

**EVALUASI KEBIJAKAN TERHADAP PERMENKES
NOMOR 72 TAHUN 2016 (STANDAR PELAYANAN
KEFARMASIAN DI INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH BENGKULU TENGAH)**

TESIS

OLEH

RIZKI SULIYAN

NPM : 181801020



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS MEDAN AREA
MEDAN
2020**

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 25/11/25

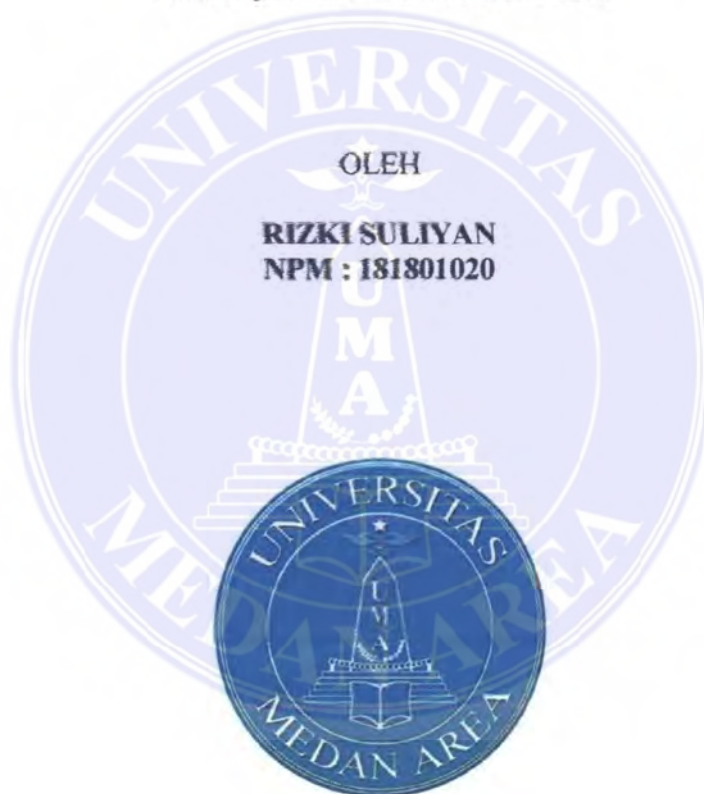
1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repositori.uma.ac.id)25/11/25

**EVALUASI KEBIJAKAN TERHADAP PERMENKES
NOMOR 72 TAHUN 2016 (STANDAR PELAYANAN
KEFARMASIAN DI INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH BENGKULU TENGAH)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi
Publik dalam Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik pada Program
Pascasarjana Universitas Medan Area**



**OLEH
RIZKI SULIYAN
NPM : 181801020**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS MEDAN AREA
MEDAN
2020**

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 25/11/25

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

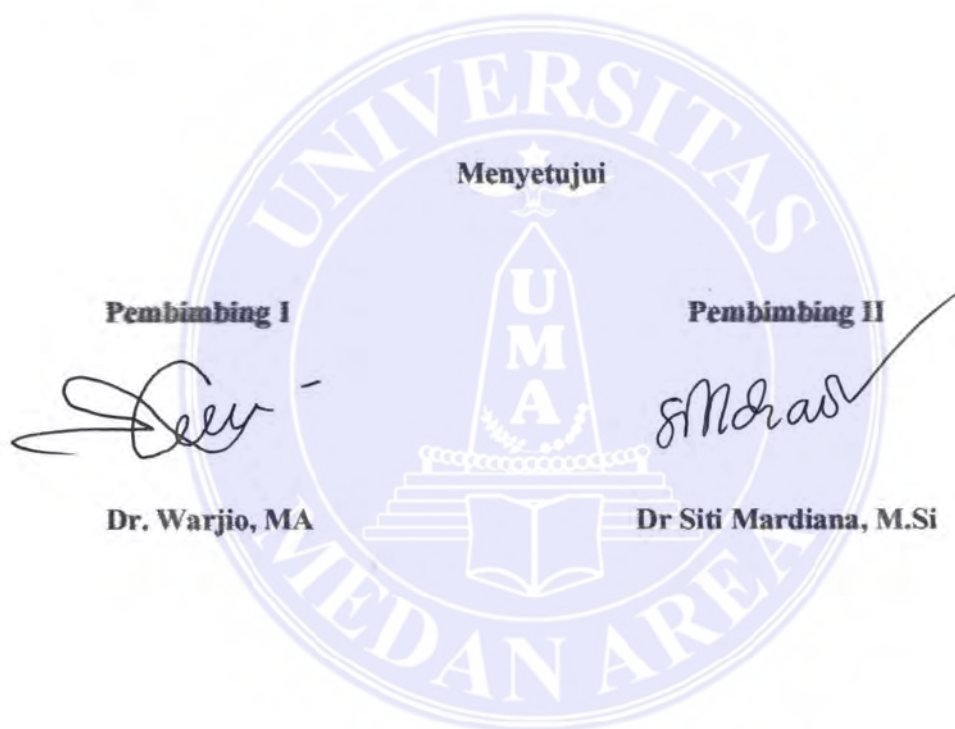
Access From (repositori.uma.ac.id)25/11/25

UNIVERSITAS MEDAN AREA
MAGISTER ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Evaluasi Kebijakan Terhadap Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 (Standar Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah)

Nama : Rizki Sulyan

NPM : 181801020



Ketua Program Studi
Magister Ilmu Administrasi Publik

Dr. Abdul kadir M.Si

Direktur

Prof. Dr. Ir. Retna Astuti K., MS

Telah diuji pada Tanggal 18 Juli 2020

Nama : Rizki Sulyan
NPM : 181801020



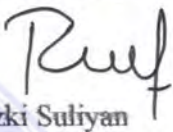
Panitia Penguji Tesis :

Ketua	:	Dr. Rudi Salam Sinaga, S.Sos, M.Si
Sekretaris	:	Dr Adam. M.Ap
Pembimbing I	:	Dr. Warjio, MA
Pembimbing II	:	Dr Siti Mardiana, M.Si
Penguji Tamu	:	Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP., M.Ap.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Medan, 15 Desember 2020
Yang menyatakan,


Rizki Sulyan



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR/SKRIPSI/TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Medan Area, saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Rizki Suliyan
NPM : 181801020
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
Fakultas : Pascasarjana
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Medan Area Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Evaluasi Kebijakan Terhadap PERMENKES nomor 72 tahun 2016 (standar pelayanan kefarmasian di instalasi farmasi rumah sakit umum daerah bengkulu tengah). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Medan Area berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir/skripsi/tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.



Dibuat di Medan
15 Desember 2020

Yang menyatakan
(Rizki Suliyan)

KATA PENGANTAR

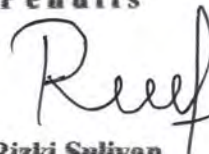
Puji syukur Penulis sanjungkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul **"Evaluasi Kebijakan Terhadap PERMENKES NO 72 Tahun 2016 (Standar Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah)"**. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Magister Administrasi Publik pada Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik, Program Pascasarjana Universitas Sumatera Medan Area.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan Terima kasih kepada Ketua Program Studi Magister Administrasi Publik, Dr. Abdul kadir M.Si. Ketua Penguji: Dr Rudi Salam Sinaga M.Si, Pembimbing 1 dan pembimbing 2: Dr. Warjio MA serta Dr. Ir. Siti Mardiana, M.Si serta Sekretaris Dr Adam. M.Ap dan penguji Tamu Dr. Maksum Syahri Lubis, S.STP., M.Ap.

Penulis menyadari bahwa Tesis ini masih banyak kekurangannya, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis membuka diri untuk menerima saran maupun kritikan yang konstruktif, dari para pembaca demi penyempurnaannya dalam upaya menambah khasanah pengetahuan dan bobot dari Tesis ini. Semoga Tesis ini dapat bermanfaat, baik bagi perkembangan ilmu pengetahuan maupun bagi dunia usaha dan pemerintah.

Medan, Desember 2020

Penulis


Rizki Sulyan

ABSTRAK

Evaluasi Kebijakan Terhadap PERMENKES 72 Tahun 2016 (*Standar Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah*)

N a m a : Rizki Sulyan
N I M : 181801020
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
Pembimbing I : Dr Warjio, MA.
Pembimbing II : Dr. Ir. Siti Mardiana, M.Si.

Rumah Sakit dalam aktivitasnya berpotensi menimbulkan banyak persoalan-persoalan dan masalah-masalah. Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah menetapkan kebijakan yaitu Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisa evaluasi kebijakan PERMENKES No 72 Tahun 2016 di Instalasi farmasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah.

Jenis penelitian adalah Evaluasi menggunakan metode kualitatif dengan cara wawancara dan observasi berdasarkan teori William N. Dunn. Lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah. Waktu penelitian berlangsung 3 bulan (Desember 2019 - Februari 2020). hasil dari penelitian menggunakan 6 kriteria evaluasi William N. Dunn yaitu : PERMENKES Nomor 72 Tahun 2016 tidak Efektifitas (*Effectiveness*) sehingga masih dibutuhkan kebijakan-kebijakan lainya baik berupa kebijakan Rumah Sakit maupun kebijakan Bupati untuk mendukung kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016. Bila di bandingkan “Standar Pelayanan Kefarmasian di PUSKESMAS dengan Rumah Sakit” tentunya tidak Efisiensi (*Efficiency*). PERMENKES 72 Tahun 2016 dirasakan tidak cukup dalam menjawab harapan-harapan dan menyelesaikan masalah-masalah yang ada sehingga dibutuhkan kebijakan yang lebih kuat payung hukumnya bagi standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang berupa Undang-Undang Farmasi (RUUF). Perataan terhadap PERMENKES 72 Tahun 2016 tidak merata karena sering terjadi miskomunikasi antara satu kelompok dengan kelompok lain sehingga dibutuhkan tindakan lebih lanjut melalui Advokasi ataupun implementasi. Responsivitas terhadap PERMENKES 72 Tahun 2016 sangat bagus dengan tidak adanya keluhan baik kritik atau saran oleh para tenaga kefarmasian ataupun pengguna pelayanan kefarmasian (pasien). PERMENKES 72 Tahun 2016 tidak tepat (*KETEPATAN*) karena keluarnya PMK 3 Tahun 2020 yang menghapus pelayanan kefarmasian sebagai pelayanan medik.

Kata kunci: *Instalasi Farmasi Rumah sakit, Standar Pelayanan kefarmasian, Permenkes 72 Tahun 2016, William N dunn*

ABSTRACT

Policy Evaluation of PERMENKES 72 year 2016 (Standards of Pharmaceutical Services in Pharmacy Installations at the Central Bengkulu Regional Hospital)

N a m a : Rizki Sulyan
N I M : 181801020
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
Pembimbing I : Dr Warjio, MA.
Pembimbing II : Dr. Ir. Siti Mardiana, M.Si.

Hospitals in their activities have the potential to cause many problems and problems. To overcome this problem, the government established a policy, namely the Minister of Health Regulation (PERMENKES) No. 72 year 2016 concerning Pharmaceutical Service Standards in Hospitals. The purpose of this study was to determine and analyze the evaluation of the PERMENKES policy No. 72 year 2016 in the pharmaceutical installation of the Central Bengkulu Regional General Hospital (RSUD).

This type of research is an evaluation using qualitative methods by means of interviews and observations based on the theory of William N. Dunn. The research location is the Central Bengkulu Regional General Hospital. The time of the study lasted 3 months (December 2019 - February 2020). the results of the study using William's 6 evaluation criteria N. Dunn, namely: PERMENKES Number 72 Year 2016 is not Effective, so that other policies are still needed, both in the form of Hospital policies and Regent policies to support the PERMENKES 72 Year 2016 policy. "Certainly not Efficiency. PERMENKES 72 year 2016 is felt to be insufficient in responding to expectations and solving existing problems so that a stronger legal umbrella policy is needed for pharmaceutical service standards in hospitals in the form of the Pharmacy Law (RUUF). The distribution of PERMENKES 72 year 2016 is uneven because there is often miscommunication between one group and another, so further action is needed through advocacy or implementation. Responsiveness to PERMENKES 72 year 2016 is very good with no complaints, criticism or suggestions by pharmacy staff or users of pharmaceutical services (patients). PERMENKES 72 year 2016 is not appropriate (APPROPRIATE) because of the issuance of PMK 3 year 2020 which abolishes pharmaceutical services as medical services

Kata kunci: *Hospital Pharmacy Installation, Pharmaceutical Service Standards, Permenkes 72 Year 2016, William N dunn*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Pengertian Kebijakan Publik	5
2.2 Tahap-Tahap Kebijakan Publik	6
2.3 Tinjauan Evaluasi Kebijakan Publik	8
2.3.1 Pengertian Evaluasi Kebijakan	9
2.3.2 Pendekatan Evaluasi Kebijakan	11
2.3.3 Kriteria Evaluasi Kebijakan Publik	13
2.4 Rumah Sakit	16
2.4.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	16
2.4.2 Klasifikasi Rumah Sakit	17
2.4.3 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)	17
2.5 Hasil Penelitian yang Terdahulu	18
2.6 Kerangka Pemikiran	21
BAB III METODE PENELITIAN	22
3.1 Tempat dan Jadwal Penelitian	22
3.2 Bentuk Penelitian	22
3.3 Teknik Pengumpulan Data	23
3.4 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional	26
3.5 Teknik Analisis Data	28
BAB IV GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	32
4 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	32
4.1. PERMENKES 72 Tahun 2016	32
4.1.1 Profil Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah	35
4.1.2 Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah ...	33
4.1.3 Visi, Misi dan Motto	36
4.1.4 Tugas Pokok Dan Fungsi	37

	Halaman
4.1.5 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit	39
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	40
5.1 Efektivitas dari PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	41
5.2 Efisiensi dari PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	45
5.3 Kecukupan dari PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	46
5.4 Perataan dari PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	47
5.5 Responsivitas terhadap PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	49
5.6 Ketepatan dari PERMENKES 72 Tahun 2016 Di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah	50
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	51
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	56



DAFTAR TABEL	Halaman
Tabel 1.1 Daftar Nama PUSKESMAS Bengkulu Tengah	3
Tabel 3.1 Kriteria-kriteri Evaluasi Kebijakan	23
Tabel 3.2 Jenis-Jenis Informan	26
Tabel 3.3 Definisi Operasional Variabel	27
Tabel 5.1 Jumlah Apoteker di RSUD Bengkulu Tengah	47
Tabel 5.2 Jumlah Tenaga kesehatan di Instalasi Farmasi RSUD	48



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran Evaluasi Kebijakan	21
Gambar 4.1 Peta Lokasi Instalasi Farmasi di Bengkulu Tengah	34



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit dalam aktivitasnya berpotensi menimbulkan banyak persoalan-persoalan dan masalah-masalah terutama di bidang farmasi. Untuk mengatasi persoalan tersebut maka pada Tahun 2016 ibu Menteri Kesehatan Nila Farid Moeloek mengeluarkan 3 PERMENKES Standar Pelayan Kefarmasian, yaitu sebagai berikut :

- a. PERMENKES No. 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan di Rumah Sakit
- b. PERMENKES No 73 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan di Apotek
- c. PERMENKES No 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan PUSKESMAS

Standar Pelayan Kefarmasian di Rumah sakit yaitu PERMENKES No 72 Tahun 2016 merupakan suatu standar mutu yang harus dipenuhi oleh setiap Instalasi Farmasi Rumah Sakit di Indonesia. Standar Mutu ini diharapkan agar Instalasi Farmasi Rumah Sakit dapat memberikan pelayanan farmasi yang bermutu kepada masyarakat melalui pelayanan yang cepat, sesuai dengan formularium rumah sakit, dan tidak terjadi kesalahan pemberian obat. Dalam PERMENKES No 72 Tahun 2016 pasal 5 menyebutkan : Untuk menjamin mutu kefarmasian di Rumah Sakit harus dilakukan Evaluasi.

Menurut Suharno (2013:219) Kegiatan evaluasi kebijakan publik adalah sebuah kegiatan yang sangat penting dalam analisis sebuah kebijakan. Hal ini ditujukan untuk memberikan penilaian-penilaian tertentu sejauh mana pelaksanaan dari kebijakan tersebut. Pada dasarnya, kebijakan publik

dilaksanakan dengan maksud tertentu guna mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan. Tak dapat dipungkiri, setiap kegiatan pelaksanaan kebijakan publik tidak lah selalu berjalan mulus seperti yang diharapkan. Berbagai masalah yang dihadapi membuat kebijakan publik tidak selalu dapat meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Oleh karenanya, perlu dilakukan sebuah evaluasi, guna melihat apa yang sebenarnya menjadi sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan tersebut telah meraih dampak yang diinginkan.

Menurut Nugroho (2008:471) ada dua alasan pokok mengapa evaluasi kebijakan publik harus dilakukan:

- 1). Menghindari kebiasaan buruk administrasi publik Indonesia, yaitu “ganti pejabat harus ganti peraturan”.
- 2). Setiap kebijakan tidak dapat diganti dengan serta merta karena “keinginan” atau “selera” pejabat yang pada saat itu memegang kewenangan publik.

Khususnya Kabupaten Bengkulu Tengah, seiring dengan pengembangan wilayah yang dilakukannya, maka kantor-kantor pemerintahan dan kantor pelayanan publik di lingkungan pemerintahan kabupaten Bengkulu Tengah dipindahkan ke Desa Renah Semanek kecamatan Karang Tinggi. Berdasarkan peraturan Bupati Bengkulu Tengah Nomor 6 Tahun 2017, maka menetapkan PUSKESMAS perawatan Taba Teret menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah, sehingga dengan terjadinya perubahan status dari PUSKESMAS menjadi Rumah Sakit maka terjadi pula perubahan Standar Pelayanan Kefarmasian.

Adapun Daftar Nama-Nama PUSKESMAS yang ada di Bengkulu Tengah adalah sebagai berikut :

Tabel. 1.1 Daftar Nama PUSKESMAS Bengkulu Tengah

NO	NAMA PUSKESMAS	KECAMATAN
1	PUSKESMAS ARGA INDAH II	Kec Pagar Jati
2	PUSKESMAS ATURAN MUMPO	Kec. Pematang Tiga
3	PUSKESMAS BENTIRING	Kec. Pondok kelapa
4	PUSKESMAS JAMBU	Kec Taba Penanjung
5	PUSKESMAS KARANG NANDING	Kec karang nanding
6	PUSKESMAS KARANG TINGGI	Kec. Karang Tinggi
7	PUSKESMAS KEMBANG SERI	Kec Talang Empat
8	PUSKESMAS LUBUK UNEN	Kec. Taba Penanjung
9	PUSKESMAS PAGAR JATI	Kec Pagar Jati
10	PUSKESMAS PEKIK NYARING	Kec. Pondok Kelapa
11	PUSKESMAS PEMATANG TIGA	Kec Pematang Tiga
12	PUSKESMAS RENAH KANDIS	Kec Pagar Jati
13	PUSKESMAS SEKAYUN	Kec Pematang Tiga
14	PUSKESMAS SIDODADI	Kec. Pondok kelapa
15	PUSKESMAS SRIKUNCORO	Kec pondok kelapa
16	PUSKESMAS SUKARAMI	Kec taba penanjung
17	PUSKESMAS TABA LAGAN	Kec. Talang Empat
18	PUSKESMAS TABA TERET	Kec Taba Penanjung
19	PUSKESMAS TANJUNG DALAM	Kec. Pondok kelapa
20	PUSKESMAS UJUNG KARANG	Kec. Karang Tinggi

Sumber : Dinas Kesehatan Bengkulu Tengah 2017

Peraturan Bupati Bengkulu Tengah Nomor 6 Tahun 2017 membuat perubahan status PUSKESMAS Taba Teret menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah, sehingga terjadi perubahan pedoman Standar Pelayanan Kefarmasian dari PERMENKES NOMOR 74 TAHUN 2016 (*Standar Pelayanan Kefarmasian di PUSKESMAS*) menjadi PERMENKES NOMOR 72 TAHUN 2016 (*Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*). Untuk Menghindari kebiasaan buruk administrasi publik Indonesia khususnya Kabupaten Bengkulu Tengah, serta terjadinya pengantian pejabat pemegang kewenangan publik yang berbeda karakter (Menteri kesehatan). maka perlu dilakukan evaluasi

kebijakan publik untuk melihat seberapa besar antara pencapaian dan harapan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi farmasi RSUD Bengkulu Tengah.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan uraian diatas, maka permasalahan yang akan dibahas dalam tesis ini adalah “Bagaimana hasil Evaluasi Kebijakan terhadap PERMENKES Nomor 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah”, dikarenakan RSUD Bengkulu Tengah baru mengalami perubahan status, sehingga dengan mudah dapat melihat efektifitas, efisiensi, pemerataan, kecukupan, pemerataan, responsivitas serta ketepatan dari PERMENKES 72 tahun 2016 secara kualitatif dengan metode wawancara dan observasi.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisa evaluasi kebijakan PERMENKES NOMOR 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum daerah (RSUD) Bengkulu Tengah.

1.4 Manfaat Penelitian

1). Secara Teoritis

Penelitian ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan bermanfaat bagi perkembangan ilmu sosial, khususnya dalam bidang Administrasi Publik yang berkaitan dengan evaluasi kebijakan publik di Rumah Sakit.

2). Secara Praktis

Penelitian ini dapat berguna sebagai referensi bagi penelitian berikutnya yang mengkaji tentang evaluasi kebijakan di Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada dasarnya, suatu kebijakan sangatlah berbeda dengan kebijaksanaan (wisdom) maupun kebajikan (virtues). Suharno (2013:3) sepakat bahwa istilah kebijakan dalam penggunaannya kerap kali dipertukarkan dengan istilah-istilah lain seperti tujuan (goals), program, keputusan, undang-undang, ketentuan-ketentuan, standar, proposal, dan grand design. Bagi para pembuat kebijakan, mungkin istilah-istilah tersebut tidak bermasalah. Namun bagi mereka yang berada diluar stuktur pembuat/pengambil kebijakan, mungkin hal ini akan membingungkan.

Menurut Suharno (2013:3) terdapat banyak batasan atau definisi mengenai apa yang dimaksud dengan kebijakan (policy), karena pada dasarnya setiap ahli memiliki pengertian dan makna masing-masing dari setiap kebijakan. Dari pengertian tersebut akan menghasilkan penekanan-penekanan tersendiri yang berbeda-beda. Perbedaan ini timbul karena setiap ahli memiliki latar belakang yang berbeda-beda pula.

2.1. Pengertian Kebijakan publik

Menurut Sulistio (2012:3) kebijakan publik adalah serangkaian keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah bersama aktor-aktor elit politik dalam rangka menyelesaikan permasalahan publik guna kepentingan masyarakat. Nugroho (2011:96) menjelaskan bahwa kebijakan publik dapat diartikan sebagai strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masa masyarakat pada masa transisi, untuk menuju masyarakat yang dicita-citakan. Sedangkan menurut Laswell dan Kaplan dalam Nugroho (2011:93) kebijakan publik adalah suatu program yang diproyeksikan dengan tujuan-tujuan tertentu, nilai-nilai

tertentu dan praktik-praktik tertentu. Dari berbagai pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dibuat oleh pemerintah dan/atau bersama dengan para aktor politik dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan publik guna mencapai tujuan yang diinginkan demi kepentingan khalayak ramai.

2.2 Tahap-Tahap Kebijakan Publik

Telah diuraikan di atas mengenai apa itu kebijakan publik. Secara sederhana dijelaskan bahwa kebijakan publik merupakan sebuah produk (output) pemerintah pusat maupun daerah dalam rangka pemecahan masalah-masalah publik yang dianggap urgent demi kesejahteraan masyarakat. Pengadaan sebuah produk yang dalam hal ini adalah sebuah kebijakan publik, bukanlah barang instan yang serta merta hadir seketika, ketika datang sebuah permasalahan publik, tentu terdapat proses atau tahapan-tahapan dalam pembuatan sebuah kebijakan. Seperti yang dijelaskan William Dunn (2003:24) bahwa tahap-tahap kebijakan publik adalah sebagai berikut:

1). Penyusunan Agenda

Agenda setting adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam tahapan kebijakan publik. Dalam fase inilah kemudian ditentukan mana permasalahan publik dan prioritas yang menjadi urgensi pada saat itu. Jika sebuah isu publik mendapatkan kedudukan sebagai masalah publik dan mendapat prioritas dalam agenda publik, maka isu publik tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih dari pada isu publik lainnya. Dalam fase ini sangat penting untuk dapat menentukan isu kebijakan yang akan dijadikan masalah kebijakan dalam suatu agenda pemerintah. Isu kebijakan biasanya muncul ketika

terjadi perang pendapat antar aktor mengenai tindakan yang akan maupun yang telah ditempuh, maupun pertentangan mengenai nilai pandang dari karakter masalah tersebut.

2). Formulasi Kebijakan

Masalah yang telah berhasil masuk dalam agenda pemerintah, kemudian diolah dan didefinisikan oleh para pembuat kebijakan untuk dapat ditemukan alternatif-alternatif kebijakan sebagai solusi dari masalah kebijakan tersebut. Sama halnya dengan pemilihan isu masalah, pemilihan alternatif kebijakan sebagai solusi pemecahan masalah kebijakan juga dipilih dan diseleksi agar didapat pilihan alternatif terbaik untuk memecahkan masalah kebijakan.

3). Adopsi/Legitimasi

Kebijakan Tujuan legitimasi adalah untuk memberikan otorisasi pada proses dasar pemerintahan. Jika tindakan legitimasi dalam suatu masyarakat diatur oleh kedaulatan rakyat, warga negara akan mengikuti arahan pemerintah. Namun warga negara harus percaya bahwa tindakan pemerintah adalah tindakan yang sah, yaitu dengan mendukungnya. Legitimasi dapat dikelola melalui manipulasi simbol-simbol tertentu. Di mana melalui proses ini orang belajar untuk mendukung pemerintah.

4). Implementasi Kebijakan

Semua program hanya akan menjadi catatan-catatan elit, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah ditingkat bawah. Kebijakan yang telah dilaksanakan oleh unit-unit administrasi

yang memobilisasi sumberdaya finansial dan manusia. Pada implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana (implementers), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

5). Evaluasi Kebijakan

Secara umum, evaluasi merupakan fase atau tahapan fungsional yang berkaitan dengan estimasi dan nilai dari sebuah kebijakan. Evaluasi bukan hanya sekedar sebuah tahapan yang akan dilakukan pada agenda terakhir sebuah proses kebijakan. Namun juga mencakup seluruh aspek dalam sebuah kebijakan. Mulai dari perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk memecahkan masalah kebijakan, implementasi kebijakan hingga dampak yang ditimbulkan dari kebijakan itu sendiri.

2.3 Tinjauan Evaluasi Kebijakan Publik

Kegiatan evaluasi merupakan sebuah tahapan yang penting dalam proses analisis kebijakan publik. Kegiatan ini dapat memberikan satuan nilai terhadap suatu kebijakan publik yang diimplementasikan (Suharno, 2013:219). Pada dasarnya, kebijakan publik dijalankan dengan maksud tertentu, yaitu untuk mendapatkan tujuan-tujuan tertentu yang berangkat dari masalah-masalah yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik dapat meraih hasil seperti yang diinginkan.

