

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah sakit

Menurut Aditama (2003), rumah sakit adalah institusi atau fasilitas yang menyediakan pelayanan pasien rawat inap dan beberapa pelayanan lainnya. Pada SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 menerangkan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan sub spesialistik. Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Selain itu, terdapat beberapa pengertian lain dari rumah sakit, yaitu:

1. Bagian menyeluruh (integral) dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan kesehatan paripurna (lengkap), kuratif (bersifat menyembuhkan), dan preventif (pencegahan) kepada segenap lapisan masyarakat dan pelayanan rawat jalan yang diberikannya menjangkau keluarga di rumah. (World Health Organisation, 1957)
2. Suatu bentuk pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan dasar atau upaya kesehatan penunjang dengan tetap memperhatikan sosial, serta dapat juga dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan penelitian ilmu teknologi di bidang kesehatan. (Departemen Kesehatan, 1989).

Pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang rumah sakit Nomor: 159b/Menkes/Per/II/1988 dalam ketentuan umum pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 983/Menkes/SK.XI/1992, tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan rujukan. (www.informasi-obat.com).

Fungsi rumah sakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 159b/Menkes/Per/II/1988 tentang rumah sakit dalam Bab II Pasal 9, menyatakan bahwa rumah sakit memiliki berbagai fungsi antara lain:

1. Menyediakan dan menyelenggarakan:
 - a. Pelayanan medik
 - b. Pelayanan penunjang medik
 - c. Pelayanan keperawatan
 - d. Pelayanan rehabilitasi
 - e. Pencegahan dan peningkatan kesehatan
2. Sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan tenaga medik dan paramedik.
3. Sebagai tempat pelatihan dan pengembangab ilmu dan tekhnologi bidang kesehatan.

Peraturan Menkes No.031/Berhub/1972 penggolongan rumah sakit meliputi penggolongan berdasarkan bentuk layanan kesehatan dan kemampuan pelayanan berdasarkan bentuk pelayanannya rumah sakit umum (RSU) dan rumah sakit khusus. Sedangkan berdasarkan kemampuan pelayanannya terdiri dari :

1. Rumah Sakit Kelas A, dengan fasilitas pelayanan spesialis luas, sub spesialis terdiri dari 1000 - 1500 tempat tidur, membantu penelitian, pengembangan kesehatan dalam semua cabang medis spesialis dan rujukan regional dan nasional.
2. Rumah Sakit Kelas B, dengan fasilitas pelayanan spesialis luas, membantu pendidikan tenaga medis, penelitian rujukan dan terdiri dari 400 - 1000 tempat tidur.
3. Rumah Sakit Kelas C, yaitu rumah sakit yang mempunyai spesialis bedah, penyakit dalam, kandungan dan anak, terdiri dari 100 - 400 tempat tidur.
4. Rumah Sakit Kelas D, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan yang bersifat umum tanpa spesialis dan jumlah tempat tidur 25 - 100 tempat tidur.
5. Rumah Sakit Kelas E, yaitu rumah sakit khusus terhadap penyakit tertentu seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit jantung dan rumah sakit paru.

B. Manajemen Logistik

1. Definisi Manajemen Logistik

Menurut Subagya (1990) dalam FKMUI (2002) logistik adalah ilmu pengetahuan dan atau seni serta proses mengenai perencanaan dan penentuan, pengadaan, penyimpanan, penyaluran, dan pemeliharaan serta penghapusan material/alat-alat.

Definisi manajemen logistik menurut Bowersox (1986) adalah pemindahan dan penyimpanan barang, suku cadang, dan barang jadi dari pemasok diantara fasilitas kepada langganan.

Pengertian manajemen logistik menurut FKMUI (2002) manajemen logistik farmasi adalah serentetan kegiatan/tindakan yang rasional untuk mencapai sasaran dengan memanfaatkan SDM (Sumber Daya Manusia) dan sumber daya lainnya secara optimal dan efisien.

Ada lima komponen yang penting dalam membentuk sistem logistik, yaitu:

- a. Struktur Lokasi Fasilitas
- b. Transportasi
- c. Persediaan (*Inventory*)
- d. Komunikasi
- e. Penanganan (*Handling*)
- f. Penyimpanan (*Storage*)

Menurut bidang pemanfaatannya, barang dan bahan yang harus disediakan di rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi: prsediaan farmasi, persediaan makanan, persediaan logistik umum dan teknik. Sebagai ilustrasi disampaikan persediaan logistik farmasi. Biaya rutin terbesar di rumah sakit pada umumnya terdapat pada pengadaan persediaan farmasi, yang meliputi Aditama (2002) :

- a. Persediaan obat, mencakup: obat-obatan esensial, non esensial, obat-obatan yang cepat, lama terpakai.

- b. Persediaan bahan kimia, mencakup: persediaan untuk kegiatan operasional laboratorium dan produksi farmasi intern, serta kegiatan non medis.
- c. Persediaan gas medis, kegiatan pelayanan bagi pasien dikamar bedah, ICU atau ICCU membutuhkan beberapa jenis gas medis.
- d. Peralatan Kesehatan, berbagai peralatan yang dibutuhkan bagi kegiatan perawatan meupun kedokteran yang dapat dikelompokan sebagai barang habis pakai serta barang tahan lama atau peralatan elektronik dan non elektronik.

2. Tujuan Manajemen Logistik

Tujuan logistik adalah menyampaikan barang jadi dan bermacam-macam material dalam jumlah yang tepat pada waktu dibutuhkan, dalam keadaan yang tepat di pakai, ke lokasi dimana dibuthuhkan, dan dengan total biaya yang terendah. Aditama, (2002).

Tujuan manajemen logistik menurut Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1990):

a. Tujuan Operasional

Agar tersedia barang atau material dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang memadai pada waktu dibutuhkan..

b. Tujuan Keuangan

Agar tujuan operasional tercapai dengan biaya total yang terendah.

c. Tujuan Keutuhan

Agar persediaan tidak terganggu oleh pencurian, kerusakan, pemborosan, penggunaan tanpa hak dan nilai persediaan yang dinyatakan dengan benar pada buku-buku bagian keuangan/akuntansi.

Tujuan manajemen logistik menurut Tjandra Yoga Aditama (1999) dalam bukunya *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Tujuan Manajemen Logistik dapat diuraikan dalam 3 tujuan:

a. Tujuan Operasional

Adalah agar tersedianya barang serta bahan dalam jumlah yang tepat dan mutu yang memadai.

b. Tujuan Keuangan

Meliputi pengertian bahwa upaya tujuan operasional dapat terlaksana dengan biaya yang serendah-rendahnya.

c. Tujuan Pengamanan

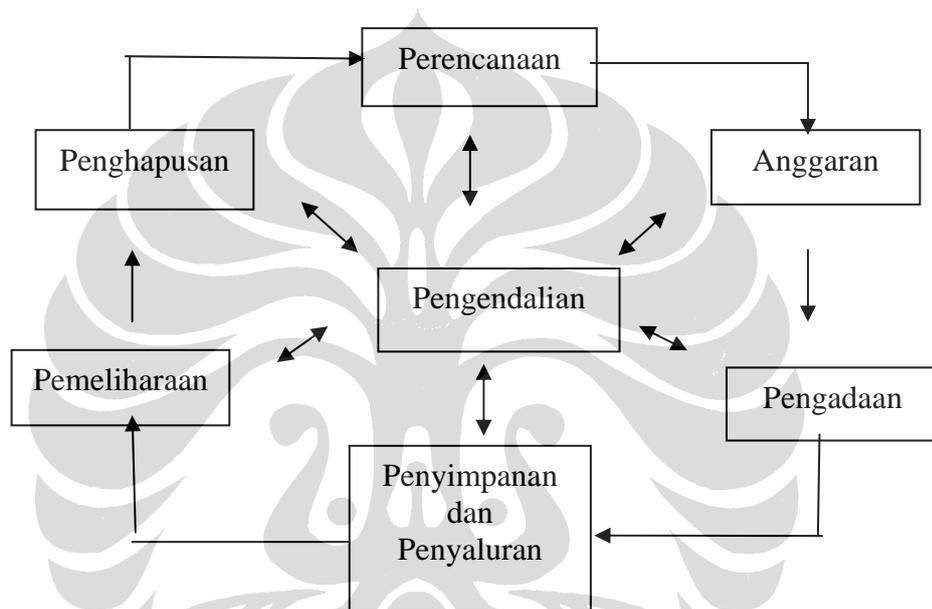
Agar persediaan tidak terganggu oleh kerusakan, pemborosan, penggunaan tanpa hak, pencurian, dan penyusutan yang tidak wajar lainnya, serta nilai persediaan yang sesungguhnya dapat tercermin di dalam sistem akuntansi.

3. Fungsi Manajemen Logistik

Proses Manajemen Farmasi (Subagya, 1994 dalam modul FKM UI)

Gambar 2.1

Alur Proses Manajemen Logistik



Berdasarkan gambar diatas maka dapat kita uraikan manajemen logistik menurut Subagya (1994) dalam modul manajemen logistik FKM UI. manajemen logistik merupakan suatu proses yang terdiri dari :

a. Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan mencakup aktivitas dalam menetapkan sasaran, pedoman, pengukuran, penyelenggaraan bidang logistik. Menentukan kebutuhan, perincian, memperhitungkan semua faktor yang mempengaruhi penentuan kebutuhan. Perencanaan merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari

kekosongan obat dengan menggunakan metode dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

b. Fungsi Penganggaran

Fungsi penganggaran terdiri dari kegiatan-kegiatan dan usaha-usaha untuk merumuskan perincian penentuan kebutuhan dalam suatu skala standar, yakni skala mata uang dan jumlah biaya dengan memperhatikan pengarahannya dan pembatasan yang berlaku.

c. Fungsi Pengadaan

Fungsi pengadaan merupakan usaha-usaha dan kegiatan-kegiatan untuk memenuhi kebutuhan operasional yang telah digariskan sesuai perencanaan, permintaan, dan penganggaran.

d. Fungsi Penyimpanan dan Penyaluran

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

e. Fungsi Pemeliharaan

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

f. Fungsi Penghapusan

Fungsi penghapusan yaitu berupa kegiatan dan usaha-usaha pembebasan barang dari pertanggung jawaban yang berlaku dengan

perkataan lain, fungsi penghapusan adalah usaha untuk menghapus kekayaan (*assets*) karena kerusakan yang tidak dapat diperbaiki lagi, dinyatakan sudah tua dari segi ekonomis maupun teknis, kelebihan, hilang, susut dan karena hal-hal ini menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

g. Fungsi Pengendalian

Fungsi ini merupakan fungsi inti dari pengelolaan perlengkapan yang meliputi usaha untuk memonitor dan mengamankan keseluruhan pengelolaan logistik. Dalam fungsi ini diantaranya terdapat kegiatan pengendalian inventarisasi (*inventory control*) dan *Expediting* yang merupakan unsur-unsur utamanya.

