000	13000	12
64	Metronidazol Inf 100ml	32	12424	1035,33	12
65	MgSo4	3	513	42,75	12
66	Nacl Inf 100ml	22	6063	505,25	12
67	Natrium Diclofenac 50mg Tab	112	11750	979,17	12
68	Novalgin Inj	15	655	54,58	12
69	Novorapid 10ml	18	384	32,0	13
70	OBH 100ml	60	1856	154,67	12
71	Ofloxacin 400mg	33	2950	245,83	12
72	Omeprazole Caps 20mg	57	19110	1592,5	12
73	Ondansetron 4mg/2ml Inj	35	19950	1662,5	12
74	Ostelox Tab	19	680	56,67	12
75	Pantoprazole 40mg Inj	10	845	70,42	12
76	Paracetamol 500mg Tab	145	39700	3308,33	12

77	Piracetam 1g Inj	68	4040	336,67	12
78	Pirasetam 3g Inj	25	3688	307,33	12
79	Ranitidine 150mg Tab	24	82100	6841,67	12
80	Ranitidine Inj	154	79595	6632,92	12
81	Rantin 150mg Tab	37	8400	700	12
82	Renapar Tab	128	2700	225	13
83	Rivanol 100ml	6	95	7,92	13
84	Sanmol Tab	48	300	25	14
85	Sesden	67	3200	266,67	12
86	Simvastatin 10mg	37	24480	2040	12
87	Spironolactone Tab 25mg	97	19500	1625	12
88	Tebokan Tab	60	500	41,67	13
89	Tremenza	51	11700	975	12
90	Uripas 200 Tab	18	510	42,5	12

**Lampiran 11. Data Peresepan Obat dengan Nama Generik di Instalasi
Farmasi Rawat Inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen**

No	Bulan	Total Resep	Jumlah Resep Generik	Persentase Resep Generik (%)
1	JANUARI	38188	31979	83.74
2	FEBRUARI	32247	24869	77.12
3	MARET	39469	31649	80.19
4	APRIL	35978	29865	83.01
5	MEI	37722	31384	83.20
6	JUNI	37254	30995	83.20
7	JULI	39362	32716	83.12
8	AGUSTUS	40056	33049	82.51
9	SEPTEMBER	39284	32608	83.01
10	OKTOBER	39845	37135	93.20
11	NOVEMBER	41630	34511	82.90
12	DESEMBER	52363	43566	83.20
TOTAL		473398	394326	83.30

**Lampiran 12. Data Pereseapan Obat dengan Nama Generik di Instalasi
Farmasi Rawat Inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen**



LAMPIRAN : Uraian Standar Pelayanan Minimal,

PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1.1)

Uraian	Kompleksitas menangani life saving anak dan dewasa di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kapasitas
Tujuan	Terjalinnya komandani Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat terhadap anak dan dewasa
Definisi	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Rekomendasi	Sesuai standar
Pengumpul Data	
Format Akurasi	Tiga bulan sekali
Manfaat	Uraian akurat pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Jumlah Data	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat
Relevansi Data	Rekam Medis di Gawat Darurat
Standar	100 %
Pontokumpul data	Kawal Instalasi Gawat Darurat

1.2)

Uraian	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Terselenggaranya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di seluruh Rumah Sakit
Definisi	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan

Demonstrator	jumlah se unit pasien yang dipaparkan rekayasa medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Skala	100%
Pertanggung jawab	Kejati Instansi rekayasa medik

X. FARMASI

1

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	efektif, kesenangan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Terdapatnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah terganggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kunjungan waktu tunggu pelayanan obat jadi dokter yang disurvey dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	70 menit
Pertanggung jawab	Kejati Instansi Farmasi

2

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat reotkan
Dimensi mutu	efektif, kesenangan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Terdapatnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat reotkan adalah terganggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat reotkan

Indikator	Terdapat
Definisi data	
Periode analisis	30 hari
Numerator	Jumlah jumlah waktu yang diperlukan obat keluar rumah yang di survey dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di survey dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Skala	Skala rasio
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.

Jenis	Tidak adanya kejadian keselamatan pemberian obat
Dimensi/rupa	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tingkatkan kejadian keselamatan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Keselamatan pemberian obat meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat dalam kemasan (obat obal) 2. Obat dalam kemasan dosis 3. Obat sering 4. Obat murah
Indikator	Terdapat
Definisi data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah jumlah pasien rawat inpatient yang di survey (survei) jumlah pasien yang mengalami kejadian keselamatan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inpatient yang di survey
Sumber data	Survey
Skala	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi