

Sistem Distribusi Obat

I. KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

1. Mahasiswa mampu memahami manajemen distribusi logistik pelayanan kesehatan
2. Mahasiswa mampu memahami perbedaan masing-masing pembagian distribusi logistik pelayanan kesehatan
3. Mahasiswa mampu memahami kelebihan dan kekurangan masing-masing sistem distribusi logistik pelayanan kesehatan
4. Mahasiswa mampu memahami *Unit Doses dispensing*

II. DASAR HUKUM

- UU. No. 23, tentang KESEHATAN
- PP. No. 72 Tahun 1998, tentang PENGAMANAN SEDIAAN FARMASI
- SK.MENKES. tentang KONAS
- SK.MENKES. No. 1197 Tahun 2004 tentang STANDAR PELAYANAN FARMASI DI RUMAH SAKIT
- DIRJEN BINA FARMASI dan ALKES Dep.Kes RI Tahun 2008, tentang PEDOMAN PENGELOLAAN PERBEKALAN FARMASI DI RUMAH SAKIT

III. PENDAHULUAN :

Sistem distribusi obat di rumah sakit adalah tatanan jaringan sarana, personel, prosedur, dan jaminan mutu yang serasi, terpadu dan berorientasi penderita dalam kegiatan penyampaian sediaan obat beserta informasinya kepada penderita. Sistem distribusi obat mencakup pengantaran sediaan obat yang telah di-dispensing IFRS ke daerah tempat perawatan penderita dengan keamanan dan ketepatan obat, ketepatan penderita, ketepatan jadwal, tanggal, waktu dan metode pemberian dan ketepatan personel pemberi obat kepada penderita serta keutuhan mutu obat (Siregar, 2004).

IV. Sistem Distribusi Obat Untuk Pasien Rawat Inap/Tinggal

Pada dasarnya ada beberapa jenis sistem distribusi obat untuk penderita rawat tinggal (PRT), yaitu:

1. Sistem distribusi obat resep individu sentralisasi

Resep individu adalah order resep yang ditulis dokter untuk tiap penderita, sedangkan sentralisasi adalah semua order atau resep tersebut yang disiapkan dan didistribusikan dari IFRS sentral sesuai dengan yang ditulis pada resep/order atas nama PRT tertentu melalui perawat ke ruang penderita tersebut (Siregar, 2004).

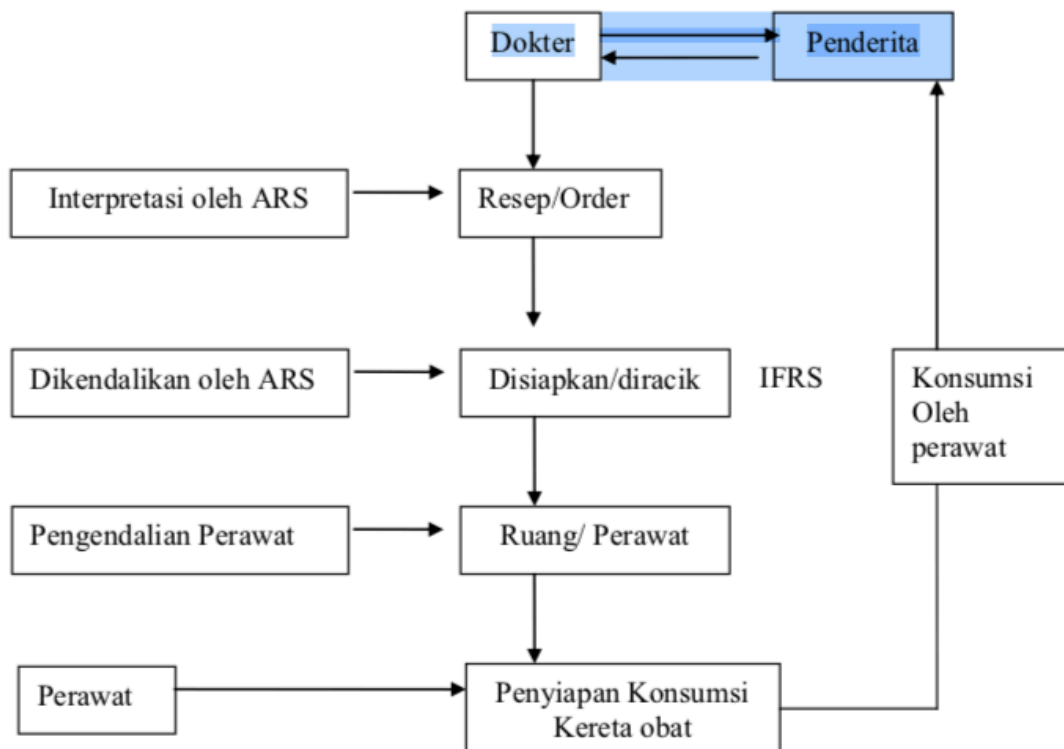
Dalam sistem ini, semua obat yang diperlukan untuk pengobatan di-dispensing dari IFRS. Resep orisinil oleh perawat dikirim ke IFRS, kemudian order/resep tersebut di proses sesuai dengan kaidah “cara dispensing yang baik dan obat disiapkan untuk didistribusikan kepada penderita tertentu”.

Keuntungan (Siregar, 2003)

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

Keterbatasan (Siregar, 2003)

1. Kemungkinan keterlambatan sediaan obat sampai pada penderita.
2. Jumlah kebutuhan personil di IFRS meningkat.
3. Memerlukan jumlah perawat dan waktu yang lebih banyak untuk penyiapan obat di ruang pada waktu konsumsi obat.
4. Terjadinya kesalahan obat karena kurangnya pemeriksaan pada waktu penyiapan konsumsi.



Gambar 1. Sistim Distribusi Obat Resep Individual Sentralisasi (Satibi , 2014)

2 Sistem Distribusi Obat Persediaan Lengkap di Ruang (Floor Stock)

Dalam sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang, semua obat yang dibutuhkan penderita tersedia dalam ruang tersebut, kecuali obat yang jarang digunakan atau obat yang sangat mahal. Persediaan obat di ruang dipasok oleh IFRS. Biasanya sekali seminggu personil IFRS memeriksa persediaan obat di ruang, lalu menambah menambah persediaan obat yang persediaannya sudah sampai tanda batas pengisian kembali. Obat yang di-dispensing dibawah sistem ini terdiri atas obat penggunaan umum yang biayanya dibebankan pada biaya paket perawatan menyeluruh dan order obat yang harus dibayar sebagai biaya obat. Obat penggunaan umum ini terdiri atas obat yang tertera dalam daftar yang telah ditetapkan oleh PFT dan IFRS yang tersedia di unit perawat, misalnya kapas pembersih luka, larutan antiseptik, dan obat tidur. Biasanya obat ini dibayar sebagai bagian dari biaya pelayanan perawatan. Obat yang harus dibayar tersedia pada tiap unit perawat dan penderita yang menggunakannya akan membayarnya sebagai biaya obat (Siregar, 2003).

Definisi dari sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang adalah tatanan kegiatan penghantaran sediaan obat sesuai dengan yang ditulis dokter pada order obat, yang disiapkan dari persediaan di ruang oleh perawat dan dengan mengambil dosis/ unit obat dari persediaan yang langsung diberikan kepada penderita di ruang itu (Siregar, 2003).

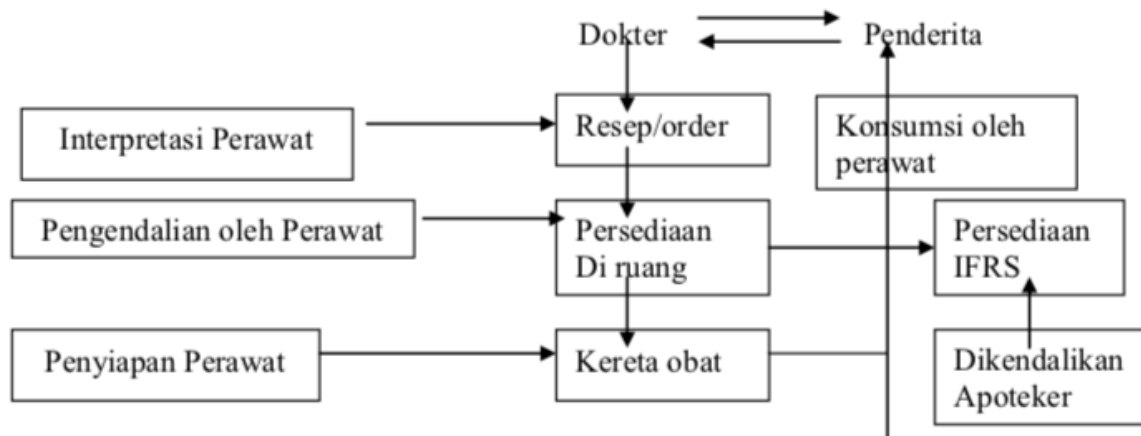
Keuntungan (Siregar, 2003 dan Anonim, 1991) :

- a. Obat yang diperlukan segera tersedia bagi penderita.
- b. Peniadaan pengembalian obat yang tidak terpakai ke IFRS.
- c. Pengurangan penyalinan kembali order obat.
- d. Pengurangan jumlah personil IFRS diperlukan.

Keterbatasan (Siregar, 2003 dan Anonim, 1991):

1. 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.
2. Persediaan obat di unit perawat meningkat dengan fasilitas ruangan yang sangat terbatas. Pengendalian persediaan dan mutu, kurang diperhatikan oleh perawat. Akibatnya penyimpanan yang tidak teratur, mutu obat cepat merosot, dan tanggal kadaluarsa kurang diperhatikan sehingga sering terjadi sediaan obat yang tak terpakai karena telah kadaluarsa.
3. Pencurian obat meningkat.
4. Meningkatnya bahaya karena kerusakan obat.
5. Penambahan modal investasi untuk menyediakan fasilitas penyimpanan obat yang sesuai di setiap daerah perawatan penderita.
6. Diperlukan waktu tambahan bagi perawat untuk menangani obat.
7. Meningkatnya kerugian karena kerusakan obat.

Keterbatasan/kelemahan sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang sangat banyak. Oleh karena itu, sistem ini hendaknya tidak digunakan lagi. Dalam sistem ini tanggung jawab besar dibebankan pada perawat, yaitu menginterpretasi order dan penyiapan obat, yang sebetulnya adalah tanggung jawab apoteker. Sekarang telah diperkenalkan sistem distribusi obat desentralisasi yang melaksanakan sistem persediaan lengkap di ruang, tetapi dibawah pimpinan seorang apoteker. Jika sistem desentralisasi ini dilakukan, maka banyak kekurangan dari sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang akan dapat diatasi (Siregar, 2003).



Gambar 2. Sistem distribusi obat persediaan lengkap di ruang (Siregar, 2003)

3. Sistem Distribusi Obat Kombinasi Resep Individu dan Persediaan di Ruang Rumah sakit yang menerapkan sistem ini, selain menerapkan distribusi resep/order individual sentralisasi, juga menerapkan distribusi persediaan di ruangan yang terbatas. Jenis dan jumlah obat yang tersedia di ruangan ditetapkan oleh PFT dengan masukan IFRS dan dari pelayanan keperawatan. Sistem kombinasi biasanya diadakan untuk mengurangi beban kerja IFRS. Obat yang disediakan di ruangan adalah obat yang diperlukan oleh banyak penderita, setiap hari diperlukan, dan biasanya adalah obat yang relatif murah, mencakup obat resep atau obat bebas.

Keuntungan (Siregar dan Amalia, 2004):

1. Semua resep/order individual dikaji langsung oleh apoteker.
2. Adanya kesempatan berinteraksi profesional antara apoteker – dokter – perawat – penderita.
3. Obat yang diperlukan dapat segera tersedia bagi penderita.
4. Beban IFRS dapat berkurang.

Keterbatasan (Siregar dan Amalia, 2004):

1. Kemungkinan keterlambatan sediaan obat sampai kepada penderita (obat resep individu).
2. Kesalahan obat dapat terjadi (obat dari persediaan ruang).

4. Sistem Distribusi Obat Dosis Unit (UDDS)

Sistem distribusi ini menggunakan istilah dosis unit yang digunakan di rumah sakit berhubungan dengan jenis kemasan dan juga sistem untuk mendistribusikan kemasan tersebut. Obat dosis unit adalah obat yang diorder oleh dokter untuk penderita, terdiri atas satu atau beberapa jenis obat yang masing-masing dalam kemasan dosis unit tunggal dalam jumlah yang dikonsumsi saja.

Sistem distribusi obat dosis unit adalah metode dispensing dan pengendalian obat yang dikoordinasi IFRS dalam rumah sakit. Akan tetapi, unsur berikut adalah dasar dari semua sistem dosis unit, yaitu obat dikandung dalam kemasan unit tunggal, di-dispensing dalam bentuk siap konsumsi, dan untuk kebanyakan obat tidak lebih dari 24 jam persediaan dosis, diantarkan ke atau tersedia pada ruang perawatan penderita pada setiap waktu (Siregar dan Amalia, 2004).

Sistem distribusi obat dosis unit dapat dioperasikan dengan salah satu dari 3 metode dibawah ini, yang pilihannya tergantung pada kebijakan dan kondisi suatu rumah sakit.

