

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Manajemen Logistik dan Farmasi

2.1.1. Pengertian

a. Manajemen

Banyak definisi tentang manajemen yang telah dikemukakan oleh para sarjana barat tetapi belum ada yang diterima secara universal. Misalnya, salah satu yang banyak dipakai yaitu oleh Mary Parker Tollet sebagai berikut:

“Manajemen adalah suatu seni dalam menyelesaikan pekerjaan dengan melalui orang lain” (*Adikoesoemo, 1997*).

John Warman dalam bukunya yang berjudul *Manajemen Pergudangan, 2004*, menyatakan bahwa manajemen adalah suatu konsep yang menyeluruh, merupakan filsafat sepanjang zaman, berakar pada gairah untuk tahu, berbatang pada kesatuan tujuan dan cabang-cabang yang mengarah ke segala bagian kehidupan dan sewaktu-waktu membuahkkan gagasan baru untuk lagi-lagi dijelajahi.

Manajemen adalah usaha atau kegiatan yang dilaksanakan secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan bantuan orang lain, pengertian manajemen ini dituangkan oleh Moh. Anief dalam buku *Manajemen Farmasi, 1995*.

b. Logistik

Logistik adalah beberapa proses yang dilakukan untuk memastikan bahwa material yang akan digunakan telah tersedia. Tentunya material tersebut telah tersedia dengan kualitas dan kuantitas sesuai dengan standar yang telah ditentukan (*Pramono, 2008*).

Logistik merupakan proses pengelolaan yang strategis terhadap pemindahan dan penyimpanan barang, suku cadang dan barang-jadi dari para *supplier*, diantara fasilitas-fasilitas perusahaan dan kepada para pelanggan (*Bowersox, 1986*).

Logistik berdasarkan pengertian dari Subagya MS, 1990, adalah ilmu/pengetahuan dan/seni serta proses mengenai perencanaan dan penentuan, pengadaan, penyimpanan, penyaluran dan pemeliharaan serta penghapusan material/alat-alat (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

Selain pengertian logistik oleh Pramono, Bowersox dan Subagya adapula pendapat berbeda yang dikemukakan oleh Nico A. Lumenta, 1990. Lumenta berpendapat bahwa logistik modern sebagai proses pengelolaan yang strategis terhadap pemindahan dan penyimpanan barang/material, suku cadang dan barang jadi dari para pemasok di dalam sarana/fasilitas perusahaan sampai dengan konsumen (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

c. Manajemen Logistik

Dari pengertian di atas mengenai manajemen dan logistik, maka dapat diambil pengertian manajemen logistik secara umum yaitu serentetan kegiatan/

tindakan yang rasional untuk mencapai sasaran dengan memanfaatkan SDM dan sumber daya lainnya secara optimal dan efisien (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

d. Farmasi

Farmasi adalah suatu profesi kesehatan yang berhubungan dengan pembuatan dan distribusi dari produk yang berkhasiat obat. Ini meliputi seni dan ilmu pembuatan dari sumber alam atau sintetik menjadi material atau produk yang cocok dan enak dipakai untuk mencegah, mendiagnosa, atau pengobatan penyakit. Farmasi juga meliputi profesi yang sah dan fungsi ekonomi dari distribusi produk yang berkhasiat obat yang baik dan aman. (*anief, 1995*).

Farmasi adalah ilmu yang mempelajari cara membuat, mencampur, meracik, memformulasikan, mengidentifikasi, mengombinasi, menganalisis, serta menstandarkan obat dan pengobatan juga sifat-sifat obat beserta pendistribusian dan penggunaannya secara aman. Farmasi dalam bahasa Yunani disebut *Farmakon* yang berarti *medika* atau obat (*Syamsuni, 2006*).

e. Obat

Menurut Syamsuni dalam bukunya yang berjudul farmasetika dasar dan hitungan farmasi (2006) obat adalah semua bahan tunggal atau campuran yang dipergunakan oleh semua makhluk untuk bagian dalam maupun luar tubuh guna mencegah, meringankan dan menyembuhkan penyakit.

Menurut undang-undang, yang dimaksud dengan obat adalah suatu bahan atau campuran bahan yang dipergunakan dalam menentukan diagnosis, mencegah,

mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah atau rohaniah pada manusia atau hewan termasuk untuk memperelok tubuh atau bagian tubuh manusia (*Syamsuni, 2006*).

2.1.2. Tujuan Manajemen Logistik

Tujuan dari manajemen logistik adalah menyampaikan barang jadi dan bermacam-macam material dalam jumlah yang tepat pada waktu yang dibutuhkan, dalam keadaan yang dapat dipakai, ke lokasi dimana ia dibutuhkan, dan dengan total biaya terendah (*Bowersox, 1986*).

Tujuan dari strategik logistik perusahaan: untuk pengadaan suatu struktur *operating* yang sanggup mencapai sasaran perusahaan dengan total biaya terendah (efektif dan efisien) (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

Untuk farmasi, tujuan strategik tersebut dapat diaplikasikan sebagai berikut:

- Bagaimana merencanakan lokasi untuk fasilitas gudang: lokasinya mudah diakses dan terdekat dengan unit pelayanan, mudah dijangkau.
- Berapa jumlah material yang disimpan di gudang.
- Barang jadi yang disediakan untuk dikirimkan ke sub unit.
- Teknik-teknik penanganan material yang akan digunakan: cara-cara penyimpanan.

- Metode dan prosedur pengolahan: prosedur ini lebih sulit dari pengolahan barang lain karenanya ada aturan-aturan tersendiri, harus ada apoteker sebagai pemimpin.

2.1.3. Fungsi-Fungsi Logistik

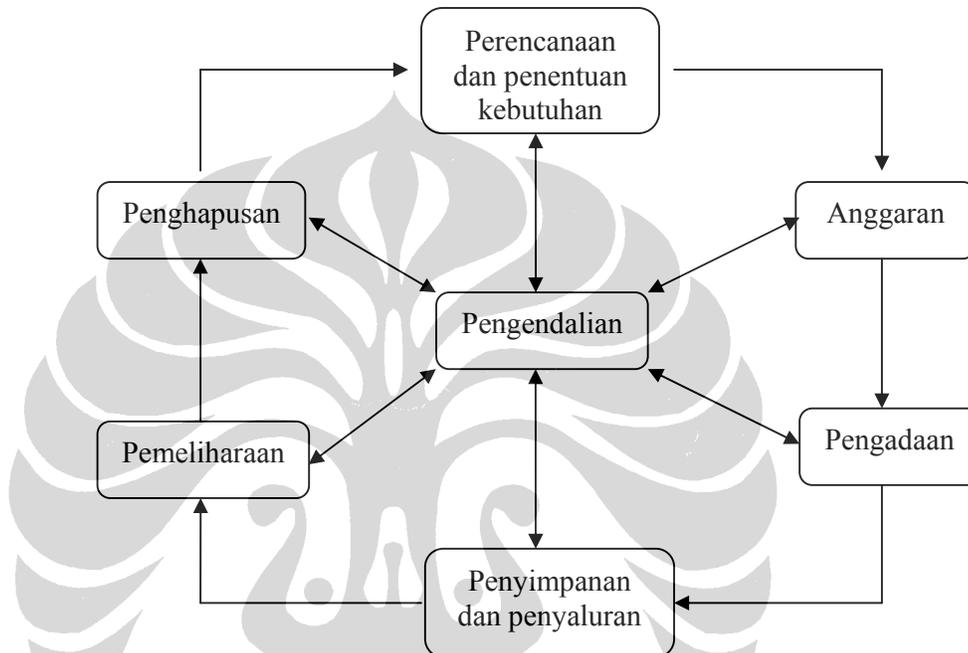
Menurut Subagya MS (1990) logistik memiliki tujuh fungsi yang saling berkaitan satu sama lain sehingga tercipta satu siklus yang berkesinambungan. Fungsi- fungsi tersebut antara lain:

- a. Fungsi perencanaan adalah segala kegiatan untuk menetapkan sasaran dan pedoman.
- b. Fungsi penganggaran adalah kegiatan untuk merumuskan perincian penentuan kebutuhan dalam skala standar mata uang.
- c. Fungsi pengadaan merupakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan operasional sesuai dengan *planning*, *request* dan *budgeting*.
- d. Fungsi penyimpanan dan distribusi adalah kegiatan penerimaan, penyimpanan, perlengkapan yang telah diadakan.
- e. Fungsi pemeliharaan adalah kegiatan untuk mempertahankan kondisi teknis, daya guna, daya hasil barang inventaris.
- f. Fungsi penghapusan kegiatan pembebasan barang dari pertanggungjawaban yang berlaku.
- g. Fungsi pengendalian yaitu kegiatan untuk memonitor dan mengamankan keseluruhan pengolahan logistik.

Adapun fungsi-fungsi tersebut dapat dilihat dari gambar 2.1 berikut ini

Gambar 2.1

Siklus logistik menurut Subagyo MS



Sumber: Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002

2.2. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

2.2.1 Pengertian IFRS

Instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) adalah suatu unit di rumah sakit yang merupakan fasilitas penyelenggaraan kefarmasian di bawah pimpinan seorang farmasis dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan, menyediakan, dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di rumah sakit yang berintikan pelayanan produk yang lengkap dan pelayanan farmasi klinik yang sifat

pelayanannya berorientasi kepada kepentingan penderita (*farmasi-istn.blogspot.com, 2008*).

2.2.2 Visi, Misi dan Tujuan IFRS

a. Visi IFRS

Visi Farmasi rumah sakit adalah terselenggaranya pelaksanaan dan pengelolaan dalam pelayanan, pekerjaan kefarmasian di rumah sakit termasuk pelayanan farmasi klinik .

b. Misi IFRS

Misi pelayanan kefarmasian di rumah sakit adalah mengadakan terapi obat yang optimal bagi semua penderita, menjamin mutu tertinggi dan pelayanan dengan biaya yang paling efektif serta memberikan pendidikan dan pengetahuan baru di bidang kefarmasian melalui penelitian bagi staf medik, mahasiswa, dan masyarakat.

c. Tujuan IFRS

Tujuan farmasi rumah sakit menurut *The American Society of Hospital Pharmacist* (ASHP:1994) adalah:

- Turut berpartisipasi aktif dalam penyembuhan penderita dan memupuk tanggung jawab dalam profesi dengan landasan filosofi dan etika.
- Mengembangkan ilmu dan profesi dengan konsultasi pendidikan dan penelitian.

- Mengembangkan kemampuan administrasi dan manajemen, penyediaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit.
- Meningkatkan keterampilan tenaga farmasi yang bekerja di instalasi farmasi rumah sakit. Memperhatikan kesejahteraan staf dan pegawai yang bekerja di lingkungan instalasi farmasi rumah sakit.
- Mengembangkan pengetahuan tentang farmasi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan.

2.2.3 Tugas dan Fungsi IFRS

a. Tugas IFRS

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.134/Menkes/Per/I/1978, farmasi rumah sakit bertugas mengelola :

- Peracikan, penyimpanan, dan penyaluran obat-obatan, gas medik serta bahan kimia.
- Penyimpanan dan penyaluran alat kesehatan.

b. Fungsi IFRS

Fungsi farmasi rumah sakit adalah memberikan pelayanan yang bermutu dengan ruang lingkup yang berorientasi pada kepentingan masyarakat meliputi 2 fungsi yaitu :

- Pelayanan farmasi yang berorientasi pada produk yaitu mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien mulai dari perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, produksi, pendistribusian dan evaluasi penggunaan perbekalan farmasi.

- Pelayanan farmasi yang berorientasi pada pasien/farmasi klinik, meliputi:
 1. Mewujudkan perilaku sehat melalui penggunaan obat rasional termasuk pencegahan dan rehabilitasinya.
 2. Mengidentifikasi permasalahan yang berhubungan dengan obat melalui kerjasama dengan pasien dan tenaga kesehatan lain.
 3. Memonitor penggunaan obat dan melakukan pengkajian terhadap penggunaan obat yang diberikan kepada pasien.
 4. Memberi informasi mengenai hal yang berhubungan dengan obat.
 5. Melakukan konseling kepada pasien/keluarga pasien maupun kepada tenaga kesehatan untuk mendapatkan terapi yang rasional.
 6. Melakukan pelayanan TPN (*Total Parenteral Nutrition*), IV admixture dan pelayanan pencampuran obat sitostatik (*Cytostatic Handling*).
 7. Berperan serta dalam kepanitiaan seperti Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) (*farmasi-istn.blogspot.com, 2008*).

2.3. Perencanaan Pengadaan obat-obatan di Instalasi Farmasi

2.3.1 Perencanaan pengadaan

Merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah, dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia (*KepMenKes RI No. 1197/Menkes/SK/X/2004*).

Pedoman perencanaan yang biasa digunakan dalam perencanaan pengadaan adalah:

- DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional), Formularium Rumah Sakit, Standar Terapi Rumah Sakit, ketentuan setempat yang berlaku.
- Data catatan medik.
- Anggaran yang tersedia.
- Penetapan prioritas
- Siklus penyakit.
- Sisa persediaan.
- Data pemakaian periode yang lalu.
- Rencana pengembangan.

2.3.2 Proses Perencanaan Pengadaan Obat-obatan di Instalasi Farmasi

a. Proses Seleksi Pemasok

Pemasok adalah suatu organisasi/lembaga yang menyediakan/memasok produk atau pelayanan kepada konsumen. Pemasok obat untuk rumah sakit pada umumnya adalah industri farmasi dan pedagang besar farmasi. Untuk memperoleh pemasok yang baik dan produk obat yang bermutu baik, perlu dilakukan pemilihan/seleksi pemasok yang baik dan produk obat yang memenuhi semua persyaratan dan spesifikasi mutu (*Siregar, 2004*).