Oleh karenanya, sebuah evaluasi perlu dilakukan untuk melihat apa yang menjadi sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan tersebut memiliki dampak seperti yang diharapkan. Suharno (2013:221) mengatakan, salah satu alasan mengapa sebuah evaluasi harus dilaksanakan jika

ditinjau dari dimensi internal, yaitu untuk menjamin terhindarnya pengulangan kesalahan (*guarantee to non-recurrence*). Sebab, informasi yang memadai tentang nilai sebuah hasil kebijakan dengan sendirinya akan memberikan rambu tidak terulang kesalahan yang sama dalam implementasi yang serupa, atau kebijakan lainnya dalam masa yang akan datang.

2.3.1 Pengertian Evaluasi kebijakan

Menurut Winarno (2014:228-229) evaluasi suatu kebijakan merupakan langkah terakhir dalam tahap-tahap proses kebijakan. Sebagai kegiatan yang fungsional yaitu kegiatan yang tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja namun pada semua proses kebijakan publik mulai dari perumusan masalah, program-program yang dilaksanakan untuk menyelesaikan masalah, implementasi, hingga dampak kebijakan, evaluasi adalah kegiatan penilaian kebijakan yang bertujuan untuk melihat apa yang menjadi sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk melihat apakah kebijakan publik tersebut telah mencapai dampak yang diharapkan. Oleh karenanya, evaluasi dapat menangkap tentang isi kebijakan, penilaian kebijakan, dan dampak kebijakan.

Menurut Subarsono (2006,113) evaluasi dilakukan untuk melihat tingkat kinerja suatu kebijakan, sejauhmana kebijakan tersebut mencapai sasaran dan tujuannya. Evaluasi berguna untuk memberikan input bagi kebijakan yang akan datang supaya lebih baik.

Menurut Arikunto (2013:36) evaluasi adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu (Kebijakan), yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil keputusan. Fungsi utama evaluasi dalam hal ini adalah

menyediakan informasi-informasi yang berguna bagi pihak decision maker untuk menentukan kebijakan yang akan diambil berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan.

Menurut Sulistio (2012:52), Evaluasi kebijakan publik merupakan sebuah kegiatan estimasi atau penilaian yang menyangkut substansi, implementasi dan dampak. Oleh karena itu kegiatan evaluasi adalah kegiatan fungsional yang meliputi perumusan kebijakan publik, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi maupun dampak dari kebijakan itu sendiri.

Setiap kebijakan akan selalu menghasilkan dampak yang diharapkan maupun dampak yang tidak diharapkan, baik yang menguntungkan maupun yang merugikan. Sebuah evaluasi kebijakan biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik guna dipertanggung jawabkan kepada konstituennya. Evaluasi diperlukan untuk melihat sejauh kesenjangan antara “harapan” dan kenyataan.

Dari berbagai pengertian evaluasi kebijakan di atas, penulis dapat menarik sebuah kesimpulan bahwa evaluasi kebijakan adalah sebuah proses penilaian atau pengukuran apakah sebuah kebijakan telah berjalan sesuai seperti apa yang telah ditentukan, baik itu dampak yang dihasilkan maupun proses pelaksanaan dari kebijakan itu sendiri. Hal ini berdasarkan kata kunci yang sering kita temukan yaitu di antaranya adalah pengukuran, penilaian, pelaksanaan, hasil dan dampak. Dilihat dari urgensi pelaksanaan kegiatan evaluasi kebijakan sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya, maka penulis perlu mengetahui berbagai pendekatan evaluasi yang kelak akan digunakan dalam pelaksanaan evaluasi itu sendiri.

2.3.2 Pendekatan Evaluasi Kebijakan

Suharno (2013:224-227) mengungkapkan bahwa terdapat 3 (tiga) pendekatan besar dalam evaluasi kebijakan, yakni:

1). Evaluasi Semu

Evaluasi semu (*pseudo evaluation*) adalah pendekatan yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid tentang hasil kebijakan, tanpa mempersoalkan lebih jauh tentang nilai dan manfaat dari hasil kebijakan tersebut bagi individu, kelompok sasaran, dan masyarakat dalam skala luas. Analisis yang menggunakan pendekatan ini berpendapat bahwa nilai dan manfaat suatu kebijakan akan dirasakan secara otomatis dan terbukti dengan sendirinya oleh individu, kelompok, maupun masyarakat

2). Evaluasi Formal

Evaluasi Formal (*formal evaluation*) adalah pendekatan yang digunakan untuk menghimpun informasi valid dengan metode-metode deskriptif mengenai hasil kebijakan dengan tetap melakukan evaluasi atas hasil tersebut berdasarkan tujuan yang telah diumumkan secara formal oleh pembuat kebijakan dan tenaga administratif lainnya. Pendekatan ini berasumsi bahwa pencapaian dari tujuan yang telah diumumkan secara formal adalah ukuran yang tepat untuk menilai dan mengevaluasi dari manfaat dari sebuah kebijakan. Evaluasi formal terdiri dari evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi yang bersifat sumatif adalah evaluasi yang segera dilakukan setelah sebuah kebijakan selesai dilaksanakan yang telah ditetapkan jangka waktunya, baik itu jangka pendek maupun menengah. Sedangkan evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan secara

terus-menerus dalam jangka waktu yang relatif panjang agar dapat terus memantau pencapaian target dan tujuan dari sebuah kebijakan.

3). Evaluasi Keputusan Teoritis

Evaluasi keputusan teoritis (decision-theoretic evaluation) adalah kegiatan evaluasi yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk mengumpulkan informasi yang valid dan akuntabel mengenai hasil kebijakan, yang dinilai secara eksplisit oleh para pelaku kebijakan. Evaluasi jenis ini bertujuan untuk menghubungkan antara hasil kebijakan dengan nilai-nilai dari para pelaku kebijakan. Perbedaan mendasar evaluasi ini dengan dua jenis pendekatan evaluasi sebelumnya adalah bahwa evaluasi ini berusaha untuk menemukan dan mengeksplisitkan apa yang menjadi target dan tujuan dari para pelaku kebijakan, baik itu yang nyata maupun tersembunyi. Sehingga individu maupun lembaga yang melaksanakan kebijakan baik dari level terendah hingga yang paling tinggi dilibatkan dalam mengukur keberhasilan pencapaian target dan tujuan suatu kebijakan. Terdapat 2 (dua) jenis evaluasi keputusan teoritis, yaitu penilaian evaluabilitas (evaluability assessment) dan analisis utilitas multi atribut. Penilaian evaluabilitas adalah serangkaian prosedur yang dilakukan untuk menganalisis sistem pembuatan keputusan. Hal ini dimaksudkan guna memperoleh sejumlah informasi yang berkaitan dengan kinerja kebijakan, serta memperjelas apa yang menjadi tujuan, sasaran, dan asumsi-asumsi yang dicapai dengan kinerja tersebut. Sedangkan analisis utilitas multiatribut adalah serangkaian prosedur yang ditetapkan guna memperoleh penilaian subjektif terhadap para pelaku kebijakan mengenai nilai dari hasil sebuah kebijakan. Analisis ini dapat menunjukkan secara

eksplisit penentuan nilai dari para pelaku kebijakan serta keragaman tujuan para pelaku kebijakan.

2.3.3 Kriteria Evaluasi Kebijakan Publik

Mengevaluasi suatu program atau kebijakan publik diperlukan adanya suatu kriteria untuk mengukur keberhasilan program atau kebijakan publik tersebut. Mengenai kinerja kebijakan dalam menghasilkan informasi terdapat kriteria evaluasi. Kriteria-kriteria di atas merupakan tolak ukur atau indikator dari evaluasi kebijakan publik. Dikarenakan penelitian ini menggunakan metode kualitatif maka pembahasan dalam penelitian ini berhubungan dengan pertanyaan yang dirumuskan oleh William N. Dunn untuk setiap kriterianya. Untuk lebih jelasnya setiap indikator tersebut akan dijelaskan sebagai berikut :

1). Efektivitas

Efektivitas berasal dari kata efektif yang mengandung pengertian dicapainya keberhasilan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Efektivitas disebut juga hasil guna. Efektivitas selalu terkait dengan hubungan antara hasil yang diharapkan dengan hasil yang sesungguhnya dicapai. William N. Dunn dalam bukunya yang berjudul Pengantar Analisis Kebijakan Publik: Edisi Kedua, menyatakan bahwa: “Efektivitas (effectiveness) berkenaan dengan apakah suatu alternative mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Yang secara dekat berhubungan dengan rasionalitas teknis, selalu diukur dari unit produk atau layanan atau nilai moneter” (Dunn, 2003:429)

2). Efisiensi

Menurut Dunn (2003:430) “Efisiensi (efficiency) berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektivitas tertentu. Efisiensi yang merupakan sinonim dari rasionalitas ekonomi, yaitu hubungan antara efektivitas dan usaha, yang terakhir umumnya diukur dari ongkos moneter. Efisiensi biasanya ditentukan melalui perhitungan biaya per unit produk atau layanan. Kebijakan yang mencapai efektivitas tertinggi dengan biaya terkecil dinamakan efisien”

3). Kecukupan

Menurut Dunn, (2003:430-431) dalam kriteria kecukupan menekankan pada kuatnya hubungan antara alternatif kebijakan dan hasil yang diharapkan. Kecukupan dalam kebijakan publik dapat dikatakan tujuan yang telah dicapai sudah dirasakan mencukupi dalam berbagai hal. William N. Dunn mengemukakan bahwa kecukupan (adequacy) berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektivitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah (Dunn, 2003:430). Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kecukupan masih berhubungan dengan efektivitas dengan mengukur atau memprediksi seberapa jauh alternatif yang ada dapat memuaskan kebutuhan, nilai atau kesempatan dalam menyelesaikan masalah yang terjadi.

4). Perataan

Perataan dalam kebijakan publik dapat dikatakan mempunyai arti dengan keadilan yang diberikan dan diperoleh sasaran kebijakan publik. Dunn, (2003:434) menyatakan bahwa kriteria kesamaan (equity) erat berhubungan dengan rasionalitas legal dan sosial dan menunjuk pada distribusi akibat dan usaha

antara kelompok-kelompok yang berbeda dalam masyarakat. Kebijakan yang berorientasi pada pemerataan adalah kebijakan yang akibatnya atau usaha secara adil didistribusikan. Suatu program tertentu mungkin dapat efektif, efisien, dan mencukupi apabila biaya manfaat merata. Kunci dari pemerataan yaitu keadilan atau kewajaran.

5). Responsivitas

Responsivitas dalam kebijakan publik dapat diartikan sebagai respon dari suatu aktivitas. Yang berarti tanggapan sasaran kebijakan publik atas penerapan suatu kebijakan. Menurut Dunn (2003:437) menyatakan bahwa responsivitas (responsiveness) berkenaan dengan seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Suatu keberhasilan kebijakan dapat dilihat melalui tanggapan masyarakat yang menanggapi pelaksanaan setelah terlebih dahulu memprediksi pengaruh yang akan terjadi jika suatu kebijakan akan dilaksanakan, serta tanggapan masyarakat setelah dampak kebijakan sudah mulai dapat dirasakan dalam bentuk yang positif berupa dukungan ataupun wujud yang negatif berupa penolakan. Dunn, (2003:437) pun mengemukakan bahwa: "Kriteria responsivitas adalah penting karena analisis yang dapat memuaskan semua kriteria lainnya (efektivitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan) masih gagal jika belum menanggapi kebutuhan aktual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya suatu kebijakan"

6). Ketepatan

Dalam proses ini keberhasilan suatu kebijakan dapat dilihat dari tujuan kebijakan yang benar-benar tercapai berguna dan bernilai pada kelompok sasaran, mempunyai dampak perubahan sesuai dengan misi kebijakan tersebut. Melihat

dari kriteria yang telah dikemukakan, maka dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan tipe penelitian dari William N. Dunn sebagai bahan dasar acuan dalam penelitian.

Merujuk pada berbagai permasalahan yang telah diungkapkan pada sebelumnya, maka dalam hal ini peneliti akan menggunakan Teori Evaluasi kebijakan menurut teori Dunn yang terdiri dari 6 kriteria sebagaimana yang dijelaskan diatas (efektivitas, efesiensi, kecukupan, perataan, responsivitas dan Ketepatan).

2.4 Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 pasal 1, “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

2.4.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Presiden RI^b, 2009).

Berdasarkan Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit,
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis,

- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. penyelenggara penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi dibidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.4.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014 rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Penetapan klasifikasi rumah sakit berdasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana. Berdasarkan jenis pelayanan dan sumber daya manusia, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi:

- Rumah Sakit Umum Kelas A
- Rumah Sakit Umum Kelas B
- Rumah Sakit Umum kelas C
- Rumah Sakit Umum Kelas D

2.4.3 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Menurut PERMENKES 72 Tahun 2016 pasal 1 “Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit yang berada di bawah pimpinan seorang apoteker

dan dibantu oleh beberapa orang apoteker serta Tenaga Teknis Kefarmasian yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional dan merupakan tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian yang ditujukan untuk keperluan rumah sakit itu sendiri (Siregar dan Amalia, 2004).

2.5 Hasil Penelitian yang Terdahulu

Menurut Lie, King Fuan (2015), Rumah Sakit dalam aktivitasnya berpotensi menimbulkan masalah keselamatan dan kesehatan terutama kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (penularan penyakit). Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah menetapkan kebijakan yaitu Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi tingkat pencapaian pemenuhan standar K3 RS secara administratif termasuk kategori kurang ($< 60\%$ dari 304 kategori).