Sistem tersebut yaitu (Siregar dan Amalia, 2004 dan Anonim, 1991):

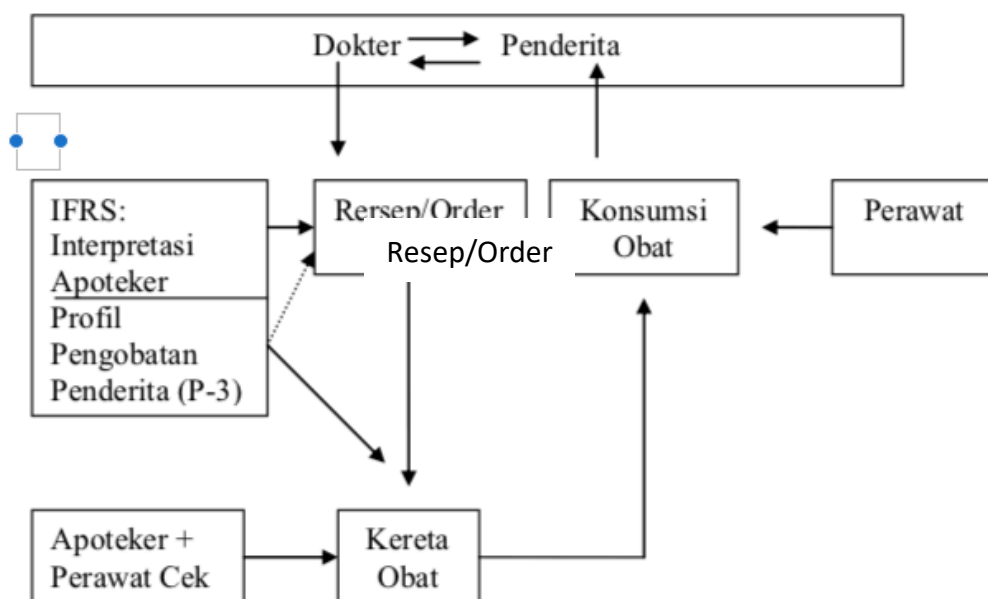
1. Sistem distribusi obat dosis unit dapat diselenggarakan secara sentralisasi. Sentralisasi dilakukan oleh IFRS sentral ke semua daerah perawatan penderita rawat tinggal di rumah sakit secara keseluruhan. Artinya, dirumah sakit itu mungkin hanya satu IFRS tanpa adanya cabang IFRS di beberapa daerah perawatan penderita.
2. Sistem distribusi obat dosis unit desentralisasi dilakukan oleh beberapa cabang IFRS di sebuah rumah sakit. Pada dasarnya sistem distribusi obat desentralisasi ini sama dengan sistem distribusi persediaan lengkap di ruang, hanya saja sistem distribusi obat desentralisasi ini dikelola seluruhnya oleh apoteker yang sama dengan pengelola dan pengendalian oleh IFRS sentral.
3. Dalam sistem distribusi obat dosis unit kombinasi sentralisasi dan desentralisasi, biasanya hanya dosis mula dan dosis keadaan darurat dilayani cabang IFRS sentral.

Kalau sistem distribusi obat yang telah diurai sebelumnya dikenal sebagai sistem tradisional, maka sistem distribusi obat dosis unit ini termasuk sebagai sistem yang terbaru, meskipun sistem ini telah diperkenalkan lebih dari 20 tahun yang lalu. Kelemahan dari sistem distribusi ini adalah kebanyakan rumah sakit lambat menerapkannya, karena sistem ini memerlukan biaya yang besar dan juga memerlukan peningkatan jumlah yang radikal dari staf apoteker, apabila dibandingkan dengan sistem tradisional (Anonim, 1991).

Keuntungan (Siregar dan Amalia, 2004 dan Anonim, 1991):

1. Penderita menerima pelayanan IFRS 24 jam sehari dan penderita membayar hanya obat yang dikonsumsi saja.
2. Semua dosis yang diperlukan pada unit perawatan telah disiapkan oleh IFRS, jadi perawat mempunyai waktu lebih banyak untuk merawat langsung penderita.
3. Adanya sistem pemeriksaan ganda dengan menginterpretasikan resep/order

- dokter dan membuat profil pengobatan penderita (P-3) oleh apoteker, dan perawat memeriksa obat yang disiapkan IFRS sebelum dikonsumsi. Jadi sistem ini mengurangi kesalahan obat.
4. Peniadaan duplikasi order obat yang berlebih dan pengurangan pekerjaan menulis di unit perawat dan IFRS.
 5. Pengurangan kerugian biaya obat yang tidak terbayar oleh penderita.
 6. Penyiapan sediaan intravena dan rekonstitusi obat oleh IFRS.
 7. Meningkatkan penggunaan personel profesional dan nonprofesional yang lebih efisien.
 8. Mengurangi kehilangan pendapatan.
 9. Menghemat ruangan di unit perawat dengan meniadakan persediaan ruah obat-obatan.
 10. Meniadakan pencurian dan pemborosan obat
 11. Memperluas cakupan dan pengendalian IFRS dirumah sakit secara keseluruhan. Sejak dari dokter menulis resep/order sampai penderita menerima dosis unit.
 12. Kemasan dosis unit secara tersendiri-sendiri diberi etiket dengan nama obat, kekuatan, nomor kendali dan kemasan tetap utuh sampai obat siap dikonsumsi penderita. Halini mengurangi kesempatan salah obat, juga membantu dalam penelusuran kembali kemasan apabila terjadi penarikan obat.
 13. Sistem komunikasi pengorderan dan penghantaran obat bertambah baik.
 14. Apoteker dapat datang ke unit perawat/ruang penderita untuk melakukan konsultasi obat, membantu memberikan masukan kepada tim sebagai upaya yang diperlukan untuk perawatan penderita yang lebih baik.
 15. Pengurangan biaya total kegiatan yang berkaitan dengan obat
 16. Peningkatan pengendalian obat dan pemantauan penggunaan obat menyeluruh.
 17. Pengendalian yang lebih besar oleh apoteker atas pola beban kerja IFRS dan penjadwalan staf.



