

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Logistik

Manajemen logistik adalah suatu ilmu pengetahuan dan atau seni serta proses mengenai perencanaan dan penentuan kebutuhan pengadaan, penyimpanan, penyaluran dan pemeliharaan serta penghapusan material/alat-alat. (Subagya: 1994), sehingga manajemen logistik mampu menjawab tujuan dan bagaimana cara mencapai tujuan dengan ketersediaan bahan logistik setiap saat bila dibutuhkan dan dipergunakan secara efisien dan efektif.

Manajemen logistik merupakan proses pengelolaan yang strategis terhadap pemindahan dan penyimpanan barang suku cadang, barang jadi dari pemasok, diantara fasilitas-fasilitas dan kepada para pelanggan (Bowersox, 1986).

2.1.1 Tujuan dan Fungsi Manajemen Logistik

Terdapat 3 tujuan dalam manajemen logistik, yaitu:

a. Tujuan Operasional:

Tersedianya barang dalam jumlah tepat dan berkualitas pada saat dibutuhkan.

b. Tujuan Keuangan:

Proses pengadaan dan distribusi berlangsung dengan biaya yang minimal.

c. Tujuan Keutuhan:

Menjamin barang tidak hilang, tidak rusak, tidak digunakan oleh yang tidak berwenang.

Sedangkan fungsi manajemen logistik rumah sakit seperti manajemen umumnya dijabarkan sebagai berikut:

a. Perencanaan dan penentuan kebutuhan

Mencakup kegiatan dalam menetapkan sasaran, pedoman, pengukuran penyelenggaraan bidang logistik.

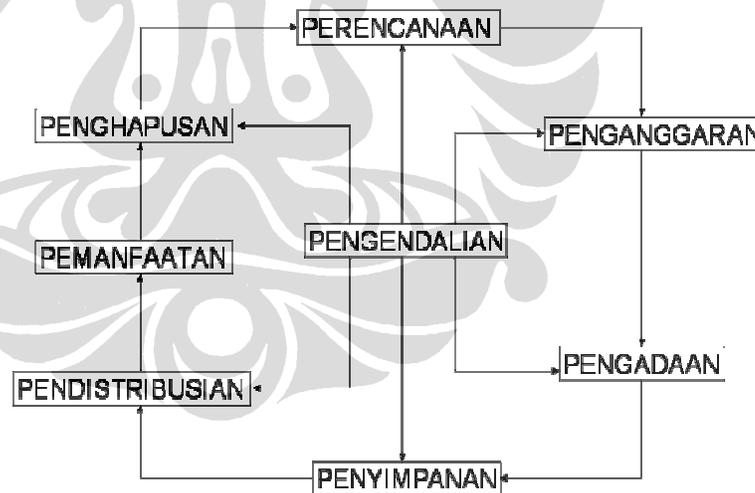
b. Penganggaran

Kegiatan yang merumuskan perincian pemenuhan kebutuhan dalam standar mata uang tertentu dengan pembatasan yang berlaku.

- c. Pengadaan
Kegiatan untuk memenuhi kebutuhan operasional yang sesuai dengan fungsi perencanaan, pemenuhan kebutuhan maupun anggaran.
- d. Penyimpanan dan penyaluran
Pelaksanaan penerimaan, penyimpanan dan penyaluran.
- e. Pemeliharaan
Kegiatan mempertahankan kondisi teknis, daya guna dan daya hasil barang inventaris.
- f. Penghapusan
Kegiatan pembebasan barang dari pertanggungjawaban yang berlaku.
- g. Pengendalian
Usaha memantau dan mengamankan keseluruhan barang logistik.

2.1.2 Siklus Manajemen Logistik.

Gambar 2.1 Siklus Manajemen Logistik



(Sumber: Modul Kuliah Seminar Rumah Sakit Tahun 2008)

Menurut Subagya (1994) dalam manajemen logistik terdapat beberapa fungsi pokok sebagai berikut:

1. Fungsi Perencanaan

Adalah aktivitas dalam menerapkan sasaran-sasaran, pedoman-pedoman, pengukuran, penyelenggaraan bidang logistik. Secara rinci perencanaan ini dapat dibagi:

- a. Penentuan kebutuhan, harus diperhitungkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jumlah kebutuhan.
- b. Penganggaran, yang terdiri dari kegiatan-kegiatan dan usaha untuk merumuskan perincian penentuan kebutuhan dalam suatu skala standar, yakni skala mata uang dan jumlah biaya dengan memperhatikan pengarah dan pembatasan yang berlaku terhadapnya.

2. Fungsi Penganggaran

Penganggaran (*budgeting*) adalah semua jenis kegiatan dan usaha untuk merumuskan perincian penentuan kebutuhan dalam suatu skala standar tertentu, yaitu skala mata uang dan jumlah biaya, dengan memperhatikan pengarah dan pembatasan yang berlaku baginya. Terbatasnya anggaran dapat mempengaruhi penilaian atau pemeliharaan barang-barang yang ditawarkan sehingga memungkinkan pengorbanan mutu barang yang hendak kita beli. Dalam usaha penyempurnaan anggaran perlengkapan sebagai berikut:

- a. Anggaran pembelian.
- b. Anggaran perbaikan dan pemeliharaan .
- c. Anggaran penyimpanan dan penyaluran.
- d. Anggaran penelitian dan pengembangan barang.
- e. Anggaran penyempurnaan administrasi barang.
- f. Anggaran pengawasan barang.
- g. Anggaran penyediaan dan peningkatan mutu personil (pendidikan dan pelatihan)

3. Fungsi Pengadaan

Pengadaan ialah segala kegiatan dan usaha untuk menambah dan memenuhi kebutuhan barang dan jasa berdasarkan peraturan yang berlaku dengan menciptakan sesuatu yang tadinya belum ada menjadi ada. (termasuk didalamnya usaha untuk tetap mempertahankan sesuatu yang telah ada dalam batas-batas efisiensi). Pengadaan tidak selalu harus dilakukan dengan pembelian, tetapi didasarkan atas pilihan berbagai alternatif dengan berpedoman pada prinsip alternatif mana yang paling praktis, efisien dan efektif.

Pengadaan dapat dilakukan dengan cara:

- a. Pembelian
- b. Penyewaan
- c. Peminjaman
- d. Pemberian (hibah)
- e. Penukaran
- f. Pembuatan
- g. Perbaikan

4. Fungsi Penyimpanan dan Penyaluran

Fungsi ini merupakan pelaksanaan penerimaan, penyimpanan dan penyaluran perlengkapan yang telah diadakan melalui fungsi pengadaan, kemudian disalurkan kepada instansi-instansi pelaksana.

Mahoney dan Kubica (2001) dalam Zamril (1996), menyebutkan bahwa mekanisme utama untuk distribusi obat dalam suatu instansi adalah sistem distribusi pengobatan dosis satuan, karena lebih aman dan efektif.

5. Fungsi Pemeliharaan

Fungsi pemeliharaan adalah suatu usaha atau proses kegiatan untuk mempertahankan kondisi teknis, daya guna dan daya hasil barang inventaris.

6. Fungsi Penghapusan

Fungsi penghapusan yaitu berupa kegiatan dan usaha pembebasan barang dari pertanggungjawaban sesuai peraturan atau perundang-undangan yang berlaku. Dalam proses pengelolaan penghapusan

dipengaruhi oleh banyak faktor surplus dan eksese. Surplus berarti kelebihan dalam satu unit yang tidak dapat dipergunakan atau dimanfaatkan lagi oleh unit tersebut. Sedangkan eksese merupakan kelebihan dalam satu subunit yang tidak dapat digunakan atau dimanfaatkan lagi disebabkan unit itu sendiri, akan tetapi masih bisa digunakan oleh subunit lainnya didalam unit yang sama.

a. Proses penghapusan

Dalam pengelolaan penghapusan barang, dikenal adanya beberapa tahap yang sekaligus merupakan siklus kegiatan penghapusan, yakni:

1) Tahap penyidikan atau pengenalan (*identification*)

Tahap ini merupakan umpan balik pengelolaan pemeliharaan melalui sistem inventarisasi. Melalui sistem inventarisasi yang konsisten, dapat dilakukan penyidikan barang yang sudah tidak termasuk dalam program pemeliharaan.

2) Tahap penyaringan (*screening*)

Pada tahap ini secara nyata mulai dilakukan penyusunan program penghapusan sebagai tidak dimasukkannya barang atau perlengkapan dalam program pemeliharaan.

3) Tahap penyeleksian (*clearing*)

Tahap ini sesungguhnya merupakan langkah pelaksanaan program penghapusan yang didalamnya meliputi kegiatan:

- a. Pelaksanaan pembebasan pertanggungjawaban penggunaan;
- b. Pelaksanaan penghapusan, segregasi, *salvage*, serta tindak lanjutnya.

4) Tahap pelaksanaan dan pengendalian (*actuating and controlling*)

Tahapan ini merupakan bagian dari pengendalian barang atau perlengkapan dalam lingkup siklus logistik. Pada tahap ini terjadi umpan balik dari program dan pelaksanaan penghapusan kepada sistem inventarisasi dalam rangka pengendalian pengelolaan logistik dan pemanfaatannya secara optimal.

b. Cara-cara penghapusan

Cara-cara penghapusan yang lazim dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Pemanfaatan langsung

Usaha merehabilitasi/merekondisi komponen-komponen yang masih dapat dimanfaatkan kembali dan dimasukkan sebagai barang persediaan baru.

2. Pemanfaatan kembali (*recycle*)

Usaha peningkatan nilai ekonomis dari barang yang dihapus menjadi barang lain (menurut fungsi dan kegunaannya).

3. Pemindahan (*transfer*)

Mutsai kepada instansi (pemerintah) lain yang memerlukannya dalam rangka pemanfaatan langsung.

4. Hibah (*donation*)

Hibah kepada badan atau pihak di luar instansi (pemerintah) dalam rangka pemanfaatan langsung, *recycle*, atau peningkatan potensi/modal yang dijual.

5. Penjualan/pelelangan (*sales/auction*)

Dijual baik dibawah tangan (seperti berlaku pada angsuran kendaraan perorangan) ataupun umumnya dilelang.

6. Pemusnahan

Tindakan ini dilakuakn, bila menyangkut keamanan dan keselamatan lingkungan.

7. Fungsi Pengendalian

Fungsi ini adalah fungsi inti dari pengelolaan perlengkapan yang meliputi usaha untuk memonitor dan mnegemankan keseluruhan pengelolaan logistik.

2.2 Manajemen Persediaan Farmasi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Persediaan

Setiap perusahaan baik itu perusahaan jasa maupun manufaktur selalu memerlukan persediaan. Tanpa adanya persediaan para pengusaha akan

dihadapkan pada resiko bahwa perusahaannya pada satu waktu tidak dapat memenuhi keinginan para pelanggannya.

Persediaan memungkinkan produk-produk dihasilkan pada tempat yang jauh dari langganana dan atau sumber bahan mentah.dengan adanya persediaan produksi tidak perlu dilakukan khusus buat orang perorang konsumen, dan sebaliknya tidak perlu dikonsumsi didesak supaya sesuai dengan kepentingan produksi.

Alasan perlunya persediaan pada sebuah perusahaan, termasuk rumah sakit adalah (Rangkuty, 1996):

- a. Dibutuhkannya waktu untuk menyelesaikan operasi produksi dan untuk memindahkan produk dari suatu tingkat proses ketingkat proses lainnya yang disebut persediaan dalam proses dan pemindahan.
- b. Alasan organisasi untuk memungkinkan satu unit atau bagian membuat jadwal operasinya secara bebas, tidak tergantung dari lainnya.

Dalam manajemen logistik rumah sakit terdapat tiga kelompok dasar persediaan (Lumenta, 1990):

- a. Persediaan barang-barang farmasi

Persediaan merupakan salah satu unsur yang paling aktif dalam operasi perusahaan yang secara terus-menerus diperoleh, diubah, yang kemudian dijual kembali.

Diantara tiga kelompok persediaan barang rumah sakit, persediaan barang farmasi merupakan pos yang biasanya membutuhkan biaya rutin terbesar, meliputi:

1. Persediaan obat

Dalam manajemen persediaan obat rumah sakit merupakan keharusan untuk memperhatikan angka cakupan pasien, kecepatan konsumsi obat-obatan dan tinggi rendahnya kebutuhan. Dibagi menjadi 2 kelompok persedian obat yaitu :

- 1) Kelompok dengan *turn over* cepat
- 2) Kelompok dengan *turn over* lambat

Tinggi rendahnya *inventory turn over*, mempunyai efek yang langsung terhadap besar kecilnya modal yang diinvestasikan, makin

tinggi *turn over* berarti makin pendek waktu terikatnya modal dalam persediaan atau modal terahan, sehingga kebutuhan akan jumlah modal akan semakin kecil.

2. Persediaan bahan kimia

Bahan kimia dibutuhkan untuk kegiatan operasional unit produksi farmasi, unit penunjang medis laboratorium, rontgen, dan beberapa kegiatan non medis.

3. Persediaan gas medis

Dibutuhkan untuk menunjang kegiatan pelayanan dikamar operasi, ICU, ICCU, kamar bersalin ruang perawatan dan UGD.

4. Peralatan kesehatan

Terdiri dari peralatan perawatan dan peralatan kedokteran yang dikelompokkan dalam peralatan yang bersifat tahan lama.

b. Persediaan bahan-bahan makanan

Persediaan bahan makanan tidak dikelola dengan masa penyimpanan yang lama, dikarenakan daya tahan bahan makanan tersebut berhubungan dengan tingkat kandungan gizinya, kecuali minuman dan bahan kering.

c. Persediaan barang-barang logistik

Persediaan logistik terdiri dari beberapa kelompok:

- a. Bahan tekstil
- b. Bahan teknik
- c. Barang rumah tangga
- d. Barang inventaris
- e. Barang alat tulis kantor (ATK)

Operasional logistik perusahaan, berawal dari pengangkutan pertama material atau komponen-komponen dari sumber perolehannya dan berakhir pada penyerahan produk yang dibuat atau diolah itu kepada pelanggan atau konsumen.

Untuk rumah sakit, logistik bermula dari perolehan (*procurement*) dan berakhir dengan sokongan penuh dari usaha-usaha pembedahan dan pengobatan (Bowersox, 1995)

2.2.2 Manfaat Persediaan

Pada dasarnya persediaan mempermudah atau memperlancar jalannya operasi perusahaan secara berturut-turut untuk memproduksi barang-barang atau jasa yang selanjutnya disampaikan pada langganan atau konsumen.

Bentuk persediaan mulai dari bahan mentah sampai barang jadi siap dikirim bermanfaat antara lain:

- a. Menghilangkan resiko keterlambatan datangnya barang atau bahan-bahan yang dibutuhkan perusahaan
- b. Menghilangkan resiko akibat dari material yang dipesan tidak baik sehingga harus dikembalikan.
- c. Mempertahankan stabilitas operasi perusahaan atau menjamin kelancaran arus produksi.
- d. Memberikan pelayanan pada pelanggan agar setiap waktu kebutuhan langganan dapat dipenuhi, atau memberikan jaminan tetap tersedianya barang-barang jadi tersebut.
- e. Untuk menumpuk bahan-bahan yang dihasilkan secara musiman sehingga dapat digunakan bila bahan tersebut tidak ada dipasaran.

2.2.3 Jenis-jenis Persediaan

Berdasarkan fungsinya persediaan dapat dibedakan atas (Rangkuty, 1996):

1. *Batch Stok* atau *lot size inventory*

Yaitu persediaan yang diadakan karena kita membeli atau membuat barang/bahan dalam jumlah besar dari pada dibutuhkan saat itu. Terjadinya persediaan karena pengadaan barang/bahan yang dilakukan lebih banyak dari pada kebutuhan. Jadi dalam hal ini pembelian atau pembuatan dilakukan dalam jumlah besar sedang penggunaannya atau pengeluarannya dalam jumlah kecil.

Dengan perhitungan pemotongan harga maka lebih menguntungkan bila melakukan pembelian dalam jumlah besar, tapi perlu juga diperhitungkan biaya-biaya yang timbul, antara lain sewa gudang, resiko penyimpanan dan sebagainya.

Keuntungan yang akan didapat dari *batch stok*, antara lain:

- a. Memperoleh potongan harga pembelian.

- b. Memperoleh efisiensi produksi (*Manufacturing economies*) karena adanya *production run* yang lama.
- c. Hemat biaya angkutan.

2. *Fluctuation stok*

Persediaan yang diadakan untuk menghadapi fluktuasi permintaan konsumen yang tidak dapat diramalkan. Akibat tingkat permintaan konsumen

2.3 Penetapan Jumlah Persediaan Obat

Menurut wheelright terdapat 3 cara dalam penetapan jumlah persediaan obat yang semestinya diperhitungkan pada saat perancangan perencanaan manajemen persediaan (silalahi, 1989) dalam Awaloedin (2001), antara lain:

- a. Berdasarkan populasi, keterangan tentang keluhan medis yang menonjol kalangan pasien untuk menentukan volume obat yang paling dibutuhkan.
- b. Berdasarkan pelayanan, ditentukan jenis pelayanan yang umum dan jenis penyakit yang diobati, maka berdasarkan jasa yang diberikan dapat ditentukan jumlah persediaan obat yang dibutuhkan.
- c. Berdasarkan tingkat pengkonsumsian atau kebutuhan berdasarkan pengumpulan data dan sumber-sumber komersial, badan swadaya atau badan pemerintah tentang penggunaan obat sebelumnya, maka dapat dicantumkan jumlah sebenarnya, maka dapat ditentukan jumlah persediaan.

Penentuan kebutuhan obat dilakukan untuk mengidentifikasi seberapa besar kebutuhan obat dalam suatu rumah sakit yang dibutuhkan untuk pelayanan kepada pasien. Pendekatan dalam menentukan kebutuhan obat dapat dilakukan dengan berbagai analisis, yaitu antara lain:

2.3.1 Analisis konsumsi

Menurut (Depkes RI: 2002) Dalam Zulfa Amalia (2008) didasarkan atas analisis konsumsi obat tahun sebelumnya. Untuk menghitung jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan analisis konsumsi perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut, yaitu:

- 1) Pengumpulan dan pengolahan data

- 2) Analisis data untuk informasi dan evaluasi
- 3) Perhitungan perkiraan kebutuhan obat
- 4) Penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana.

Jenis-jenis data yang perlu dipersiapkan dalam analisis konsumsi, yaitu alokasi dana, daftar obat, stok awal, penerimaan, pengeluaran, sisa stok, obat hilang/rusak, kadaluarsa, kekosongan obat, pemakaian rata-rata atau pergerakan obat pertahun, *lead time*, stok pengaman dan perkembangan pola kunjungan.

Adapun langkah-langkah perhitungan dengan analisis konsumsi adalah:

1. Hitung pemakaian rata-rata obat X perbulan pada tahun sebelumnya (a)
2. Hitung pemakaian obat X pada tahun sebelumnya (b)
3. Hitung stok pengaman, pada umumnya stok pengaman berkisar 10-20% dari pemakaian obat X dalam satu bulan (c)
4. Menghitung kebutuhan obat X pada waktu tunggu (*lead time*), pada umumnya *lead time* berkisar antara 3-6 bulan (d)
5. Kebutuhan obat X tahun sebelumnya adalah= $b + c + d$ (e)
6. Rencana pengedaan obat X tahun selanjutnya adalah hasil perhitungan kebutuhan obat X tahun sebelumnya (e) – sisa stok.

2.3.2 Analisis Morbiditas

Analisis morbiditas adalah perhitungan kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit, perkiraan kenaikan kunjungan *lead time*. Langkah-langkah dalam analisis ini adalah:

1. Menentukan jumlah penduduk yang akan dilayani
2. Menentukan jumlah kunjungan kasus berdasarkan jenis penyakit
3. Menyediakan standar pedoman pengobatan yang digunakan
4. Menghitung perkiraan kebutuhan obat
5. Penyesuaian dengan alokasi dana yang tersedia.

Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan dengan menggunakan analisis morbiditas yaitu:

- a. Perkiraan jumlah populasi
- b. Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur penyakit.
- c. Frekuensi kejadian masing-masing penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
- d. Menghitung perkiraan jumlah obat X jenis obat untuk setiap diagnosa, yang dibandingkan dengan standar pengobatan.
- e. Menggunakan pedoman pengobatan yang ada untuk menghitung jenis, jumlah, dosis, frekuensi, dan lama pemberian obat.
- f. Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur penyakit
- g. Data frekuensi kejadian masing-masing penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
- h. Menghitung perkiraan jumlah obat X jenis obat untuk setiap diagnosa, yang dibandingkan dengan standar pengobatan.
- i. Menggunakan pedoman pengobatan untuk menghitung jenis, jumlah, frekuensi dan lama pemberian obat.

2.3.3 Perbandingan Kelebihan dan Kekurangan antara Analisis Konsumsi dan Analisis Morbiditas

- a. Analisis Konsumsi
 1. Kelebihan analisis konsumsi antara lain:
 - a) Data konsumsi akurat dan merupakan analisis yang paling mudah
 - b) Tidak memerlukan data epidemiologi maupun standar pengobatan
 - c) Bila data konsumsi lengkap, pola preskripsi tidak berubah dan kebutuhan relatif konstan maka kemungkinan kekeurangan atau kelebihan obat sangat kecil.

2. Kekurangan analisis konsumsi antara lain:
 - a) Data konsumsi, data obat dan data jumlah kontak pasien yang dapat diandalkan mungkin sulit diperoleh.
 - b) Tidak dapat dijadikan dasar dalam mengkaji penggunaan obat dan perbaikan preskripsi.
 - c) Tidak dapat diandalkan jika terjadi kekurangan stok obat lebih dari 3 bulan, obat yang berlebih atau adanya kehilangan.
 - d) Tidak memerlukan pencatatan data morbiditas yang baik.

b. Analisis Morbiditas

1. Kelebihan analisis morbiditas antara lain:
 - a) Perkiraan keutuhan yang mendekati kebenaran
 - b) Dapat digunakan pada program-program baru
 - c) Standar pengobatan dapat mendukung usaha memperbaiki pola penggunaan obat.
2. Kekurangan analisis morbiditas antara lain:
 - a) Membutuhkan waktu dan tenaga yang terampil
 - b) Data penyakit sulit diperoleh secara pasti dan kemungkinan terdapat penyakit yang tidak termasuk dalam daftar tidak melapor
 - c) Memerlukan sistem pencatatan dan pelaporan
 - d) Pola penyakit dan pola preskripsi tidak selalu sama
 - e) Dapat terjadi kekurangan obat karena ada wabah atau kebutuhan insidental tidak terpenuhi
 - f) Variasi obat terlalu luas.

2.4 Pengendalian Persediaan

Dalam pengendalian persediaan perbekalan obat-obatan Farmasi terdapat beberapa analisis yang dapat digunakan antara lain:

2.4.1 Analisis ABC

Pada umumnya persediaan terdiri dari berbagai jenis barang yang sangat banyak jumlahnya. Berbagai jenis barang yang ada dalam persediaan tersebut tidak seluruhnya memiliki tingkat prioritas yang sama. Sehingga untuk mengetahui jenis-jenis barang mana saja yang perlu mendapat prioritas, dapat menggunakan analisis ABC. Analisis ABC ini dapat mengklasifikasikan seluruh jenis barang berdasarkan tingkat kepentingannya. Menurut Calboun & Campbell (1985), kelompok A meliputi 60% sampai 70% dari nilai persediaan yang ada yang, meliputi 15 % dari item barang. Kelompok B meliputi 15 % sampai 30% dari nilai persediaan total yang terdiri dari 10% sampai 15% jumlah persediaan. Sedangkan kelompok C meliputi 70% sampai 75% jumlah persediaan. Menurut Elsayed dan Boucher (1958), kelompok A terdiri dari 70% sampai 10% dari jumlah barang dengan nilai investasi 60% kelompok B meliputi 10% sampai 20% jumlah barang dan mempunyai nilai investasi sebesar 24%. Sedangkan kelompok C terdiri dari 80% jumlah persediaan tetapi hanya bernilai sekitar 16% dari nilai persediaan. (Awaloedin, 2001)

Dalam buku *Managing Drug Supply, The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceutical*, (Awaloedin: 2001) proses analisis ABC dilakukan dengan delapan langkah sebagai berikut:

Langkah 1: daftar semua item yang dibeli atau yang dipakai dan masukkan harga satuan terkecil. Harga adalah untuk satu unit terkecil dari satu item

Langkah 2: masukkan kuantitas pemakaian jumlah unit terkecil yang dipakai atau dibeli selama periode penilaian.

Langkah 3: Kalkulasi nilai yang dipakai, kalikan harga satuan dengan jumlah unit yang digunakan atau dibeli untuk mendapatkan nilai total dari setiap item.

Langkah 4: Kalkulasi persentase nilai total dari setiap item, bagi nilai setiap item dengan nilai total seluruh item.

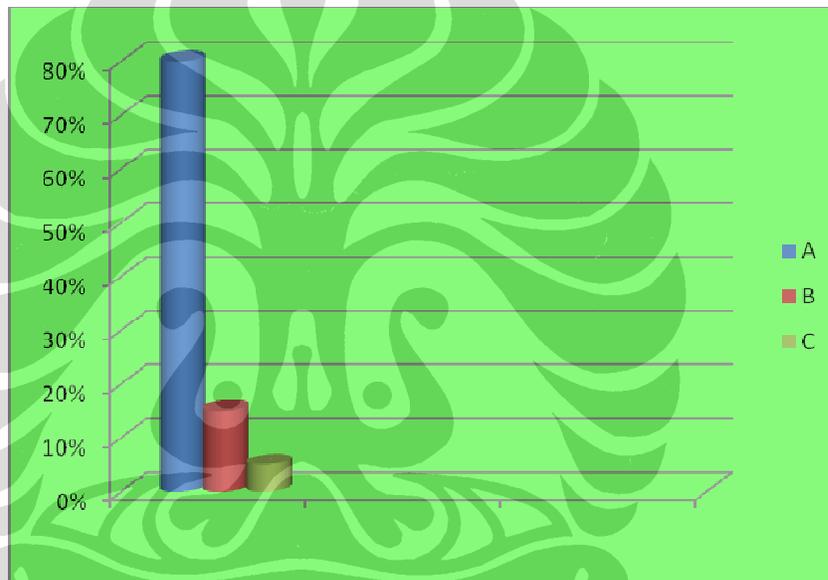
Langkah 5 : Susun kembali daftar, susun item-item dalam susunan descending, mulai dari atas dengan nilai tertinggi.

Langkah 6 : Kalkulasi persentase dari nilai total kumulatif untuk setiap item, mulai dengan item pertama diatas, tambahkan perentase pada langkah 4 diatas.

Langkah 7 : beri pembatasan untuk obat-obat A, B dan C secara umum, item-item yang termasuk kategori A adalah pemakaian tahunan terbesar, dengan 10%-20% dari item biasanya mewakili 70%-80% dana yang dikeluarkan. Kategori B mewakili 10%-20% dari yang menggunakan 15%-20% dana. Kategori C adalah 60%-80% dari item-item tetapi hanya 5%-10% dari nilai konsumsi tahunan.

Langkah 8 : Sajikan hasil dalam bentuk grafik, tempatkan persentase nilai total kumulatif (kolom 7) pada sumbu vertikal atau sumbu y dan nomor item (kolom 1) pada sumbu horizontal atau sumbu x

Gambar 2.2 Komposisi Pengelompokan Jenis Barang Menurut Analisis ABC



Menurut Starr (1989), dalam production and Operation Management, Heizer and Render (1991) dalam Awaloedin (2001), dalam gambar diatas bahwa kelompok barang A adalah kelompok barang yang mempunyai investasi yang tinggi. Jenis barang tersebut mungkin 20% s.d. 30% dari investasi persediaan secara keseluruhan. Kelompok barang B adalah barang-barang persediaan dengan investasi tahunan yang sedang. Jenis barang ini mencakup sekitar 25% dari jumlah persediaan, dan mempunyai nilai investasi sekitar 15% s.d. 20% dari total nilai barang persediaan. Sisanya adalah kelompok C, yaitu kelompok barang yang mempunyai nilai investasi yang rendah, yang memiliki nilai hanya sekitar 5% s.d. 10% dari total investasi tahunan, tetapi meliputi sekitar 50% dari total barang persediaan.

Menurut Calhoun dan Campbel (1985) dalam Awaloedin (2001) sistem persediaan ABC tradisional memisahkan jenis persediaan kedalam beberapa macam kategori, supaya mengetahui jenis mana yang harus diawasi secara ketat. Kriteria untuk kategorisasi tersebut menurut sejarahnya adalah ukuran yang merupakan kombinasi antara biaya dan jumlah jenis yang dipakai.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Kelompok ABC

Kelompok	Heizer & Reinder		Martin K. Star	
	Investasi (%)	Jumlah Item (%)	Investasi (%)	Jumlah Item (%)
A	70-80	15	70-80	20-30
B	20-25	30	15-20	25
C	5	55	5-10	50

Dari pendapat Starr (1989), dalam Heizer & Reinder (1996), dan Calhoun & Campbel (1985), pada prinsipnya bahwa analisis ABC merupakan analisa pengelompokan berdasarkan kriteria investasi dan jumlah pemakaian. Penentuan presentasi untuk masing-masing kategori mempunyai kesamaan dalam sistem control. Yaitu bahwa kategori A memerlukan perhatian yang ketat, kategori B tidak terlalu ketat, sedangkan untuk kelompok kategori C dapat diawasi dengan sangat longgar dibandingkan dengan 2 kategori lainnya. Pendapat dari Calhoun dan Campbel (1985) lebih tepat diterapkan dirumah sakit, oleh karena karakter rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan berbeda dengan perusahaan yang memproduksi barang. Kualitas pelayanan kesehatan antara lain ditentukan atas tersedianya barang-barang tertentu yang meskipun nilainya rendah tapi mempunyai kriteria yang tinggi dalam pengobatan pasien. Sehingga pendapat para pemakai menjadi salah satu acuan yang bermakna.

Item persediaan dikelompok A mempunyai bobot paling kritis. Akibatnya level persediaannya harus dipantau secara ketat. Item ini biasanya merupakan 70% dari nilai bisnis perusahaan, meskipun jumlahnya hanya 10% dari seluruh item. Namun sejumlah kecil item tersebut sangatlah penting bagi perusahaan. Kelompok B cukup penting bagi perusahaan, namun tidak begitu kritis seperti Kelompok A. Oleh karena itu seluruh item dalam kelompok ini tidak perlu

dipantau secara terus menerus. Biasanya kelompok B mewakili 20% dari nilai bisnis perusahaan. Jumlahnya pun 20% dari jumlah item persediaan.

Menurut Bowersox (1996) penggunaan model persediaan kuantitatif pada kelompok B hanya untuk sebagian item saja. Biaya penerapan dan penggunaan teknik pengendalian persediaan yang lebih baik. Biasanya kurang dari setengah item di kelompok B yang secara ketat dikontrol melalui penggunaan teknik pengendalian persediaan kuantitatif. Kelompok C tidak begitu penting bagi operasi suatu organisasi. Ia mewakili hanya 10% dari nilai bisnis perusahaan meskipun jumlahnya 70% dari seluruh item persediaan. Kelompok C merupakan item yang tidak mahal. Kelompok ini tidak perlu dikontrol dengan menggunakan teknik persediaan kuantitatif karena biaya penggunaan dan penerapan teknik ini lebih tinggi dibandingkan dengan nilai item dalam kelompok C. Dalam rumah sakit analisis ABC tidak dapat dilaksanakan secara memadai. Barang yang termasuk dalam kategori C oleh karena biaya dan pemakaian yang rendah, sebenarnya sebagian mungkin merupakan barang yang sangat dibutuhkan dalam penanganan pasien suatu barang yang sulit didapat, sehingga tidak boleh kehabisan dalam persediaan.

Menurut Heizer and Reinder (1991) dalam (Karman 1997) hasil analisis ABC harus diikuti kebijaksanaan dalam manajemen persediaan antara lain:

1. Perencanaan kelompok A harus mendapat perhatian lebih besar dari pada item yang lain.
2. Kelompok A harus dilakukan control fisik yang lebih ketat dibandingkan kelompok B dan C, pencatatan harus lebih kurat serta frekuensi pemeriksaan lebih sering.
3. Pemasok juga harus lebih memperhatikan kelompok A agar jangan terjadi keterlambatan pengiriman.
4. *Cycle counting*, merupakan verifikasi melalui internal audit terhadap record yang ada, dilaksanakan lebih sering untuk kelompok A yaitu 1 bulan 1 kali untuk kelompok B tiap 4 bulan sedangkan kelompok C tiap 6 bulan.

2.4.2 Analisis ABC Indeks Kritis

Dalam penerapan Analisis ABC di rumah sakit diperlukan metode pendukung lainnya, karena diketahui bahwa kebutuhan obat-obatan dirumah sakit sangat beragam, kadang-kadang walaupun nilai investasinya rendah tetapi sangat vital dalam pelayanan kepada pasien. Metode yang bisa melihat kritisnya obat-obatan tersebut adalah Indeks kritis ABC yang dikembangkan oleh Rumah Sakit Universitas Michigan.

Analisis ABC Indeks kritis mencakup karakteristik persediaan yaitu volume (banyaknya barang), biaya investasi dan kritisnya terhadap pelayanan pasien, di dalam suatu nomor indeks. Nomor indeks digunakan untuk menetapkan persediaan dengan kategori ABC, sehingga proses monitoring dan control dapat lebih terjamin. Dalam pengindeksan ini melibatkan bagian atau pemakainya.

2.4.2.1 Pengembangan Komponen Kritis

Obat-obatan atau alat kesehatan yang dipakai di rumah sakit dibuat daftarnya, kemudahan pemakainya atau yang berwenang diberikan daftar obat tersebut dan kemudian diminta memilih obat-obatan berdasarkan kriteria berikut:

- Kelompok X : item barang tidak bisa diganti. Kekosongan atau kehabisan barang tidak bisa ditoleransi dalam proses pelayanan pasien
- Kelompok Y : item barang ini dapat diganti dengan item yang ada di rumah sakit waktu itu walaupun tidak sama dengan yang diinginkan dan kekosongan kurang dari 48 jam masih dapat ditoleransi.
- Kelompok Z : grup ini dapat diganti dan kekosongannya lebih dari 48 jam masih dapat ditoleransi.
- Kelompok O : bila barang tidak dikenal oleh pemakai

Setiap kelompok diberikan bobot ($X=3$, $Y=2$, dan $Z=1$), dan berdasarkan kriteria klasifikasi tadi, maka setiap barang dirubah menjadi nilai bobot. Untuk mendapatkan nilai kritisnya semua bobot yang diberikan pemakai dijumlahkan dan dibagi menurut jumlah yang mengisi (dengan catatan kalau memberi bobot 0 tidak dimasukkan dalam perhitungan). (Awaloedin, 2001)

Tabel 2.2 Proses Mendapatkan Nilai Rata-Rata Indeks Kritis

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4
Perawat A	X=3	Z=2	Z=1	Y=2
Perawat B	X=3	Z=2	Y=2	X=3
Perawat C	Y=2	Y=1	Z=1	Y=2
Perawat D	X=3	Y=1	Z=1	Y=2
Perawat E	Y=2	Y=1	Y=2	Y=2
Total Nilai	13	5	7	11
Nilai kritis	2.6	1	1.4	2.2

Sumber Calhoun and Campbel, (Handbook of Helath Care Management 1985)

Dalam Awaloedin (2001)

2.4.2.2 Gabungan Nilai Kritis, Nilai Investasi dan nilai Pemakaian

Untuk Mendapatkan nilai Indeks Kritis ABC, maka ketiga nilai tadi (nilai kritis, nilai invesasi, nilai pemakaian) digabungkan. Dari nilai masing-masing diatas dikelompokkan ,menjadi 3 yaitu kelompok A diberi bobot 3, B diberi bobot 2 dan C diberi bobot 1. Rumus gabungan ketiga nilai diatas adalah sebagai berikut.

$$\text{Indeks Kritis} = 2W1 + W2 + W3$$

Dimana: W1 = nilai kritis, pembobotannya 2

W2 = nilai Investasi, pembobotannya 1

W3 = nilai Pemakaian, pembobotannya 1

Hasil dari pengelompokkan ini adalah:

- 1) Kelompok A, nilai indeks : 9.5 – 12
- 2) Kelompok B, nilai indeks : 6.5 – 9.4
- 3) Kelompok C, nilai indeks : 4 – 6.4

2.4.2.3 Keuntungan Analisis ABC Indeks Kritis

Pengendalian persediaan dengan metode ABC yang mencerminkan kritisnya mempunyai keuntungan sebagai berikut:

1. Proses dalam merangking persediaan melibatkan berbagai macam pemakai. Orang-orang yang mempunyai kemampuan diberi kesempatan

untuk menyumbangkan pengetahuannya sehingga dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien.

2. Sistem ini memudahkan untuk menilai kinerja dari petugas administrasi dan kepala bidang materi. Sekali standar telah ditetapkan dalam pengendalian untuk masing-masing kategori, tujuan bisa ditetapkan.
3. Bila rumah sakit sudah menggunakan indeks kritis maka penyesuaian bisa dilakukan secara periodik.
4. Dengan menggunakan sistem indeks kritis ABC, maka pelayanan kepada pasien akan lebih baik.

2.4.2.4 Kerugian Analisis ABC Indeks Kritis

Kerugian dari sistem ini adalah dibutuhkan waktu yang cukup lama dan kemungkinan terjadinya bias dalam meminta pendapat dari para pemakai. Meninjau kembali item yang begitu banyak memerlukan tenaga khusus.

2.4.3 Model EOQ (*Economic Order Quantity*) dan ROP (*Reorder Point*)

Menurut Calhoun and Campbell (1985) dalam Binhot (2003) dalam mengontrol persediaan, diperlukan manajemen dan teknik control yang berbeda untuk setiap kelompok. Biasanya kelompok A dikendalikan dengan model manajemen control seperti *Economic Order Quantity* (EOQ) dan *Reorder Point* (ROP) dengan menentukan kemungkinan dari perhitungan permintaan persediaan. Untuk kelompok B dapat digunakan model EOQ, tapi untuk ROP biasanya sudah diperkirakan. Sedangkan untuk kelompok C dikendalikan dengan standarisasi persediaan dan mengacu kepada EOQ dan ROP yang telah direncanakan pihak manajemen rumah sakit.

Pada Metode EOQ menggunakan asumsi-asumsi sebagai berikut:

1. Kecepatan permintaan tetap dan terus menerus.
2. Waktu antara pemesanan sampai dengan pesanan datang (*lead time*) harus tetap.
3. Tidak pernah ada kejadian persediaan habis atau *stock out*.
4. Material dipesan dalam paket atau lot dan pesanan datang pada waktu yang bersamaan dan tetap dalam bentuk paket.

5. Harga per unit tetap dan tidak ada pengurangan harga walaupun pembelian dalam jumlah volume yang besar.
6. Besar *carrying cost* tergantung secara garis lurus dengan rata-rata jumlah persediaan.
7. Besar *ordering cost* atau *set up cost* tetap untuk setiap lot yang dipesan dan tidak tergantung pada jumlah item pada setiap lot.
8. Item adalah produk satu macam dan tidak ada hubungan dengan produk lain.

Berikut terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum menghitung EOQ, antara lain:

D: Besar laju permintaan (*demand rate*) dalam unit per tahun.

S: Biaya setiap kali pemesanan (*ordering cost*) dalam rupiah per pesanan

C: Biaya per unit dalam rupiah per unit

H: Biaya pengelolaan (*carrying cost*) adalah persentase terhadap nilai persediaan per tahun.

Q: Ukuran paket pesanan (*lot size*) dalam unit

TC: Biaya total persediaan dalam rupiah per tahun.

Biaya pemesanan per tahun (*Ordering cost*):

$$OC = S (D/Q)$$

Biaya pengelolaan persediaan per tahun (*Carrying cost*)

$$CC = H (Q/2)$$

Maka, total biaya persediaan:

$$TC = S (D/Q) + H (Q/2)$$

$$Q = \sqrt{(2SD)/H}$$

Selanjutnya adalah mengenai pengendalian persediaan dengan menggunakan model ROP digunakan sebagai penentu titik pemesanan kembali berdasarkan jumlah persediaan akhir atau sisa barang yang ada digudang. ROP terjadi apabila jumlah persediaan yang terdapat didalam stok selalu berkurang, sehingga kita harus menentukan berapa banyak batas minimal tingkat persediaan

yang harus dipertimbangkan sehingga tidak terjadi kekurangan persediaan. ROP ini sangat bergantung kepada *Lead Time* dari pemesanan.

Rumus perhitungan ROP adalah sebagai berikut:

$$\text{ROP} = d \times L + ss$$

(Herjanto,1997:242) dalam (Rodiawati, 2008)

Keterangan:

d = Jumlah pemakaian rata-rata perhari dalam 1 tahun

L = *Lead Time*

ss = *Safety Stock* (Stok pengaman)

Jumlah pemakaian perhari dapat diketahui dari jumlah pemakaian pertahun dibagi dengan jumlah hari dalam satu tahun, *Lead Time* adalah jarak waktu antara pemesanan dan barang datang. Sedangkan *Safety stock* adalah stok pengaman yang didapatkan 10% dari jumlah pemakaian rata-rata per hari.

BAB III

GAMBARAN UMUM

3.1 Gambaran Umum RSUD Pasar Rebo Jakarta

Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo di Jl. Letjen TB Simatupang No.30, Condet, Pasar Rebo, Jakarta Timur Telepon 8400109; 8401127 Fax: 8411159

3.1.1 Sarana, Prasarana dan Fasilitas RSUD Pasar Rebo

Luas Tanah	: 13.000 m ²
Luas Bangunan	: 18.000 m ²
Luas Lahan Parkir	: 4000 m ²
Daya Listrik	: 1.200 kva
Generator	: 750 kva
Mesin Boiler (steam)	: 2 tungku
Pengolahan Limbah	: IPAL & Insenerator
Sumber Air	: PAM & Sumur Dalam
Sarana Kaomunikasi	: Telp Central dengan ± 100 pswt, 20 line telp sistem hunting.

3.1.2 Karyawan

a. Berdasarkan Jenis Ketengaan

PNS	:	224
Pegawai Tetap Non PNS	:	491
Kontrak	:	30
THL	:	6
Paruh Waktu	:	2
Total	:	754

Tabel 3.1 Jumlah Karyawan Berdasarkan Status Ketenagaan

No	Status Ketenagaan	Jenis Ketenagaan	Jumlah
1.	Medik	PNS	58
		NON PNS	16
		Kontrak	2
		Paruh Waktu	2
		Percobaan	0
Total			78

No	Status Ketenagaan	Jenis Ketenagaan	Jumlah
2.	Non Medik	PNS	48
		Non PNS	196
		Kontrak	7
		THL	6
Total			257

No	Status Ketenagaan	Jenis Ketenagaan	Jumlah
3.	Paramedis dan Non Perawatan	PNS	16
		Non PNS	64
		Kontrak	2
		THL	0
Total			82

No	Status Ketenagaan	Jenis Ketenagaan	Jumlah
4.	Paramedis Perawatan	PNS	102
		Non PNS	215
		Kontrak	19
		THL	0
Total			336

Sumber: Sub Bag Kepegawaian Mei 2009

3.1.3 Fasilitas Pelayanan

1. Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan Gawat Darurat merupakan pelayanan 24 jam yang tersedia di RSUD Pasar Rebo. IGD menyediakan 18 tempat tidur

menggunakan *Billing System* yang terintegrasi untuk pembayarannya. IGD dilayani oleh dokter Jaga dan perawat dengan berbagai kualifikasi kedaruratan adan doker spesilis konsulen. Adapun fasilitas pelayanan Gawat Darurat dilengkapi dengan apotek 24 jam, Laboratorium, Radiologi, Bank Darah dan Ambulan.

2. Instalasi Rawat Jalan

Intalasi rawat jalan RSUD Pasar Rebo terbagi kedalam 2 pelayanan yaitu 20 poliklinik spesialis pagi dan 16 poliklinik spesialis sore.

3. Instalasi Rawat Inap

Jumlah tempat tidur rawata inap RSUD Pasar Rebo dapt dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2 Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap

Kelas	TT
CVCU	4
High care	2
ICU	3
Isolasi kelas 1	1
Isolasi kelas 2	5
Kelas 1	44
Kelas 2	58
Kelas 3	97
Kelas 3a	40
Kelas vip	2
Kelas vvip	1
Perinatologi	18
TOTAL	274

Sumber: Sub Bag Diklat Juni 2009

4. Instalasi Bedah Sentral

Instalasi Bedah Sentral merupakan ruang operasi yang dilengkapi dengan perlengkapan canggih. Di instalasi ini memiliki kapasitas 5 kamar operasi dan melayani: Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Bedah urologi, Bedah Mata, Bedah Kebidanan, Bedah Mulu, Bedah THT dan Bedah Saraf.

5. Instalasi Kamar Bersalin

Pada Instalasi Kamar Bersalin mempunyai kapasitas 8 tempat tidur. Tarif ditetapkan berdasarkan tarif Perda. Memberikan pelayanan yang dapat membantu persalinan normal dan persalinan dengan penyulit.

6. Instalasi Radiologi

Pelayanan Radiologi mempunyai kemampuan pemeriksaan radio diagnostik tanpa kontras dan pemeriksaan dengan kontras.

7. Instalasi Patologi Klinik

Mempunyai kemampuan pemeriksaan Kim Klinik, Hematologi, Imunologi, serta pemeriksaan lainnya.

Pelayanan patologi Klinik, antara lain:

- a. Patologi Klinik
- b. Patologi anatomi
- c. Bank Darah

8. Instalasi Intensif Care Unit (ICU)

Pelayanan ICU mempunyai kapasitas 4 tempat tidur

9. Instalasi Perawatan Cardio Vaskuler Cardiac Unit (CVCU)

Pelayanan CVCU mempunyai kapasitas 2 tempat tidur

10. Instalasi Gizi

Pelayanan penunjang gizi mempunyai kemampuan pelayanan untuk pasien (menu biasa dan menu diet) serta untuk karyawan shift sore, shift malam dan petugas jaga. Pelayanan gizi bertanggung jawab dalam pengelolaan kebutuhan perbekalan gizi rumah sakit, meliputi belanja makanan pasien, makanan pegawai, alat dapur, belanja kemasan (tempat makan) dan belanja gas elpiji.

11. Instalasi Penunjang Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)

Pelayanan penunjang IPSRS bertanggung jawab mengelola kebutuhan belanja pemeliharaan sarana rumah sakit meliputi: belanja pemeliharaan alat kesehatan, belanja pemeliharaan alat kantor, belanja pemeliharaan gedung, belanja pemeliharaan Boiler, Genset dan alat berat lainnya, belanja sanitasi (K3L) dan *House Keeping*.

12. Instalasi Farmasi

Pelayanan Penunjang Farmasi memberikan pelayanan resep 24 jam, mengelola kebutuhan belanja perbkalan farmasi rumah sakit meliputi belanja alat kesehatan, obat-obatan, alat beban, bahan laboratorium dan belanja CSSD dan Linen. Outlet farmasi tersebar disetiap lantai pelayanan rawat jalan sehingga mudah untuk dicapai. Untuk pasien rawat inap Instalasi Farmasi menetapkan sistem distribusi *Unit Dose* untuk ruag VVIP, VIP kelas 1, 2 dan 3 serta *Konseling* terhadap obat yang diberikan oleh farmasi.

13. Instalasi Kamar Jenazah

Mempunyai kemampuan untuk melakukan penyimpanan dan pemulsaran jenazah.

14. Instalasi Pendidikan dan Penelitian (Diklat)

Mempunyai kemampuan menyelenggarakan:

- a. Pelatihan untuk karyawan (*in house* atau *outside training*)
- b. Pendidikan formal untuk karyawan bekerjasama dengan institusi pendidikan lain.
- c. Pelatihan untuk pihak luar RSUD Pasar Rebo (*in house* atau *out side training*).
- d. Pendidikan formal untuk pihak luar RSUD Pasar Rebo dalam bentuk kerjasama
- e. RSUD Pasar Rebo sebagai tempat pendidikan mahasiswa D3, S1 dan S2.
- f. Pelaksanaan studi banding atau kunjungan kerja dari pihak luar RSUD Pasar Rebo dari RS Pemerintah & Swasta, Institusi Pendidikan.

15. Sistem Informasi Manajemen (SIM)

SIM adalah salah satu sumber daya organisasi yang didukung oleh Sistem Teknologi Informasi dan DM yang bisa menyediakan informasi secara akurat dan tepat waktu guna memenuhi kebutuhan Direktur dan jajaran Manajemen dalam organisasi & pengambilan keputusan di rumah

sakit. SIM juga merupakan suatu metoda formal yang diperlukan dalam pelaksanaan fungsi operasional secara efektif

3.2 Sejarah Perkembangan RSUD Pasar Rebo

Dalam perkembangan RSUD Pasar Rebo mengalami beberapa transformasi sebelum akhirnya menjadi Rumah Sakit yang mengalami Perubahan Bentuk Badan Hukum seperti sekarang ini. Berikut ini adalah bentuk transformasi yang dialami oleh RSUD Pasar Rebo dari cikal bakal rumah sakit sejak tahun 1945 sampai dengan tahun 2007.

1. Transformasi I (1957 - 1958)
 - a. Mulai disebut sebagai RS Rakyat mula-mula tahun 1945, hanya berupa POS P3K PMI di Jl. Bidara Cina (sekarang jl. Otto Iskandar Dinata)
 - b. Dari cawang pindah ke lokasi sekarang : Kecamatan Pasar Rebo. Mulai dikenal Rumah Sakit Pasar Rebo merawat berbagai penyakit seperti patek, malaria, cholera, eltor, cacar, dan TBC Paru
2. Transformasi II (1964)
 - a. Mulai dikhususkan untuk merawat pasien TBC Paru, karena RSCM tidak lagi merawat pasien TBC paru
 - b. Sejak itu mulai dikenal sebagai RSTP (Rmah Sakit Tuberkolosa Paru)
3. Transformasi III (1987)
 - a. Berubah menjadi RSU kelas C, peningkatan kelas ditetapkan dengan SAK Menkes No. 303 tahun 1987
 - b. Sejak itu mulai dikenal sebagai RSUD Pasar Rebo
 - c. Tenaga dokter spesialis mulai bertambah Paru, Bedah, Anestesi, Kebidanan, Anakm Gigi, Penyakit Dalam, Mata, Kulit, Bedah Mulut, THT (1987)-1992)
 - d. Kedudukan RSUD Pasar Rebo sebagai UPT Dinkes DKI Jakarta ditetapkan dengan SK Gubernur KDKI Jakarta tahun 1989
 - e. Tahun 1990 mulai mempunyai anggaran rutin sendiri yang terpisah dari anggaran rutin Dinas Kesehatan DKI Jakarta

4. Transformasi IV 1992-1994
 - a. Berubah menjadi ujicoba RSUD Unit Swadana Daerah dengan SK Gub. DKI Jakarta Mo.944 dan 945 tahun 1992
 - b. Ujicoba RSUD Swadana Daerah yang pertama di Indonesia
 - c. Dengan keputusan Gubernur RSUD Pasar Rebo dibangun gedung baru di lokasi yang sama, proyek multiyer
 - d. Luas bangunan bertambah dari 4.600m² menjadi 18.000 m²
 - e. Semula hanya berlantai 2 berubah menjadi gedung 8 lantai
5. Transformasi V (1996-1997-1998)
 - a. Resmi ditetapkan sebagai Unit Swadana Daerah dengan PERDA DKI Jakarta Nomor 2 tahun 1996, 12 Juni 1996 Blok 8 lantai selesai, dalam seminggu seluruh kegiatan RS dipindahkan ke gedung baru.
 - b. Seluruh bangunan selesai dan berfungsi penuh
 - c. Ditetapkan sebagai RSU Tipe B dengan PERDA DKI Jakarta nomor 4 Tahun 1998
 - d. Lulus akreditasi penuh 3 tahun
 - e. Tenaga dokter spesialis bertambah: Orthopedi, Syaraf, urologi, Psikiatri
6. Transformasi VI (1999-2003)
 - a. Kemungkinan sedang dianalisa perubahan status badan hukum yang sesuai dengan kebutuhan organisasi saat ini dan kedepan
 - b. Sedang dirancang untuk menguji ISO 9001, standar pelayanan Rumah Sakit
7. Transformasi VII (2004)
 - a. Telah ditetapkan Peraturan Daerah (PERDA) Pendirian PT Rumah Sakit Pasar Rebo Perda No. 15 tahun 2004 tanggal 10 Agustus 2004
 - b. Telah ditetapkan Komisaris dan Direksi untuk PT Rumah Sakit oleh Gubernur DKI Jakarta, tanggal 17 September 2004
8. Transformasi VIII (2005-2006)
 - a. 1 Januari 2005 Mulai operasi dengan Badan Hukum Perseroan, dengan akte pendirian 78

- b. 16 Agustus 2006 Perda No 15 dicabut, dan RS Pasar Rebo disiapkan untuk menjadi UPT BLUD dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
9. Transformasi IX (2007)
- 1 Januari 2007 mulai operasional sebagai UPT BLUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

3.3 Moto, Visi, Misi, Tugas dan Fungsi, Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu dan Strategi Mutu RSUD Pasar Rebo

a. Motto

RSUD Pasar Rebo sebagai perusahaan jasa yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan harus memiliki pedoman tertulis yang dapat dipahami oleh segenap kalangan mana jemen rumah sakit serta karyawan dalam bertindak mempunyai tujuan. Adapun motto RSUD Pasar Rebo adalah “Kami Peduli Kesehatan Anda”.

b. Visi

Visi merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit di masa yang akan datang. Visi yang efektif adalah visi yang dapat memunculkan inspirasi dimana hal itu dihubungkan dengan keinginan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik. Visi RSUD Pasar Rebo adalah “*Menjadi Rumah Sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat*”.

c. Misi

Misi adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Ketetapan misi rumah sakit sangat penting karena merupakan acuan kerja rumah sakit. Adapun misi RSUD Pasar Rebo adalah “*Melayani semua lapisan masyarakat, yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau*”. Misi ini menggambarkan bahwa RSUD Pasar Rebo melayani semua kebutuhan pasien dengan harga yang terjangkau untuk semua lapisan masyarakat disertai kualitas pelayanan yang baik.

d. Tugas dan fungsi (Pergub DKI Jakarta No. 77 tahun 2006)

RSUD Pasar Rebo mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan promosi kesehatan (promotif) serta upaya rujukan (pasal 4 ayat 1)

e. Kebijakan Mutu Rumah Sakit

Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu oleh SDM profesional dan Meningkatkan pelayanan secara bertahap yang didukung oleh sistem manajemen mutu bagi seluruh lapisan masyarakat.

f. Sasaran Mutu

1. Meningkatkan jumlah kunjungan dengan target 5 % dari tahun 2008.
2. Meningkatkan kepuasan pelanggan dengan target 3 (dari skala 4).
3. Meningkatkan pendapatan RS dengan target 20% dari tahun 2008.

g. Strategi Mutu

1. Optimalisasi Fasilitas.
2. Pengembangan Model Produk .
3. Pengembangan Sarana dan Prasarana menuju pelayanan tersier (Bedah Thorax, endokrinologi, Bedah Plastik & Kosmetik).
4. Menyiapkan & mengembangkan SDM menuju pelayanan tertier tahun 2011.