Standar Pelayanan K3 Rumah Sakit dan Standar K3 Perbekalan Kesehatan di Rumah Sakit yang mendapat pemenuhan (conformance) lebih banyak. Sedangkan Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun; Standar Sumber Daya Manusia K3; dan Pembinaan, Pengawasan, Pencatatan, dan Pelaporan sama sekali tidak mendapat pemenuhan (non-conformance). Kendala dalam pemenuhan Standar K3 yaitu keterbatasan anggaran yang berdampak terhadap tidak maksimalnya Kepala Rumah Sakit beserta jajarannya dalam implementasi pemenuhan standar K3 dan keterbatasan SDM yang memiliki kompetensi K3

Hasil Penelitian yang dilakukan Sinaga M. (2013) adalah Mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan hak setiap warga negara yang telah dijamin dalam undang-undang sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang nomor 23 tahun 1992. Tetapi kenyataan yang terjadi derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah disebabkan sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan dan mahal biaya kesehatan. Program jaminan kesehatan masyarakat atau Jamkesmas dibuat untuk menanggulangi masalah kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin. Program yang telah dibuat akan terlihat jelas pada saat implementasinya. Namun, buruknya kinerja pelayanan publik selama ini membuat ada keraguan pada tahap implementasi program Jamkesmas tidak akan berjalan dengan baik. Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Grand Medistra Lubuk Pakam ditemukan bahwa implementasi program Jamkesmas telah berjalan cukup baik. Masih ada beberapa hambatan yang dihadapi rumah sakit dalam penerapannya dan pihak pemerintah serta rumah sakit telah berusaha meminimalkannya.

Menurut Trianengsih AT, Hardisman, Dedy Almasdy (2018) Permenkes 72 tahun 2016 sangat penting di terapkan di setiap Instalasi Farmasi di rumah sakit, sehingga tercapainya peningkatan mutu Pelayanan Kefarmasian. Hasil penelitian adalah kualifikasi tenaga TKK masih ada dengan latar belakang SMF, Hasil check list dokumen didapatkan jika pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai 44,4% belum terlaksana sedangkan pelayanan farmasi klinik 63,6% belum terlaksana. Hasil pengamatan work sampling didapatkan hasil jika unit gudang dan rawat jalan memiliki produktivitas sedang, sedangkan untuk unit rawat inap menunjukkan tingkat

produktivitas rendah. Kualifikasi, persyaratan serta Beban kerja dan kebutuhan SDM di IFRS MHAT belum sesuai dengan Permenkes 72 tahun 2016

Menurut Pangeran Indra Pasaribu, Aufarul Marom, Fathurrochman (2018), Otonomi daerah merupakan buah dari reformasi. Keadaan itu juga dirasakan oleh masyarakat Kabupaten Batubara. Perjuangan masyarakat Kabupaten Batubara untuk mengatur sendiri kehidupan daerahnya akhirnya terwujud pada tahun 2007 dengan diberlakukannya otonomi daerah di daerah tersebut. Sebagai daerah dengan daerah pesisir, faktor kesehatan menjadi faktor kunci dalam kesejahteraan masyarakat Batubara. Dalam kurun waktu 3 tahun (tahun 2012-2015), RSUD Kabupaten Batubara masih belum memiliki beberapa dokter spesialis. Pasien atau pun calon pasien RSUD Kabupaten Batubara harus mengikuti alur perawatan yang diterapkan oleh pihak rumah sakit. Pasien akan mendaftar terlebih dahulu lalu menunggu sebelum diperiksa di poli umum atau spesialis.

Hasil Penelitian yang di lakukan Dedi Rahmat Saputra (2019), Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Paradigma baru pelayanan kesehatan mensyaratkan rumah sakit memberikan pelayanan berkualitas sesuai kebutuhan dan keinginan pasien dengan tetap mengacu pada kode etik profesi dan medis. Kinerja organisasi pelayanan kesehatan biasanya menggunakan kriteria standar minimal pelayanan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MenKes/Per/VII/2008. Hasil peneliti ini menunjukkan bahwa implementasi Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Baubau sudah baik. Sedikit kekurangan pelaksanaan SPM bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu pada jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan. Adapun

faktor yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu; Komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi. Sedangkan untuk faktor sumber daya masih terdapat kekurangan karena hanya 80% dalam mencukupi kebutuhan SDM RSUD Kota Baubau.

2.6. Kerangka Pemikiran



Gambar 2.1. Kerangka Pemikiran Evaluasi Kebijakan

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Tempat dan Jadwal Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah. Penelitian dilaksanakan selama 3 (tiga) bulan yaitu Desember s/d Februari 2020. Alasan pemilihan objek penelitian karena Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah mengalami perubahan fungsi dari PUSKESMAS menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah sehingga terjadi perubahan kebijakan Standar Pelayanan Kefarmasian.

3.2. Bentuk Penelitian

Bentuk Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif yang menurut Syaodih (2012) “penelitian kualitatif adalah penelitian yang ditujukan untuk mendeskriptifkan dan menganalisa fenomena peristiwa, aktifitas sosial, sikap, kepercayaan, pemikiran orang individual maupun kelompok. Data di himpun dengan pengamatan yang seksama, mencakup deskripsi dalam konteks yang mendetail di sertai catatan-catatan hasil wawancara yang mendalam serta analisis dokumen”.

Menurut Noor (2011) penelitian kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Dalam penelitian kualitatif tidak ada menggunakan populasi karena penelitian kualitatif beranjak dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu yang hasil akhirnya tidak diberlakukan ke populasi, tetapi ditransfer ke tempat lain pada situasi sosial yang memiliki kesamaan dengan situasi sosial pada kasus yang dipelajari.

Tabel 3.1 Kriteria-Kriteria Evaluasi Kebijakan :

NO	TIPE KRITERIA	PERTANYAAN
1	Efektivitas	Seberapa Efektifkah kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ?
2	Efisiensi	Seberapa Efisienkah kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ?
3	Kecukupan	Seberapa Cukupkah kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ? Apakah perlu ditambahkan kebijakan baru?
4	Perataan	Seberapa meratakah kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ? Apakah setiap kelompok merasakan pemerataan tersebut?
5	Resposivitas	Bagaimana Responsivitas terhadap kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ?
6	Ketepatan	Seberapa Tepatkah kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah ?

Sumber : Willian N Dunn (2003:h610)

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini disesuaikan dengan fokus dan tujuan penelitian, yaitu:

A. Studi Pustaka (Library Research)

Studi pustaka adalah penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan mengumpulkan sejumlah buku-buku, majalah, liflet, Dokumen-Dokumen, Peraturan-Peraturan seperti Undang-Undang yang berkenaan dengan masalah dan tujuan penelitian. Buku (Dokumen) tersebut dianggap sebagai sumber data yang

akan diolah dan dianalisis seperti banyak dilakukan oleh ahli sejarah (Danial A.R, 2009:80). Penelitian yang dilakukannya dengan cara menelaah dan membandingkan sumber kepustakaan untuk memperoleh data yang bersifat teoritis. Disamping itu dengan menggunakan studi pustaka penulis dapat memperoleh informasi tentang teknik-teknik penelitian yang diharapkan, sehingga pekerjaan peneliti tidak merupakan duplikasi.

B. Wawancara dan Observasi

Wawancara adalah salah satu instrumen yang digunakan untuk menggali data secara lisan (Sujarweni, 2014:74). Wawancara dalam pendekatan kualitatif bersifat mendalam, wawancara dan observasi bisa dilakukan secara bersamaan, wawancara dapat digunakan untuk menggali lebih dalam dari data yang diperoleh

a. Observasi (Observation)

Lincoln dan Guba (A. Sonhadji K.H., 1985) mengklasifikasikan observasi menurut tiga cara:

- Pertama, pengamat dapat bertindak sebagai seorang partisipan atau non partisipan ,
- Kedua, observasi dapat dilakukan secara terus terang (overt) atau penyamaran (convert). Walaupun secara etis dianjurkan untuk terus terang, kecuali untuk keadaan tertentu yang memerlukan penyamaran.

- Ketiga menyangkut latar peneliti. Observasi dapat dilakukan pada latar “alami” atau “dirancang” (analog dengan wawancara tak struktur dan wawancara terstruktur). Untuk observasi yang dirancang bertentangan dengan prinsip pendekatan kualitatif, yaitu fenomena diambil maknanya dari konteks sebanyak dari karakteristik individu yang berada dalam konteks tersebut. Oleh karena itu teknik observasi yang kedua ini tidak dilakukan dalam penelitian kualitatif. Observasi dilakukan penulis terhadap pelaksanaan sosialisasi

yang dilaksanakan oleh polsek majalaya, yang mana observasi dilakukan secara terus

terang (overt) dan hal tersebut telah diberi izin oleh kepala polsek majalaya.

b. Wawancara (Interview)

Yaitu pengumpulan data dengan cara berkomunikasi secara langsung dengan pimpinan instansi dan bagian-bagian yang menangani masalah yang diteliti. Penulis melakukan wawancara dengan nara sumbernya, yaitu pihak-pihak yang terlibat pada pelaksanaan sosialisasi UU No 22 Tahun 2009 tentang LLAJ khususnya di polsek Majalaya.

c. Dokumentasi

Yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan buku, buku, media elektronik, media cetak dan sebagainya. Metode ini dimaksudkan untuk mempelajari dan mengkaji secara mendalam data-data mengenai sosialisasi melalui observasi, dengan demikian tidak ada data yang terputus antara yang dilihat dengan data yang didengar serta dicatat (Indrawan dan Yaniawati, 2014:136).

Sumber data dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber primer membutuhkan data atau informasi dari sumber pertama biasanya disebut informan, data sekunder menggunakan bahan yang bukan dari sumber pertama sebagai sarana untuk memperoleh data atau informasi untuk menjawab masalah yang diteliti (Sarwono, 2006:16).

Berikut beberapa sumber data dalam penelitian ini, yaitu :

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti dari sumber asli (langsung dari informan) yang memiliki informasi atau data (Idrus, 2009:86). Data tersebut berkaitan dengan *output* dan *outcome* kebijakan Permenkes Nomor

72 Tahun 2016. Pada penelitian ini data primer yang digunakan adalah untuk mengetahui output dan outcome kebijakan Permenkes 72 Tahun 2016, informan dipilih berdasarkan pertimbangan bahwa informan mengetahui tentang kebijakan Permenkes 72 Tahun 2016 informan yang diwawancara peneliti yaitu:

TABEL 3.2 : Jenis-Jenis Informan :

NO	INFORMAN KUNCI	INFORMAN TAMBAHAN
1	Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit (KIFRS)	Pasien
2	APOTEKER	Dinas Kesehatan
3	Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)	Ikatan Apoteker Indonesia
4	Asisten Tenaga Teknis Kefarmasian (ATK)	Kepala rumah sakit dan menejemen rumah sakit

Sumber : Analisis Peneliti dari PERMENKES 72 Tahun 2016

2. Data sekunder

Data sekunder adalah penelitian yang bersumber dari instansi setempat. Data sekunder digunakan sebagai pendukung guna mencari kebenaran mengenai isu Kebijakan Permenkes 72 Tahun 2016 di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah. Sumber data sekunder yang digunakan adalah studi pustaka berupa berita surat kabar, berita dari website, artikel, jurnal, dan referensi yang berhubungan dengan Evaluasi Kebijakan Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah.

3.4. Definisi Konseptual dan Definisi Operasional

3.4.1 Definisi Konseptual

Definisi konseptual merupakan batasan terhadap variabel yang dijadikan pedoman dalam penelitian, sehingga tujuan dan arahnya tidak menyimpang.

Penelitian memberikan definisi konseptual penelitian agar mempermudah

penelitian ini dilakukan terkait masalah yang diteliti. Definisi konseptual dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Kebijakan Publik adalah serangkaian tindakan yang dibuat oleh pemerintah atau bersama dengan para aktor politik dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan publik guna mencapai tujuan yang diinginkan demi kepentingan khalayak ramai. Kebijakan Publik dalam penelitian ini adalah kondisi dimana PERMENKES Nomor 72 Tahun 2016 Sudah/Belum atau Ada/Tidak ada dari segi Keefektivitas, Efisiensi, Kecukupan, Perataan, responsivitas serta ketepatan terhadap pelaksana atau pengguna kebijakan di Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah

3.4.2. Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan sebagai petunjuk bagaimana variabel di ukur Oleh sebab itu, dengan membaca definisi operasional dalam suatu penelitian, maka akan mengetahui indikator-indikator variabel tersebut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

NO	ASPEK	URAIAN	INDIKATOR
1	Efektivitas	Meliputi apakah hasil yang diinginkan telah dicapai.	1. Sesuai Tujuan 2. Hasil Bentuk fisik (sarana dan prasarana kesehatan)
2	Efisiensi	Meliputi seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.	1.Ketersediaan tenaga Kefarmasian 2.Anggaran pelayanan
3	Kecukupan	Meliputi seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah.	1. Hubungan antara alternative kebijakan dengan hasil yang diharapkan

4	Perataan	meliputi apakah biaya dan manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok yang berbeda.	1. pembagian tugas 2. Usaha pengenalan program (Sosialisasi secara langsung dan tidak langsung)
5	Responsivitas	Meliputi apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan preferensi kelompok-kelompok tertentu Tanggapan dari pembuat kebijakan	1. Kritik 2. Saran
6	Ketepatan	Meliputi apakah hasil tujuan yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai	1. Kuatnya asumsi yang melandasi tujuan program.