Gambar 3. Sistem Distribusi Obat Dosis Unit Sentralisasi (Siregar dan Amalia, 2004)

5. Sistem Distribusi Obat Desentralisasi

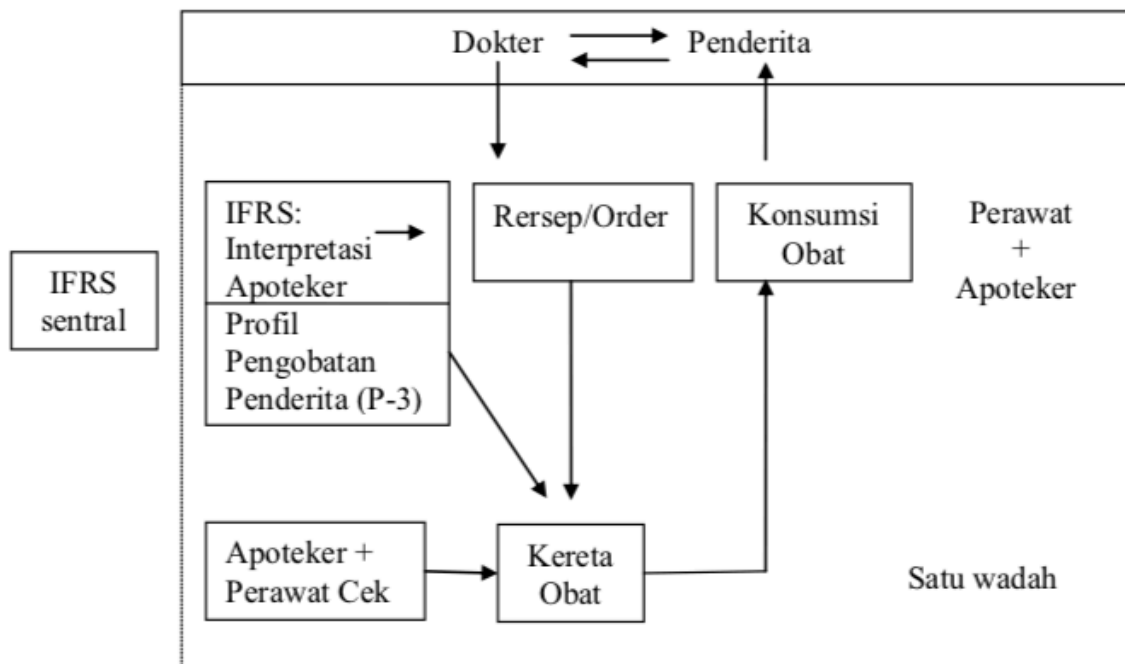
Pelayanan Farmasi desentralisasi terbukti selama ini merupakan suatu rencana pelaksanaan penting guna mencapai keamanan dan keefektifan penggunaan obat bagi penderita (Siregar dan Amalia, 2004).

Keuntungan (Siregar dan Amalia, 2004) :

1. Obat dapat segera tersedia untuk dikonsumsi pada pasien.
2. Pengendalian obat dan akuntabilitas semakin baik.
3. Apoteker dapat berkomunikasi langsung dengan dokter dan perawat.
4. Sistem distribusi obat berorientasi penderita sangat berpeluang diterapkan untuk penyerahan obat kepada penderita melalui perawat.
5. Apoteker dapat mengkaji kartu pengobatan dan dapat berbicara dengan penderita secara efisien.
6. Informasi obat dari apoteker segera tersedia bagi dokter dan perawat.
7. Waktu kerja perawat dalam distribusi dan penyiapan obat untuk digunakan penderita berkurang, karena tugas itu lebih banyak dilakukan oleh personel IFRS desentralisasi.
8. Spesialisasi terapi obat bagi apoteker dalam bidang perawatan penderita dicapai lebih efektif.
9. Pelayanan klinik apoteker yang terspesialisasi dapat dikembangkan dan diberikan secara efisien.
10. Apoteker lebih mudah melakukan penelitian klinik obat dan studi assesment mutu terapi obat penderita

Keterbatasan (Siregar dan Amalia, 2004) :

1. Semua Apoteker praktik klinik harus cakap bekerja secara efektif dengan asisten apoteker dan teknisi
2. Apoteker biasanya bertanggungjawab untuk pelayanan distribusi dan pelayanan klinik.
3. Waktu yang digunakan untuk bukan distribusi obat tergantung pada ketersediaan asisten apoteker bermutu dan berkemampuan teknisi.
4. Pengendalian inventori obat dalam IFRS keseluruhan lebih sulit karena anggota staf berpraktik dalam lokasi fisik yang banyak.
5. Lebih banyak alat yang diperlukan, misalnya acuan pustaka informasi obat, " laminar air flow", lemari pendingin, rak obat dan alat untuk meracik.
6. Jumlah dan ketakutan penderita menyebabkan beban kerja distribusi obat dapat melebihi kapasitas ruangan dan personil dalam unit IFRS desentralisasi yang kecil.



Gambar 4. Sistem distribusi Obat untuk Penderita rawat Tinggal (Siregar, 2004).

Persyaratan Sistem Distribusi Obat untuk penderita Rawat Tinggal

Suatu sistem distribusi obat yang efisien dan efektif sangat tergantung pada desain sistem distribusi obat yang didisain dan dikelola baik harus didapat mencapai berbagai hal sebagai berikut (Siregar, 2004) :

1. Ketersediaan obat yang tetap terpelihara.
2. Mutu dan kondisi obat/tetap stabil dalam seluruh proses distribusi.
3. Kesalahan obat minimal dan memberi keamanan maksimum pada penderita.
4. Obat yang rusak dan kadaluarsa sangat minimal.
5. Efisiensi dalam penggunaan sumber, terutama personel.
6. Pencurian dan/atau hilang dapat minimal.
7. IFRS mempunyai akses dalam semua tahap proses distribusi untuk pengendalian, pemantauan dan penerapan pelayanan farmasi klinik.
8. Terjadinya interaksi profesional dokter-apoteker-perawat-penderita.
9. Pemborosan dan penyalahgunaan obat minimal.
10. Harga terkendali.
11. Peningkatan penggunaan obat rasional.

V. Sistem Distribusi Untuk Penderita Rawat Jalan

Lingkungan fisik untuk Farmasi yang melayani pasien rawat jalan bukan merupakan faktor utama mengingat bahwa pelayanan kesehatan ini diberikan kepada pasien yang rawat jalan, dan bukan yang dirawat di RS. Pasien rawat jalan berbeda dalam banyak hal dengan pasien rawat inap, pasien yang dirawat di rumah sakit selalu dalam

lingkungan yang secara rutin diawasi dimana tanda-tanda penting yang terjadi juga dicatat secara rutin, pengobatan dijadwal dan diberikan oleh tenaga medis terdidik yang profesional, dan pasien ditempatkan pada suatu tempat yang khusus; sebaliknya pasien rawat jalan biasanya berada dalam lingkungan yang tidak terkontrol sehingga tanda-tanda penting yang terjadi di antara waktu kunjungannya ke klinik tidak dicatat, dan kadang-kadang mungkin obat yang digunakan pasien tidak teratur. Dengan demikian jelas bahwa masalah yang berkaitan dengan pengobatan yang dihadapi oleh pasien rawat inap di Rumah Sakit. Pasien rawat jalan seringkali harus bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri. Di samping obat-obat yang ditulis pada resep, pasien juga mungkin menggunakan obat lain yang dibeli dari Farmasi luar atau dari para pengecer obat lain. Juga mungkin pasien menggunakan obat yang diperoleh dari anggota keluarga atau teman. Tampaknya tidak seorang petugas kesehatanpun yang benar-benar mengetahui pengobatan pasien secara menyeluruh. Dihadapkan pada masalah demikian, disamping melayani resep dengan benar, Farmasis harus menyediakan pelayanan farmasi yang diperluas yaitu memberikan informasi kepada pasien agar lebih mengerti tentang obat-obat yang mereka gunakan (Anonim, 1991).