Adapun kegiatan dari proses seleksi pemasok menurut Yenis Sutan, 1999, yang harus dilakukan rumah sakit adalah sebagai berikut (*Febriawati, 2003*):

- Rumah sakit membuat kriteria/persyaratan yang harus dipenuhi oleh calon pemasok.
- Rumah sakit melakukan penawaran.
- Pilih yang paling mendekati persyaratan yang telah rumah sakit tetapkan.

Dalam hal pemilihan pemasok, instalasi farmasi harus menetapkan kriteria untuk rumah sakit. Kriteria pemilihan pemasok sediaan farmasi untuk rumah sakit adalah, tetapi tidak terbatas pada hal berikut (*Siregar, 2004*):

- Telah memenuhi persyaratan hukum yang berlaku untuk melakukan produksi dan penjualan (telah terdaftar).
- Telah diakreditasi sesuai dengan persyaratan CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Baik) dan ISO 9000.
- Mempunyai reputasi yang baik, artinya tidak pernah:
 1. Melakukan hal-hal yang melanggar hukum yang berlaku.

2. Menghasilkan/menjual produk obat yang tidak memenuhi syarat.
 3. Mempunyai sediaan obat yang ditarik dari peredaran karena mutu yang buruk.
- Selalu mampu dan dapat memenuhi kewajibannya sebagai pemasok produk obat yang tersedia dan dengan mutu yang tertinggi, dengan harga yang terendah.

Dalam skripsinya, Henny Febriawati (2003) menuliskan beberapa kriteria lain yang patut menjadi acuan instalasi farmasi dalam seleksi pemasok, diantaranya:

- Harga terjangkau dengan diskon besar.
- Kualitas barang (*Expired Date* minimal satu tahun, terdapat label yang mencantumkan dengan jelas nama obat, tanggal produksi, cara penyimpanan, nama dan alamat pabrik).
- Pelayanan (garansi, pengiriman tidak terlambat, pengalaman konsumen lain).

b. Proses Pengadaan Obat-obatan

Pengadaan barang dalam sehari-hari disebut juga pembelian dan merupakan titik awal dari pengendalian persediaan. Pembelian harus menyesuaikan dengan hasil penjualan, sehingga ada keseimbangan antara penjualan dengan pembelian (*Anief, 1995*).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit

menyebutkan bahwa pengadaan merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui:

- Pembelian
 - Secara tender (oleh Panitia Pembelian Barang Farmasi)
 - Secara langsung dari pabrik/distributor/pedagang besar farmasi/rekanan
- Produksi/pembuatan sediaan farmasi
 - Produksi steril
 - Produksi non steril
- Sumbangan/droping/hibah

Tahapan yang harus dilakukan dalam proses pengadaan obat-obatan di instalasi farmasi adalah sebagai berikut (*Febriawati, 2003*):

- Seleksi obat
- Penentuan jumlah obat yang dibutuhkan
- Penentuan tata cara pemesanan
- Melakukan penerimaan obat

Adapula kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam pengadaan menurut Yenis Sutan tahun 1999 seperti yang dirangkum oleh Henny Febriawati, 2003 adalah sebagai berikut:

- Memilih metode pengadaan
- Memilih pemasok dan menyiapkan dokumen kontrak. Pemilihan pemasok secara hati-hati adalah penting karena dapat mempengaruhi baik kualitas maupun biaya yang dibutuhkan.

- Pemantauan status pesanan. Untuk mempercepat pengiriman barang sehingga efisien suplai dapat ditingkatkan.
- Penerimaan dan pemeriksaan. Bertujuan agar barang yang diterima baik jenis dan jumlahnya sesuai dengan dokumen yang menyertai.

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam melakukan pengadaan diantaranya (*Anief, 2005*):

- Waktu pembelian. Mencegah terjadinya kekosongan persediaan.
- Lokasi. Perlu diperhitungkan lokasi PBF berada, bila waktu yang diperlukan untuk pengiriman singkat, maka waktu pembelian dapat dilakukan pada saat barang hampir habis.
- Frekuensi dan volume pembelian. Makin kecil volume barang/jumlah barang yang dibeli, makin tinggi frekuensi dalam melakukan pembelian.

Cara-cara melakukan pembelian antara lain dilakukan sebagai berikut:

- *Hand to mouth buying*.

Pembelian dilakukan dalam jumlah terbatas sesuai dengan yang diperlukan saja, misalnya satu minggu. Hal ini dilakukan bila dana terbatas dan PBF berada dalam satu kota dan selalu siap dapat segera melayani, dan obat dapat segera dikirim.

- Pembelian dengan spekulasi

Pembelian dilakukan dalam jumlah yang lebih besar dari kebutuhan dengan harapan akan ada kenaikan harga dalam waktu dekat atau adanya diskon/bonus. Cara ini mengandung resiko.

- Pembelian berencana

Cara ini erat hubungannya dengan pengendalian persediaan barang. Pengawasan stok obat/barang dagangan adalah penting sekali sebab dengan demikian dapat diketahui mana yang laku keras dan mana yang laku lambat. Selanjutnya dapat dilakukan perencanaan sesuai dengan kebutuhan per item.

Adapun model yang biasa digunakan dalam penyediaan perbekalan adalah (*Modul Kuliah Program Profesi Apoteker MIPA UI, 2003*):

1. **Annual Purchasing (Pembelian Tahunan)**

Pembelian dilakukan sekali tiap tahun untuk seluruh item. Jumlah pemesanan biasanya dalam jumlah besar. Setelah jumlah yang akan dipesan ditetapkan, dilakukan tender untuk membeli seluruh item. Alasan utama mengapa cara ini dilakukan adalah:

- Berdasarkan keadaan keuangan.
- Mempermudah pengaturan/manajemen, tergantung kapasitas staff yang ada.
- Harga akan lebih murah karena pembelian dalam jumlah besar.
- Karena kebiasaan.

Kerugian dari cara ini adalah:

- Pemakaian yang sebenarnya sering berbeda dengan perkiraan tahunan.
- Nilai stok rata-rata dan biaya untuk persediaan lebih tinggi dengan metode ini.
- Pemasok lokal yang memenangkan kontrak tender tahunan mungkin kesulitan mengatasi pemesanan dalam jumlah besar.

- Kapasitas penyimpanan/gudang tidak cukup menampung pemesanan untuk setahun
- Keuangan mungkin tidak mencukupi

2. *Schedule Purchasing* (Pembelian Terjadwal)

Pemesanan dilakukan menurut interval yang sudah ditentukan (misal: mingguan, bulanan, tiap 3 bulan, 2 kali setahun). Pemesanan tersebut dijadwal dengan jumlah yang cukup besar untuk mencukupi kebutuhan rata-rata sampai dengan pemesanan berikutnya ditambah stok yang dibutuhkan selama waktu yang sedang berjalan.

Cara ini memungkinkan untuk mengatur frekuensi pemesanan berdasarkan kategori ABC. Item yang mahal dan bergerak cepat (A) dipesan lebih sering dibanding yang lain.