Sumber : Analisis Peneliti dari buku William N Dunn

3.5 Teknik Analisis Data

3.5.1 Proses pelaksanaan penelitian

Sebelum melakukan penelitian, perlu ada persiapan yang matang agar kendala-kendala yang terjadi di lapangan dapat diminimalisir. Tahapan yang dilakukan pertama kali adalah mengidentifikasi masalah yang akan diteliti, yaitu peneliti merumuskan masalah yang akan dikaji dan menentukan tujuan yang akan dicapai dari penelitian tersebut. Setelah berhasil mengidentifikasi masalah, langkah selanjutnya adalah menentukan tema dan variabel penelitian karena penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian *kualitatif*. Untuk mendukung penelitian ini, peneliti melakukan studi literatur atau studi pustaka yaitu mencari, mempelajari dan memahami literatur-literatur yang relevan mengenai teori, asumsi, maupun data-data yang terkait baik dari buku bacaan, jurnal atau hasil penelitian terdahulu yang berupa tesis, skripsi ataupun karya ilmiah.

Tahapan yang kedua, yaitu menyusun desain penelitian. Karena penelitian ini adalah penelitian *Kualitatif* maka desain penelitian bagaikan alat penentu bagi

peneliti dalam melakukan proses penyusunan instrumen penelitian dan menghasilkan data yang valid dan dapat dipercaya. Ada beberapa langkah yang dilakukan dalam penyusunan instrumen penelitian ini, yaitu :

- ✓ Pertama, menentukan indikator setiap variabel, *outcome* variabel yaitu bukti langsung. Sedangkan *output* variabel yaitu efektifitas, efisiensi, kecukupan, perataan, responsivitas dan ketepatan.
- ✓ Kedua, membuat kisi-kisi sesuai dengan proporsinya.
- ✓ Ketiga, membuat dan menyusun item soal yaitu mencakup item yang mengandung pernyataan yang sesuai dengan teori, kemudian item-item



tersebut dipertimbangkan kelayakannya, lalu disusun menurut nomor urut yang telah ditentukan.

Tahapan Ketiga, melakukan persiapan administrasi. Sebelum melakukan penelitian, ada beberapa hal yang berkaitan dengan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi sehubungan dengan penelitian, antara lain meliputi :

- ✓ Pertama, mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Ketua Prodi Megister Administrasi Publik melalui staf Akademik, surat ijin penelitian ini dikeluarkan oleh pihak Fakultas.
- ✓ Kedua, peneliti membawa surat ijin tersebut ke pihak Rumah Sakit beserta satu berkas proposal penelitian dalam rangka meminta ijin untuk melakukan penelitian pada Kepala Instalasi Farmasi (KIF) rumah sakit.

3.5.2 Pengolahan Data Kualitatif.

Setelah data terkumpul maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data tersebut. Analisis data adalah langkah yang dilakukan setelah mendapatkan data, dengan tujuan mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola ataupun kategori sehingga data yang diperoleh dapat terstruktur dengan baik. Kemudian dalam penelitian ini peneliti sejalan dengan pendapat Fuad (2014:16) Data-data dianalisis dimana prosesnya terdiri dari tiga alur kegiatan yang berlangsung secara bersamaan (reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi

Reduksi data dimaknai sebagai proses memilah dan memilih, menyederhanakan data yang terkait dengan kepentingan penelitian saja, abstraksi dan transformasi data-data kasar dari *field notes* (catatan lapangan). Reduksi data perlu dilakukan karena peneliti semakin lama dikancah penelitian akan semakin banyak data atau catatan lapangan (*field note*) yang peneliti kumpulkan.

Tahap dari reduksi adalah memilah dan memilih data yang pokok, fokus pada hal-hal yang penting, mengelompokkan data sesuai dengan tema, membuat ringkasan, memberi kode, membagi data dalam partisi-partisi dan akhirnya dianalisis sehingga terlihat pola-pola tertentu. Laporan lapangan kemudian direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, dan difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian memfokuskan data yang benar-benar berhubungan dengan penelitian yakni evaluasi kebijakan Terhadap Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah.

Langkah selanjutnya setelah mereduksi data adalah penyajian data. Bentuk penyajian data dalam penelitian kualitatif berupa uraian singkat, bagan, hubungan kausal antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Display data dapat membantu peneliti dalam memahami apa yang terjadi, merencanakan analisis selanjutnya berdasarkan apa yang sudah dipahami sebelumnya. Peneliti ini penyajian data menggunakan uraian singkat, gambar dan tabel.

Penarikan Kesimpulan/Verifikasi Langkah terakhir dalam analisis data menurut Sugiyono (2009:247) adalah melakukan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Berdasarkan pola-pola sudah tergambar dalam penyajian data, terdapat hubungan kausal atau interaktif antara data dan didukung dengan teori-teori yang sesuai, peneliti kemudian mendapatkan sebuah gambaran utuh tentang fenomena yang kita teliti dan kemudian dapat menyimpulkan fenomena tersebut sebagai temuan baru, maka penelitian sudah dianggap selesai

IV. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN, HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Dan Lokasi Penelitian

4.1.1 Peraturan Menteri Kesehatan 72 Tahun 2016 (PERMENKES)

Berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) 58 Tahun 2014 tentang Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit masih belum memenuhi kebutuhan hukum di masyarakat sehingga perlu dilakukan perubahan yaitu PERMENKES 72 Tahun 2016.

Pada Tahun 2016, menteri Kesehatan Nila Farid Moeloek mengeluarkan tiga kebijakan tentang standar kefarmasian yaitu sebagai berikut :

- PERMENKES 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit
- PERMENKES 73 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek
- PERMENKES 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di PUSKESMAS

Kepemimpinan ibu Prof. Dr.dr. Nila Farid Moeloek SpM sebagai Menteri Kesehatan berlangsung selama 27 oktober 2014 – 20 oktober 2019. Dengan berakhirnya masa kepemimpinannya yang kemudian digantikan dengan bapak Letnan Jendral Dr. Dr. Terawan Agus Putranto, Sp. Rad pada tanggal 23 oktober 2019 maka ada penambahan kebijakan yaitu sebagai berikut :

PERMENKES 3 Tahun 2020 Tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, yang asal mulanya PERMENKES 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang klasifikasi rumah sakit dan PERMENKES 147.MENKES/PER/I/2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit.

Pada pasal 7 ayat 2 PERMENKES 3 Tahun 2020 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit paling sedikit terdiri dari :

- a. pelayanan medik dan penunjang medik
- b. pelayanan keperawatan dan kebidanan
- c. pelayanan non medik (sebagaimana diatur dalam pasal 7 ayat 2 tersebut terdiri dari pelayanan farmasi, pelayanan laundry/binatu, pengolahan makanan dan lainnya.

Medik/medis dalam kamus besar bahasa indonesia adalah jururawat (<https://kbbi.web.id/medik.html>) sedangkan nonmedik adalah sesuatu yang tidak berhubungan dengan ilmu pengobatan (<https://kbbi.web.id/nonmedik.html>)

Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Pelayanan Manejerial (Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Pakai) yang kegiatannya meliputi :

- Pemilihan
- Perencanaan Kebutuhan
- Pengadaan
- Penerimaan
- Penyimpanan
- Pendistribusian
- Pemusnahan dan Penarikan
- Pengendalian
- administrasi

- b. Pelayanan Klinik/Klinis, yang kegiatannya meliputi :

- Pengkajian dan pelayanan resep
- Penelusuran riwayat penggunaan obat
- Rekonsiliasi obat
- Pelayanan informasi obat (PIO)
- Konseling
- Visite

- Pemantauan Terapi obat (PTO)
- Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
- Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)
- Dispensing sediaan steril
- Pemantauan kadar obat dalam darah (PKOD)

Dikarenakan PERMENKES 72 Tahun 2016 merupakan sebuah kebijakan pembangunan sehingga untuk mendapatkan hasil evaluasi yang tepat maka dibutuhkan instrumen yang tepat dengan kata lain adalah rumah sakit yang baru dan siap melakukan perubahan untuk pembangunan lebih baik kedepannya seperti Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah.

4.1.1 Kabupaten Bengkulu Tengah

Kabupaten Bengkulu Tengah adalah sebuah kabupaten di provinsi Bengkulu yang ibu kotanya adalah Karang Tinggi. Kabupaten ini dibentuk berdasarkan Undang-Undang nomor 24 Tahun 2008 yang merupakan pemekaran dari Kabupaten Bengkulu Utara dan Kabupaten Bengkulu kota.

Gambar : Peta lokasi Instalasi Farmasi Di Bengkulu Tengah :



Sumber : Dinas Kesehatan Bengkulu Tengah

4.1.1 Profil Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Bengkulu Tengah pada awalnya berlokasi di jalan Raya Bengkulu-Kepahiang desa Bajak 1 Kecamatan Taba Penanjung yang sebelumnya adalah PUSKESMAS perawatan Taba Teret. Berdasarkan peraturan Bupati Bengkulu Tengah Nomor 6 tahun 2017, maka menetapkan PUSKESMAS perawatan taba teret menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tipe D kabupaten Bengkulu tengah.

Seiring dengan pengembangan wilayah yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Bengkulu Tengah, maka kantor-kantor pemerintahan dan kantor pelayanan publik di lingkungan pemerintahan kabupaten Bengkulu Tengah dipindahkan ke Desa Renah Semanek kecamatan Karang Tinggi. Oleh karena itu, maka Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah pada Bulan Januari Tahun 2017, RSUD Bengkulu Tengah Menempati gedung baru yang berlokasi di desa Durian Demang Kecamatan Karang Tinggi tepat di jalan Lintas Bengkulu-Kepahiang km 27,5.

4.1.2 Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Bengkulu Tengah tipe D dan terakreditasi perdana oleh KARS pada bulan Desember tahun 2018. Dalam upaya mewujudkan visi dan tercapainya misi RSUD Bengkulu Tengah, maka ada beberapa langkah strategis yang diterapkan oleh RSUD Bengkulu Tengah, yaitu :

1. Meningkatkan Kompetensi SDM khususnya dalam attitude karyawan agar mampu memberikan pelayanan yang berorientasi pada pasien

2. Memberikan pelayanan yang berkualitas standar nasional, santun dan menyenangkan
3. Peran aktif dalam pelayanan kesehatan individu dalam menunjang misi pemerintahan daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat kabupaten Bengkulu Tengah.

4.1.3 Visi, Misi dan Motto

Visi merupakan cara pandang kedepan tentang pembangunan kesehatan yang akan dicapai. Berdasarkan arahan Bupati Bengkulu Tengah visi RSUD Bengkulu Tengah mengacu pada visi Kabupaten Bengkulu Tengah. RSUD Bengkulu Tengah pada masa yang akan datang diharapkan mampu memberikan layanan-layanan kesehatan yang bermutu tinggi dan menjadi unggulan dan menjadi pilihan utama masyarakat Kabupaten Bengkulu Tengah. Visi RSUD Bengkulu Tengah adalah :

“RSUD BENGKULU TENGAH SEBAGAI PELAYANAN PUBLIK UNGGULAN”

Misi RSUD Bengkulu Tengah adalah melakukan penataan SDM melalui peningkatan Hard Competency and soft Competency (The Right Man in the Right Place at The Right Time) yaitu :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional
2. Menata, mempersiapkan sarana dan prasarana serta meningkatkan pengawasan disiplin kerja sehingga memberikan layanan terbaik, tepat, cepat, ramah, ikhlas pada semua lapisan masyarakat.
3. Membina kemitraan, meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap eksistensi

RSUD Bengkulu Tengah

4. Memberdayakan dan meningkatkan kesejahteraan karyawan

Motto RSUD Bengkulu Tengah sesuai dengan arahan dari Bupati Bengkulu Tengah yang mengharapkan kepada RSUD Bengkulu Tengah untuk dapat menjadi Rumah Sakit yang mampu memberikan mutu pelayanan terbaik, modern dan profesional. Adapun lambang hati dalam motto RSUD Bengkulu Tengah yang dimaksud bahwa seluruh civitas RSUD Bengkulu Tengah berusaha akan melayani pasien dengan kerendahan dan ketulusan hati, dengan demikian pasien akan merasa dihargai dan pasien akan merasa puas dan loyal kepada RSUD Bengkulu Tengah.

“MELAYANI DENGAN SEPENUH HATI”

4.1.4 Tugas Pokok dan Fungsi

RSUD Bengkulu Tengah merupakan unsur pendukung tugas kepada Daerah bidang salah satu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat, Tugasnya :

1. Melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang penyelenggaraan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan sesuai peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan bidang tugasnya.