Lokasi Farmasi untuk Pasien Rawat Jalan

Tidak ada aturan tertulis tentang area lokasi yang terbaik untuk Farmasi yang melayani pasien rawat jalan. Namun ada 3 pembagian area lokasi yang sesuai yaitu (Anonim, 1991):

Farmasi yang tersendiri untuk pasien rawat jalan.

Farmasi yang melayani baik untuk pasien rawat inap dan rawat jalan yang pelayanannya dari loket yang sama. Farmasi yang melayani baik untuk pasien rawat inap dan rawat jalan yang pelayanannya dari loket terpisah. Pertimbangan paling penting adalah bahwa farmasi untuk pasien rawat jalan hendaknya berdekatan dengan klinik untuk pasien rawat jalan. Jika klinik untuk pasien rawat jalan harus dipisahkan juga dari Farmasi untuk pasien rawat inap. Ini membutuhkan perencanaan untuk transportasi obat-obatan dan pengiriman dari Farmasi pusat ke Farmasi untuk rawat jalan. Juga dibutuhkan staf tambahan dan pengawasan manajemen yang semakin luas oleh direktur/ Kepala Farmasi.

Prosedur Pelayanan

Meskipun pola pelayanan didalam melayani resep dan pelayanan pasien rawat jalan tampak sama dengan pelayanan di Farmasi Umum, tetapi ada beberapa perbedaan, khususnya jumlah yang besar pasien rawat jalan di Farmasi. Pada Rumah Sakit maupun Farmasi umum, resep ditulis oleh dokter, dan pasien membawanya ke farmasi/apotek dimana obat itu akan diberikan oleh farmasis. Jika harus menunggu maka apotek/farmasi harus menggunakan kartu bernomor untuk mengenali pasien dan mengerjakan resepnya. Setelah diterima oleh farmasi, resep dan label diberi nomor dengan mesin. Petunjuk dan informasi lain yang berkaitan ditulis pada label. Label tambahan, misalnya; kocok baik-baik, simpan dilemari es, dan sebagainya ditambahkan, obat yang sesuai dimasukkan dalam kontainer, diadakan pemeriksaan untuk ketelitiannya dan akhirnya obat yang telah dibayar sebelumnya diberikan kepada pasien.

Farmasi yang melayani banyak pasien rawat jalan harus menggunakan prosedur ban berjalan (*assembly line*). Seorang menerima resep dari loket penerimaan, orang lain mengetik label dan menyerahkan pada orang lain yang sedang melayani obat untuk resep tersebut dan orang lain lagi yang menyerahkan obat yang telah selesai kepada pasien melalui loket pengambilan. Meskipun prosedur ini mempercepat dalam pelayanan, kesalahan bisa terjadi jika tidak dilaksanakan pemeriksaan yang benar. Penggunaan tenaga nonprofesional dapat dimasukkan dalam prosedur 'ban berjalan' ini, tetapi telah terjadi perdebatan mengenai apa tugas yang dapat dilaksanakan oleh tenaga non farmasis tersebut. Di beberapa daerah, hal ini diatur oleh badan pengatur lokal dan regional. Pada umumnya disetujui bahwa tenaga non profesional dapat mengetik label pada obat, namun dari segi keamanan pasien adalah suatu pelayanan yang baik jika Farmasis sendiri yang menerima resep dari pasien dan mendiskusikan informasi yang penting mengenai obat tersebut sebelum dimulainya prosedur 'ban berjalan' tersebut. Demikian pula sebaiknya Farmasis yang menyerahkan obat yang telah selesai kepada pasien dan menerangkan petunjuk serta informasi peringatan lainnya (Anonim, 1991).

Disamping prosedur 'ban berjalan' ada dua sistem lagi yang sangat mempercepat seluruh pelayanan obat untuk pasien rawat jalan dan juga mengurangi kebutuhan staf. Sistem itu adalah: Sistem pelayanan farmasi yang dengan ketat mengikuti Formularium Rumah Sakit dan sistem pelayanan farmasi program pengemasan awal yang efisien.

Dengan menggunakan sistem Formularium Rumah Sakit, staf medis harus disadarkan bahwa farmasi hanya akan melayani satu merek untuk setiap obat, dan bahwa hanya akan disediakan obat-obat pokok dalam jumlah minimal untuk tiap kategori pengobatan. Setelah standarisasi formularium tercapai, maka akan berjalan bersama program pengemasan. Obat-obat tertentu dalam jumlah yang banyak akan ditulis sebagai produk yang sama dalam jumlah yang relatif kecil, dan obat-obat ini harus dikemas di farmasi. Disamping itu, jumlah obat standar yang spesifik harus ditentukan oleh Komite Farmasi dan Terapi (Anonim, 1991).

Pelayanan Farmasi yang Diperlukan

Selain pelayanan yang telah disebutkan sebelumnya, Farmasi yang melayani pasien rawat jalan dapat memberikan pelayanan-pelayanan berikut sesuai dengan waktu dan staf yang ada (Anonim, 1991):

1. Penyuluhan Pasien (*counselling*)

Ruang khusus untuk penyuluhan dapat digunakan dan disediakan bagi para pasien yang mempunyai masalah berkaitan dengan obat-obat tertentu seperti misalnya pasien yang menggunakan banyak macam obat atau menderita penyakit tertentu dan obat-obat dengan penggunaan khusus, misalnya inhaler, insulin dan lain-lain.

2. Pendidikan Pasien (*Education*)

Karena farmasis sangat mengenal obat-obatan, maka sewajarnya jika

pengetahuan tentang obat-obatan dapat diberikan pada pasien yang sangat mungkin sekali menerima pengobatan yang berbahaya karena adanya jadwal pengobatan yang kacau atau cara pemberian obat yang lain dari biasanya. Misalnya program untuk edukasi para penderita hemofili untuk menggunakan obat sendiri dirumah.