C. Perencanaan Logistik

Fungsi perencanaan dan penentuan kebutuhan. Fungsi perencanaan mencakup aktivitas dalam menetapkan sasaran-sasaran, pedoman pengukuran penyelenggaraan bidang logistik. Penentuan kebutuhan merupakan perincian (*detailing*) dari fungsi perencanaan, bilamana perlu semua faktor yang mempengaruhi penentuan kebutuhan harus dipehitungkan kembali. Aditama (2002).

Menurut Tjandra Yoga Aditama (1999) dalam *bukunya Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Perencanaan pengadaan barang logistic harus sedemikian rupa sehingga akan siap tersedia pada saat dibutuhkan, akan tetapi tidak tertumpuk terlalu banyak. Ini berarti harus ada perencanaan yang baik dalam menentukan kebutuhan, baik mengenai saatnya maupun jumlah sesuatu barang atau bahan yang diperlukan harus tersedia (*Just in Time Inventory*). Barang yang sudah ada dalam

persediaan harus dijaga agar tetap baik mutunya maupu kecukupan jumlahnya, serta keamanan penyimpananya. Untuk itu juga diperlukan suatu perencanaan dan pengaturan yang baik untuk memberikan tempat yang sesuai bagi setiap barang atau bahan yang disimpan baik dari segi pemeliharanya. Selanjutnya jalur pendistribusiannya harus jelas, lengkap dengan tata cara permintaan dan penyerahan barang sehingga terjamin bahwa permintaan akan terlayani tepat pada waktunya dan sampai ke tujuan dengan selamat.

Perencanaan persediaan bertujuan untuk menyiapkan segala kebutuhan yang dibutuhkan dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Perencanaan untuk memenuhi kebutuhan yang akan datang terkadang dihadapkan kepada hal-hal atau masalah yang tidak pasti (Subagya,1994). Perencanaan yang baik harus dapat memperhatikan hal-hal yang tidak diduga tersebut. Sehingga diperlukan adanya pengawasan dan evaluasi terhadap setiap perencanaan yang telah ada.

Menurut Subagya (1994), perencanaan tersebut dibagi ke dalam periode-periode seperti:

- a. perencanaan jangka panjang (long range)
- b. rencana jangka menengah (mid range)
- c. rencana jangka pendek (short range)

Periodisasi dalam suatu perencanaan ini sekaligus merupakan usaha penentu skala prioritas secara menyeluruh, yang akan sangat berguna dalam usaha tindak lanjut yang lebih terperinci.

D. Pengadaan Logistik

Pengadaan adalah 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. Dalam fungsi pengadaan ini dilakukan proses pelaksanaan rencana pengadaan dari fungsi perencanaan dan penentu kebutuhan, serta rencana pembiayaan dari fungsi penganggaran (Subagya, 1994).

Fungsi pengadaan menurut Aditama (2002), fungsi ini merupakan usaha dan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan operasional yang telah di gariskan dalam fungsi perencanaan dan penentuan kepada instansi-instansi pelaksana.

Menurut Subagya dalam Modul Manajemen Logistik FKM UI (2002) cara-cara pengadaan dengan cara pembelian, pembuatan, peminjaman, penyewaan, penukaran, perbaikan dan penghibaan (sumbangan). Pengadaan obat di RS. JPDHK dilakukan dengan cara pembelian langsung dan sistem konsinyasi yang digunakan untuk pengadaan alat kesehatan yang mahal, sistem ini cukup efisien digunakan dalam sistem pengadaan, karena rumah sakit tidak perlu menyediakan biaya yang besar untuk melakukan pembelian, sistem konsinyasi ini dilakukan pembayaran oleh rumah sakit apabila alat kesehatan tersebut sudah digunakan oleh pasien.

E. Pengendalian Persediaan

1. Arti dan Peranan Persediaan

Freddy Rangkuti (1999) dalam bukunya *Manajemen Persediaan, Aplikasi di Bidang Medis* menjelaskan bahwa, persediaan merupakan salah satu unsur yang paling aktif dalam operasi perusahaan yang secara kontinu diperoleh, diubah kemudian dijual kembali. Pada dasarnya persediaan akan

mempermudah atau memperlancar jalannya operasi perusahaan yang harus dilakukan secara berturut-turut untuk memproduksi barang. Selanjutnya menyampaikan kepada langganan atau konsumen.

Persediaan yang diadakan mulai dari bahan baku sampai barang jadi antara lain berguna untuk:

- a. Menghilangkan resiko keterambatan datangnya barang
- b. Menghilangkan resiko barang yang rusak
- c. Mempertahankan stabilitas operasi perusahaan
- d. Mencapai penggunaan mesin yang optimal
- e. Memberi pelayanan yang sebaik-baiknya bagi konsumen

2. Tujuan Pengendalian Persediaan

Tujuan pengendalian persediaan (*inventory control*) adalah menciptakan keseimbangan antara persediaan dan permintaan oleh Karena itu hasil *stock opname* harus seimbang dengan permintaan yang didasarkan atas satu kesatuan waktu tertentu, misalnya satu bulan atau dua bulan atau kurang dari satu tahun (M, Anief, *Manajemen Farmasi*, 1995).

Dalam bukunya tentang manajemen logistik. Donald J. Bowersox menyebutkan bahwa dalam manajemen persediaan terdapat empat fungsi yang berperan yaitu:

- a. Spesialisasi wilayah

Yaitu: fungsi persediaan yang memungkinkan dan periodesaasi wilayah dari inti-inti operasi individual.

b. Decoupling

Yaitu: memberikan efisiensi maksimum pada operasi dalam suatu fasilitas dengan fungsi *decoupling* memungkinkan masing-masing barang atau produk diproduksi dan didistribusikan dalam ukuran-ukuran yang ekonomis (economical lot sizes) dan efisien.

c. Penyeimbang penawaran dan permintaan

Fungsi persediaan penyeimbang adalah untuk menyesuaikan penyediaan suplai dengan permintaan, sehingga di dapatkan penyesuaian jarak waktu antara pembuatan dengan permintaan dalam suatu perencanaan.

d. Persediaan Pengamanan (*safety stock*)

Fungsi persediaan pengamanan atau persediaan penyangga (*buffer stock*) adalah menyangkut perubahan jangka pendek, baik dalam permintaan maupun dalam pengisian kembali (*replenishment*), perencanaan persediaan ini diperlukan untuk menentukan besarnya persediaan, perencanaan yang kurang tepat mengenai persediaan pengamanan ini mengakibatkan banyaknya persediaan yang berlebih.

Menurut Freddy Rangkuti dalam bukunya Manajemen Persediaan, 1996.

tujuan pengawasan persediaan adalah:

- a. Menjaga jangan sampai kehabisan persediaan barang
- b. Supaya pembentukan persediaan stabil
- c. Menghindari pembelian kecil-kecilan
- d. Pemesanana yang ekonomis

3. Jenis Persediaan

Menurut Freddy Rangkuti (1996), jenis-jenis persediaan menurut fungsinya, yaitu:

a. *Batch Stock* atau *Lot Size Inventory*

Merupakan persediaan yang diadakan karena kita membeli atau membuat bahan-bahan atau barang dalam jumlah yang lebih besar dari jumlah yang dibutuhkan saat itu, keuntungannya adalah potongan harga pada harga pembelian, efisiensi produksi dan penghematan angkutan.

b. *Fluctuation Stock*

Merupakan persediaan yang diadakan untuk menghadapi fluktuasi permintaan konsumen yang tidak dapat diramalkan

c. *Anticipation Stock*

Persediaan yang diadakan untuk menghadapi fluktuasi permintaan yang dapat diramalkan, berdasarkan pola musiman yang terdapat dalam satu tahun dan untuk menghadapi penggunaan atau penjualan atau permintaan yang meningkat.

4. Macam-macam Biaya Persediaan

Perhitungan *total cost* yang berhubungan dengan persediaan secara keseluruhan dipengaruhi oleh faktor-faktor pembentuk biaya dari persediaan (Freddy Rangkuti, *manajemen Persediaan*, 1996). Yaitu:

a. *Holding Cost* atau *carrying cost*

Adalah biaya yang timbul karena perusahaan menyimpan persediaan.

b. *Ordering Cost* (biaya pemesanan) atau *set-up cost*

Adalah biaya yang berhubungan dengan pemesanan dan pengadaan bahan.

c. *Stock-out cost* (biaya kekurangan persediaan)

Adalah biaya yang timbul akibat perusahaan kehabisan persediaan.

5. Metode Pengendalian Persediaan

Kegiatan produksi dan pelayanan akan berjalan dengan baik apabila terdapat perencanaan persediaan yang terkendali. Hal ini disebabkan karena bagian terbesar dari anggaran suatu perusahaan merupakan anggaran dalam pembelian bahan baku. Di rumah sakit, anggaran terbesarnya adalah untuk pembelian obat-obatan. Berikut ini akan diuraikan beberapa metode perencanaan, yaitu:

a. *Economic Order Quantity* (EOQ)

Jumlah pemesanan yang ekonomis (*Economic Order Quantity*). Jumlah yang dipesan hendaknya menghasilkan biaya-biaya yang minimal dalam persediaan. Untuk itu dilakukan usaha-usaha untuk memperkecil biaya-biaya pemesanan (*ordering cost*), biaya-biaya penyimpanan (*carrying cost*). (Freddy Rangkuti, *Manajemen Persediaan*, 1996)

b. Persediaan Pengamanan (*Safety Stock*)

Persediaan pengamanan adalah persediaan tambahan yang diadakan untuk melindungi atau menjaga kemungkinan terjadinya kekurangan bahan (*stock outs*). (Freddy Rangkuti, *Manajemen Persediaan*, 1996). Ada beberapa faktor yang menentukan besarnya persediaan pengamanan yaitu:

- 1) Penggunaan bahan baku rata-rata
- 2) Faktor Waktu
- 3) Biaya-biaya yang digunakan

c. *Reorder Point* (ROP)

Adalah titik pemesanan yang harus dilakukan suatu perusahaan, sehubungan dengan adanya *lead time* dan *safety stock*.

F. Analisis ABC

Pada umumnya persediaan terdiri dari berbagai jenis barang yang sangat banyak jumlahnya. Masing-masing barang membutuhkan analisis tersendiri untuk mengetahui besarnya *order size* dan *order point*. Namun perlu disadari bahwa berbagai jenis barang yang ada dalam persediaan tersebut tidak seluruhnya memiliki tingkat prioritas yang sama, sehingga untuk mengetahui jenis-jenis barang yang perlu mendapat prioritas dapat dipergunakan analisis ABC, karena analisis ini dapat mengklasifikasikan seluruh jenis barang berdasarkan tingkat kepentingannya.