Keuntungan cara ini adalah:

- Pemasok lokal bisa menyiapkan jadwal pemesanan untuk sepanjang tahun.
- Biaya lebih murah daripada pembelian tahunan.
- Item dengan permintaan yang berubah-ubah bisa dibeli lebih sering dengan jumlah lebih kecil, untuk mengurangi stok berlebihan.

- Unit perbekalan bisa direspon dengan cepat tergantung kebutuhan dan batas jumlah obat yang diinginkan.
- Beban kerja lebih sedikit

3. *Perpetual Purchasing* (Pembelian Terus-Menerus)

Pembelian dilakukan terus menerus untuk setiap item bila sudah mencapai nilai minimal. Keuntungan utama dari perpetual purchasing ini adalah dapat mengatasi dengan cepat bila terjadi perubahan pemakaian tiba-tiba, karena keadaan persediaan/stok diperiksa secara terus menerus. Perpetual purchasing ini biasanya digunakan pada paling banyak rumah sakit dan pusat kesehatan di Negara industri.

Dalam menentukan berapa banyak pemesanan yang akan dilakukan, ada dua pendekatan yang dapat digunakan yaitu (*Modul Kuliah Program Profesi Apoteker MIPA UI, 2003*):

1. Sistem minimum-maksimum

Formula ini sering digunakan pada *schedule purchasing*. Dalam formula digunakan rumus:

$$Q = (S_{\max} + S_b) - (S_1 - S_0)$$

$$\text{Dimana min Stok} = (LT \times C_A) + SS$$

$$S_{\max} = S_{\min} + (PP \times C_A)$$

Keterangan:

Q : jumlah yang akan dipesan

C_A : *average monthly consumption* (pemakaian rata-rata/bulan)

LT : *lead time* (waktu tunggu sampai barang datang)

PP : *procurement period* (waktu hingga pesanan berikutnya dilakukan).

SS : safety stock

S_1 : stok yang ada

S_0 : stok yang sedang dipesan tapi belum diterima

S_b : stok yang dikembalikan ke pemesan.

Contoh:

Akan dilakukan pemesanan tetrasiklin kapsul, LT = 2 bulan, $C_A = 1000$ kapsul, SS = 2000, PP = 6 bulan. $S_1 = 3000$, $S_0 = 2000$, tidak ada obat yang dikembalikan. Jadi jumlah tetrasiklin yang dipesan adalah

$$S_{min} = (2 \times 1000) + 2000 = 4000 \text{ kapsul}$$

$$S_{max} = 4000 + (6 \times 1000) = 10.000 \text{ kapsul}$$

$$\text{Jadi, } Q = (10000+0) - (3000+2000)$$

$$= 5000 \text{ kapsul}$$

2. Formula pemesanan berdasarkan pemakaian

Formula ini sesuai untuk perpetual purchasing. Rumus yang dipakai adalah:

$$Q = C_A \times (LT + PP) + SS + S_b - (S_1 - S_0)$$

Contoh:

Terjadi wabah kolera disuatu daerah, tidak ada tetrasiklin dalam stok, dan 2000 kapsul telah dikembalikan ke pemasok. Pemesanan yang belum diterima adalah 3000 kapsul. Lead time-nya adalah 2 bulan dan PP adalah 6 bulan, maka jumlah yang dipesan adalah

$$\begin{aligned} Q &= 1000 (2 + 6) + 2000 + 2000 - (0 + 3000) \\ &= 9000 \text{ kapsul} \end{aligned}$$

3. Kategori VEN

Analisis VEN didasarkan atas pengelompokan persediaan dari sudut vital, esensial, dan non esensial. Kategori ini pada umumnya disusun dengan memperlihatkan kepentingan dan vitalitas persediaan farmasi dalam pemakaian.

Pengertian vital berarti persediaan yang harus selalu tersedia untuk melayani permintaan guna pengobatan atau penyelamatan hidup manusia, atau untuk pengobatan karena penyakit yang menyebabkan kematian.

Esensial adalah perbekalan yang banyak diminta untuk digunakan dalam tindakan atau pengobatan penyakit terbanyak yang ada dalam suatu daerah atau

rumah sakit. Kelompok non esensial adalah perbekalan pelengkap agar tindakan atau pengobatan menjadi lebih baik.

4. Analisis PARETO/ABC

Analisis PARETO atau ABC, disusun atas penggolongan persediaan yang memiliki nilai atau harga yang paling banyak. Kelompok A adalah perbekalan yang menyita sampai 80% pengeluaran apotek, kelompok B menyita 15%, dan kelompok C 5%.

Analisis ini memerlukan perhitungan matematika sederhana dan penyusunan berdasarkan persentase harga atau biaya yang harus dibayar untuk satu item yang dibeli atau dipakai dengan urutan nilai tersebut dapat diperoleh kontribusi tertentu terhadap total anggaran atau harga perbekalan.

Tahapan yang dilakukan adalah :

- Menyusun daftar item yang ada dan berisikan informasi: nama, persediaan dan identitas, jumlah unit, harga per unit, dan jumlah harga.
- Menyusun urutan semua item dengan menetapkan item yang mempunyai harga terbesar pada urutan pertama dan seterusnya, kemudian menjumlahkan nilai rupiah dari seluruh item menjadi jumlah total.
- Menghitung persentase dari jumlah harga setiap item terhadap jumlah total.

- Menjumlahkan persentase dari item pertama dengan kedua dan seterusnya secara kumulatif, sampai ditemukan jumlah total seluruhnya 100%.
- Member tanda item yang masuk kategori:
 - Kategori A, yaitu item yang mempunyai nilai persentase kumulatif sampai dengan 70%
 - Kategori B, yaitu yang mempunyai nilai persentase kumulatif 71-90%
 - Kategori C, yaitu nilai persentase kumulatif 91-100%

5. Analisis VEN ABC

Analisis ini menggabungkan kedua kelompok di atas dalam satu matriks sehingga analisis menjadi lebih tajam. Matriks dapat dibuat sebagai berikut:

Tabel 2.1

Matriks Analisis VEN ABC

	V	E	N
A	VA	EA	NA
B	VB	EB	NB
C	VC	EC	NC

Keterangan matriks:

VA : merupakan obat yang harus selalu tersedia di rumah sakit (obat-obat life saving) dan menyerap banyak anggaran

EA : merupakan obat yang paling banyak diminta untuk pelayanan dan menyerap banyak anggaran

NA : merupakan obat yang tergolong pelengkap untuk tindakan dan menyerap banyak anggaran.

VB : merupakan obat yang harus tersedia di rumah sakit dan menyita 15% pengeluaran apotek

EB : merupakan obat yang paling banyak diminta untuk pelayanan dan menyita setidaknya 15% dari pengeluaran apotek

NB : merupakan obat yang tergolong pelengkap tindakan dan menyita 15% dari pengeluaran apotek.

VC : merupakan obat yang harus tersedia di rumah sakit namun hanya menyerap sedikit anggaran.

EC : merupakan obat yang paling banyak diminta untuk pelayanan namun sedikit menyita anggaran.

BC : merupakan obat yang tergolong sebagai pelengkap tindakan dan menyita sedikit anggaran.