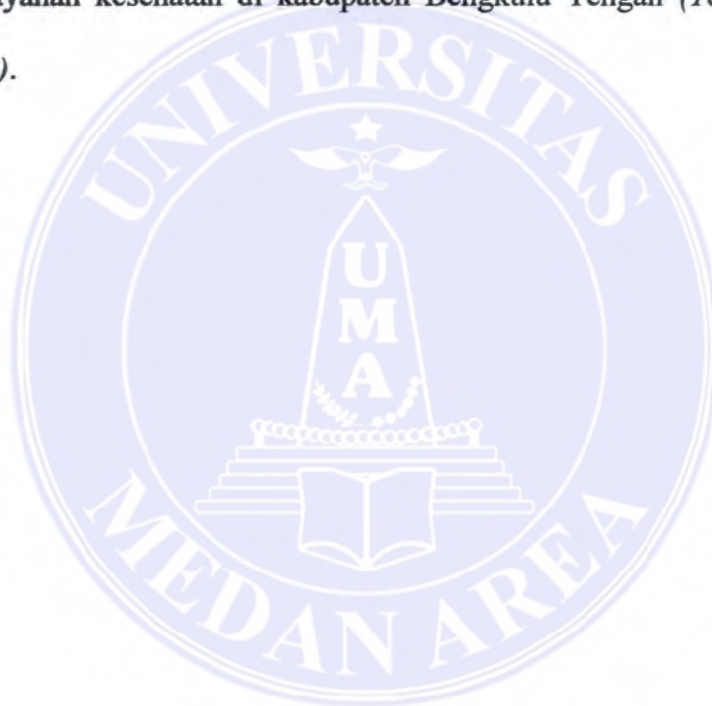
Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksudkan tersebut diatas, RSUD Bengkulu Tengah berada dan berintegrasi dalam sistem kesehatan daerah, mempunyai fungsi :

1. Pengumpulan, pengelolaan dan pengendalian data berbentuk data base serta analisa data untuk menyusun program kegiatan.
2. Perencanaan strategis bidang pelayanan kesehatan perorangan.
3. Perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan perorangan.
4. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah bidang pelayanan kesehatan perorangan.
5. Pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang pelayanan kesehatan perorangan.
6. Penyelenggaraan dan pengawasan standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan bidang pelayanan kesehatan.
7. Penyelenggaraan urusan kesekretarian pada Rumah Sakit Umum Daerah
8. Pengkoordinasian, integrasi dan sinkronisasi kegiatan bidang kepegawaian di lingkungan pemerintahan daerah
- 9 Penyelenggaraan administrasi Pegawai Negeri Daerah
10. Pelayanan Medik
11. Pelayanan Penunjang medik dan non medik
12. Pelayanan dan asuhan keperawatan
13. Pelayanan Rujukan
14. Pendidikan dan Pelatihan bidang kesehatan dan bidang lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit
15. Penelitian dan pengembangan
16. Pengelolaan sumber daya rumah sakit

17 Pembinaan dan pelaksanaan kerjasama dengan masyarakat dan lembaga pemerintahan dan lembaga lainnya.

4.1.5 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah

Struktur Organisasi dan tata kerja RSUD Bengkulu Tengah yang telah ditetapkan oleh Bupati Tengah dalam surat keputusan Bupati Bengkulu Tengah Nomor 343 Tahun 2017 Tentang struktur Organisasi dan Tata kerja Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tipe D adalah unit pelaksana teknis kesehatan dalam bidang pelayanan kesehatan di kabupaten Bengkulu Tengah (*Terlampir dalam Lampiran 5*).



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka kesimpulannya adalah sebagai berikut:

1. **PERMENKES 72 Tahun 2016 tidak Efektif (*Effectiveness*) sehingga masih dibutuhkan kebijakan-kebijakan lainya baik berupa kebijakan Direktur Rumah Sakit maupun kebijakan Bupati untuk mendukung kebijakan PERMENKES 72 Tahun 2016 seperti Surat Edaran bupati (SE), Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit (SK), Standar Operasional Presedur (SOP) dan lain sebagainya sehingga bisa saling mendukung agar standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit berjalan dengan semestinya.**
2. **Bila di bandingkan dengan PERMENKES 74 tahun 2016, maka PERMENKES 72 Tahun 2016 tidak Efisiensi (*Efficiency*). Dikarenakan terjadi perubahan status dari puskesmas mejadi Rumah sakit sehingga dibutuhkan banyak Anggaran agar standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit Umum Bengkulu Tengah mendapatkan nilai 100 dalam Akreditasi Rumah Sakit selanjutnya di point PKPO.**
3. **Begitu banyaknya harapan-harapan masyarakat atau pasien bahkan para pekerja kefarmasian terhadap PERMENKES 72 Tahun 2016, sehingga dirasakan tidak cukup dalam menjawab harapan-harapan dan menyelesaikan masalah-masalah yang ada. Ketika Polemik Covid melanda indonesia, banyak Rumah Sakit diawal-awal kemunculan dianggap tidak siap sehingga banyak tim medis yang gugur di tempat kerja, dengan alasan tidak siapnya obat dan peralatan**

kesehatan lainnya seperti masker, APD dll padahal segala pengadaaannya tersebut menjadi tanggung jawab apoteker di rumah sakit tersebut. Beberapa bulan ini muncullah aspirasi untuk DPR yaitu dibutuhkan kebijakan yang lebih kuat payung hukumnya bagi standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang berupa Undang-Undang Farmasi (RUUF) dan Undang-Undang Farmasi ini sedang dalam perjuangan para Apoteker.

4. Kurangnya Advokasi membuat PERMENKES 72 Tahun 2016 masih tidak merata karena sering terjadi miskomunikasi antara satu kelompok dengan kelompok lain sehingga dibutuhkan tindakan lebih lanjut. Bila dibiarkan maka akan membuat Rumah Sakit tersebut tidak sehat karen biasanya Apoteker,Dokter dan Kepala Tata Usaha sering memperebutkan Bonus dari obat-obat yang dibeli sehingga politik yang terjadi tersebut membuat banyak Rumah Sakit putus obat dan hutang Rumah Sakit dengan modus obat meningkat.
5. Kehadiran PERMENKES 72 Tahun 2016 membawa respon yang baik dikarenakan PERMENKES 72 Tahun 2016 merupakan kebijakan yang diharapkan dapat membangun standar kefarmasian di rumah sakit yang ada di seluruh indonesia, Khususnya Rumah Sakit Umum Bengkulu Tengah yang awalnya PUSKESMAS dapat dengan cepat menyikronisasikan kondisi karena berpedoman atau memiliki acuan yaitu PERMENKES 72 Tahun 2016 dan diharapkan Standar Pelayanan ini bisa di tingkatkan lagi terutama memberi kepastian hukum kepada pekerja kefarmasian dan diberi advokasi lebih baik dikarena Bupati, Kepala dinas kesehatan, Direktur Rumah sakit dan lain-Lain

merupakan jabatan politik sehingga para pekerja kefarmasian sering menjadi korban politik.

6. PERMENKES 72 Tahun 2016 tidak tepat (*KETEPATAN*) bila ada aturan diatas aturan atau kebijakan di atas kebijakan.

6.2. Saran

Menejemen Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bengkulu Tengah diharapkan dapat memberikan investasi yang tinggi kepada instalasi farmasi rumah sakit dikarenakan kebijakan PEMENKES 72 Tahun 2016 masih butuh suport dari kebijakan-kebijakan yang lain dari Rumah Sakit agar Standar pelayanan kefarmasian di Instalasi Farmasi tercapai, dikarena RSUD Bengkulu Tengah merupakan aset yang masih bisa berkembang lebih jauh Contohnya Surat bebas narkoba karena Instalasi Farmasi RSUD Bengkulu Tengah memiliki Apoteker senior dan laboratorium khusus Instalasi Farmasi sesuai dengan PERMENKES.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. (2013) *Prosedur Penelitian. Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Dunn, William N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (edisi kedua)*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dedi Rahmat Saputra (2019), *Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di RSUD Kota Baubau. TESIS*
- Dinas kesehatan Bengkulu Tengah (2020) *Data kunjungan pasien 2017*. Bengkulu Tengah
- Fuad, Anis dan Kandung, Sapto Nugraha. (2014). *Panduan Praktis Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Idrus, M. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial*. Yogyakarta: PT. Gelora Akasara Pratama
- Indrawan, R & Yaniawati R.P. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan Campuran Untuk Manajemen Pembangunan dan Pendidikan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Lie, King Fuan (2015) Analisis Implementasi Pemenuhan Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja Berbasis Kepmenkes RI No.1087/Menkes/SK/VIII/2010 di Rumah Sakit Tingkat II Putri Hijau Kesdam I BB Medan. *TESIS*.
- Noor, Juliansyah. (2011). *Metodologi Penelitian: Skripsi, Tesis, Disertasi, dan Karya Ilmiah*. Jakarta: Kencana.
- Nugroho, Riant. (2011). *Public Policy*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Pasaribu P.I, Aufarul Marom, Fathurrochman (2018), *Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Batubara, Sumatera Utara Paska Otonomi Daerah Journal*
- Sarwono, Jonathan. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sinaga M. (2015) Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Pada Rumah Sakit Grand Medistra Lubuk Pakam *SKRIPSI*
- Siregar, C. J. P dan Amalia, L., 2004, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapannya*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta

- Suharno. (2013). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik: Kajian Proses dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta: Penerbit Ombak.
- Sujarweni, V. Wiratna. (2014). *Metode Penelitian: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sulistio, Eko Budi (2012). *Buku Ajar Studi Kebijakan Publik*. Bandar Lampung: Lembaga Penelitian Universitas Lampung.
- Sugiyono.(2014). *Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Subarsono, AG. (2006) *Analisi Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Tangkilisan,
- Syaodih. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan*.Bandung. PT. Remaja Rosdakarya
- Republik Indonesia, 2009, *Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian*, Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Republik Indonesia, 2016, *PERMENKES Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Republik Indonesia (2016) *PERMENKES nomor 74 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas*, Jakarta
- Republik Indonesia (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*, Jakarta
- Republik Indonesia (2009) *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta
- Trianengsih AT, Hardisman, Dedy Almasdy (2018) *Implementasi Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit Terhadap Tatakelola SDM Instalasi Farmasi Rsu Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2018*, TESIS
- Winarno, Budi. (2005). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta:Media Press

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Penelitian.

UNIVERSITAS MEDAN AREA
PROGRAM PASCASARJANA
Program Magister : Ilmu Administrasi Publik – Agribisnis – Ilmu Hukum – Psikologi
Program Doktor : Ilmu Pertanian
Jl. Setis Budi No. 79-B Tj. Rejo Medan Sunggal Kota Medan Sumatera Utara 20112 Indonesia
Telp. (061) 8201994 Fax. (061) 8226331

Nomor : 2348 /PPS-UMA/WDI/01/XII/2019
Lamp. : -
Hal : Pengambilan Data dan Wawancara

30 Desember 2019

Yth. Kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit Bengkulu Tengah
Di -
Tempat

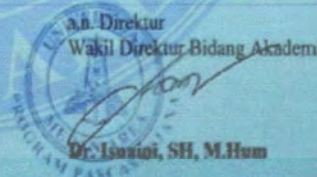
Dengan Hormat,

Sehubungan dengan adanya tugas akhir mahasiswa Program Pascasarjana Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik Universitas Medan Area, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan izin rekomendasi penelitian kepada mahasiswa tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Rizki Suliyani
NPM : 181801020
Program Studi : Magister Ilmu Administrasi Publik
Judul Tesis : "Evaluasi Kebijakan Terhadap Permenkes 72 Tahun 2016 (Study Standar Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Bengkulu Tengah)"

Untuk melaksanakan Pengambilan data di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin sebagai bahan untuk melengkapi tugas-tugas penulisan Tesis pada Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik Universitas Medan Area.

Demikian disampaikan, atas bantuan dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.


a.n. Direktur
Wakil Direktur Bidang Akademik,
Dr. Ismail, SH, M.Hum

Tembusan :
1. Ka. Prodi MAP PPs UMA
2. Mahasiswa Ybs

Lampiran 2. Surat keterangan Pelaksanaan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU TENGAH
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Raya Bengkulu-Cunup KM. 25 Karang Tinggi Bengkulu Tengah
Telp/Fax (0736) 5511138 Email : bpmpptkab.bengkulutengah@gmail.com

IZIN PENELITIAN
NOMOR : 070 /019/ IP / DPMPTSP// 2020

Dasar : 1. Surat Dari Wakil Direktur Bidang Akademik Program Pascasarjana Universitas Medan Area Nomor : 2348/PPS-UMA/WDI/01/XII/2019,Tanggal 30 Desember 2019 perihal : Penelitian /Pengambilan Data dari Wawancara.
2. Peraturan Bupati Bengkulu Tengah Nomor 20 Tahun 2018 tentang Pendelegasian Kewenangan Pemandatangan Perizinan dan Non Perizinan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Tengah.

Nama / NPM	Rizki Sulyan/ 181801020
Pekerjaan	Mahasiswa/ Mahasiswa
Maksud	Melakukan Penelitian
Judul Proposal Penelitian	Evaluasi Kebijakan Terhadap Permenkes 72 Tahun 2016 (Study Standar Pelayanan Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Bengkulu Tengah.
Daerah Penelitian	Rumah Sakit Umum Daerah Bengkulu Tengah
Waktu Penelitian/Kegiatan	15 Januari S/d 20 Februari 2020
Pemangku Jawab	Wakil Direktur Bidang Akademik Program Pascasarjana Universitas Medan Area.

Dengan ini memberikan Izin Penelitian yang diadakan dengan ketentuan :

1. Sebelum melakukan penelitian harus melapor kepada Bupati Bengkulu Tengah Cq. Sekretaris Daerah Kabupaten Bengkulu Tengah.
2. Harus menaati semua ketentuan Perundang-undangan yang berlaku.
3. Selesai melakukan penelitian, agar melaporkan/mengampaikan hasil penelitian kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bengkulu Tengah.
4. Surat Izin Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku setelah tanggal penelitian kegiatan berakhir dan pemangku surat ini tidak menaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikian Izin Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Bengkulu Tengah
Pada tanggal, 15 Januari 2020
KEPALA DINAS,

ENDANG SUMANTRI, S.H.,M.H
NIP. 19660228 199303 1 005

Lampiran /
1. Yth. Sekretaris Daerah Kabupaten Bengkulu Tengah;
2. Yth. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Bengkulu Tengah;
3. Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik Program Pascasarjana Universitas Medan Area
4. Arsip.

Bidang Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Non Penelitian
YUDAR SUPUTNAGATILAY A

Lampiran 3. Gambaran Umum Rumah Sakit Bengkulu Tengah.