Dalam manajemen farmasi di rumah sakit, pengelompokan obat melalui analisis *Always-Better Control* (ABC) merupakan salah satu metode ilmiah untuk penerapan kebijakan yang relevan terhadap pengendalian persediaan obat. Analisis ABC merupakan salah satu cara pengendalian persediaan dengan cara mengurutkan dan mengelompokkan jenis barang (Rangkuti, 2004). ini perlu dilakukan untuk memberikan prioritas perhatian pada barang-barang dengan nilai investasi yang tinggi dan jumlah pemakaian yang besar Benjamin,1993, dalam Sri Susanti (2002)

Salah satu perangkat terbaik untuk menganalisis *inventory* adalah *Always-Better Control* (ABC). System ABC melengkapi *costing system* dengan menitik beratkan pada aktivitas individual sebagai obyek yang fundamental *cowell*, 1993

Menurut Sanderson (1982) Dalam (Sri Susanti, 2002) , ada beberapa prosedur pengelompokan barang pada analisis ABC, yaitu:

1. Mengumpulkan data dari semua item sediaan yang ada.
2. Menghitung pemakaian pertahun dalam unit setiap jenis barang.
3. Mengalikan pemakaian per tahun dengan biaya per unit guna memperoleh pemakaian setahun lalu dibuat kumulatifnya.
4. Merangking dari nilai penggunaan, dari yang terbesar sampai yang terkecil.
5. Mencari nilai penggunaan kumulatif dengan menjumlah nilai penggunaan yang telah dirangking secara kumulatif.
6. Mengklasifikasi item-item sediaan tersebut berdasarkan persen nilai penggunaan kumulatifnya.

Dalam menentukan besarnya keuangan tahunan pada penerapan analisis ABC diperlukan pengukuran kebutuhan tahunan setiap barang persediaan, dikalikan dengan biaya per unit. Heizer dan Render (1991), mengelompokan persediaan pada analisis ABC sebagai berikut:

1. Kelompok A adalah kelompok barang yang memiliki volume keuangan persediaan yang tinggi. Jenis barang tersebut mungkin hanya 15 % dari jumlah barang persediaan, namun mencakup 70% sampai 80% dari jumlah biaya persediaan secara keseluruhan.

2. Kelompok B adalah kelompok barang dengan besar uang tahunan yang sedang. Jenis ini mencakup 30% dari jumlah barang persediaan dan memiliki sekitar 5% sampai 25% dari total nilai barang persediaan.
3. Kelompok C adalah kelompok barang dengan nilai volume yang rendah, yang memiliki nilai hanya 5% dari total nilai keuangan tahunan, tetapi meliputi sekitar 55% saja dari total barang persediaan.

Sedangkan berdasarkan hukum Pareto, metode analisisnya adalah sebagai berikut:

1. Kelompok A adalah kelompok 70% terbanyak nilai investasinya, dan merupakan kelompok barang persediaan yang membutuhkan dana investasi yang tinggi.
2. Kelompok C adalah kelompok 10% atau terendah nilai investasinya, dan merupakan kelompok barang persediaan yang membutuhkan dana investasi yang rendah.
3. Kelompok B adalah kelompok yang berada diantara kedua kelompok diatas (20%), dan merupakan kelompok barang persediaan yang membutuhkan dana investasi yang sedang.

Cara untuk masing-masing kelompok tersebut dapat dibedakan menjadi:

1. Kelompok A: memerlukan perhatian ketat dalam pengendalian suplai yang dinyatakan dalam periode waktu yang ketat tetap, misalnya setiap bulan dengan menggunakan model pesanan *economic order quantity*.
2. Kelompok B: kelompok ini memerlukan perhatian dalam *control* tidak terlalu ketat dibandingkan dengan kelompok A. evaluasi dapat dilakukan setiap 3 atau 6 bulan sekali.

3. Kelompok C: control persediaan barang dapat dilakukan dengan sangat longgar dibandingkan dengan kelompok A dan B, evaluasi dapat dilakukan dengan periode 6 bulan atau 1 tahun sekali.

Markland (1983), dalam Sri Susanti(2002) secara garis besar menyimpulkan:

1. Kelompok A memerlukan pemantauan ketat, sistem pencatatan yang akurat dan lengkap, serta peninjauan tetap oleh pengambil keputusan yang berpengaruh.
2. Kelompok B memerlukan pengendalian yang tidak terlalu ketat, system pencatatan yang cukup baik, dan peninjauan berkala.
3. Kelompok C memerlukan pemantauan yang sederhana, system pencatatan yang sederhana atau tidak menggunakan system pencatatan, dan jumlah persediaan banyak dapat dilakukan.

G. Economic Order Quantity (EOQ) dan Reorder Point (ROP)

Dalam melakukan pengendalian persediaan, diperlukan manajemen dan pengontrolan yang berbeda untuk setiap kelompok. Pengendalian persediaan kelompok A dilakukan dengan menggunakan model manajemen *control economic order Quantity* dan Reorder Point (ROP) dengan menentukan kemungkinan dari perhitungan permintaan persediaan. Kelompok B pengendasiannya dapat digunakan model EOQ dengan ROP yang sudah diperkirakan. Sedangkan kelompok C pengendalian dilakukan dengan standarisasi persediaan yang mengacu pada EOQ dan ROP yang telah diencanakan pihak manajemen rumah sakit.

Pertanyaan yang sering muncul dalam melakukan pengendalian persediaan adalah kapan dilakukan pemesanan dan berapa banyak pesanan barang yang harus dilakukan setiap kali pemesanan barang.

Konsep kuantitas pesanan yang ekonomis (EOQ) ini adalah menyeimbangkan biaya pemeliharaan persediaan dengan biaya pemesanan. Sedangkan pengertian EOQ sebenarnya merupakan volume atau jumlah pembelian yang paling ekonomis untuk dilaksanakan pada setiap kali pembelian. Sehingga dengan menerapkan model EOQ dalam pembelian biaya pemesanan dan biaya penyimpanan dapat ditekan.

Asumsi yang dibuat dalam model ini adalah:

1. *Demand* atau kebutuhan di ketahui dan konstan
2. *Lead time* atau waktu tunggu yang diperlukan mulai saat pemesanan dilakukan sampai barang tiba diketahui dan konstan.
3. Pesanan diterima sekaligus dan pasti.
4. *Quantity Discount* tidak dimungkinkan
5. *Variabel Costnya* terdiri dari *set-up cost* dan *holding cost*
6. *Stockouts* atau *shortages* dapat dihindarkan, jika pesanan datang tepat waktu rumus yang dipergunakan dalam EOQ adalah:

$$EOQ = \sqrt{\{ (2D \times S) / H \}}$$

Keterangan: Q = Jumlah setiap kali pesan

D = Kebutuhan tahunan

S = Ongkos setiap kali pesan

H = Biaya Penyimpanan

Apabila model EOQ menjawab pertanyaan brapa banyak pemesanan yang optimal, ROP menjawab kapan mulai mengadakan pemesanan. Model ROP terjadi

apabila jumlah persediaan yang terdapat di dalam stok berkurang terus, sehingga perlu menentukan berapa banyak minimal tingkat persediaan yang harus dipertimbangkan hingga tidak terjadi kekurangan persediaan. Jumlah yang diharapkan tersebut dihitung selama masa tenggang, mungkin dapat juga ditambahkan dengan *safety stock* yang biasanya mengacu pada kemungkinan terjadinya kekurangan stok selama masa tenggang.

ROP atau biasa disebut dengan batas/titik jumlah pemesanan kembali termasuk permintaan yang diinginkan atau dibuthkan selama masa tenggang.

Rumus yang dipergunakan adalah:

$$\mathbf{ROP = W \times L}$$

Keterangan : W = Jumlah kebutuhan per hari

L = Waktu Pesan

BAB III
GAMBARAN UMUM
RUMAH SAKIT JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH
HARAPAN KITA

A. Sejarah Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita didirikan oleh Yayasan Harapan Kita di atas tanah seluas 22.389 m² di Jalan S. Parman Kavling 87 Sliipi, Jakarta Barat dan diresmikan pada tanggal 9 November 1985. Rumah sakit ini berawal dari wacana yang berkembang di kalangan dokter ahli jantung di Bagian Kardiologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, di bawah pimpinan Almarhum dr. Sukaman, dan didukung sepenuhnya oleh Yayasan Jantung Indonesia dan Perhimpunan Kardiologi Indonesia (PERKI).

Melalui Surat Keputusan Nomor 02/1985 tanggal 27 Maret 1985 Yayasan Harapan Kita menyerahkan kepemilikan rumah sakit ini kepada pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan, tetapi pengelolaannya diserahkan kembali kepada Yayasan Harapan Kita berdasarkan SK. Nomor 57/Menkes/SK/II/1985.

Pada tanggal 31 Juli 1997 Yayasan Harapan Kita menyerahkan kembali pengelolaan Rumah Sakit Jantung Harapan Kita kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan selanjutnya melalui Peraturan Pemerintah nomor 126 tahun 2000, status Rumah Sakit Jantung Harapan Kita pun berubah menjadi Perusahaan Jawatan di bawah naungan Kementrian BUMN.

Pada tanggal 13 Juni 2005, ditetapkan Peraturan Pemerintah nomor 23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang menyebutkan

perubahan status rumah sakit yang semula berstatus Perusahaan Jawatan (BUMN) menjadi Badan Layanan Umum (pasal 37 ayat 2). Dengan demikian, Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, dan berada di bawah Departemen Kesehatan RI sebagai Unit Pelaksana Teknis dan tidak lagi berada di bawah Kementerian BUMN.

Di samping sebagai Pusat Jantung Nasional untuk rujukan pelayanan kesehatan kardiovaskuler, BLU-RSJPD Harapan Kita juga merupakan pusat pendidikan dan penelitian kardiovaskuler di Indonesia, bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) dan beberapa fakultas kedokteran lainnya di Indonesia (Rencana Strategik BLU-RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, 2007).

B. Visi, Misi, Nilai-nilai, Tujuan, Moto, dan Logo Rumah Sakit

1. Visi

Visi adalah cita-cita atau gambaran tentang kondisi di masa datang. Visi yang dicanangkan dan ingin diwujudkan RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah “Menjadi Pusat Keunggulan Kardiovaskuler” (Rencana Strategik BLU-RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, 2007).

2. Misi

Misi adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Visi tersebut di atas kemudian diimplikasikan dalam misi RSJPD Harapan Kita yang disusun sesederhana mungkin, sehingga jelas, terarah, dan mudah dihayati (Rencana Strategik BLU-RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, 2007), sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kardiovaskuler yang professional.

- b. Menyelenggarakan pendidikan kardiovaskuler yang berkesinambungan.
- c. Menyelenggarakan penelitian kardiovaskuler yang bertanggung jawab.

3. Nilai-nilai

Sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Badan Layanan Umum Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tentu saja sudah selayaknya mengikuti nilai-nilai yang dianut oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sebagaimana yang tercantum dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005 – 2009, sebagai berikut:

- a. Berpihak pada rakyat.
- b. Bertindak cepat dan tepat.
- c. Kerjasama tim.
- d. Integritas yang tinggi.
- e. Transparan dan Akuntabel.