Jenis barang yang bersifat vital (VA, VB, VC) merupakan pilihan utama untuk dibeli atau memerlukan perhatian khusus. Sebaliknya barang yang non esensial tetapi menyerap anggaran banyak (NA) dijadikan prioritas untuk dikeluarkan dari daftar belanja.

Setelah melakukan pemesanan barang, tahap selanjutnya yang dilakukan adalah penerimaan barang. Adapun hal yang harus dilakukan saat menerima barang adalah (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*):

- Pemeriksaan fisik obat
 - Spesifikasi
 - Jumlah
- } → apakah sesuai dengan dokumen

Sedangkan sistem pencatatan yang biasa dilakukan dalam proses penerimaan meliputi (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*):

- Tanggal penerimaan
- Nama supplier
- Jumlah barang yang diterima
- Expire Date (bila ada)
- Harga beli

c. Proses Distribusi Obat-obatan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit distribusi obat-obatan merupakan kegiatan mendistribusikan perbekalan

farmasi di rumah sakit untuk pelayanan individu dalam proses terapi bagi pasien rawat inap dan rawat jalan serta menunjang pelayanan medis.

Dalam distribusi obat perlu diperhatikan beberapa hal berikut ini (Sirait, 2001):

- Ketepatan waktu obat sampai di tangan si pasien yang membutuhkan
- Syarat-syarat penyimpanan obat
- Cara pengangkutan obat yang terbaik
- Mekanisme monitoring persediaan.

Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan:

- Efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada
- Metode sentralisasi atau desentralisasi
- Sistem *floor stock*, resep individu, dispensing dosis unit atau kombinasi.

Dalam proses pendistribusian ada dua kegiatan yang harus diperhatikan agar tidak terjadi masalah dikemudian hari yaitu:

- **Metode yang digunakan.** Ada dua metode pendistribusian yang biasa digunakan rumah sakit yaitu sentralisasi dan desentralisasi (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

a) Sentralisasi

Metode ini merupakan pendistribusian langsung obat-obatan dari gudang farmasi ke ruang rawat/apotek. Sentralisasi ini cocok untuk rumah

sakit/unit kerja yang berskala kecil dimana jumlah dan jenis barang tidak terlalu banyak, lokasi pengguna barang tidak jauh dari gudang.

b) Desentralisasi

Metode ini merupakan pendistribusian obat-obatan dari gudang farmasi ke ruang rawat melalui depo-depo yang tersedia di ruang rawat tersebut. Desentralisasi ini cocok unit rumah sakit/unit kerja berskala besar dimana lokasi pengguna barang jauh dari gudang utama, jumlah pengguna barang banyak serta jumlah dan jenis barang sangat banyak.

- **Sistem yang dipakai.** Sistem distribusi yang biasa dipakai untuk pasien rawat inap antara lain sistem distribusi obat resep individual sentralisasi, sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang, sistem distribusi obat kombinasi resep individual dan persediaan di ruang, sistem distribusi obat dosis unit.

a) Sistem distribusi obat resep individual sentralisasi

Merupakan tatanan kegiatan penghantaran sediaan obat oleh IFRS sentral sesuai dengan yang ditulis pada resep/order atas nama penderita rawat tinggal (PRT) tertentu melalui perawat ke ruangan penderita tersebut.

Keuntungan sistem distribusi obat resep individual, yaitu:

- Semua resep/order dikaji langsung oleh apoteker, yang juga dapat member keterangan atau informasi kepada perawat berkaitan dengan obat penderita.
- Member kesempatan interaksi professional antara apoteker-dokter-perawat-penderita
- Memungkinkan pengendalian yang lebih dekat atas perbekalan.
- Mempermudah penagihan biaya obat penderita.

Keterbatasan sistem distribusi ini, yaitu:

- Kemungkinan keterlambatan sediaan obat sampai pada penderita
- Jumlah kebutuhan personel di IFRS meningkat.
- Memerlukan jumlah perawat dan waktu yang lebih banyak untuk menyiapkan obat di ruang pada waktu konsumsi obat.
- Terjadinya kesalahan obat karena kurang pemeriksaan pada waktu menyiapkan konsumsi.

b) Sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang

Semua obat yang dibutuhkan penderita tersedia dalam ruang penyimpanan obat di ruang tersebut, kecuali obat yang jarang digunakan atau obat yang mahal. Persediaan obat di ruang dipasok oleh IFRS. Biasanya, sekali seminggu personel IFRS memeriksa persediaan obat di ruang, lalu menambah obat yang persediaannya sudah sampai tanda batas pengisian kembali.

Keuntungan sistem ini adalah:

- Obat yang diperlukan segera tersedia bagi penderita.
- Peniadaan pengembalian obat yang tidak terpakai ke IFRS.
- Pengurangan penyalinan kembali order obat.
- Pengurangan jumlah personel IFRS yang diperlukan.

Keterbatasan dari sistem distribusi ini adalah:

- Kesalahan obat sangat meningkat karena order obat tidak dikaji oleh apoteker. Di samping itu, penyiapan obat dan konsumsi obat dilakukan oleh perawat sendiri, tidak ada pemeriksaan ganda.
- Persediaan obat di unit perawat meningkat, dengan fasilitas ruangan yang sangat terbatas. Pengendalian persediaan mutu, kurang diperhatikan oleh perawat.
- Kebocoran obat meningkat.
- Meningkatnya bahaya karena kerusakan obat.
- Penambahan modal investasi, untuk menyediakan fasilitas penyimpanan obat yang sesuai di setiap daerah perawatan penderita.
- Diperlukan waktu tambahan bagi perawat untuk menangani obat.
- Meningkatnya kerugian karena kerusakan obat.

c) Sistem distribusi obat kombinasi resep individual dan persediaan di ruang

Jenis dan jumlah obat yang tersedia diruangan ditetapkan oleh Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) dengan masukan dari IFRS dan dari pelayanan keperawatan. Sistem kombinasi biasanya diadakan untuk mengurangi beban kerja IFRS. Obat yang disediakan diruangan adalah obat yang diperlukan oleh banyak penderita, setiap hari diperlukan, dan biasanya adalah obat yang harganya relatif murah, mencakup obat resep atau obat bebas.

Keuntungan sistem ini antara lain:

- Semua resep/order individual dikaji langsung oleh apoteker.
- Adanya kesempatan berinteraksi professional antara apoteker-dokter-perawat-penderita.
- Obat yang diperlukan dapat segera tersedia bagi penderita (obat persediaan di ruang).
- Beban IFRS dapat berkurang.