Suasana pintu gerbang RSUD

Suasana RSUD dari pintu Gerbang



Suasana RSUD dari depan

Suasana didalam RSUD

**Gambar : Dokumentasi diambil tanggal 22 januari 2020
Pukul 08:00-12:00**

Lampiran 4. Gambaran Umum Instalasi Farmasi Rumah Sakit



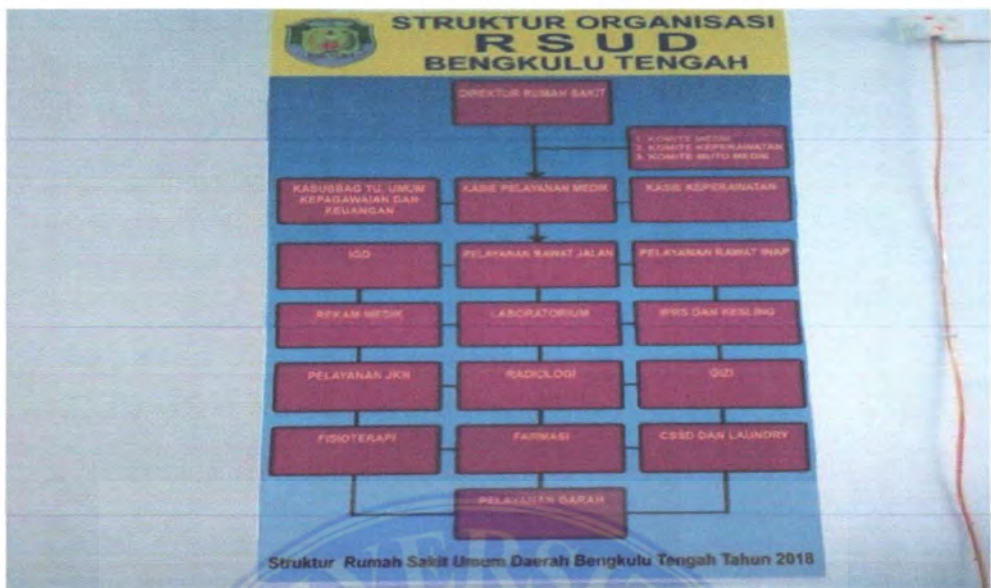
Suasana luar instalasi farmasi



Suasana Dalam Instalasi farmasi

Gambar : Dokumentasi diambil tanggal 20 januari 2020
Pukul 08:00-12:00

Lampiran 5. Struktur Organisasi RSUD Bengkulu Tengah



Gambar Struktur Organisasi RSUD Bengkulu Tengah



Gambar Struktur Organisasi instalasi Farmasi

Gambar : Dokumentasi diambil tanggal 24 januari 2020
Pukul 08:00-12:00

Lampiran 6 kondisi proses wawancara di instalasi farmasi



Gambar suasana wawancara dengan kepala instalasi farmasi



Gambar suasana selesai wawancara dengan staf farmasi

**Gambar : Dokumentasi diambil tanggal 3 Februari 2020
Pukul 08:00-12:00**

Lampiran 7. Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit



Lampiran 8. Pelayanan Kefarmasian RSUD Bengkulu Tengah

PROFIL RSUD Bengkulu Tengah
Tahun 2018

4.4 PELAYANAN KEFARMASIAN

Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Adapun jumlah pemakaian obat berdasarkan unit pelayanan RSUD Bengkulu Tengah Tahun 2018 sebagai berikut.

Tabel 4.22 : Data Kefarmasian Berdasarkan Klasifikasi Obat RSUD Bengkulu Tengah Tahun 2018

NO	UNIT PELAYANAN	KLASIFIKASI PEMAKAIAN OBAT		JUMLAH
		GENERIK	PATEN	
1	IGD	30.056	12.859	42.915
2	RAWAT JALAN	38.019	8.060	46.079
3	RAWAT INAP	34.543	6.873	41.416
JUMLAH TOTAL		102.618	27.792	130.410

Tabel 4.23 : Jumlah Pemakaian Obat Berdasarkan Jenis Pelayanan RSUD Bengkulu Tengah Tahun 2018

BULAN	JUMLAH PASIEN DAN JENIS PELAYANAN				Jumlah
	BPJS		UMUM		
	R. INAP	R. JALAN	R. INAP	R. JALAN	
Januari	70	166	12	82	330
Februari	78	173	11	33	295
Maret	99	227	14	53	393
April	72	232	7	86	397
Mei	75	167	8	43	293
Juni	51	78	11	41	181
Juli	81	162	5	50	298
Agustus	76	168	13	38	295
September	93	165	7	42	307
Oktober	73	185	6	36	300
November	62	102	10	44	218
Desember	72	219	4	52	347
JUMLAH TOTAL	902	2.044	108	600	3.654



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 72 TAHUN 2016
TENTANG
STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI RUMAH SAKIT**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :** a. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit masih belum memenuhi kebutuhan hukum di masyarakat sehingga perlu dilakukan perubahan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
7. Keputusan Presiden Nomor 103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 145 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedelapan atas Keputusan Presiden Nomor 103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Kementerian

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 322);

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI RUMAH SAKIT.

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.
3. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
4. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *elektronik* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.
5. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
6. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan

- patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.
7. **Alat Kesehatan** adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
 8. **Bahan Medis Habis Pakai** adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.
 9. **Instalasi Farmasi** adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.
 10. **Apoteker** adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker.
 11. **Tenaga Teknis Kefarmasian** adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, dan Analis Farmasi.
 12. **Direktur Jenderal** adalah direktur jenderal pada Kementerian Kesehatan yang bertanggung jawab di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.
 13. **Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan** yang selanjutnya disingkat **Kepala BPOM** adalah Kepala Lembaga Pemerintah Non Kementerian yang mempunyai tugas untuk melaksanakan tugas pemerintahan di bidang pengawasan obat dan makanan.
 14. **Menteri** adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit bertujuan untuk:

- a** meningkatkan mutu Pelayanan Kefarmasian;
- b** menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; dan
- c** melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan Obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Pasal 3

(1) Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi standar:

- a.** pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai; dan
- b.** pelayanan farmasi klinik.

(2) Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- a.** pemilihan;
- b.** perencanaan kebutuhan;
- c.** pengadaan;
- d.** penerimaan;
- e.** penyimpanan;
- f.** pendistribusian;
- g.** pemusnahan dan penarikan;
- h.** pengendalian; dan
- i.** administrasi.

(3) Pelayanan farmasi klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:

- a.** pengkajian dan pelayanan Resep;
- b.** penelusuran riwayat penggunaan Obat;
- c.** rekonsiliasi Obat;
- d.** Pelayanan Informasi Obat(PIO);
- e.** konseling;
- f.** *visite*;

- g. **Monitoring Efek Samping Obat(MESO);**
 - h. **Evaluasi Penggunaan Obat(EPO);**
 - i. **dispensing sediaan steril; dan**
 - j. **Pemantauan Kadar Obat dalam Darah(PKOD).**
- (4) **Pelayanan farmasi klinik berupa dispensing sediaan steril sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf j hanya dapat dilakukan oleh Rumah Sakit yang mempunyai sarana untuk melakukan produksi sediaan steril.**
- (5) **Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan pelayanan farmasi klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.**

Pasal 4

- (1) **Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien, dan standar prosedur operasional.**
- (2) **Sumber daya kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:**
- a. **sumber daya manusia; dan**
 - b. **sarana dan peralatan.**
- (3) **Pengorganisasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menggambarkan uraian tugas, fungsi, dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi di dalam maupun di luar Pelayanan Kefarmasian yang ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit.**
- (4) **Standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.**

- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai sumber daya kefarmasian dan pengorganisasian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 5

- (1) Untuk menjamin mutu Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, harus dilakukan Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian yang meliputi:
- a. monitoring; dan
 - b. evaluasi
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 6

- (1) Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus menjamin ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan terjangkau.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit melalui sistem satupintu.
- (3) Instalasi Farmasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Apoteker sebagai penanggung jawab.
- (4) Dalam penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dapat dibentuk satelit farmasi sesuai dengan kebutuhan yang merupakan bagian dari Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

Pasal 7

- (1) Setiap Tenaga Kefarmasian yang menyelenggarakan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit wajib mengikuti Standar Pelayanan Kefarmasian sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri ini.
- (2) Setiap pemilik Rumah Sakit, direktur/pimpinan Rumah Sakit, dan pemangku kepentingan terkait di bidang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit harus mendukung penerapan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

Pasal 8

Rumah Sakit wajib mengirimkan laporan Pelayanan Kefarmasian secara berjenjang kepada dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan kementerian kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Menteri ini dilakukan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan organisasi profesi.

Pasal 10

- (1) Pengawasan selain dilaksanakan oleh Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 Ayat (1), khusus terkait dengan pengawasan sediaan farmasi dalam pengelolaan sediaan farmasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf a dilakukan juga oleh Kepala BPOM sesuai dengan tugas dan fungsi

- (2) Selain pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala BPOM dapat melakukan pemantauan, pemberian bimbingan, dan pembinaan terhadap pengelolaan sediaan farmasi di instansi pemerintah dan masyarakat di bidang pengawasan sediaan farmasi.

Pasal 11

- (1) Pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dan pengawasan yang dilakukan oleh Kepala BPOM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) dilaporkan secara berkala kepada Menteri.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 12

Pelanggaran terhadap ketentuan dalam Peraturan Menteri ini dapat dikenai sanksi administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 13

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1223) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1168), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 23 Desember 2016

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta pada
tanggal 9 Januari 2017

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2017 NOMOR 49

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 72 TAHUN 2016
TENTANG
STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN
DI RUMAH SAKIT

STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI RUMAH SAKIT

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan Rumah Sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat termasuk pelayanan farmasi klinik.

Apoteker khususnya yang bekerja di Rumah Sakit dituntut untuk merealisasikan perluasan paradigma Pelayanan Kefarmasian dari orientasi produk menjadi orientasi pasien. Untuk itu kompetensi Apoteker perlu ditingkatkan secara terus menerus agar perubahan paradigma tersebut dapat diimplementasikan. Apoteker harus dapat memenuhi hak pasien agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan termasuk tuntutan hukum. Dengan demikian, para Apoteker Indonesia dapat berkompetisi dan menjadi tuan rumah di negara sendiri.

Perkembangan di atas dapat menjadi peluang sekaligus merupakan tantangan bagi Apoteker untuk maju meningkatkan kompetensinya sehingga dapat memberikan Pelayanan Kefarmasian secara komprehensif dan simultan baik yang bersifat manajerial maupun farmasi klinik.

Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, sumber daya manusia, kefarmasian, dan peralatan. Persyaratan kefarmasian harus menjamin ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bermutu, bermanfaat, aman, dan terjangkau.

Selanjutnya dinyatakan bahwa pelayanan Sediaan Farmasi di Rumah Sakit harus mengikuti Standar Pelayanan Kefarmasian yang selanjutnya diamanahkan untuk diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian juga dinyatakan bahwa dalam menjalankan praktik kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian, Apoteker harus menerapkan Standar Pelayanan Kefarmasian yang diamanahkan untuk diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan tersebut dan perkembangan konsep Pelayanan Kefarmasian, perlu ditetapkan suatu Standar Pelayanan Kefarmasian dengan Peraturan Menteri Kesehatan, sekaligus meninjau kembali Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

B. Ruang Lingkup

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik. Kegiatan tersebut harus didukung oleh sumber daya manusia, sarana, dan peralatan.

Apoteker dalam melaksanakan kegiatan Pelayanan Kefarmasian tersebut juga harus mempertimbangkan faktor risiko yang terjadi yang disebut dengan manajemen risiko.

BAB II

PENGELOLAAN SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI

Apoteker bertanggung jawab terhadap pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang menjamin seluruh rangkaian kegiatan perbekalan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta memastikan kualitas, manfaat, dan keamanannya. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi yang diperlukan bagi kegiatan Pelayanan Kefarmasian.

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir dan menggunakan proses yang efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya. Dalam ketentuan Pasal 15 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu. Alat Kesehatan yang dikelola oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu berupa alat medis habis pakai/peralatan non elektromedik, antara lain alat kontrasepsi (IUD), alat pacu jantung, implan, dan stent.

Sistem satu pintu adalah satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium, pengadaan, dan pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien melalui Instalasi Farmasi. Dengan demikian semua Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang beredar di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Instalasi Farmasi, sehingga tidak ada pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang dilaksanakan selain oleh Instalasi Farmasi.

Dengan kebijakan pengelolaan sistem satu pintu, Instalasi Farmasi sebagai satu-satunya penyelenggara Pelayanan Kefarmasian, sehingga Rumah Sakit akan mendapatkan manfaat dalam hal:

1. Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
2. standarisasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
3. penjaminan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
4. pengendalian harga Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
5. pemantauan terapi Obat;
6. penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (keselamatan pasien);
7. kemudahan akses data Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akurat;
8. peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan citra Rumah Sakit; dan
9. peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan peningkatan kesejahteraan pegawai.

Rumah Sakit harus menyusun kebijakan terkait manajemen penggunaan Obat yang efektif. Kebijakan tersebut harus ditinjau ulang sekurang-kurangnya sekali setahun. Peninjauan ulang sangat membantu Rumah Sakit memahami kebutuhan dan prioritas dari perbaikan sistem mutu dan keselamatan penggunaan Obat yang berkelanjutan.

Rumah Sakit perlu mengembangkan kebijakan pengelolaan Obat untuk meningkatkan keamanan, khususnya Obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medication*). *High-alert medication* adalah Obat yang harus diwaspadai karena sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (*sentinel event*) dan Obat yang berisiko tinggi menyebabkan Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD). Kelompok Obat *high-alert* diantaranya:

1. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*).
2. Elektrolit konsentrasi tinggi (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9%, dan magnesium sulfat =50% atau lebih pekat).
3. Obat-Obat sitostatika.

A. Kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi:

1. Pemilihan

Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai ini berdasarkan:

- a. formularium dan standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi;
- b. standar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang telah ditetapkan;
- c. pola penyakit;
- d. efektifitas dan keamanan;
- e. pengobatan berbasis bukti;
- f. mutu;
- g. harga; dan
- h. ketersediaan di pasaran.

Formularium Rumah Sakit disusun mengacu kepada Formularium Nasional. Formularium Rumah Sakit merupakan daftar Obat yang disepakati staf medis, disusun oleh Komite/Tim Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.