Dan sesuai dengan lingkup tugas sebagai rumah sakit badan layanan umum, maka BLU-RSJPD Harapan Kita perlu memformulasikan nilai-nilai di atas secara tepat, singkat, dan jelas menjadi “*Patient First*” atau “Pasien yang Utama”. Nilai ini harus dianut dan dihayati oleh semua karyawan BLU-RSJPD Harapan Kita, mulai dari para dokter, perawat, staf administrasi, bahkan sampai satpam dan pekarya kebersihan. Nilai ini harus menjadi inovasi yang kuat dalam bekerja sehari-hari di lingkungan BLU-RSJPD Harapan Kita (Rencana Strategik BLU-RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, 2007).

4. Tujuan

Tujuan adalah sesuatu yang hendak dicapai oleh rumah sakit melalui berbagai upaya sesuai dengan kegiatan yang telah ditetapkan.

Adapun tujuan dari kegiatan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah (Rencana Strategik BLU-RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, 2007):

- a. Memberikan jasa pelayanan kardiovaskuler dengan standar internasional.
- b. Mengelola fasilitas layanan kardiovaskuler dan fasilitas lainnya secara mandiri, efektif, efisien, transparan, dan berkeadilan.
- c. Mendukung program pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di bidang pelayanan kardiovaskuler.

5. Moto

Moto Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah:

“Kesehatan Anda Harapan Kita”

(Your Health is Our Concern)

6. Logo



Logo RSJPD Harapan Kita berupa simbol visual grafis (gambar) jantung dan garis elips serta logotipe bentuk huruf pusat jantung nasional.

- a. Simbol Visual Jantung

Menggambarkan spesialisasi bidang jantung dan pembuluh darah.

b. Simbol Visual Garis Elips

Simbol dari pusat dan menggambarkan inovasi. Garis elips melingkari jantung adalah gambaran peredaran darah dan mengesankan dinamis.

c. Logotipe, bentuk huruf utama PJN

- 1) Huruf palatino, huruf serif.
- 2) Huruf palatino memberi kesan elegan dan keluwesan.

C. Struktur Organisasi dan Uraian Tugas

1. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terlampir pada lampiran 1.

2. Uraian Tugas

Fungsi dari uraian tugas setiap karyawan yang memangku suatu jabatan akan mengetahui batas-batas tugasnya, jabatan, tanggung jawab, wewenangnya, dan sebagainya. Hal ini akan mencegah kemungkinan timbulnya kesimpang siuran dan *double* pekerjaan antara jabatan satu dan jabatan yang lain.

Berdasarkan:

- a. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 57MENKES/SK/II/1985 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.
- b. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1000/SK/MENKES/1994 tentang Susunan Direksi terdiri dari:

- 1) Direktur.
- 2) Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Penelitian.
- 3) Wakil Direktur Medis dan Pendidikan.
- 4) Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

Komisaris atau Dewan Penyantun adalah suatu dewan yang terdiri dari pejabat-pejabat Departemen Kesehatan RI dan departemen lain serta pengurus Yayasan Harapan Kita yang ditugaskan mengelola Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.

Susunan keanggotaan, pengangkatan, pemberhentian, tugas dan tanggung jawab diatur dalam pendelegasian wewenang kepada badan pelaksana harian dewan penyantun. Manajemen Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita diupayakan sinergi dari unsur *tripartite*, yakni:

- 1) Dewan pengawas.
- 2) Direksi.
- 3) Komite Fungsional/Medik.

Dewan pengawas terdiri dari 5 orang dipimpin seorang ketua, Dewan Pengawas bertugas untuk melaksanakan pengawasan dan memberi nasehat kepada direksi dalam melaksanakan kegiatan kepengurusan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Pengawasan yang dimaksud adalah pengawasan terhadap pelaksanaan rencana jangka panjang dan rencana kerja serta anggaran Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang terdapat dalam Peraturan Pemerintah nomor 126 tahun 2000, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dewan direksi terdiri dari 5 orang dan salah satunya menjadi Direktur Utama. Direktur utama mempunyai tugas dan tanggung jawab memimpin dan mengurus rumah sakit, menguasai, memelihara dan mengelola kekayaan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, melaksanakan kebijaksanaan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku:

f. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan

Tugas dan wewenang Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan adalah:

- 1) Memimpin, melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan pelaksanaan pelayanan medik, bedah, dan keperawatan kardiovaskuler, meliputi : rawat jalan, diagnostik non invasif, diagnostik invasif, dan intervensi non bedah, rawat inap medikal dewasa gedung perawatan I (GP-I), rawat inap dewasa gedung perawatan 2 (GP-II), kardiologi pediatrik, rehabilitasi medik, vaskuler, bedah anasthesi dan perfusi, rawat inap surgical dewasa, radiologi, dan kardiologi nuklir.
- 2) Pengawasan supervisi serta membantu direktur utama dalam menetapkan kebijakan di bidang diagnostik/terapi, rehabilitasi medis kardiovaskuler dan penelitian kardiovaskuler.

g. Direktur Penunjang

Tugas dan wewenang Direktur Penunjang Medik adalah:

- 1) Memimpin dan melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan penunjang medik, meliputi : patologi klinik dan bank darah, farmasi dan apotik, pelayanan gizi, sterilisasi sentral dan laundry, rekam medik, pemeliharaan sarana medik, dan keselamatan kerja dan lingkungan.
- 2) Pengawasan, supervisi serta membantu direktur utama dalam menetapkan kebijakan di bidang pelayanan penunjang medik rumah sakit dan prevensi serta promosi kardiovaskuler.

h. Direktur Umum

Tugas dan wewenang Direktur Umum adalah memimpin, melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan administrasi dan organisasi perusahaan, pemasaran serta pengembangan usaha, pelayanan pelanggan, dan protokoler, manajemen sumber daya manusia, sistem informasi.

i. Direktur Keuangan

Tugas dan wewenang Direktur Keuangan adalah:

- 1) Memimpin, melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan manajemen keuangan dan akuntansi.
- 2) Melaksanakan pengawasan dan supervisi serta membantu direktur utama dalam menetapkan kebijakan di bidang pengelolaan manajemen keuangan dan akuntansi.

j. Proses Pengawasan

Manajemen Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita berada dalam pengawasan dan arahan dewan pengawas. Proses

pengawasan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mencakup pengawasan *intern* dan pengawasan *ekstern*.

Pengawasan *intern* dilaksanakan oleh satuan pengawas *intern* yang dipimpin oleh seorang ketua yang membawahi tiga orang koordinator dan seorang sekretaris. Pengawasan *ekstern* dilaksanakan oleh Inspektorat Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Badan Pemeriksa Keuangan, dan Pembangunan BPKP.

k. Direksi

Direktur Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita mempunyai tugas memimpin, merumuskan kebijaksanaan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan, dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Peraturan Pemerintah Nomor 126 tahun 2000 mengingat tentang Pendirian Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah ada maka tugas dan wewenang direksi pada pasal 7 dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Memimpin dan mengurus perusahaan jawatan sesuai dengan tujuan perusahaan jawatan yaitu senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna.
- 2) Menguasai, memelihara, dan mengelola kekayaan perusahaan jawatan.
- 3) Mewakili perusahaan jawatan di dalam dan di luar pengadilan.

- 4) Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola perusahaan jawatan sebagaimana telah digariskan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- 5) Menetapkan kebijakan operasional perusahaan jawatan.
- 6) Menyiapkan rencana jangka panjang dan rencana kerja serta anggaran perusahaan jawatan.
- 7) Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi perusahaan jawatan sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi perusahaan jawatan.
- 8) Menetapkan struktur organisasi dan tata kerja perusahaan jawatan lengkap dengan rincian tugasnya setelah disetujui oleh dewan pengawas.
- 9) Mengangkat dan memberhentikan pegawai perusahaan jawatan sesuai dengan peraturan penundang-undangan yang berlaku.
- 10) Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai perusahaan jawatan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- 11) Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

g. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Penelitian

Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Penelitian mempunyai tugas mengelola pelayanan medis, asuhan dan pelayanan keperawatan pada instalasi rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, bedah, diagnostik non invasif, dan pencitraan, diagnostik invasif dan intervensi non bedah, rehabilitasi medis, serta kegiatan penelitian dan pengembangan pada

instalasi penelitian dan pengembangan yang sedang mengembangkan *telemedicine*.

h. Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan

Wakil Direktur Penunjang Medis dan Pendidikan mempunyai tugas mengelola pelayanan medis pada instalasi radiologi, patologi klinik dan bank darah, farmasi dan sterilisasi sentral, gizi, kardiologi sosial serta kegiatan pendidikan dan pelatihan pada instalasi pendidikan dan pelatihan.

i. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Wakil direktur umum dan keuangan mempunyai tugas mengelola kegiatan kesekretariatan, perencanaan, rekam medis, informasi, keuangan, pengolahan data elektronik dan pemeliharaan sarana rumah sakit.

Uraian tugas personalia Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita di atas telah jelas bahwa masing-masing karyawan telah mempunyai atau memangku suatu jabatan akan tahu batas tugasnya, tanggung jawabnya, wewenangnya, dan sebagainya. Setiap pejabat akan mengetahui dimana kedudukannya, apa yang harus dikerjakan, bagaimana mengerjakannya, mengapa harus dikerjakan, dan sebagainya.

D. Komposisi dan Jumlah Pegawai

1. Sumber Daya Manusia

Dari segi pendidikan mayoritas pegawai di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita berasal dari SLTA atau SMK, KPAA, SMEA, SMKK, SPMA, STM. Pegawai yang tingkat pendidikannya berasal dari D3 merupakan mayoritas kedua tingkat pendidikan pegawai terbanyak.

Untuk pegawai yang tingkat pendidikan S1, jenis dari pendidikannya itu antara lain:

- a. S1 Farmasi
- b. S1 Kesehatan Masyarakat
- c. S1 Keperawatan
- d. S1 Hukum
- e. S1 Ekonomi
- f. S1 Humas
- g. S1 Administrasi.

Sedangkan untuk pegawai yang tingkat pendidikannya berasal dari S2, jenis pendidikannya terdiri dari:

- a. Dokter Spesialis
- b. S2 Kesehatan Masyarakat
- c. S2 Administrasi Rumah Sakit.

Pada tenaga non paramedis, terdapat pegawai dengan tingkat pendidikan berasal dari D4 bidang Gizi. Untuk tenaga non paramedis ini, terdiri dari tenaga yang ahli di bidang penunjang medis, seperti:

- a. S1 Farmasi
- b. Psikologi
- c. D3 AKFIS
- d. AKFRO
- e. ATEM.

Selain itu, untuk jumlah pegawai terbanyak terdapat di bidang tenaga non medis dengan jumlah pegawai sebanyak 529 orang. Dalam bidang tenaga non

medis ini, latar belakang pendidikan pegawai lebih beragam, bahkan ada yang berasal dari tingkat pendidikan dari tingkat setara SLTP dan SD. Bidang ini banyak berperan dalam administrasi rumah sakit.