Adapun keterbatasan dari sistem distribusi ini adalah:

- Kemungkinan keterlambatan sediaan obat sampai kepada penderita (obat resep individual)
- Kesalahan obat dapat terjadi (obat dari persediaan di ruang).

d) Sistem distribusi obat dosis unit

Sistem ini pada prinsipnya sama seperti sistem individu, instruksi pengobatan tetap dibawa ke tempat pelayanan farmasi untuk disediakan oleh instalasi farmasi. Akan tetapi instruksi pengobatan ini tidak seluruhnya disiapkan seperti halnya pada resep individu, umumnya yang disiapkan hanya untuk kebutuhan 24 jam. Pasien hanya membayar obat yang diminum/dipakai. Obat yang disiapkan dimasukkan ke dalam kantong plastik kecil yang warnanya berbeda untuk pemberian pagi, siang, dan malam hari. Obat tersebut diberikan oleh perawat sesuai dengan aturan pakainya (jumlah dan waktu minum obat) (*Modul Kuliah Manajemen Logistik dan Farmasi DIII FKM UI, 2002*).

Keuntungan sistem ini yaitu:

- Tenaga farmasi dapat mengkaji ulang obat pasien secara lebih baik, karena catatan penggunaan obat didokumentasikan di bagian farmasi.
- Resiko kesalahan penggunaan obat dapat diminimalkan, karena obat disiapkan oleh bagian farmasi per tiap kali pakai.
- Perawat dibebaskan dari beban menyiapkan obat sehingga perawat dapat konsentrasi penuh pada perawatan penderita sehari-hari.
- Pasien hanya membayar obat yang diminumnya saja. Tidak seperti resep individu dimana pasien terpaksa membayar obat secara penuh walaupun obat tersebut dinyatakan dihentikan.

Keterbatasan pada sistem ini adalah:

- Tenaga farmasi yang dibutuhkan lebih banyak.

- Banyak pengeluaran yang dialokasikan untuk Alat Tulis dan Kertas (ATK).

Dalam KepMenKes RI No. 1197/Menkes/SK/X/2004 juga diatur mengenai pendistribusian perbekalan farmasi untuk pasien rawat jalan dan rawat inap, serta perbekalan farmasi di luar jam kerja.

1. Pendistribusian perbekalan farmasi untuk pasien rawat jalan

Merupakan kegiatan pendistribusian perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat jalan di rumah sakit, yang diselenggarakan secara sentralisasi dan atau desentralisasi dengan resep perorangan oleh apotek rumah sakit.

2. Pendistribusian perbekalan farmasi untuk pasien rawat inap

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

3. Pendistribusian perbekalan farmasi di luar jam kerja

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

- Apotek rumah sakit/satelit farmasi yang dibuka 24 jam.
- Ruang rawat yang menyediakan perbekalan farmasi emergensi.

d. Proses Penggunaan Obat-obatan

Pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat-obatan adalah pendekatan professional yang bertanggung jawab dalam menjamin penggunaan obat sesuai dengan indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien melalui penerapan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, dan perilaku apoteker serta bekerja sama dengan pasien dan profesi kesehatan lainnya (*KepMenKes RI No. 1197/Menkes/SK/X/2004*).

Tujuan proses penggunaan obat:

- Meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan farmasi di rumah sakit.
- Memberikan pelayanan farmasi yang dapat menjamin efektifitas, keamanan, dan efisiensi penggunaan obat.
- Meningkatkan kerjasama dengan pasien dan profesi kesehatan lain yang terkait dengan pelayanan farmasi.
- Melaksanakan kebijakan obat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan penggunaan obat secara rasional.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam proses penggunaan obat-obatan yang dilaksanakan oleh instalasi farmasi menurut *KepMenKes RI No. 1197/Menkes/SK/X/2004* adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Resep

Kegiatan dalam pelayanan kefarmasian yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan kefarmasian, dan persyaratan klinis baik bagi pasien rawat inap dan rawat jalan.

a. Persyaratan administrasi meliputi:

- Nama, umur, jenis kelamin, dan berat badan pasien
- Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter
- Tanggal resep
- Ruangan/unit asal resep

b. Persyaratan farmasi meliputi:

- Bentuk dan kekuatan sediaan
- Dosis dan ketersediaan
- Aturan, cara dan teknik penggunaan

c. Persyaratan klinis meliputi:

- Ketepatan indikasi, dosis, dan waktu penggunaan obat
- Duplikasi pengobatan
- Alergi, interaksi dan efek samping obat
- Kontra diksi
- Efek aditif

2. *Dispensing*

Merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap validasi, interpretasi, menyiapkan/meracik obat, memberikan label/etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai.

Tujuan dari kegiatan dispensing ini adalah:

- Mendapatkan dosis yang tepat dan aman

- Menyediakan nutrisi bagi penderita yang tidak dapat menerima makanan secara oral maupun emperal
- Menyediakan obat kanker secara efektif, efisien dan bermutu
- Menurunkan total biaya obat.

Menurut Siregar (2003), *dispensing* adalah proses yang menyangkut berbagai kegiatan, yang dilakukan oleh seorang apoteker, mulai dari penerimaan resep/order atau permintaan obat bebas bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan dengan memastikan penyerahan obat yang tepat pada penderita tersebut serta kemampuannya mengonsumsi sendiri dengan baik.

Berbagai kegiatan dalam proses *dispensing* mencakup, menerima dan memvalidasi order/resep dokter; mengerti, dan menginterpretasikan maksud dokter dalam resep/order obat; solusi masalah jika terdapat dalam resep/order bersama dokter penulis resep/order; mengisi p-3; menyediakan/meracik dengan teliti; memberi wadah dan etiket dengan benar; merekam semua tindakan, mendistribusikan obat kepada penderita rawat inap ataupun rawat jalan, disertai dengan nasehat atau informasi yang diperlukan penderita dan perawat (Siregar, 2003).

Praktek *dispensing* yang baik adalah suatu proses praktik yang memastikan bahwa suatu bentuk yang efektif dari obat yang benar dihantarkan kepada penderita yang benar, dalam dosis dan kuantitas yang tertulis, dengan instruksi yang jelas, dan dalam suatu kemasan yang memelihara potensi obat. *Dispensing* termasuk semua kegiatan yang terjadi waktu resep/order diterima dan obat atau suplai lain yang ditulis disampaikan kepada pasien (Siregar, 2003).

Peralatan dispensing yang digunakan untuk meracik, seperti lumpang serta alu, gelas takar, timbangan serta anak timbangan, sendok obat, spatula, alat penghitung tablet atau kapsul, papan alas pembungkus sediaan serbuk, semua harus bersih dan kering, sebelum digunakan untuk setiap peracikan produk yang berbeda dan pada akhir kerja. Timbangan harus ditera (kalibrasi) sesuai dengan aturan pemerintah (Siregar, 2003).

3. Pemantauan Dan Pelaporan Efek Samping

Merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, dan terapi.

Tujuan dari kegiatan ini adalah:

- Menemukan ESO (efek samping obat) sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal, frekuensinya jarang.
- Menentukan frekuensi dan insiden efek samping obat yang sudah dikenal sekali, yang baru saja ditemukan.
- Mengenal semua faktor yang mungkin dapat menimbulkan/mempengaruhi timbulnya efek samping obat atau mempengaruhi angka kejadian dan hebatnya efek samping obat.

4. Pelayanan Informasi Obat

Merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, tidak bias, dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien.