3.4 Tujuan dan Arah Pengembangan RSUD Pasar Rebo

a. Tujuan RSUD Pasar Rebo

1. Mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau serta dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah pada masyarakat yang membutuhkan.
2. Mampu menghasilkan SDM yang memiliki kemampuan profesional dan atau akademik serta menjunjung tinggi etika profesi yang mampu menerapkan, mengembangkan iptek dan kesehatan.

b. Arah Pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo

Berdasarkan Visi, Misi dan tujuan tersebut maka arah pengembangan RSUD Pasar Rebo adalah:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan melalui indikator peningkatan angka kepuasan pelanggan.
- b. Mengembangkan dan memperluas pelayanan dengan melengkapi peralatan medik dan penunjang.
- c. Pengembangan SDM berdasarkan kompetensi yang mencakup pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja yang sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- d. Melaksanakan *Hospital By Laws*, dengan penetapan standar etika profesi di rumah sakit.

3.5 Kinerja Pelayanan

a. Gawat Darurat

Tujuan pelayanan Gawat Darurat sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 983/Menkes/SK/XI/1992 sebagai berikut:

1. Mencegah kematian dan cacat pada pendrita darurat sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali di dalam masyarakat sebagaimana mestinya.
2. Merujuk penderita gawat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan lebih memadai
3. Menanggulangi korban bencana

Kinerja Operasional gawat Darurat:

Tabel 3.3 Kunjungan Pasien IGD RSUD Pasar Rebo

Kunjungan	2005	2006	2007
Total	22488	19955	21496

Dari table diatas terjadi penurunan kegiatan pada tahun 2006 dari tahun sebelumnya sebesar 6 % kemudian dari tahun 2007 kunjungan Gawat Darurat kembali meningkat sekitar 4 %. Dari analisa yang dilakukan oleh manajemen hal ini terjadi karena pada tahun 2006

penurunan minat masyarakat terhadap kesehatan dan disertai dengan penurunan kemampuan bayar. Kemudian pada tahun 2007 kunjungan mulai naik dikarenakan Rumah Sakit kembali dipercaya oleh masyarakat dengan perubahan badan hak dari Perseroan Terbatas (PT) menjadi BLUD, masyarakat menganggap rumah sakit tidak mengambil keuntungan (profit) yang besar.

b. Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan Merupakan bagian dari pelayanan medik yang banyak dikunjungi pasien dan merupakan pelayanan terdepan. Citra rumah sakit juga dipertaruhkan disini, sehingga dapat dikatakan maju mundurnya sebuah rumah sakit bergantung pada pelayanan terdapatnya.

Ada 21 klinik yang beroperasi pada jam dinas, yaitu pukul 08.30-14.00 WIB dan sore hari yaitu pada pukul 14.00-18.30 WIB. Pada bulan Mei 2005 telah dilakukan perubahan sistem pola pelayanan untuk rawat jalan dengan memperpanjang jam pelayanan klinik untuk sore hari sampai dengan pukul 22.00 WIB. Pelayanan pendaftaran rawat jalan didukung juga dengan sistem pendaftaran via telepon yang langsung terintegrasi dengan sistem billing rawat jalan.

***Tabel 3.4 Kunjungan Pasien Rawat Jalan Pagi
Berdasarkan Spesialisasi Tahun 2006-2008***

No	Klinik	2006	2007	2008	Trend
1	Kesehatan Anak	25.337	25.690	28.268	4,8%
2	Paru	22.138	27.458	31.017	6,1%
3	Penyakit Dalam	33.730	37.480	38.463	1,3%
4	Kebidanan	14.102	13.623	14.839	4,3%
5	Laktasi	66	81	243	50,0%
6	Senam Hamil	555	468	597	12,1%
7	Bedah	7.715	10.124	10.877	3,6%
8	Mata	12.508	11.698	13.256	6,2%
9	Gigi dan Mulut	11.762	12.507	12.708	0,8%

No	Klinik	2006	2007	2008	Trend
10	THT	11.434	11.986	13.189	4,8%
11	Kulit dan Kelamin	8.759	9.142	9.109	-0,2%
12	Jantung	17.781	20.936	25.688	10,2%
13	Rehabilitasi Medik	7.432	7.721	7.572	-1,0%
14	Gizi	781	913	728	-11,3%
15	Syaraf	8.785	10.207	12.021	8,2%
16	Orthopedi	3.205	3.909	5.178	14,0%
17	Urologi	4.320	4.963	5.422	4,4%
18	Psikiatri	1.155	1.351	1.646	9,8%
19	Klinik Uji Kesehatan	737	845	1.731	34,4%
20	Klinik Karyawan	1.417	1.829	3.835	35,4%
21	Klinik Bedah Saraf	218	259	252	-1,4%
Total		193.937	213.190	236.639	

Poliklinik selain melayani pada pagi hari, juga membuka pelayanan untuk sore hari. Berikut table jumlah kinerja pelayanan klinik sore.

**Tabel 3.5 Kunjungan Pasien Rawat Jalan Sore (PKS)
Berdasarkan Spesialisasi Tahun 2006-2008**

No	Klinik	2006	2007	2008	Trend
1	Anak	13.677	15.042	15.111	0,2%
2	Paru	9.170	11.733	13.202	5,9%
3	Penyakit Dalam	7.653	9.402	8.564	-4,7%
4	Kebidanan	11.517	12.194	12.076	-0,5%
5	Bedah	3.575	3.866	3.651	-2,9%
6	THT	3.104	3.345	3.625	4,0%
7	Gigi dan Mulut	3.980	4.222	4.537	3,6%
8	Rehabilitasi Medik	739	823	757	-4,2%
9	Mata	2.218	2.770	2.956	3,2%
10	Kulit dan Kelamin	1.130	1.532	1.391	-4,8%

No	Klinik	2006	2007	2008	Trend
11	Jantung	4.457	4.532	5.404	8,8%
12	Gizi	42	33	35	2,9%
13	Saraf	2.030	2.331	2.479	3,1%
14	Orthopedi	1.125	981	1.137	7,4%
15	Psikiatri	90	191	116	-24,4%
16	Urologi	306	257	244	-2,6%
Total		64.831	73.254	75.285	

Tabel berikut merupakan gambaran perbandingan dari jumlah pasien klinik pagi, klinik siang dan IGD.

Tabel 3.6 Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Pelayanan	2004	2005	2006	2007	2008
Rawat Jalan Pagi	198.904	180.100	193.937	213.190	236.639
Rawat Jalan Sore	69.517	60.060	64.831	73.254	63.127
IGD	28.453	22.488	19.955	21.496	28.054

c. Rawat Inap

Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Klasifikasi Perawatan ditetapkan berdasarkan fasilitas pelayanan yang disediakan rumah sakit, yaitu, kelas VVIP, Kelas VIP, Kelas 1, Kelas II, Kelas III dan Kelas IIIA.

Berikut ini memeperlihatkan jumlah kunjungan Rawat Inap selama 3 tahun yaitu dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2007.

Tabel 3.7 Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan

No.	Keterangan	2005	2006	2007	2008
1	Kelas III	8729	8538	9295	7189
2	Kelas IIIA	-	936	2824	3032
3	Kelas II	5893	5707	4259	4079
4	Kelas I	2612	3011	3109	3259
5	VIP	127	138	134	134

No.	Keterangan	2005	2006	2007	2008
6	VVIP	67	80	83	72
7	ICU	155	172	207	216
8	CVCU	207	180	199	275
Total		17790	18762	20110	18256

Berikut dapat dilihat Indikator pelayanan rawa inap RSUD Pasar Rebo dari tahun 2005 hingga tahun 2008.

Tabel 3.8 Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Pasar Rebo

Kinerja	2005	2006	2007	2008
BOR	70%	70%	76%	76%
LOS	4 hari	4 hari	4 hari	4,5 hari
TOI	2 hari	2 hari	1 hari	1,5 hari
BTO	61 kali	61 kali	62 kali	61 kali
Hari Rawat	67868	70388	75352	76014
NDR	1%	2%	2%	1%
GDR	3%	3%	3%	3%

d. Instalasi Bedah Sentral (Kamar Operasi)

Pelayanan kamar operasi merupakan salah satu fungsi pelayanan medis di rumah sakit. Instalasi Bedah Sentral (IBS) dikhususkan untuk melaksanakan tindakan operasi elektif (terencana) dan tindakan operasi cito (tidak terencana) yang juga memberikan pelayanan rawat sehari-hari untuk kasus-kasus bedah ringan. Berikut adalah tabel yang dapat memperlihatkan kegiatan di Instalasi Bedah Sentral RSUD Pasar Rebo tahun 2005 sampai dengan Oktober 2008.

Tabel 3.9 Jenis Pembedahan Operasi Elektif & Cito di Instalasi Bedah Sentral

Keterangan	2005	2006	2007	2008
Efektif	2.064	2.326	2.085	2.355
Cito	1.834	1.830	1.980	1.988
Total	3.898	4.156	4.065	4.343

e. Instalasi Kamar Bersalin

Sebagian besar pasien Kamar Bersalin masuk melalui Instalasi Gawat Darurat. Tabel Berikut ini memperlihatkan kegiatan di kamar bersalin tahun 2005 sampai dengan Oktober 2008.

Tabel 3.10 Volume Kegiatan Kamar Bersalin RSUD Pasar Rebo

No	Kegiatan	2005	2006	2007	2008 (Jan-Okt)
1	Persalinan Normal	681	897	817	599
2	Persalinan Penyulit I	205	149	141	152
3	Persalinan Penyulit II	1	0	2	1
4	Persalinan Komplikasi	654	648	838	820
	a. Eklampsia	0	0	1	0
	b. Preeklampsia Berat	143	11	151	117
	c. Preeklampsia Ringan	9	1	4	15
	d. Perdarahan HAP	44	58	54	54
	e. Perdarahan HPP	45	27	33	29
	f. KPD	335	375	469	452
	g. KET	10	20	24	24
	h. Retensio Plasenta	7	12	14	14
	i. Solutio Plasenta	0	0	3	1
	j. Plasenta Letak Rendah (PLR)	1	0	4	17
	k.				
	l. Partus Tak Maju (PTM)	24	23	51	48
	m. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)	20	14	30	25
	n. Placenta Previa Total (PPT)	16	12	-	24
	Total	1.541	1.694	1.798	1.572

f. Instalasi Radiologi

Pelayanan Radiologi merupakan salah satu unit penunjang yang sangat mendukung kegiatan RSUD Pasar Rebo. Berikut adalah tabel pemeriksaan Radiologi tahun 2005 sampai dengan Oktober 2008.