Jika dibandingkan dengan tenaga non medis, tenaga paramedik berjumlah lebih sedikit yaitu 435 orang. Walaupun demikian, jumlah tenaga paramedis ini merupakan urutan kedua terbanyak setelah tenaga non medis.

Jadi, tenaga administrasi/non medis di rumah sakit ini, lebih merupakan mayoritas bila dibandingkan dengan tenaga medis/paramedik yang ada. Hal ini terlihat dari banyaknya jumlah tenaga non medis yang terlibat dalam pengelolaan administrasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.

Komposisi dan jumlah pegawai, dokter dan spesialisasinya dibagi menjadi 4 kelompok yaitu medis, paramedik, paramedik non perawatan, dan non medis. Kelompok-kelompok ini kemudian dibagi menjadi tiga sub yaitu pegawai negeri sipil (PNS), non PNS, dan honorer.

Di bawah ini adalah tabel jumlah dan komposisi pegawai Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita pada tahun 2008:

Tabel 3.1
Jumlah Kelompok Tenaga Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah
Harapan Kita

No	Jabatan	Jumlah
1.	Asisten Apoteker	16
2.	Analys	37
3.	Apoteker	3
4.	Dokter	72
5.	Farmasi	46
6.	Fisioteraphy	11
7.	Gizi	74
8.	Kamar Gelap	1
9.	Rekam Medis	17
10.	Ners	562
11.	Pekarya	104
12.	Psikologi	3
13.	Radiologi	22
14.	Driver	9
15.	Sanitarian	1
16.	Sterilisasi	1
17.	Teknisi Medis	24
18.	Teknisi Non Medis	35
19.	Teknisi Penunjang Medis	6
20.	Tata Usaha	74
21.	Umum	269
Total		1387

Sumber : Sumber Daya Manusia (SDM) RSJPDHK Tahun 2008

E. Fasilitas Rumah Sakit

Rumah sakit haruslah mempunyai fasilitas-fasilitas pendukung yang mencukupi atau sesuai dengan keberadaan rumah sakit itu sendiri. Fasilitas yang terdapat di rumah sakit saat ini juga sangat berpengaruh pada kepuasan pelayanan pasien maupun keluarga pasien yang berkunjung. Dengan adanya fasilitas rumah sakit yang mencukupi akan memberikan kemudahan siapa saja yang datang ke rumah sakit tersebut.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 57/MENKES/II/1985 serta nomor 1000/MENKES/SK/X/1994 profil Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagai berikut:

Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan
Kita
Alamat : Jl. S. Parman Kav. 87 Slipi Jakarta Barat
Pengelola : Yayasan Jantung Harapan Kita
Pemilik : Pemerintah
Luas Tanah : 22.389 m²
Nomor Telepon : (021) 568 1111, 568 4085, 568 4093
Nomor Faximile : (021) 568 4130
Http : //www.indonesiaheartcenter.com
E-mail : rsjhc@cn.net.id

1. Sarana Fisik dan Bangunan

Luas tanah 44.900 m²

Luas Bangunan

a. Main Building	: 16.700 m ²
b. Plant Room	: 576 m ²
c. Hostel	: 2.072 m ²
d. Gizi	: 1.270 m ²
e. Asrama	: 1.186 m ²
f. Pusdalit	: 324 m ²
g. Gedung Perawatan II	: 8.360 m ²
h. Power House I	: 164 m ²
i. Power House II	: 52 m ²
j. Gedung Poliklinik	: 2.400 m ²
k. Selasar	: 750 m ²
l. Jenazah	: 150 m ²
m. Rumah Dinas (5 unit)	: 233 m ²
n. Pool Kendaraan	: 48 m ²
o. Jumlah TT (tahun 2002)	: 168 buah

2. Produk Pelayanan

a. Produk Unggulan Pelayanan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita

1) Ballon Mitral Valvuloplasty (BMV Transeptal)

Pusat Jantung Harapan Kita merupakan satu-satunya yang berpengalaman dalam melakukan tindakan BMV di tingkat Asia. BMV

merupakan tindakan intervensi non bedah untuk melebarkan katub miral yang menyempit.

2) Primary PTCA

Primary PTCA dapat dilakukan di Pusat Jantung Nasional Harapan Kita. Tindakan ini sangat membantu pasien dengan *infark miokard akut*. Tindakan ini membutuhkan kecepatan triase, ketelitian, dan kerjasama tim yang kuat dan harmonis.

3) Amplatzer Ductal Occluder (ADO) atau Amplatzer Septal Occluder (ASO)

Tim Kardiologi Anak RSJPD Harapan Kita telah mampu melakukan tindakan intervensi terbaru dalam menangani kelainan jantung bawaan pada *Patient Ductos Aterios* (PDA) dan *Atrise Septal Defect* (ASD) tanpa melakukan operasi. Keuntungannya adalah dengan dilakukannya tindakan ini dapat mengurangi lama rawat dan tidak terdapat bekas luka sayatan bekas operasi.

4) Trans Esopagheal Ecocardiography (TEE)

Suatu pemeriksaan ekokardiografi dengan cara memasukkan transduser endoscopy melalui mulut ke esophagus, sehingga struktur dan fungsi jantung dapat diketahui secara lebih jelas. Dan hampir semua penyakit katub jantung dapat diketahui dengan pemeriksaan TEE tanpa kateterisasi.

5) Kardiologi Nuklir

Pemeriksaan ini menggunakan alat radioaktif, yang mampu mengkaji secara jelas aliran darah miokard jantung serta mengevaluasi

fungsi pompa jantung dan dapat melihat ukuran juga lokasi jantung yang mengalami gangguan. Jenis-jenis pemeriksaan yang dilakukan :

Untuk mengetahui perfusi miokard:

- a) *Exercise Stress Test*
- b) *Dypiridamol/Adenosin Stress Test*
- c) *Dobutamin Stress Test*

Untuk mengetahui jantung dengan radio nuklir angiografi dan ekuilibrium radio nuklir ventrikulografi:

- a) *Gated Blood Pool Study*
- b) *Executive First Past Study*
- c) *First Past Study at Rest*

6) Klinik Aritmia

Klinik aritmia yang berada di RSJPD Harapan Kita merupakan klinik yang terlengkap di Indonesia dan diakui oleh NASPE (*Nort American Society of Pacing and Electrophysiology*). Diagnostik yang ada di klinik aritmia yaitu rekaman EKG yang terdiri dari:

- a) *Holter Monitoring*
- b) *Heart Rate Variability*
- c) *Baroaflek Sensitivity*
- d) *Tilt Table Test*
- e) *Transtelephonoc ACG*
- f) *Loop Recorder*
- g) *Pacemaker Clinic*
- h) *Electrophysiology Study*

Terapi yang ada di klinik aritmia adalah :

- a) Pemasangan Pacu Jantung
 - b) Pemasangan Pacu Jantung Biventrikuler
 - c) Pemasangan AICD
- 7) Klinik Vaskuler

Klinik ini mempunyai peralatan yang canggih dan terlengkap di Asia Tenggara, sehingga mampu mendeteksi kelainan di pembuluh darah besar di seluruh organ tubuh.

Alat-alat yang tersedia di klinik Vaskuler yaitu:

- a) Duplex color sonograph
 - b) Doppler transskanial
 - c) Foto dopler fluksimetri
 - d) Angiografi vaskuler
 - e) TEE vaskuler
- 8) Laboratorium
- a) *Anatomis Haematology Analyser* yang mempunyai kemampuan pemeriksaan 80 test/jam dan *Automatic Chemistry Analyser* dengan kemampuan 360 test/jam.
 - b) 2 alat agregometer otomatis untuk memeriksa agregasi trombosit.
 - c) *Thrombolastrograph* (CTEG) yang dapat melihat kemampuan trombosit terhadap koagulasi.
 - d) Alat untuk pemeriksaan D-Dimer dan AT III.

9) Keperawatan Kardiovaskuler

RSJPD Harapan Kita memiliki kelompok profesi keperawatan yang benar-benar dipersiapkan untuk dapat bekerja pada kondisi safety level melalui sistem rekrutmen dan seleksi terstruktur, masa orientasi awal, masa pendidikan, pelatihan keperawatan kardiovaskuler dasar yang keseluruhannya memerlukan waktu kurang lebih 6 bulan.

Seluruh perawat RSJPD Harapan Kita dibekali pendidikan dan pelatihan (bersertifikat) Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan Bantuan Hidup Lanjut (BHL). Setiap dua tahun sekali, seluruh perawat menjalani pendidikan dan pelatihan ulang tentang BHD dan BHL.

10) Rehabilitasi Kardiovaskuler

Program rehabilitasi kardiovaskuler merupakan program satu-satunya yang ada di Indonesia. Program rehabilitasi ini diberikan oleh tenaga-tenaga yang professional, yang terdiri dari dokter spesialis jantung, perawat professional, fisioterapis, therapist, ahli gizi, psikologi, dan *sosial worker*.

b. Fasilitas pelayanan yang dapat diberikan oleh RSJPD Harapan Kita

- 1) Pelayanan Gawat Darurat Kardiovaskuler Pulmonal Statistik
- 2) Gawat Darurat Kardiovaskuler Pulmonal Mobil
- 3) Laboratorium
 - a) Hematologi
 - b) Kimia Darah
 - c) Gula Darah
 - d) Urin

- e) Feses
- f) Immunologi
- g) Serulogi
- h) Bakteriologi
- i) Bank Darah
- 4) Radiologi
 - a) Dengan Kontras
 - b) Tanpa Kontras
- 5) Kardiologi Nuklir
 - a) Scintigraphy TL. 210
 - b) Radionucleida
 - c) Shunt Scanning
 - d) Lung & Ventilation Scanning
 - e) Renal Scanning
 - f) Bone Scanning
 - g) Brain Spect

3. Unit Produksi

a. Poliklinik

- 1) Tujuan, Kegunaan, dan Fungsi

Tujuan dan kegunaan poliklinik adalah memberikan pelayanan dalam bidang kardiovaskuler secara prima dan paripurna sesuai dengan visi dan misi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.

Fungsi poliklinik yaitu memberikan pelayanan jantung yang meliputi pemeriksaan elektrokardiogram, pemeriksaan fisik, konsultasi, dan pemeriksaan jantung, penyuluhan pasien, dan mengirimkan pasien ke ruang perawatan bagi pasien yang memerlukan rawat inap maupun yang memerlukan tindakan seperti kateterisasi, bedah, dan lain-lain.

2) Kedudukan Dalam Struktur Organisasi Rumah Sakit

Secara organisasi poliklinik merupakan instalasi rawat jalan yang berada di bawah direktur pelayanan medik dan keperawatan.