Tujuan dari pelayanan informasi obat ini diantaranya:

- Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan dilingkungan rumah sakit.
- Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan-kebijakan yang berhubungan dengan obat, terutama bagi Panitia/Komite Farmasi Dan Terapi
- Meningkatkan profesionalisme apoteker
- Menunjang terapi obat yang rasional

5. Konseling

Merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan pengambilan dan penggunaan obat pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.

Tujuan kegiatan konseling ini adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan mengenai nama obat, tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara menggunakan obat, lama penggunaan obat, efek samping obat, tanda-tanda toksisitas, cara penyimpanan obat dan penggunaan obat-obat lain.

6. Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah

Melakukan pemeriksaan kadar beberapa obat tertentu atas permintaan dari dokter yang merawat karena indeks terapi yang sempit.

Tujuannya untuk mengetahui kadar obat dalam darah, serta memberikan rekomendasi kepada dokter yang merawat.

7. Ronde/Visit Pasien

Merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap bersama tim dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Tujuan dari ronde/visit pasien ini adalah:

- Pemilihan obat
- Menerapkan secara langsung pengetahuan farmakologi terapeutik
- Menilai kemajuan pasien
- Bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain

8. Pengkajian Penggunaan Obat

Merupakan program evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat-obat yang digunakan sesuai dengan indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien.

Tujuan pengkajian penggunaan obat antara lain untuk:

- Mendapatkan gambaran keadaan saat ini atas pola penggunaan obat pada pelayanan kesehatan/dokter tertentu.
- Membandingkan pola penggunaan obat pada pelayanan kesehatan/dokter satu dengan yang lain.
- Penilaian berkala atas penggunaan obat spesifik
- Menilai pengaruh intervensi atas pola penggunaan obat.

2.4. Indikator Penilaian Pelayanan Rumah Sakit

Menurut modul kuliah Pola dan Ragam Pelayanan Rumah Sakit, 2005, untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi yaitu:

- Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan
- Mutu pelayanan
- Tingkat efisiensi pelayanan

Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, diperlukan berbagai indikator. Selain itu informasi yang ada dapat bermakna harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang diinginkan.

Terdapat banyak sekali indikator yang dipakai untuk menilai suatu rumah sakit, yang sering dipergunakan diantaranya adalah:

2.4.1 BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Yaitu prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit.

Rumus: $\frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah TT} \times \text{jumlah hari dalam satuan waktu}} \times 100\%$

Jumlah TT x jumlah hari dalam satuan waktu

Nilai parameter dari BOR ini idealnya antara 60-85%.

2.4.2 Av LOS (*Average Length of Stay*)

Yaitu rata-rata lama rawatan seorang pasien. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan *tracer* (yang perlu pengamatan lebih lanjut).

Rumus: $\frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$

Secara umum LOS yang ideal antara 6-9 hari.

2.4.3 BTO (*Bed Turn Over*)

Yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya satu tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat tidur.

Rumus:
$$\frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Idelanya selama satu tahun, 1 tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

2.4.4 TOI (*Turn Over Interval*)

Yaitu rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada penggunaan tempat tidur.

Rumus:
$$\frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari}) - \text{hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Idelnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari.

2.5. Faktor-Faktor Yang Diteliti

Beberapa ahli menyatakan bahwa tidak dapat disangkal bahwa keberhasilan organisasi mencapai tujuan dan sasarannya sangat tergantung pada faktor-faktor sebagai berikut (*mustika, 2006*):

2.5.1 SDM/Tenaga

Azwar, 1996, menjelaskan bahwa untuk dapat menyelenggarakan kesehatan yang bermutu dibutuhkan jenis, jumlah, dan kualifikasi dari tenaga kesehatan.

Tersedianya tenaga operasional yang matang secara teknis dan mempunyai keterampilan yang sesuai dengan berbagai tuntutan tugas yang harus diselenggarakan dapat mendorong organisasi mencapai tujuan.

Namun betapapun besarnya bakat dan kemampuan seseorang, kemampuan itu tetap terbatas sifatnya. Jika seseorang ditempatkan pada posisi yang melebihi pagu kemampuannya dapat dipastikan yang bersangkutan tidak lagi akan efektif dan produktif, hal ini jika dipaksakan juga bukan hanya akan menyebabkan petugas frustrasi, akan tetapi organisasi yang bersangkutan pun turut dirugikan (*mustika, 2006*).

2.5.2 Anggaran/biaya

Dalam melaksanakan suatu program kesehatan diperlukan biaya yang cukup agar program tersebut dapat berjalan lancar dengan hasil yang optimal.

Menurut Siagian, 1988, tersedianya anggaran yang memadai untuk pembiayaan berbagai kegiatan yang telah ditetapkan untuk diselenggarakan dapat menunjang keberhasilan organisasi mencapai tujuan.

Sedangkan menurut Azwar (1996) menyebutkan bahwa syarat utama dari biaya kesehatan adalah harus tersedia dalam jumlah yang cukup, dalam arti dapat

mempunyai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang membutuhkannya (*mustika, 2006*).

2.5.3 Metoda

Perlu kejelasan tentang teknik-teknik pelaksanaan tugas untuk dijadikan pegangan oleh para pelaksana kegiatan operasionalnya. Kejelasan demikian akan menghindarkan para petugas dari kesalahan-kesalahan yang pada gilirannya akan meningkatkan produktifitas kerja dan tidak terjadi pemborosan, demikianlah yang diungkapkan oleh Azwar seperti yang dikutip oleh mustika (2006).

Siagian (1988) mengatakan bahwa untuk kepentingan operasional suatu produksi diperlukan kejelasan tentang teknik-teknik pelaksanaan tugas yang dapat dijadikan pegangan oleh para pelaksana kegiatan agar menghindarkan pelaksanaan dari kesalahan-kesalahan (*mustika, 2006*).

Selain itu, menurut Sutarto, 2000, dengan adanya suatu buku pedoman pelaksanaan dapat digunakan sebagai pegangan dalam melakukan pekerjaan dengan tepat, sehingga dapat dihindarkan timbulnya keraguan dan kesalahpahaman dalam melaksanakan pekerjaan (*mustika, 2006*).

2.5.4 Prosedur

Prosedur secara formal didefinisikan sebagai suatu jalan/cara tertentu untuk menyelesaikan sesuatu atau tindakan atau suatu rangkaian tahap yang harus diikuti dalam suatu urutan yang pasti dan tetap. Suatu prosedur adalah suatu pernyataan

“bagaimana”. Prosedur memberikan suatu penjelasan dari cara atau metode pelaksanaan kebijakan. Dengan cara langkah demi langkah, prosedur menguraikan tugas melalui siklus yang lengkap dengan menetapkan tanggung jawab untuk tiap fungsi pada personel tertentu (*Siregar, 2003*).