3. Membuat lembaran riwayat pasien dan pengobatan/catatan farmasi Seperti yang telah ditulis dalam bagian pengobatan untuk pasien, Farmasis dapat membuat catatan mengenai riwayat pengobatan untuk pasien rawat jalan. Cara ini memungkinkan farmasis mengevaluasi seluruh langkah pengobatan pasien yang sangat penting sekali untuk pasien rawat jalan yang secara rutin membeli obat di Farmasi tersebut.
4. Menyediakan Informasi obat-obatan.

Farmasis dapat menyediakan informasi tentang obat-obatan secara umum yang akan membantu pasien untuk lebih mengerti tentang obat mereka dan bagaimana penggunaannya.

5. Peduli dan Merujuk/merekomendasikan.

Farmasis yang melayani pasien rawat jalan selalu bertatap muka dengan pasien pada waktu melayani resep, memberikan penyuluhan pada pasien atau memberikan pelayanan perawatan. Selama tatap muka dengan pasien ini mungkin diketahui bahwa pasien mengalami kondisi yang tidak terdeteksi/diketahui sebelumnya, misalnya mempunyai penyakit akut yang membutuhkan perawatan atau memerlukan bantuan dokter dengan segera. Gejala seperti diabetes, infeksi streptokokal, atau infark miokardial mungkin dapat diketahui dari keluhan-keluhan ringan yang dikemukakan pasien kepada farmasis. Farmasis yang mengetahui gejala-gejala tersebut dapat segera menganjurkan pasien ke unit gawat darurat untuk pemeriksaan.

Secara umum, pedoman pelayan farmasi untuk pasien rawat jalan di rumah sakit mencakup (Satibi,2014):

1. Perencanaan; pelayanan farmasi untuk pasien rawat jalan harus dipimpin oleh seorang apoteker yang berkompentensi, memiliki pengalaman dalam praktek dan manajemen farmasi, yang bertanggung jawab menentukan sasaran jangka panjang dan pendek, mengembangkan rencana, hingga laboran yang berkaitan dengan pencapaian sasaran.
2. Pengelolaan staf; personil yang ditugaskan untuk pasien rawat jalan memiliki pendidikan dan pengalaman yang diperlukan untuk memenuhi tugas mereka, jumlah personel dan jadwal kerja staf diatur sedemikian rupa agar dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.
3. Pengelolaan Unit Pelayanan Penderita Ambulatori (UPPA); UPPA sebagai cabang dari IFRS harus selalu dipantau pengelolannya oleh IFRS sentral mengenai pelayanan, pengelolaan keuangan, serta kepatuhan pada standar yang berlaku.

Persyaratan fasilitas dan peralatan (Satibi,2014) :

1. Apotek RS harus memiliki lokasi yang mudah dicapai oleh pasien. Ruangan dan peralatan dalam jumlah dan jenis yang memadai untuk melaksanakan fungsi profesional dan administrasi.
2. Tersedia ruangan bersifat pribadi untuk konsultasi, serta ruangan dan sumber yang memadai untuk pelayanan informasi obat.
3. Sebaiknya memiliki sumber pengolahan data yang telah memadai atau berkomputerisasi untuk memudahkan dalam mengakses.
4. Harus menyediakan ruang tunggu yang nyaman bagi penderita.

Persyaratan pengolahan resep (Satibi,2014) :

1. Dispensing dilakukan oleh apoteker atau dibawah pengawasan apoteker.
2. Apoteker harus mengkaji ketepatan dari pemilihan obat, dosis, rute pemberian, serta jumlah obat.
3. Etiket ditulis secara benar, lengkap, dan jelas.
4. Obat harus disiapkan tepat waktu dengan cara akurat.
5. Pemberian informasi atau edukasi pada pasien baik secara lisan atau tertulis. Apoteker harus memastikan pasien menerima dan mengerti semua informasi yang diperlukan untuk penggunaan obat yang tepat.

Pedoman operasional lain

1. Penetapan jam kerja sesuai dengan kebutuhan pasien rawat jalan.
2. Ketaatan pada formularium rumah sakit.

Sistem Farmasi Satu Pintu (Satibi, 2014).

Pelayanan "Farmasi Satu Pintu" berarti tanggung jawab pelayanan kefarmasian sepenuhnya dilakukan oleh farmasi rumah sakit (RS) atau Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS). Yang dimaksud dengan sistem satu pintu menurut UU No. 44 tahun 2009 pasal 15 ayat 3 adalah bahwa rumah sakit hanya memiliki satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium pengadaan, dan pendistribusian alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien.

IFRS memiliki kewenangan penuh dan bertanggung jawab terhadap obat yang beredar di RS, serta dalam pengelolaan perbekalan farmasi, berkewajiban mengelola obat secara berdaya guna dan berhasil guna, berkewajiban melaksanakan pengendalian pelayanan dan pemantauan penggunaan obat di rumah sakit. Proses pelaksanaan sistem pelayanan kefarmasian satu pintu, meliputi (Satibi ,2014):

1. Pemahaman tentang tanggungjawab kepada pihak internal IFRS bahwa Instalasi Farmasi bertanggung jawab atas semua obat yang beredar di rumah sakit.
2. *Commitment Building* : Memberikan yang terbaik untuk pelanggan, pelayanan bebas kesalahan (*Zero Defect*), pelayanan bebas copy resep (terlayani semua di rumah sakit).

3. Membangun kekuatan internal RS terhadap pesaing farmasi dari luar dan mewujudkan keterikatan terhadap pelayanan farmasi RS dengan penyediaan dana gotong royong seluruh jajaran RS.
4. Pemberdayaan Panitia Farmasi dan Terapi (PFT).
5. Penerapan sistem formularium RS.
6. Penerapan satu SOP (Sistem Operasional Pelaksanaan) penulisan resep.
7. Resep wajib dikirim ke IFRS untuk dilakukan skrining dan validasi.
8. Penerapan SIM (Sistem Informasi Manajemen) farmasi.

Dana merupakan masalah strategis dalam pengembangan pelayanan farmasi bermutu. Dana untuk pengadaan obat selalu menjadi alasan yang dikemukakan RS Pemerintah untuk membenarkan beroperasinya berbagai apotek swasta murni dan apotek swasta milik RS sendiri. Hampir semua apotek ini tidak dibawah kendali instalasi farmasi sehingga mutu keamanan penderita dan harga obat diluar kendali instalasi farmasi. Keadaan ini tidak kondusif untuk melakukan pelayanan farmasi yang bermutu dan berspektrum luas. Oleh karena itu, pelayanan farmasi dengan satu pintu mutlak dilaksanakan, yaitu instalasi farmasi sebagai pengelola tunggal perbekalan farmasi RS.