3) Alur Pelayanan Pasien

Pelayanan di poliklinik meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram, konsultasi, dan pemeriksaan jantung, penyuluhan pasien, dan mengirim pasien ke ruangan perawatan. Alur pelayanan untuk pasien dapat terbagi atas dua alur yaitu, alur pelayanan poliklinik untuk pasien baru dan pasien lama.

Alur pelayanan pasien baru yaitu pasien masuk ke rumah sakit akan menuju ke tempat penerimaan pasien (TPP). Setelah itu pasien mengisi formulir jati diri (FJD) untuk kemudian di *entry* di bagian TPP, lalu dikeluarkan kartu pasien, ringkasan riwayat klinik (R2K) dan label. Petugas rekam medik kemudian akan mengembalikan berkas rekam medik baru untuk pasien, dan membawanya ke ruangan salah satu dokter. Pasien kemudian akan menuju ruangan dokter dimana ia akan dipanggil, kemudian dilakukan pemeriksaan elektrokardiogram, dan diperiksa di ruangan dokter.

Untuk selanjutnya pasien akan datang untuk pemeriksaan secara berkala pada dokter yang sama. Dokter dapat digantikan jika dokter yang seharusnya menangani berhalangan sementara atau jika pasien meminta ganti dengan alasan tidak cocok atau hal lain yang memberatkan. Untuk meminta pergantian dokter, pasien harus membuat surat permintaan secara tertulis untuk diberikan pada petugas poliklinik, dan pasien berhak mendapatkan dokter pengganti.

Alur pelayanan poliklinik untuk pasien lama, pasien datang ke tempat penerimaan pasien (TPP) dengan membawa kartu pasien, petugas akan mengentry data pasien, kemudian petugas rekam medik di ruangannya tahu bahwa pasien tersebut datang, maka berkas rekam medik akan segera disiapkan dan dikirim ke ruangan dokter yang bersangkutan. Jika pasien telah melakukan perjanjian bahwa akan datang pada tanggal sekian, maka petugas RM sehari sebelumnya telah mendata siapa saja pasien yang akan datang kemudian berkas RM sudah disiapkan. Pada keesokan paginya, sebelum pasien datang pun berkas RM sudah diantarkan ke poliklinik dan telah siap. Hal ini memudahkan dan mempercepat pemeriksaan pasien, karena berkas RM sudah siap sejak awal. Ada kalanya pasien lama menunggu karena berkas RMnya belum sampai di ruangan dokter, sehingga untuk menanganinya petugas poliklinik mengingatkan kepada pasien untuk membuat janji kapan dia akan datang untuk pemeriksaan berikutnya.

Setelah dilakukan pemeriksaan poliklinik, berdasarkan hasil konsultasi dan pemeriksaan dokter, maka pasien akan direkomendasikan

untuk melanjutkan pemeriksaan lebih lanjut misalnya melakukan pemeriksaan diagnostik atau melaksanakan pemeriksaan rawat jalan.

Berdasarkan jenis kelamin pasien, maka alur pelayanan dapat dibagi menjadi alur pelayanan untuk pasien dengan jaminan askes, pasien dengan jaminan pribadi, dan pasien dengan jaminan perusahaan atau askes plus. Untuk pasien dengan jaminan askes, pasien mendatangi pelayanan askes terpadu (PAT) untuk mengecek kelengkapan surat rujukan dan kartu askesnya, setelah itu pasien melanjutkan ke TPP. Untuk pasien dengan jaminan perusahaan, pasien langsung ke TPP untuk pengecekan surat jaminannya. Selanjutnya alur pelayanan pasien sama seperti pasien baru dan lama. Jika pasien direkomendasikan untuk menjalani pemeriksaan lebih lanjut maka dokter akan memberikan surat pengantar kepada pasien. Demikian juga jika pasien membutuhkan perawatan yang lebih intensif yaitu dengan rawat inap maka dokter akan mengeluarkan surat permintaan masuk rawat inap (SPMR).

4) Sumber Daya Manusia

Pelayanan di poliklinik Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita didukung oleh staf medik fungsional, yaitu terdiri atas dokter spesialis jantung dan pembuluh darah, dokter spesialis bedah jantung, dokter spesialis penyakit dalam dan paru-paru, dokter spesialis saraf, dengan total dokter 31 orang. Terdapat 19 orang perawat yang telah mendapatkan pendidikan kardiovaskuler, tenaga administrasi dan pekarya.

5) Fasilitas Fisik

Fasilitas fisik poliklinik Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terdiri atas 14 kamar pemeriksaan dokter spesialis, 1 kamar pemeriksaan elektrokardiogram, 1 ruang tunggu, 2 ruang untuk pemeriksaan pasien yaitu untuk pasien askes dan non askes, 1 ruangan untuk tempat perjanjian pasien dan penitipan sementara berkas rekam medis, 1 ruangan untuk perawat, dan 1 ruangan administrasi untuk rawat inap. Di ruangan lain terdapat poliklinik eksekutif dengan 8 ruang dokter dan 1 tempat administrasi untuk pasien jaminan perusahaan dan jaminan pribadi. Lampiran 7.

6) Pelayanan Rujukan

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien jantung pribadi, pasien jaminan perusahaan, pasien jaminan rumah sakit (karyawan), peserta askes dan pasien tidak mampu.

Pelayanan rujukan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terdiri atas pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan bidang keperawatan.

Pelayanan Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terdiri atas instalasi rawat jalan, rawat inap, diagnostik non invasif, bedah dan rehabilitasi medik.

Pelayanan penunjang medik Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terdiri atas instalasi radiologi, farmasi, dan sterilisasi

sentral, patologi klinik dan bank darah, gizi kardiologi sosial serta instalasi pendidikan dan latihan.

Pelayanan asuransi kesehatan PT. Asuransi Kesehatan Indonesia telah dilaksanakan di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita berdasarkan kesepakatan bersama antara kedua pihak untuk memberikan pelayanan kesehatan tertentu.

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita menerima rujukan dari berbagai instalasi rumah sakit, puskesmas, atau poliklinik perusahaan. Untuk pasien rujukan tanpa pemberitahuan khusus dari dokter yang menangani sebelumnya, diperiksa terlebih dahulu di bagian poliklinik dengan administrasi yang sudah ditangani oleh instansi yang memberikan rujukan, namun untuk pasien jaminan pribadi maka administrasi diurus pribadi. Untuk pelayanan gawat darurat atau ICU maka rumah sakit mengutamakan pertolongan pertama dalam upaya penanganan awal atau segera. Dari pemeriksaan di poliklinik, pasien dapat direkomendasikan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit, yaitu dengan surat permintaan masuk rawat inap, atau menjalani pemeriksaan lebih lanjut, hingga ke penanganan khusus lainnya.

b. Alur Pelayanan Untuk Pasien Rawat Inap dan Pasien Rawat Jalan

Alur pelayanan untuk pasien rawat jalan dimulai pada saat pasien datang ke rumah sakit di bagian poliklinik. Pasien mendaftar ke bagian registrasi kemudian ditentukan status pasien (lama atau baru), tujuan kedatangan, jenis pembayaran (pribadi/Askes/Jaminan Perusahaan) dan adanya surat

pengantar. Untuk pasien baru disediakan formulir jati diri untuk diisi sebagai identitas dan pasien akan mendapatkan nomor rekam medis dan kartu pasien yang dipergunakan untuk kedatangan berikutnya.

Untuk pasien jaminan pribadi, pasien mendatangi Tempat Penerimaan Pasien (TPP), bagi pasien baru formulir jati diri yang telah diisi *dientry* dan dikeluarkan riwayat ringkasan medik, label dan kartu pasien, sedangkan untuk pasien lama dilakukan pengecekan kartu pasien. Kasir mengeluarkan empat kuitansi, masing-masing untuk pasien, bank, TPP, dan bagian rekam medik. Selanjutnya pasien menuju ke bank untuk pembayaran lalu menunggu giliran pelayanan poliklinik. Lampiran 2

Untuk pelayanan rawat jalan eksekutif, pasien dapat dengan jaminan pribadi atau dengan jaminan perusahaan dengan menunjukkan bukti atau surat jaminan. Lampiran 3

Untuk pasien jaminan Askes, pasien mendatangi tempat pelayanan askes asli. Selanjutnya (PAT) untuk pengecekan dan legalisasi surat rujukan dan kartu askes asli. Selanjutnya TPP memasukkan data dan mengeluarkan formulir pengobatan rawat jalan peserta Askes (FPRJ), dan ringkasan riwayat klinik. Pasien menuju ke bank untuk pembayaran dan menunggu giliran pelayanan poliklinik. Lampiran 4

Setiap pasien memiliki rekam medik yang digunakan oleh dokter dalam mencatat seluruh kondisi dan tingkat yang dilakukan. Berkas rekam medik (RM) ini dikeluarkan dari ruangan RM begitu pasien datang dan dilakukan *entry* data di TPP melalui komputer yang *on line*. Oleh petugas RM, berkas disimpan di tiap-tiap ruang dokter dimana pasien tersebut akan diperiksa.

Untuk pasien yang melakukan janji untuk datang pada waktu berikutnya, berkas RM sudah disiapkan sehari sebelumnya di suatu tempat dan pada keesokan paginya diantarkan ke ruangan dokter yang bersangkutan.

Pelayanan rawat jalan di poliklinik ini memiliki paket-paket, yaitu untuk pasien dengan jaminan pribadi dilakukan pemeriksaan elektrodardiografi dan pemeriksaan dokter, sedangkan untuk pasien jaminan Askes dilakukan elektrokardiografi, pemeriksaan dokter, laboratorium, dan rontgen.

Berdasarkan hasil pemeriksaan dokter instalasi rawat jalan maka dokter dapat membuat surat permintaan pemeriksaan lebih lanjut yang diperlukan dan pasien disalurkan ke bagian pemeriksaan penunjang yaitu bagian laboratorium, radiologi, diagnostik non invasif, konsultasi gizi dan sebagainya. Dari hasil pemeriksaan penunjang dokter dapat menarik kesimpulan diagnosa penyakit dan jika pasien perlu perawatan lebih intensif maka dokter membuat surat permintaan tinggal. Lampiran 5.

Untuk pelayanan rawat inap pasien terlebih dahulu mengurus administrasi dan perjanjian dengan pihak rumah sakit, termasuk memilih jenis perawatan (kelas VIP, 1, 2, atau 3) dan biaya di tempat penerimaan pasien rawat inap.