Tabel 3.11 Kunjungan Radiologi RSUD Pasar Rebo

Pemeriksaan	2005	2006	2007		2008	
			Rutin	30467	Rutin	34.053
Non Kontras	31.728	0	Cito	8764	Cito	8.865
Dengan Kontras	1.524	0				
Total	33.252	38.349	39.231		35.950	

g. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

Laboratorium merupakan penunjang yang memiliki kontribusi besar terhadap peningkatan kinerja rumah sakit. Karena prospeknya yang baik, banyak pesaing yang muncul di sekitar RSUD Pasar Rebo dan mulai membidik pasar yang berobat di klinik RSUD Pasar Rebo. Kegiatan Patologi Klinik terdiri dari:

- a. Patologi Klinik
- b. Patologi Anatomi
- c. Bank Darah

Tabel 3.12 Kunjungan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

Laboratorium	2005	2006	2007	2008
Patologi Klinik	694.555	745.479	644.164	673.525
Patologi Anatomi	2.661	3.266	3.624	3.981
Bank Darah	5.390	7.910	8.224	6.070

h. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

Pelayanan ICU mempunyai kapasitas tempat tidur

Tabel 3.13 Kunjungan Instalasi ICU

Kunjungan	Tahun			
	2005	2006	2007	2008 (Jan-Okt)
ICU	155	172	207	183

i. Instalasi Perawatan Cardio Vaskuler Care Unit (CVCU)

Pelayanan CVCU mempunyai kapasitas 2 tempat tidur

Tabel 3.14 Kunjungan Instalasi CVCU

Kunjungan	Tahun			
	2005	2006	2007	2008 (Jan-Okt)
CVCU	207	180	199	223

a. Instalasi Gizi

Gizi ini mempunyai kemampuan pelayanan untuk pasien (menu biasa dan menu diet) serta menu untuk karyawan (petugas jaga dan makan siang seluruh karyawan). Berikut ini kegiatan Gizi tahun 2005 sampai dengan Oktober 2008

Tabel 3.15 Layanan Instalasi Gizi

Jenis Layanan	2005	2006	2007	2008
Jumlah Porsi Makan Pasien	411.558	330.599	375.704	220.191

b. Instalasi Farmasi

Fungsi utama kegiatan Farmasi di rumah sakit adalah menyediakan obat bagi pasien, baik rawat jalan maupun rawat inap. Aspek penting dari fungsi ini adalah upaya menilai efektivitas dan keamanan obat yang diberikan serta interaksinya dengan modulasi pengobatan lainnya. Sistem informasi yang baik akan sangat membantu pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Table berikut memperlihatkan kegiatan di Farmasi tahun 2005 sampa dengan Oktober 2008.

Tabel 3.16 Layanan Instalasi Farmasi

Jenis Layanan	2005	2006	2007	2008
Lembar Resep	365.772	223.808	236.320	358.932

3.6 Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo

Seperti Layaknya sebuah organisasi, Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Memiliki Visi, Misi, dan tujuan sebagai berikut:

1. Visi

Visi dari Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo adalah: *“Menjadi Instalasi Farmasi Terbaik di Lingkungan RSUD DKI Jakarta dengan mengedepankan pelayanan farmasi klinik”*

2. Misi

Misi dari Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo adalah: *Memberi Pelayanan kefarmasian demi terlaksananya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang bermutu dan berperan serta dalam program-program pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk meningkatkan kesehatan seluruh lapisan masyarakat baik pasien maupun tenaga kerja rumah sakit”.*

3. Tujuan

Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Melaksanakan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun fasilitas yang tersedia.
2. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan professional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi.
3. Melaksanakan KIE (Komunikasi informasi dan Edukasi obat).
4. Menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan yang berlaku.
5. Mengawasi dan memberi pelayanan bermutu melalui analisa, telaah dan evaluasi pelayanan.

3.7 Sumber Daya Manusia Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo

Jumlah SDM berdasarkan jenjang pendidikan, yang ada di RSUD Pasar Rebo saat ini adalah 49 orang, terdiri dari:

Apoteker	: 4 orang
Asisten Apoteker	: 41 orang
Pekarya	: 4 orang

3.8 Pengelolaan Perbekalan Farmasi

Pengelolaan perbekalan farmasi merupakan suatu siklus kegiatan yang dimulai dari Pemilihan, Perencanaan, Pengadaan, Penerimaan, Penyimpanan, Pendistribusian, Pengendalian, Penghapusan, Pengadministrasian dan Pelaporan serta evaluasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan.

Tujuan:

- a. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien.
- b. Menerapkan farmako ekonomi dalam pelayanan.
- c. Meningkatkan kemampuan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi.
- d. Mewujudkan Sistem Informasi Manajemen berdaya guna dan tepat guna.
- e. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan.

Proses Pengelolaan perbekalan farmasi adalah sebagai berikut:

1. Pemilihan

Proses peninjauan masalah kesehatan di RS, identifikasi pemilihan tereapi, sediaan dan dosis, menentukan kriteria pemilihan dengan memprioritaskan obat essensial, standarisasi sampai menjaga dan memperbaharui standar obat.

Penentuan seleksi obat merupakan peran aktif Apoteker bersama dengan panitia farmasi dan terapi untuk menetapkan kualitas dan efektivitas serta jaminan purna transaksi pembelian.

2. Perencanaan

Proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga. Untuk menghindari kekosongan dan kelebihan tok perbekalan farmasi dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggung jawabkan seperti metode konsumsi epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

Pedoman dalam membuat perencanaan berdasar:

1. Formularium Obat RS
2. Anggaran yang tersedia
3. Prioritas
4. Catatan Medik
5. Siklus Penyakit

6. Sisa persediaan
7. Data pemakaian periode sebelumnya
8. Rencana pengembangan pelayanan kesehatan RS

Proses yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Bagian perencanaan farmasi menerima rencana tahunan SMF, ruang rawat inap, poliklinik, IGD, OK dan unit pemakai lainnya dari bagian program berupa formulir kebutuhan-kebutuhan tahunan berjalan.
2. Bagian perencanaan farmasi mengkaji data pemakaian perbekalan farmasi tahun sebelumnya dan dibandingkan dengan tahun yang akan datang.
3. Pembuatan rencana SMF per-unit dengan formulir rekapitulasi rencana anggaran berdasarkan data point 1 dan point 2.
 - a. Data Januari hingga Juli tahun berjalan digunakan sebagai acuan rata-rata.
 - b. Anggaran dibuat pada bulan Agustus tahun berjalan untuk perencanaan tahun yang akan datang.
4. Rencana SMF per-unit atau rencana dari unit lainnya yang telah dibuat, dikaji ulang dengan unit terkait dan bagian keuangan untuk menyelaraskan antara data pendapatan dan belanja yang dianggarkan.
5. Rencana anggaran belanja akan direvisi jika diperlukan berdasarkan hasil rapat.
6. Rencana dari masing-masing unit yang telah disepakati, dibakukan kedalam RSAK dan disetujui oleh direktur RSUD Pasar Rebo kemudian diserahkan ke bagian keuangan.
7. Dokumen RSAK yang sudah disetujui oleh Direktur dan bagian DKI digunakan sebagai acuan kerja pengadaan perbekalan farmasi di lingkungan RSUD Pasar Rebo.
8. Prosedur perencanaan perbekalan farmasi meliputi, Obat dan Alat Habis Pakai, Reagent laboratorium, film radiologi, optik, sewa alat serta alat kesehatan inventaris.

a. Perencanaan obat, Alat Habis Pakai, Reagent laboratorium, film radiologi, optik, dan sewa alat

1. Instalasi farmasi mengambil data distribusi atau pemakaian tahun lalu dari sistem informasi Rumah Sakit.
2. Instalasi Farmasi memperkirakan peningkatan kebutuhan ditahun yang akan datang seiring dengan peningkatan pelayanan dari Rumah Sakit.
3. Merekap, dihargai dan dijadikan dokumen perencanaan tahun depan.

b. Perencanaan Alat Kesehatan Inventaris

1. Instalasi Farmasi mendapat data dari Bagian Pelayanan Medik/Komite Medik.
2. Data direkap kemudian diberi harga perkiraan.
3. Data tersebut dibawa ke rapat pleno seluruh SMF.
4. Kemudian diprioritaskan, diputuskan oleh pleno dan disahkan Direktur RS.

3. Pengadaan

Merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui:

a. Pembelian

Pembelian dilakukan dengan cara tender (panitia Pembelian Barang Farmasi) atau secara langsung melalui distributor/PBF/Rekanan.

b. Pembuatan Sediaan Farmasi

Pembuatan Sediaan Farmasi dilakukan dengan produksi steril dan produksi non steril.

c. Sumbangan/droping/hibah

Prosedur yang dilakukan adalah:

1. Berdasar rencana kebutuhan yang ada, penanggung jawab pengadaan membuat surat pesanan (SP) yang diketahui kepala instalasi farmasi.

2. Pemesanan dilakukan melalui telepon atau Surat Pesanan (SP) sementara.
 - a. Pemesanan barang laboratorium, radiologi, labu darah dan sewa alat dilakukan sebulan sekali
 - b. Pemesanan obat, alat habis pakai dilakukan sesuai kebutuhan (*quantity order*)
 - c. Pemesanan alat kedokteran dilakukan sesuai dengan pemakaian
3. koordinasi dengan bagian keuangan tentang rencana bayar, melalui pertemuan "*cash flow*".

4. Produksi

Merupakan kegiatan membuat, merubah bentuk dan pengemasan kembali sediaan farmasi steril dan non steril untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Kriteria obat yang diproduksi:

1. Sediaan farmasi dengan formula khusus
2. Sediaan farmasi dengan harga murah
3. Sediaan farmasi dengan kemasan yang lebih kecil
4. Sediaan farmasi yang tidak tersedia dipasaran
5. Sediaan Nutrisi Parenteral
6. DII

5. Penerimaan

Merupakan kegiatan untuk menerima perbekalan farmasi yang telah diadakan sesuai dengan peraturan kefarmasian, melalui pembelian langsung, tender, konsinyasi atau sumbangan.

Pedoman dalam penerimaan perbekalan farmasi:

1. Barang bersumber dari distributor resmi
2. Pabrik harus mempunyai Sertifikat Analisa
3. Khusus untuk alat kesehatan/kedokteran harus mempunyai *certificate of orgin*
4. *Expired date* ,minimal 2 tahun

6. Penyimpanan

Merupakan kegiatan pengaturan perbekalan farmasi menurut persyaratan yang ditetapkan, yaitu:

1. Dibedakan menurut bentuk sediaan dan jenis.
2. Menurut suhu dan kestabilan.
3. Kemudahan terbakar atau meledak.
4. Tahun/tidaknya terhadap cahaya.