Hal ini dikarenakan:

1. Farmasi RS bertanggung jawab atas semua barang farmasi yang beredar di RS, baik rawat jalan maupun rawat inap.
2. Farmasi RS bertanggung jawab atas pengadaan dan penyajian informasi obat siap pakai bagi semua pihak di RS, baik petugas kesehatan maupun pasien.
3. Farmasi RS bertanggung jawab atas pekerjaan pelayanan kefarmasian di RS (mengacu pada akreditasi RS dan SK Dirjen Yanmed no. 0428/YAPI/LED/RSKS/K/1989), yaitu Bab II Pasal 9:
 1. Sebagai penanggung jawab atas pengelolaan obat-obat di RS maka instalasi farmasi RS berkewajiban dan harus mampu mengelola obat-obatan secara berdaya guna dan berhasil guna.
 2. Untuk tercapainya tujuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat(1) maka pengadaan obat-obatan di RS didasarkan atas prosedur perencanaan yang baik. Dalam menyusun rencana pengadaan dan pengelolaan obat-obatan di RS, instalasi farmasi menggunakan data pemakaian di lapangan yang berasal dari semua unit instalasi RS.
 3. Untuk dapat melaksanakan pengawasan dan pengendalian terhadap pelayanan obat-obatan di RS, maka pelayanan obat-obatan yang di RS harus melalui sistem satu pintu.

Dengan sistem satu pintu sebagaimana di maksud pasal 9 ayat (3), maka unit distribusi instalasi farmasi RS (apotek RS) secara bertahap harus difungsikan sepenuhnya sabagai satu-satunya apotek RS yang berkewajiban melaksanakan pelayanan obat-obatan di RS.

Istilah satu pintu itu sendiri berarti:

1. Satu kebijakan, dimana kebijakan ini diambil oleh IFRS, maka harus mengikuti kebijakan yang ada seperti formularium RS, tata laksana obat, harga jual obat yang seragam, dan dalam penentuan distributor yang tepat.

2. Satu SOP (Standart Operational Procedure), yang dibuat agar standar yang diinginkan tercapai termasuk prosedur/instruksi kerja yang meliputi pelayanan, pelaporan, monitoring, dan evaluasi.
3. Satu pengawasan operasional, dimana dalam pelayanan, pengadaan, pengelolaan, dan seleksi obat dilakukan oleh suatu kontrol yaitu oleh IFRS. Satu sistem informasi, dimana yang bertanggung jawab dalam masalah ini adalah farmasi Rumah Sakit.

Beberapa faktor yang dipertimbangkan dalam menyelenggarakan pelayanan farmasi sistem satu pintu antar lain (Satibi, 2014) :

1. Jumlah unit pelayanan yang ada di Rumah Sakit. Hal ini berguna untuk merencanakan jumlah dan letak outlet apotek.
2. Memperkirakan jumlah resep, baik jumlah resep per hari pada jam sibuk/jam kerja maupun resep diluar jam kerja.
3. Macam item obat yang diresepkan, untuk menentukan fast and slows moving drug agar persediaan obat itu selalu ada. Hal ini sangat erat kaitannya dengan persediaan dana.
4. Jumlah tenaga yang diperlukan untuk setiap outlet apotek, agar tercapai tepat obat dan tepat waktu.
5. Tersedia tenaga farmasi klinik.

Tujuan Pelayanan Farmasi Satu Pintu (Satibi, 2014):

1. Menghindari resep keluar, dengan cara memiliki outlet apotek ditiap lantai, menggunakan sistem "jemput resep", fasilitas antar untuk jarak tertentu, bekerja sama dengan poli rawat jalan.
2. Meningkatkan pendapatan IFRS dan Rumah Sakit, sehingga meningkatkan kesejahteraan pegawai.
3. Optimalisasi cakupan pelayanan obat gawat darurat, resep rawat jalan umum, rawat jalan Askes, rawat inap umum/Askes, obat operasi dan pelayanan obat masyarakat miskin dan sistem Jaminan Kesehatan nasional (JKN)
4. Meminimalisasi pemberian obat yang tidak tepat waktu, dan meminimalisasi medication error untuk keamanan dan keselamatan pasien.
5. Peningkatan pelayanan farmasi sesuai dengan standar yang berlaku sehingga dapat memenuhi kebutuhan yang ditetapkan, dan memuaskan harapan konsumen.
6. Obat tersedia pada harga yang kompetitif dan memberi manfaat bagi RS.

Disamping itu, dengan tujuan penerapan farmasi satu pintu lainnya adalah (Satibi, 2014) :

1. Memudahkan monitoring penggunaan obat.
2. Dapat mengetahui kebutuhan obat secara menyeluruh sehingga memudahkan perencanaan obat.
3. Menjamin mutu obat yang tersedia sesuai persyaratan kefarmasian
4. Dapat melaksanakan pelayanan obat dengan sistem unit dose ke semua ruang rawat.
5. Dapat dilaksanakannya pelayanan informasi obat dan konseling obat baik bagi pasien rawat jalan maupun rawat inap.

6. Dapat dilaksanakan Monitoring Efek Samping obat oleh Panitia Farmasi dan Terapi.
7. Dapat melakukan pengkajian penggunaan obat di rumah sakit, baik obat generik, obat formularium, obat DPHO askes, dan lain-lain, sesuai program instalasi farmasi serta Panitia Farmasi dan Terapi.

Keuntungan Pelayanan Farmasi Satu Pintu (Satibi, 2014):

1. Obat dan Perbekkes (perbekalan kesehatan) dikelola oleh tenaga terlatih (Apoteker dan Asisten Apoteker).
2. Obat dan Perbekkes disimpan dan dikelola Instalasi Farmasi.
3. Fasilitas penyimpanan obat dan Perbekkes dipusatkan di satu tempat.
4. Menghindari terjadinya tumpang tindih dalam pengadaan obat dan perbekalan kesehatan.
5. Dapat mengoptimalkan tim perencanaan obat terpadu
6. Memudahkan perencanaan obat, karena mengetahui jumlah kebutuhan obat secara menyeluruh.
7. Pemegang program lebih fokus pada surveilence sehingga terjadi peningkatan cakupan program.
8. Pencatatan dan pelaporan dapat terlaksana dengan baik, sehingga memudahkan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pengendalian terhadap pelayanan perbekalan farmasi di rumah sakit.
9. Meningkatkan peran instalasi farmasi sebagai salah satu revenue center bagi rumah sakit.
10. Menjamin mutu obat yang tersedia sesuai persyaratan kefarmasian
11. Meningkatkan pelayanan kefarmasian yang bertanggung jawab kepada pasien (perlindungan konsumen).
12. Menunjang pelayanan farmasi klinik dan asuhan kefarmasian (pharmaceutical care) yang komprehensif secara langsung.
13. Membantu usaha pengontrolan peresepan dalam rangka perbaikan formularium rumah sakit, pedoman diagnosis, terapi, monitoring efek samping obat, dan pelayanan Informasi Obat dan Konseling Obat.
14. Memudahkan pelaksanaan visite/ konsultasi farmasi di bangsal secara rutin dalam rangka perlindungan pasien dari kesalahan obat.
15. Rumah sakit dapat secara langsung mengelola seluruh pemasukan rumah sakit yang berasal dari pelayanan kefarmasian untuk menutupi biaya operasional rumah sakit dan peningkatan mutu SDM.
16. Dengan melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu, berarti suatu rumah sakit telah melaksanakan persyaratan standar akreditasi rumah sakit, UU Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, dan kebijakan pemerintah.
17. Dapat dilaksanakannya pelayanan obat dengan sistem unit dose ke semua ruang rawat.
18. Dapat melakukan pengkajian penggunaan obat di RS, baik obat generik, obat formularium, obat Askes dan lain-lain sesuai dengan program IFRS serta PFT.
19. Penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan perbekalan farmasi (keselamatan pasien).
20. Kemudahan akses data perbekalan farmasi yang akurat.