4. Unit Penunjang

a. Komite Farmasi dan Terapi

1) Kegunaan/Tugas

Kegunaan dan tugas komite farmasi dan terapi Rumah Sakit

Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita adalah:

- a) Menyusun daftar obat dan alat kesehatan
 - b) Membuat kebijakan tentang pola penggunaan obat, alat kesehatan, dan terapi standar.
 - c) Pengkajian obat dan alat kesehatan kardiovaskuler yang baru dan membuat rekomendasinya.
 - d) Merekomendasikan obat dan alat kesehatan yang tidak layak pakai.
 - e) Memantau harga obat dan alat kesehatan.
 - f) Memantau penggunaan obat dan alat kesehatan secara rasional.
 - g) Memantau efek samping obat.
 - h) Merekomendasikan jenis dan merk obat dan alat kesehatan.
 - i) Menindaklanjuti dan merevisi standar tersebut sesuai perkembangan IPTEK.
- 2) Fungsi dan Ruang Lingkup

Fungsi komite farmasi dan terapi adalah membantu tugas pimpinan rumah sakit dalam menentukan kebijakan penggunaan obat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu, efisiensi, dan cakupan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya untuk pasien penyakit jantung dan pembuluh darah.

Komite farmasi dan terapi mempunyai ruang lingkup kegiatan yang meliputi kegiatan berdiskusi, berdialog untuk merencanakan, menetapkan, dan merekomendasikan segala hal yang mencakup pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.

3) Organisasi dan Pelaksanaan

Susunan komite farmasi dan terapi terdiri atas dokter, apoteker dan staf rumah sakit lain yang berfungsi membantu dalam penentuan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan yang bertanggung jawab langsung kepada direksi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Komite farmasi dan terapi dipimpin oleh seorang dokter dan seorang apoteker sebagai sekretaris dengan lama kerja tiga tahun. Anggotanya terdiri atas tujuh orang dokter yang berasal dari instalasi staf medik fungsional yaitu gawat darurat, diagnostik invasif, bedah jantung, non invasif, perawatan penyakit jantung vaskuler, anasthesi, ruang anak, patologi klinik dan bedah.

Pertemuan komite farmasi dan terapi dilaksanakan setiap satu kali sebulan dengan agenda pertemuan yang berhubungan dengan perencanaan, penetapan, dan rekomendasi segala hal yang mencakup pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional. Apabila diperlukan, sekretaris dapat mengundang nara sumber.

4) Peran Apoteker dalam Komite Farmasi dan Terapi

Apoteker dalam komite farmasi dan terapi berperan dalam mengadakan pertemuan-pertemuan secara berkala dengan anggota komite farmasi dan terapi dan memantau pelaksanaan kebijaksanaan-kebijaksanaan yang telah dibuat oleh komite farmasi dan terapi.

Dengan tingginya dinamisasi rumah sakit, cukup sulit atau sedikit peluang untuk dapat mengadakan pertemuan secara berkala yang menghadirkan seluruh anggota komite. Hingga saat ini peran apoteker

dalam komite belum optimal, selain karena sulitnya pertemuan juga karena tidak aktifnya komite secara keseluruhan.

5) Sistem Formularium

Komite farmasi dan terapi di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita masih berusaha untuk mewujudkan sistem formularium di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Belum adanya sistem formularium menyebabkan pemilihan dan evaluasi sediaan-sediaan obat dan alat kesehatan belum bisa dilaksanakan menyeluruh.

6) Formularium

Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita belum mempunyai formularium terbaru, sebagai tahapan awal dalam upaya pembuatan formularium, komite farmasi dan terapi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita telah membuat Daftar Obat Rumah Sakit (DORS), yang berisi nama-nama obat dengan nama dagang dan indikasi penggunaannya yang disusun dalam sebuah buku kecil. Daftar Obat Rumah Sakit tersebut menunjukkan daftar obat-obat yang disediakan oleh Unit Pelaksana Fungsional Farmasi dan Apotik Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita yang dapat digunakan oleh dokter dalam menulis resepnya.

Saat ini draft formularium tersebut sedikit demi sedikit diperbaiki dan dilengkapi, untuk selanjutnya dikaji oleh komite farmasi dan terapi agar dapat segera diresmikan menjadi formularium rumah sakit yang dijadikan dasar atau panduan dokter dalam memberikan resep obat.

Setiap dokter dapat memberikan resep obat secara tidak terkendali, termasuk jika obat tersebut merupakan teknologi baru yang belum diregistrasi di departemen kesehatan. Hal ini tentunya menyulitkan UPF Farmasi dan Apotik sebagai penyedia obat-obatan, karena jenis obat yang diberikan tidak dapat direncanakan dengan baik dan banyaknya pembelian yang dilakukan secara mendadak.

F. Kinerja Rumah Sakit

Kinerja rumah sakit diukur dengan menggunakan indikator penilaian efisiensi pelayanan. Kinerja yang perlu diukur adalah mutu pelayanan, efisiensi pelayanan, dan cakupan pelayanan. Indikator penilaian efisiensi pelayanan diukur berdasarkan:

a. BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Persentase indikator yang menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur dalam satuan waktu tertentu (biasanya 1 tahun). BOR ideal rumah sakit adalah 60 – 85 %.

b. AvLOS (*Average Length Of Stay*)

Indikator tentang rata-rata lama rawat seorang pasien, indikator ini digunakan untuk menentukan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit dan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. AvLOS ideal rumah sakit adalah 6 – 9 hari.

c. BTO (*Bed Turn Over*)

Indikator frekuensi pemakaian tempat tidur dalam jangka waktu tertentu (biasanya 1 tahun). Idealnya dalam 1 tahun sebuah tempat tidur rata-rata dipakai adalah 40 – 50 kali.

d. TOI (*Turn Over Interval*)

Merupakan gambaran efisiensi penggunaan tempat tidur dengan menyajikan data tentang rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati hingga terisi kembali ke saat berikutnya. Idealnya TOI rumah sakit adalah 1 – 3 hari.

e. GDR (*Gross Death Rate*)

Merupakan angka kematian umum tiap-tiap 1000 pasien keluar. Angka GDR yang ideal yaitu tidak lebih dari 45/1000 pasien. Indikator ini untuk mengetahui mutu pelayanan/perawatan rumah sakit.

f. NDR (*Net Death Rate*)

Angka kematian lebih dari 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 pasien keluar. Nilai NDR yang ideal adalah 25/1000 pasien. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit.

Berikut ini adalah kinerja rawat inap Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita selama 5 tahun sejak tahun 2003 hingga tahun 2007:

Tabel 3.2

Kinerja Rawat Inap Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah

Harapan Kita Tahun 2003 – 2007

No	Uraian	Data Realisasi Tahun 2003 – 2007				
		2003	2004	2005	2006	2007
I	Jumlah Tempat Tidur	229	234	254	267	290
II	Kinerja Rawat Inap					
1.	Pasien Masuk Rawat	7.837	8.726	8.787	9.751	10.453
2.	Pasien Keluar (Hidup & Meninggal)	7.907	8.700	8.799	9.729	10.461
	Pasien Keluar Hidup	7.615	8.322	8.361	9.250	10.003
	Pasien Keluar Meninggal	292	438	479	479	458
	• Meninggal < 48 Jam	122	161	167	142	142
	• Meninggal > 48 Jam	170	217	271	337	316
3.	Lama Rawat	56.271	61.285	63.858	72.559	77.354
4.	Hari Perawatan	56.948	62.872	64.803	73.735	77.387
5.	AvLOS (Hari)	7,12	7,04	7,26	7,46	7,39
6.	BOR (%)	68,13	73,41	69,90	75,66	73,11
7.	TOI (Hari)	3,37	2,62	3,17	2,44	2,72
8.	BTO (Kali)	34,53	37,18	34,64	36,44	36,07
9.	NDR (%)	2,15	1,27	3,08	3,46	3,02
10.	GDR	3,69	4,34	4,98	4,92	4,38

BAB IV

KERANGKA PIKIR

A. Kerangka Pikir

Fungsi pengendalian barang farmasi dalam manajemen logistik merupakan fungsi inti dari pengelolaan persediaan kebutuhan barang farmasi di rumah sakit, fungsi pengendalian meliputi usaha untuk memonitor dan mengamankan keseluruhan pengelolaan kebutuhan barang farmasi di rumah sakit termasuk di dalamnya kebutuhan obat. Menurut Aditama (2000) dalam bukunya *manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Dalam fungsi pengendalian terdapat kegiatan pengendalian inventarisasi atau persediaan (*inventory control*) dan *expediting* yang merupakan unsur-unsur utamanya.

Pengendalian persediaan obat di rumah sakit bukanlah suatu hal yang mudah dilakukan oleh Instalasi Farmasi khususnya Gudang Farmasi di RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Hal ini dikarenakan harus selalu memonitor keadaan persediaan dan harus mampu memenuhi kebutuhan obat dan alkes dan unit-unit terkait dalam hal jumlah dan mutu yang sesuai dan tepat waktu. Persediaan obat dan alat kesehatan jumlahnya harus bisa optimum, tidak berlebihan maupun kekurangan. Bila hal itu terjadi akan mengakibatkan pemborosan modal yang tertanam dan biaya yang timbul akibat persediaan tersebut, dan juga dapat menghambat proses pelayanan kepada pasien. Pengendalian persediaan obat di instalasi farmasi melakukan evaluasi penggunaan obat tahun lalu untuk perkiraan kebutuhan yang akan datang dan obat-obat apa saja yang harus diprioritaskan.