7. Pendistribusian

Merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien untuk rawat jalan, rawat nap serta untuk menunjang pelayanan medis. Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan:

1. Efisiensi dan efektivitas sumberdaya manusia yang ada.
 2. Metode sentralisasi atau desentralisasi.
 3. Sistem *floor stock*, resep individu, unit dose dispensing (UDD) atau kombinasi.
- a. Pendistribusian Perbekalan Farmasi Pasien Rawat Inap

Merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat inap di rumah sakit, yang diselenggarakan secara sentralisasi atau desentralisasi dengan sistem persediaan lengkap diruangan, sistem resep perorangan, sistem unit dosis dan sistem kombinasi oleh depo/satelit farmasi.

b. Pendistribusian Perbekalan Farmasi Pasien Rawat Jalan

Merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat jalan di rumah sakit, yang diselenggarakan secara desentralisasi dengan sistem resep perorangan oleh Apoteker Rumah Sakit.

c. Perbekalan Farmasi di Luar Jam Kerja

Merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien diluar jam kerja yang diselenggarakan oleh:

1. Apoteker rumah sakit/ Satelit farmasi yang dibuka 24 jam
2. Ruang Rawat yang menyediakan perbekalan farmasi emergensi

Sistem pelayanan Distribusi:

a. Sistem persediaan lengkap di ruangan (*Floor Stock*)

1. Pendistribusian perbekalan farmasi untuk persediaan di ruang rawat, merupakan tanggungjawab perawat ruangan.
2. Setiap ruang rawat harus mempunyai penanggung jawab obat
3. Perbekalan yang disimpan tidak dalam jumlah besar dan dapat dikontrol secara berkala oleh petugas farmasi.

b. Sistem Resep Perorangan (*Individual Prescription*)

Pendistribusian perbekalan farmasi resep perorangan pasien rawat jalan atau rawat inap melalui instalasi farmasi.

c. Sistem Unit Dose

Pendistribusian obat-obatan melalui resep perorangan yang disiapkan, diberikan/digunakan dan dibayar dalam unit dosis tunggal atau ganda, yang berisi obat dalam jumlah yang telah ditetapkan atau jumlah yang cukup untuk penggunaan sekali dosis.

BAB VI

KERANGKA KONSEP

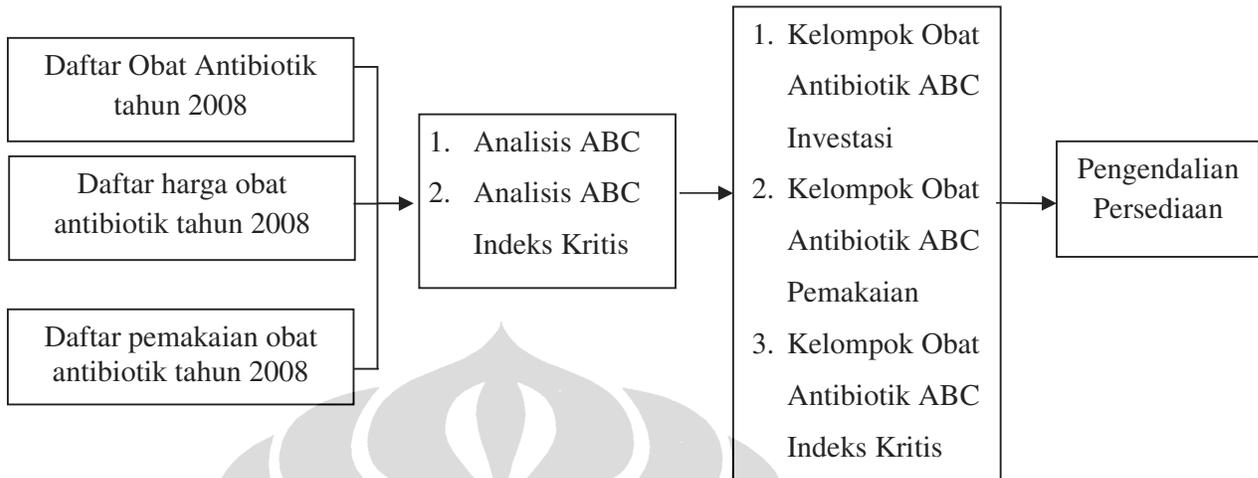
4.1 Kerangka Konsep

Instalasi farmasi rumah sakit berperan sebagai instalasi Penunjang Medik yang berkewajiban untuk mengelola perbekalan persediaan obat yang merupakan *revenue centre* yang utama dan menjadi bagian dalam sistem pelayanan kesehatan. Untuk mendapatkan kualitas pelayanan yang tepat, antara lain harus dilakukan perencanaan persediaan farmasi yang tepat. Penggolongan persediaan obat antibiotik ini juga dimaksudkan untuk mengoptimalkan biaya operasional rumah sakit terutama biaya pengadaan obat farmasi.

Untuk mengantisipasi terjadinya kekosongan stok persediaan obat farmasi, yang sangat berpengaruh terhadap proses terapi pasien serta dengan alasan banyaknya item obat yang ada di RSUD Pasar Rebo dengan harga perunit yang bervariasi serta memerlukan investasi yang cukup besar, dan banyaknya jumlah obat yang tidak barjalan di tahun 2008, 19% diantaranya merupakan obat antibiotik. maka dibutuhkan upaya yang tidak sedikit baik dari rumah sakit khususnya komite farmasi dan terapi, serta dokter serta penanggung jawab perbekalan farmasi untuk menetapkan prioritas pengadaan obat di instalasi farmasi RSUD Pasar Rebo, karena sifatnya maka pengendalian persediaan obat harus ditangani dengan sungguh-sungguh, baik secara kualitas dan sesuai dengan kebutuhan permintaan.

Untuk membuat perencanaan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan maka diperlukan data yang akurat untuk pemakaian obat pada tahun 2008. Penelitian ini dibatasi pada persediaan dan pemakaian obat antibiotik. Penelitian dilakukan dengan menggunakan analisis ABC untuk mendapatkan nilai investasi dan pemakaian obat antibiotik yang mempunyai nilai investasi dan pemakaian tinggi, sedang dan rendah, kemudian dilakukan analisis dengan menggunakan analisis ABC Indeks Kritis untuk mengetahui tingkat kekritisian obat bagi para *User* (dokter). Kerangka Pikir dapat dilihat sebagai berikut:

Gambar 4.1 Kerangka Pikir Penelitian



Gambar diatas menunjukkan dalam melakukan analisis ABC dan ABC Indeks Kritis diperlukan daftar obat antibiotik tahun 2008, daftar harga obat antibiotik tahun 2008 serta daftar pemakaian obat antibiotik pada tahun 2008. Setelah daftar-daftar yang dibutuhkan didapat kemudian daftar obat tersebut dianalisis menggunakan analisis ABC Investasi, ABC Pemakaian dan ABC indeks kritis yang bertujuan untuk mendapatkan kelompok obat antibiotik ABC Investasi, kelompok obat ABC Pemakaian dan kelompok obat ABC Indeks Kritis. Selanjutnya dilakukan proses pengendalian persediaan terhadap kelompok A pada analisis ABC Indeks Kritis.

4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Daftar Obat Antibiotik Tahun 2008	Daftar semua obat yang termasuk kedalam kelompok antibiotik yang berbentuk injeksi, tablet, kapsul, sirup, tube, dan cairan infus yang didistribusiakan dari Gudang ke instalasi pengguna (rawat inap, rawat jalan, rawat darurat dll) di RSUD Pasar Rebo, selain obat ASKES.	Telaah Dokumen	Data obat	Informasi penggunaan obat yang digunakan oleh pasien.
2.	Daftar Harga Antibiotik Tahun 2008	Daftar harga satuan obat antibioti pada tahun 2008	Telaah Dokumen	Daftar harga obat	Informasi mengenai harga obat antibiotik per satuan terkecil
3.	Daftar Pemakaian Obat Antibiotik	Daftar jumlah pemakaian obat antibiotik dalam satu tahun atau jumlah pemasukan obat selama satu tahun dikurangi sisa obat pada tahun 2008	Telaah Dokumen	Data Pemakaian Obat	Informasi obat antibiotik yang telah dipakai, jika jumlahnya berkurang dari jumlah persediaan awal.

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
4.	Analisis ABC	Analisis yang digunakan untuk menentukan kelompok yang memiliki nilai investasi dan pemakaian tinggi, sedang dan rendah.	Menggunakan <i>Microsoft excel</i>	1. Daftar harga obat 2. Daftar pemakaian Obat	Terbentuk kelompok obat yang termasuk kelompok A, B, C untuk nilai investasi dan pemakaian.
5.	Analisis ABC Indeks Kritis	Analisis yang digunakan untuk menentukan tingkat kekritisan obat dirumah sakit dengan menggunakan bantuan pemakai (<i>User</i>).	Menggunakan <i>Microsoft excel</i>	1. Daftar harga obat 2. Daftar pemakaian Obat 3. Kuesioner	Terbentuk kelompok obat yang termasuk kelompok obat A, B dan C yang memiliki nilai kritis tinggi, sedang, dan rendah.
6.	Kelompok Obat antibiotik ABC Investasi	Kelompok jenis obat antibiotik yang jumlah investasinya menyerap investasi 70% untuk kelompok A, 20% untuk kelompok B dan 10% untuk kelompok C dari total investasi obat antibiotik selama tahun 2008.	Metode ABC	Daftar Pemakaian dan Daftar Harga Obat antibiotik	Informasi kelompok obat antibiotik A B, C investasi

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
7.	Kelompok Obat antibiotik ABC Pemakaian	Kelompok obat antibiotik yang jumlahnya mencakup 70% untuk kelompok A, 20% untuk kelompok B dan 10% untuk kelompok C dari total pemakaian obat antibiotik tahun 2008.	Metode ABC	Daftar Pemakaian dan Daftar Harga Obat antibiotik	Informasi kelompok obat antibiotik A, B, C pemakaian
8.	Kelompok Obat antibiotik ABC indeks kritis	Kelompok obat antibiotik yang mempunyai nilai kekritisannya sebagai berikut: Kelompok A, nilai indeks : 9.5 – 12, Kelompok B, nilai indeks : 6.5 – 9.4, Kelompok C, nilai indeks : 4 – 6.4	Metode ABC Indeks Kritis	1. Kuesioner tingkat kekritisannya obat 2. Data Kelompok ABC Investasi 3. Data Kelompok ABC Pemakaian	Informasi kelompok obat A B, dan C Indeks Kritis
9.	Pengendalian Persediaan	Pengendalian persediaan untuk kelompok obat A Indeks Kritis, agar tidak terjadi kekosongan stok dan pembelian <i>cito</i> .	Metode EOQ dan ROP dengan <i>Microsoft excel</i>	Daftar kelompok obat A	Informasi batas pemesanan optimum dan waktu pemesanan kembali untuk kelompok obat A indeks kritis