Prosedur dibuat untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

- Apa yang harus dilakukan
- Apa maksudnya
- Bila harus dilakukan
- Dimana harus dilakukan
- Siapa harus melakukan
- Bagaimana harus melakukan

2.5.5 Sarana kerja

Siagian mengatakan tersedianya sarana kerja yang memadai dapat meningkatkan dedikasi, kemampuan kerja, keterampilan dan niat yang besar untuk mewujudkan prestasi kerja yang tinggi. Tersedianya sarana dan prasarana kerja yang jenis, jumlah dan mutunya sesuai dengan kebutuhan dapat juga mendorong keberhasilan organisasi mencapai tujuan (*mustika, 2006*).

Sedangkan menurut Azwar (1996) mengemukakan bahwa apabila kualitas dan kuantitas dari tenaga dan sarana kesehatan sesuai dengan standar dan kebutuhan maka akan didapatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik (*mustika, 2006*).

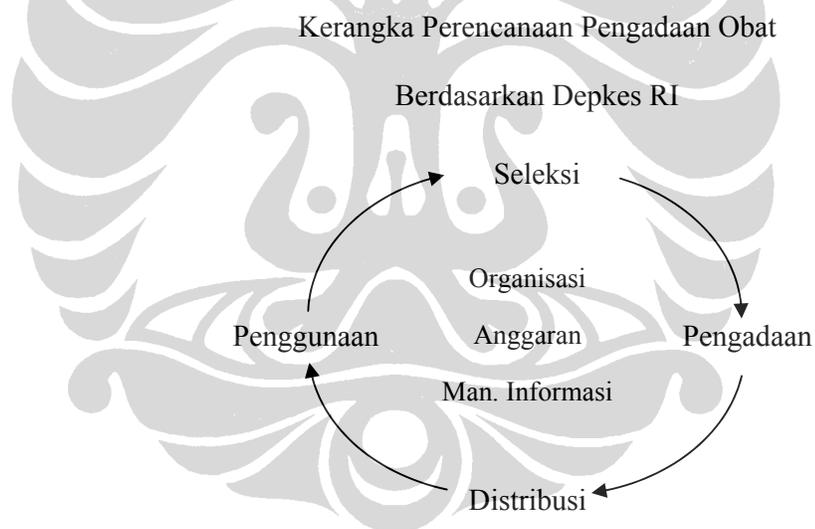
BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Perencanaan logistik yang baik dapat menyediakan sesuatu barang/bahan sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan. Adapun alur perencanaan pengadaan logistik farmasi berdasarkan perencanaan dan pengadaan obat oleh Depkes RI tahun 2003 (*Suhermawan, 2004*) digambarkan sebagai berikut

Gambar 3.1.



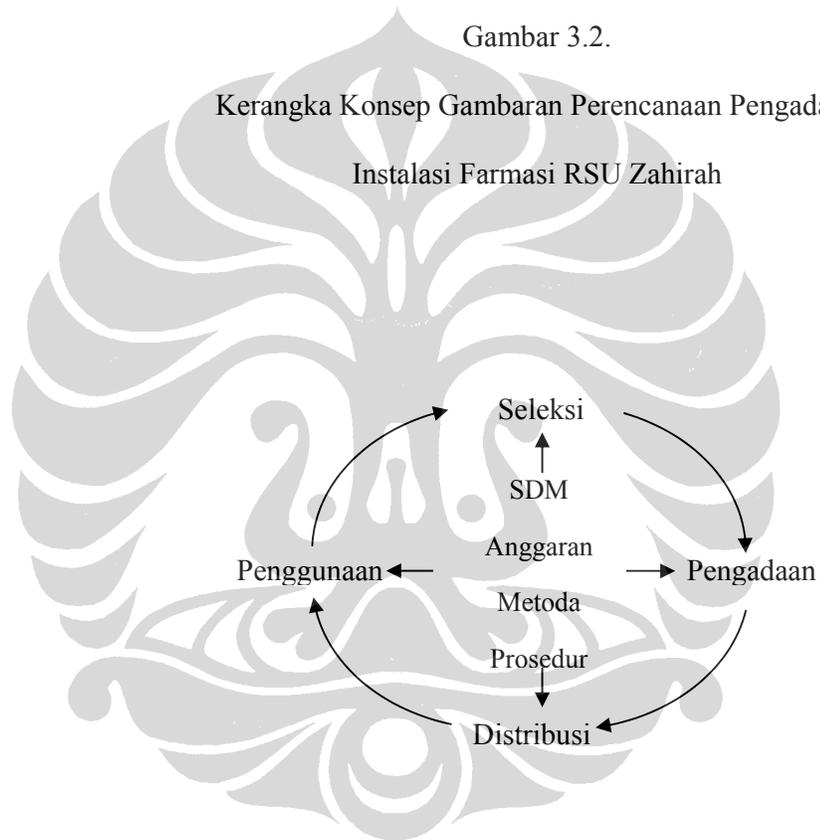
Sedangkan menurut John Warman, dalam proses perencanaan masalah waktu, sasaran, dan pelimpahan tugas harus dipertimbangkan. Sumber daya berupa tenaga, uang, ruang, alat, bahan dan sebagainya harus dilihat, serta penggunaannya yang cocok dengan rencana, agar tenaga yang dikeluarkan nanti dapat mencapai hasil yang maksimal (*Warman, 2004*).

3.2. Kerangka Konsep

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi suatu perencanaan pengadaan, kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini gabungan dari perencanaan pengadaan Depkes RI dan John Warman. Untuk lebih jelasnya, terlihat pada gambar berikut ini

Gambar 3.2.

Kerangka Konsep Gambaran Perencanaan Pengadaan
Instalasi Farmasi RSUD Zahirah



3.3. Definisi Operasional

1. Seleksi adalah proses penentuan/penetapan pemasok dari beberapa alternatif yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan untuk bekerja sama dalam pengadaan di instalasi farmasi.

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan observasi data sekunder

2. Pengadaan adalah suatu kegiatan untuk memenuhi kebutuhan operasional yang disesuaikan dengan *planning, request* dan *budgeting* (*modul kuliah, 2002*).

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan observasi data sekunder

3. Distribusi adalah kegiatan penyaluran obat-obatan dari tempat penyimpanan ke tempat pengolahan obat-obatan.

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen

Alat Ukur : Pedoman wawancara, observasi data sekunder

4. Penggunaan adalah kegiatan memaksimalkan pemanfaatan dari suatu obat.

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan observasi data sekunder.

5. SDM adalah orang-orang yang terlibat dalam proses perencanaan pengadaan obat-obatan.

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan observasi data sekunder.

6. Anggaran adalah sejumlah uang yang dialokasikan untuk melakukan kegiatan operasional di instalasi farmasi

Cara Ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara dan observasi data sekunder.

7. Metoda adalah tata cara yang digunakan dalam setiap aktifitas di instalasi farmasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Cara ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen

Alat ukur : pedoman wawancara, dan observasi.

8. Prosedur adalah langkah-langkah yang harus dilalui dalam suatu proses kegiatan sebagai tolok ukur .

Cara ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara, dan observasi data sekunder.

9. Sarana kerja adalah fasilitas/peralatan yang dapat mendukung kerja di instalasi farmasi.

Cara ukur : Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Alat Ukur : Pedoman wawancara, dan observasi.