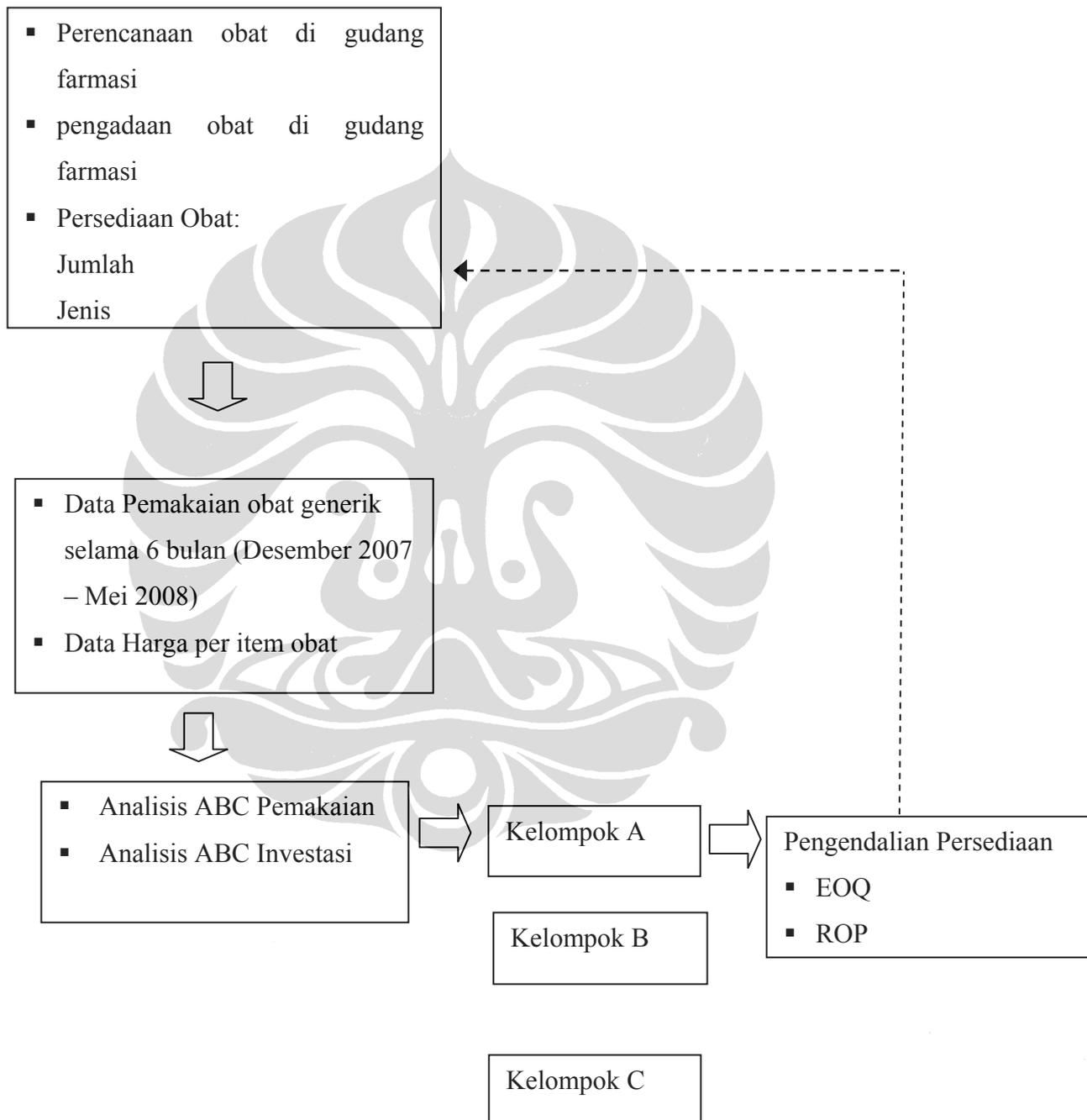
Sistem persediaan diartikan sebagai serangkaian kebijakan dan pengendalian yang memonitor tingkat persediaan dan menentukan tingkat persediaan yang harus dijaga, kapan persediaan harus disediakan dan berapa besar pesanan yang harus dilakukan. Sistem ini bertujuan menetapkan dan menjamin tersedianya sumber daya yang tepat, dalam kuantitas yang tepat dan waktu yang tepat. Atau dengan kata lain, sistem dan model persediaan bertujuan untuk meminimumkan biaya total melalui penentuan apa, berapa dan kapan pesanan dilakukan secara optimal (Rangkuti, 1996).

Di Gudang Farmasi Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita terdapat sekitar 2000 item obat yang tersedia, dan untuk obat generik sekitar 132 item obat, untuk itu perlu dilakukan sistem pengendalian persediaan yang baik, sehingga gudang farmasi dapat memenuhi kebutuhan obat kepada pasiennya, tidak terjadi kekurangan ataupun kelebihan obat yang dapat mengakibatkan pada pemborosan biaya.

Analisis ABC merupakan salah satu cara pengendalian persediaan obat dengan mengelompokkan persediaan tersebut menjadi tiga kelompok berdasarkan nilai investasinya, kelompok A dengan nilai investasi tinggi, kelompok B dengan nilai investasi sedang, dan kelompok C dengan nilai investasi rendah. Tujuan dari pengendalian adalah dapat diketahuinya jenis obat mana yang perlu diperhatikan oleh karena tingginya investasi yang dikeluarkan. Kemudian untuk melihat jumlah pembelian yang ekonomis dan optimal untuk setiap kali pemesanan dan kapan mulai mengadakan pembelian dapat digunakan metode pengendalian persediaan dengan model EOQ (*Economic Order Quantity*) dan ROP (*Reorder Point*).

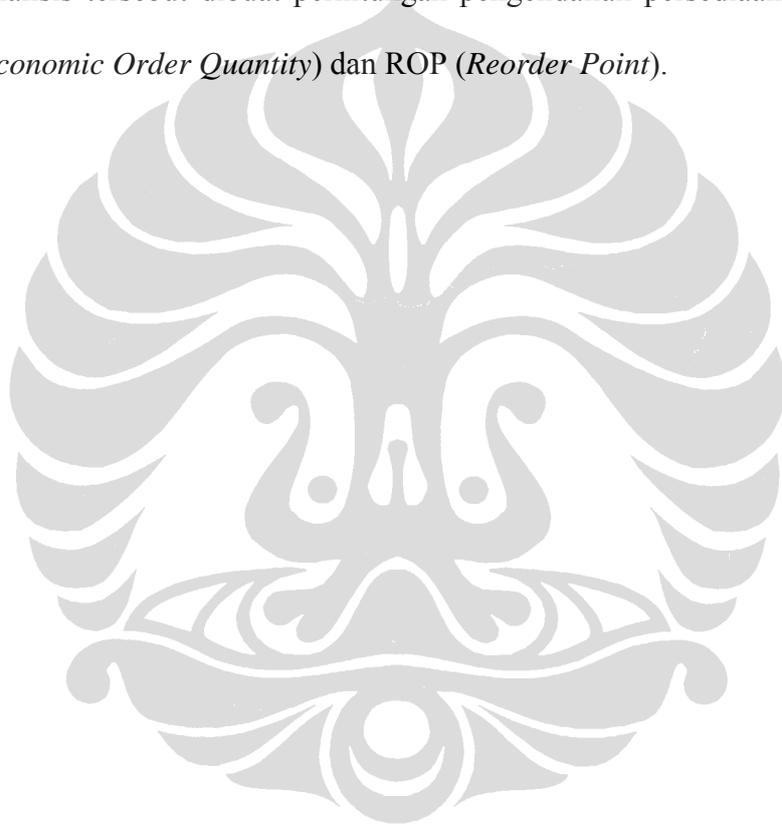
Dengan demikian, kerangka Pikir yang dapat digambarkan adalah sebagai berikut:

Gambar 4.1 Kerangka Pikir



Keterangan : (bukan ruang lingkup penelitian)

Untuk melihat gambaran pengendalian obat di gudang farmasi, peneliti mencari informasi berkaitan dengan perencanaan dan pengadaan. Setelah itu dilihat pemakaian obat selama 6 bulan dan data harga per item obat, dan dibuat pengelompokkan persediaan tersebut melalui analisis ABC pemakaian dan investasi. Hasil analisis tersebut dibuat perhitungan pengendalian persediaan melalui metode EOP (*Economic Order Quantity*) dan ROP (*Reorder Point*).



B. Definisi Istilah

No.	Variabel	Definisi Istilah	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Perencanaan obat di Gudang Farmasi	Kegiatan untuk merencanakan kebutuhan obat di gudang farmasi	a. Observasi dan wawancara b. Telaah dokumen	a. Pedoman wawancara mendalam b. Dokumen	a. Pernyataan informan mengenai proses perencanaan obat di gudang farmasi b. Prosedur perencanaan obat di gudang farmasi
2.	Pengadaan obat di Gudang Farmasi	Kegiatan untuk mengadakan kebutuhan obat di gudang farmasi	a. Observasi dan wawancara b. Telaah dokumen	a. Pedoman wawancara mendalam b. Dokumen	a. Pernyataan informan mengenai proses pengadaan obat di gudang farmasi b. Prosedur pengadaan obat di gudang farmasi
3.	Persediaan obat	Data jumlah dan jenis persediaan obat generik di gudang farmasi selama 6 bulan terakhir yaitu pada bulan Desember 2007 – Mei 2008.	Telaah dokumen dan wawancara	Dokumen	Data jumlah dan jenis persediaan obat di gudang farmasi
4.	Pengendalian persediaan Obat	Kegiatan melakukan pengawasan dan pengendalian persediaan obat yang dilakukan di Gudang farmasi	Observasi dan Wawancara	Pedoman Wawancara Mendalam	Pernyataan informan mengenai pengendalian persediaan obat yang dilakukan di gudang farmasi
5.	Data Pemakaian	Jumlah pemakaian obat generik di Gudang Farmasi selama 6 bulan terakhir yaitu pada	Telaah Dokumen	Dokumen	Laporan pemakaian obat generik perbulan dari bulan

		bulan Desember sampai Mei 2008			Desember 2007 sampai Mei 2008
6.	Data harga	Data harga masing-masing obat generik di Gudang Farmasi selama periode Desember 2007 sampai Mei 2008.	Telaah Dokumen	Dokumen	Data harga masing-masing obat generik
7.	Analisis ABC Pemakaian	Pengelompokan obat generik berdasarkan nilai pemakaian selama 6 bulan, dimana kelompok A adalah obat generik dengan 70 % nilai pemakaian, kelompok B untuk obat generik dengan 20 % nilai pemakaian dan kelompok C untuk obat generik dengan 10 % nilai pemakaian.	Data pemakaian obat generik yang telah diperoleh diklasifikasikan dari jumlah pemakaian terbesar sampai jumlah pemakaian terkecil	Analisa ABC Pemakaian	Pengelompokan obat generik berdasarkan jumlah pemakaian: A = 70% pemakaian B = 20 % pemakaian C = 10 % pemakaian
8.	Analisis ABC Investasi	Pengelompokan obat generik berdasarkan nilai mata uang, dimana kelompok A adalah obat generik dengan 70 % biaya investasi, kelompok B untuk obat generik dengan 20 % biaya investasi dan kelompok C untuk obat generik dengan 10 % biaya investasi.	Jumlah pemakaian obat generik selama 6 bulan dikalikan harga satuan obat, kemudian diklasifikasikan dari nilai investasi terbesar sampai yang terkecil	Analisa ABC investasi	Pengelompokan obat generik berdasarkan nilai investasi: A = 70% nilai investasi B = 20 % nilai investasi C = 10 % nilai investasi
9.	Pengendalian Persediaan	Pengendalian persediaan obat di gudang farmasi yang dibuat untuk	a. EOQ memasukkan data tersebut ke dalam rumus EOQ :	a. EOQ	a. Jumlah pemesanan yang ekonomis untuk setiap

		<p>menjaga agar tidak terjadi kelebihan atau kekurangan obat, serta dalam batas efisiensi penggunaan obat dengan cara pengelompokan dengan metode EOQ (<i>Economic order Quantity</i>) dan ROP (<i>Reorder Point</i>).</p>	<p>$\sqrt{(2D \times S)/H}$ Dimana: D: kebutuhan obat generik selama 6 bulan. S: biaya setiap kali pesan H: biaya penyimpanan</p>		<p>kali pemesanan</p>
			<p>b. ROP Memasukan data ke dalam rumus: $ROP = W \times L$ Dimana: W: jumlah kebutuhan perhari L: waktu tunggu dari pemesanan sampai obat tersebut sampai (<i>Lead time</i>)</p>	<p>b. ROP</p>	<p>b. Penentuan dilakukanya titik waktu pemesanan kembali berdasarkan pada jumlah persediaan obat tertentu</p>