Formularium Rumah Sakit harus tersedia untuk semua penulis Resep, pemberi Obat, dan penyedia Obat di Rumah Sakit. Evaluasi terhadap Formularium Rumah Sakit harus secara rutin dan dilakukan revisi sesuai kebijakan dan kebutuhan Rumah Sakit.

Penyusunan dan revisi Formularium Rumah Sakit dikembangkan berdasarkan pertimbangan terapeutik dan ekonomi dari penggunaan Obat agar dihasilkan Formularium Rumah Sakit yang selalu mutakhir dan dapat memenuhi kebutuhan pengobatan yang rasional.

Tahapan proses penyusunan Formularium Rumah Sakit:

- a. membuat rekapitulasi usulan Obat dari masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medik;
- b. mengelompokkan usulan Obat berdasarkan kelas terapi;

- c. membahas usulan tersebut dalam rapat Komite/Tim Farmasi dan Terapi, jika diperlukan dapat meminta masukan dari pakar;
- d. mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite/Tim Farmasi dan Terapi, dikembalikan ke masing-masing SMF untuk mendapatkan umpan balik;
- e. membahas hasil umpan balik dari masing-masing SMF;
- f. menetapkan daftar Obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit;
- g. menyusun kebijakan dan pedoman untuk implementasi; dan
- h. melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada staf dan melakukan monitoring.

Kriteria pemilihan Obat untuk masuk Formularium Rumah Sakit:

- a. mengutamakan penggunaan Obat generik;
- b. memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita;
- c. mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas;
- d. praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
- e. praktis dalam penggunaan dan penyerahan;
- f. menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
- g. memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung; dan
- h. Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

Dalam rangka meningkatkan kepatuhan terhadap formularium Rumah Sakit, maka Rumah Sakit harus mempunyai kebijakan terkait dengan penambahan atau pengurangan Obat dalam Formularium Rumah Sakit dengan mempertimbangkan indikasi penggunaan, efektivitas, risiko, dan biaya.

2. Perencanaan Kebutuhan

Perencanaan kebutuhan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan

hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien.

Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan Obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

Pedoman perencanaan harus mempertimbangkan:

- a. anggaran yang tersedia;
- b. penetapan prioritas;
- c. sisa persediaan;
- d. data pemakaian periode yang lalu;
- e. waktu tunggu pemesanan; dan
- f. rencana pengembangan.

3. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan. Pengadaan yang efektif harus menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari pemilihan, penentuan jumlah yang dibutuhkan, penyesuaian antara kebutuhan dan dana, pemilihan metode pengadaan, pemilihan pemasok, penentuan spesifikasi kontrak, pemantauan proses pengadaan, dan pembayaran.

Untuk memastikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan mutu dan spesifikasi yang dipersyaratkan maka jika proses pengadaan dilaksanakan oleh bagian lain di luar Instalasi Farmasi harus melibatkan tenaga kefarmasian.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain:

- a. Bahan baku Obat harus disertai Sertifikat Analisa.
- b. Bahan berbahaya harus menyertakan *Material Safety Data Sheet* (MSDS).

- c. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus mempunyai Nomor Izin Edar.
- d. Masa kadaluarsa (*expired date*) minimal 2 (dua) tahun kecuali untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai tertentu (vaksin, reagensia, dan lain-lain), atau pada kondisi tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan.

Rumah Sakit harus memiliki mekanisme yang mencegah kekosongan stok Obat yang secara normal tersedia di Rumah Sakit dan mendapatkan Obat saat Instalasi Farmasi tutup.

Pengadaan dapat dilakukan melalui:

a. Pembelian

Untuk Rumah Sakit pemerintah pembelian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus sesuai dengan ketentuan pengadaan barang dan jasa yang berlaku.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pembelian adalah:

- 1) Kriteria Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai, yang meliputi kriteria umum dan kriteria mutu Obat.
- 2) Persyaratan pemasok.
- 3) Penentuan waktu pengadaan dan kedatangan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
- 4) Pemantauan rencana pengadaan sesuai jenis, jumlah dan waktu.

b. Produksi Sediaan Farmasi

Instalasi Farmasi dapat memproduksi sediaan tertentu apabila:

- 1) Sediaan Farmasi tidak ada di pasaran;
- 2) Sediaan Farmasi lebih murah jika diproduksi sendiri;
- 3) Sediaan Farmasi dengan formula khusus;
- 4) Sediaan Farmasi dengan kemasan yang lebih kecil/*repacking*;
- 5) Sediaan Farmasi untuk penelitian; dan
- 6) Sediaan Farmasi yang tidak stabil dalam penyimpanan/harus dibuat baru (*recenter paratus*).

Sediaan yang dibuat di Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan mutu dan terbatas hanya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di Rumah Sakit tersebut.

c. **Sumbangan/Dropping/Hibah**

Instalasi Farmasi harus melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap penerimaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sumbangan/*dropping*/ hibah.

Seluruh kegiatan penerimaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dengan cara sumbangan/*dropping*/hibah harus disertai dokumen administrasi yang lengkap dan jelas. Agar penyediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dapat membantu pelayanan kesehatan, maka jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus sesuai dengan kebutuhan pasien di Rumah Sakit. Instalasi Farmasi dapat memberikan rekomendasi kepada pimpinan Rumah Sakit untuk mengembalikan/menolak sumbangan/*dropping*/hibah Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak bermanfaat bagi kepentingan pasien Rumah Sakit.

4. **Penerimaan**

Penerimaan merupakan kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam kontrak atau surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima. Semua dokumen terkait penerimaan barang harus tersimpan dengan baik.

5. **Penyimpanan**

Setelah barang diterima di Instalasi Farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Komponen yang harus diperhatikan antara lain:

- a. Obat dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan Obat diberi label yang secara jelas terbaca memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus.
- b. Elektrolit konsentrasi tinggi tidak disimpan di unit perawatan kecuali untuk kebutuhan klinis yang penting.
- c. Elektrolit konsentrasi tinggi yang disimpan pada unit perawatan pasien dilengkapi dengan pengaman, harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*) untuk mencegah penatalaksanaan yang kurang hati-hati.
- d. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang dibawa oleh pasien harus disimpan secara khusus dan dapat diidentifikasi.
- e. Tempat penyimpanan obat tidak dipergunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi.

Instalasi Farmasi harus dapat memastikan bahwa Obat disimpan secara benar dan diinspeksi secara periodik.

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang harus disimpan terpisah yaitu:

- a. Bahan yang mudah terbakar, disimpan dalam ruang tahan api dan diberi tanda khusus bahan berbahaya.
- b. Gas medis disimpan dengan posisi berdiri, terikat, dan diberi penandaan untuk menghindari kesalahan pengambilan jenis gas medis. Penyimpanan tabung gas medis kosong terpisah dari tabung gas medis yang ada isinya. Penyimpanan tabung gas medis di ruangan harus menggunakan tutup demi keselamatan.

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, dan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip *First Expired First Out* (FEFO) dan *First In First Out* (FIFO) disertai sistem informasi manajemen. Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang penampilan dan penamaan

yang mirip (*LASA, Look Alike Sound Alike*) tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan Obat.

Rumah Sakit harus dapat menyediakan lokasi penyimpanan Obat emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian.

Pengelolaan Obat emergensi harus menjamin:

- a. jumlah dan jenis Obat sesuai dengan daftar Obat emergensi yang telah ditetapkan;
- b. tidak boleh bercampur dengan persediaan Obat untuk kebutuhan lain;
- c. bila dipakai untuk keperluan emergensi harus segera diganti;
- d. dicek secara berkala apakah ada yang kadaluwarsa; dan
- e. dilarang untuk dipinjam untuk kebutuhan lain.

6. Pendistribusian

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Rumah Sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di unit pelayanan.

Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

- a. Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (*floorstock*)
 - 1) Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi.
 - 2) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang disimpan di ruang rawat harus dalam jenis dan jumlah yang sangat dibutuhkan.

- 3) Setiap hari dilakukan serah terima kembali pengelolaan obat *floor stock* kepada petugas farmasi dari penanggung jawab ruangan.
- 4) Apoteker harus menyediakan informasi, peringatan dan kemungkinan interaksi Obat pada setiap jenis Obat yang disediakan di *floor stock*.

b. Sistem Resep Perorangan

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi.

c. Sistem Unit Dosis

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan yang disiapkan dalam unit dosis tunggal atau ganda, untuk penggunaan satu kali dosis/pasien. Sistem unit dosis ini digunakan untuk pasien rawat inap.

d. Sistem Kombinasi

Sistem pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi a + b atau b + c atau a + c.

Sistem distribusi *Unit Dose Dispensing* (UDD) sangat dianjurkan untuk pasien rawat inap mengingat dengan sistem ini tingkat kesalahan pemberian Obat dapat diminimalkan sampai kurang dari 5% dibandingkan dengan sistem *floor stock* atau Resep individu yang mencapai 18%.

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

- a. efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada; dan
- b. metode sentralisasi atau desentralisasi.

7. Pemusnahan dan Penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak dapat

digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penarikan sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (*mandatory recall*) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar (*voluntary recall*) dengan tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM.

Penarikan Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan terhadap produk yang izin edarnya dicabut oleh Menteri. Pemusnahan dilakukan untuk Sediaan Farmasi, Alat

Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bila:

- a. produk tidak memenuhi persyaratan mutu;
- b. telah kadaluwarsa;
- c. tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan/atau
- d. dicabut izin edarnya.

Tahapan pemusnahan terdiri dari:

- a. membuat daftar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akan dimusnahkan;
- b. menyiapkan Berita Acara Pemusnahan;
- c. mengoordinasikan jadwal, metode dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait;
- d. menyiapkan tempat pemusnahan; dan
- e. melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku.

8. Pengendalian

Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dapat dilakukan oleh Instalasi Farmasi harus bersama dengan Komite/Tim Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit.

Tujuan pengendalian persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah untuk:

- a. penggunaan Obat sesuai dengan diagnosis dan terapi; dan
- b. memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Cara untuk mengendalikan persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah:

- a. melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*);
- b. melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*);
- c. *Stok opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

9. Administrasi

Administrasi harus dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan yang sudah berlalu.

Kegiatan administrasi terdiri dari:

a. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, pendistribusian, pengendalian persediaan, pengembalian, pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Pelaporan dibuat secara periodik yang dilakukan Instalasi Farmasi dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulanan, semester atau pertahun).

Jenis-jenis pelaporan yang dibuat menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku.

Pencatatan dilakukan untuk:

- 1) persyaratan Kementerian Kesehatan/BPOM;
- 2) dasar akreditasi Rumah Sakit;
- 3) dasar audit Rumah Sakit; dan
- 4) dokumentasi farmasi. Pelaporan dilakukan sebagai:

- 1) komunikasi antara level manajemen;
- 2) penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di Instalasi Farmasi; dan
- 3) laporan tahunan.

b. Administrasi Keuangan

Apabila Instalasi Farmasi harus mengelola keuangan maka perlu menyelenggarakan administrasi keuangan.

Administrasi keuangan merupakan pengaturan anggaran, pengendalian dan analisa biaya, pengumpulan informasi keuangan, penyiapan laporan, penggunaan laporan yang berkaitan dengan semua kegiatan Pelayanan Kefarmasian secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan.

c. Administrasi Penghapusan

Administrasi penghapusan merupakan kegiatan penyelesaian terhadap Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak terpakai karena kadaluwarsa, rusak, mutu tidak memenuhi standar dengan cara membuat usulan penghapusan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai kepada pihak terkait sesuai dengan prosedur yang berlaku.

B. Manajemen Risiko Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Manajemen risiko merupakan aktivitas Pelayanan Kefarmasian yang dilakukan untuk identifikasi, evaluasi, dan menurunkan risiko terjadinya kecelakaan pada pasien, tenaga kesehatan dan keluarga pasien, serta risiko kehilangan dalam suatu organisasi.

Manajemen risiko pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan melalui beberapa langkah yaitu:

1. Menentukan konteks manajemen risiko pada proses pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
2. Mengidentifikasi Risiko

Beberapa risiko yang berpotensi terjadi dalam pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain:

4)

- a. ketidaktepatan perencanaan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai selama periode tertentu;
- b. pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai tidak melalui jalur resmi;
- c. pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang belum/tidak teregistrasi;
- d. keterlambatan pemenuhan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- e. kesalahan pemesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai seperti spesifikasi (merek, dosis, bentuk sediaan) dan kuantitas;
- f. ketidaktepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- g. ketidaktepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan dan kesalahan dalam pemberian;
- h. kehilangan fisik yang tidak mampu telusur;
- i. pemberian label yang tidak jelas atau tidak lengkap; dan
- j. kesalahan dalam pendistribusian.

3. Menganalisa Risiko

Analisa risiko dapat dilakukan kualitatif, semi kuantitatif, dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan memberikan deskripsi dari risiko yang terjadi. Pendekatan kuantitatif memberikan paparan secara statistik berdasarkan data sesungguhnya.

4. Mengevaluasi Risiko

Membandingkan risiko yang telah dianalisis dengan kebijakan pimpinan Rumah Sakit (contoh peraturan perundang-undangan, Standar Operasional Prosedur, Surat Keputusan Direktur) serta menentukan prioritas masalah yang harus segera diatasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan pengukuran berdasarkan target yang telah disepakati.

5. Mengatasi Risiko

Mengatasi risiko dilakukan dengan cara:

- a. melakukan sosialisasi terhadap kebijakan pimpinan Rumah Sakit;

- b. mengidentifikasi pilihan tindakan untuk mengatasi risiko;
- c. menetapkan kemungkinan pilihan (cost benefit analysis);
- d. menganalisa risiko yang mungkin masih ada; dan
- e. mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko, dan mengendalikan risiko.