Adapun metode lain yang bisa diterapkan untuk mencegah resep keluar dari IFRS selain dengan pemilihan sistem distribusi yang tepat dan sistem satu pintu adalah (Satibi, 2014):

1. E-prescribing (peresapan elektronik)

Yaitu penggunaan komputer dan/atau *personal digital assistants* (PDAs) untuk menulis resep. Penerapan sistem ini di rumah sakit diyakini cukup efektif dalam upaya mencegah resep keluar dari rumah sakit yang bersangkutan. Dengan diterapkannya sistem ini maka pasien akan menebus resep hanya di apotek rumah sakit tersebut. Agar tidak mengurangi hak-hak pasien maka pasien tetap menerima resep dalam bentuk print out bersamaan dengan dispensing obat. Metode e-prescribing, selain meningkatkan keterjaringan pasien membeli obat di IFRS juga mampu menekan angka kejadian *medication error* sampai 60%. Menekan kejadian *medication error* dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) menjadi hal yang paling utama dibanding pertimbangan lainnya.

2. Pembayaran terpadu

Yaitu biaya dokter, biaya laboratorium, radiologi dan obat serta biaya yang lainnya dijadikan satu dengan mendirikan depo farmasi dan loket pembayaran disekitar poliklinik di rumah sakit. Keuntungan dari strategi ini adalah lebih praktis dan efektif dalam mencegah resep keluar, serta biaya operasional yang dibutuhkan lebih kecil.

3. Jemput resep

Yaitu adanya tenaga kerja dari IFRS yang bertugas mengambil resep dari dokter praktek di poliklinik untuk dibawa ke IFRS dan dilayani disana. Dapat juga dilakukan oleh perawat masing-masing poliklinik yang mengantarkan resep ke IFRS. Namun, sistem ini kurang etis karena melanggar hak pasien dalam menebus resep, selain itu juga membutuhkan tenaga kerja yang lebih banyak. Upaya yang dilakukan agar tidak melanggar hak pasien adalah dengan tetap menawarkan kepada pasien apakah resep yang diterima akan dibeli di farmasi rumah sakit atau di apotek yang lain. Keputusan untuk membeli obat dimanapun tetap menjadi hak sepenuhnya pasien.

4. Membangun outlet farmasi setiap lantai

Salah satu faktor dalam keputusan pasien membeli obat di RS adalah kemudahan akses ke apotek/instalasi farmasi. Dalam upaya mendekatkan obat dengan pasien dapat dilakukan dengan membangun outlet tiap lantai di RS. Metode ini jelas membutuhkan fasilitas dan tenaga farmasi yang lebih banyak, namun pasien lebih mudah dalam memperoleh obatnya (Satibi, 2014).

5. Bekerjasama dengan poliklinik (pasien rawat jalan) Instalasi Farmasi RS sebagai salah satu unit bisnis RS.

Kerjasama antar unit bisnis di RS menjadi salah satu faktor kunci keberhasilannya terutama adalah dengan poliklinik dan ruangan atau bangsal. Resep yang masuk ke IFRS adalah mayoritas dari poliklinik dan ruangan, sehingga alignment/keselarasan antar unit bisnis ini sangat dibutuhkan dalam upaya meningkatkan keterjaringan resep/pasien RS (Satibi, 2014).

VI. Daftar Pustaka,

Anonim, 1991, Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Anonim, 1994, Practice Standards of ASHP 1994-1995, American Society of Hospital Pharmacists, hal 31, USA

Anonim, 1999, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit dan Apotek, Jakarta

Anonim, 2003, Farmasi Klinik, PT Elek Media Komputindo, Kelompok Gramedia, Jakarta

Anonim, 2005, Kebijakan Obat Nasional, 10-12, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Budiono, S., Suryawati, S., Sulanto, S.D.,1999, Manajemen Obat Rumah Sakit, Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta

Dep Kes RI, 2002, Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Farmasi, DepKes RI, Jakarta

Dep Kes RI, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit dan Apotek, Jakarta.

Dep Kes RI., 2008, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Dep Kes RI, 2009, Undang Undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Hasan, W.E., 1986, Hospital Pharmacy, Fifth ed, Lea and Febiger, Philadelphia

Lilie, S., 1998, Evaluasi Manajemen Obat di Rumah Sakit Umum daerah Wangaya Kotamadya Dati II Denpasar, Tesis, Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Maxwell, R., 1994, A Review of Determinant of Hospital Performance, A Report of WHO Hospital Advisory Group Meeting, WHO. McDonnel, 2006, Overview of Medication Error in Pharmacy Practice, pharmacy Time

PerMenKes, 2014, Standar pelayanan Farmasi Rumah Sakit, KepMenKes no 58 th 2014, Jakarta.

Pudjaningsih, D., 1996, Pengembangan Indikator Efisiensi Pengelolaan Obat di Farmasi Rumah Sakit, Tesis, : Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Quick, J.P., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Conor, R.W., 1997, Managing Drug Supply, the selection, procurement, distribution and use of pharmaceutical, second edition, Kumarin Press, Conecticus, USA

Quick, J.P., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Conor, R.W., 2012, Managing Drug Supply, the selection, procurement, distribution and use of pharmaceutical, third edition, Kumarin Press, Conecticus, USA

Satibi. (2015). Manajemen Obat di Rumah Sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press

Siregar, Ch.J.P., 2003, Farmasi Rumah Sakit, Teori dan Terapan, Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.

Siregar Ch.J.P., Amalia, L., 2004 "Teori & Penerapan Farmasi Rumah Sakit", Penerbit Buku Kedokteran, EGC

Seto, 2001, Manajemen Apoteker, Universitas Airlangga, Surabaya

Strand, L.M., Cipolle, R.J., Morley, P.C., 1998, Pharmaceutical Care Practice, The Mc Graw-Hill Companies Inc.