

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit didefinisikan sebagai unit pelayanan kesehatan yang mengadakan layanan kesehatan antar individu dengan paripurna yang mengadakan layanan rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Menkes RI, 2016).

Rumah sakit adalah salah satu dari sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan yaitu berbagai kegiatan untuk meningkatkan dan memelihara mutu kesehatan, yang memiliki tujuan untuk memperoleh derajat kesehatan secara optimal untuk seluruh masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan cara pendekatan pemeliharaan, peningkatan mutu kesehatan (promotif), pencegahan pada penyakit (preventif), penyembuhan pada penyakit (kuratif), dan pemulihan pada kesehatan (rehabilitatif), yang dilakukan menyeluruh, berkesinambungan dan terpadu, (Siregar dan Amalia, 2013).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit, disebut dengan rumah sakit memiliki kewajiban memberikan layanan kesehatan antar individu secara paripurna yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud, rumah sakit memiliki fungsi:

- a. Menyelenggarakan layanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- b. memelihara serta meningkatkan mutu kesehatan dengan layanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- c. Penyelenggaraan pelatihan SDM serta pendidikan dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk memberikan layanan kesehatan.
- d. Menyelenggarakan pengembangan, penelitian serta peningkatan teknologi dibidang kesehatan untuk meningkatkan layanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Undang – Undang, 2009).

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 tahun 2014, sesuai dengan jenis pelayanan, rumah sakit digolongkan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memiliki layanan kesehatan pada seluruh bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memiliki layanan utama hanya satu bidang sejenis penyakit tertentu sesuai golongan umur, disiplin ilmu, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya (Menkes RI, 2014).

Klasifikasi rumah sakit umum dapat digolongkan berdasarkan: pelayanan, sumber daya manusia, alat, dan bangunan dan prasarana yang terdiri atas rumah sakit umum kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D. Adapun klasifikasi rumah sakit umum sebagai berikut (Menkes RI, 2014) :

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah sakit umum kelas A memiliki fasilitas dan layanan medik minimal 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar yaitu: pelayanan spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis bedah, poli spesialis obstetri serta ginekologi; 5 (lima) pelayanan medik spesialis penunjang: pelayanan anestesi, patologi klinik radiologi, rehabilitasi medik dan patologi anatomi; 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis lain yaitu: spesialis mata, spesialis telinga hidung tenggorokan, spesialis syaraf, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis kulit dan kelamin, spesialis kedokteran jiwa, spesialis paru, spesialis orthopedi, spesialis urologi, spesialis bedah syaraf,

spesialis bedah plastik dan kedokteran forensik; 16 (enam belas) pelayanan medik sub spesialis yaitu: pelayanan subspecialis di bidang spesialis bedah, spesialis dalam, spesialis anak, spesialis obstetri dan ginekologi, spesialis mata, spesialistelinga hidung tenggorokan, spesialis syaraf, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis kulit dan kelamin, spesialis kedokteran jiwa, spesialis paru, spesialis orthopedi, spesialis urologi, spesialis bedah syaraf, spesialis bedah plastik, serta spesialis gigi dan mulut; dan 7 (tujuh) pelayanan medik spesialis gigi dan mulut yaitu: pelayanan bedah mulut, spesialis konservasi/endodonsi, spesialis periodonti, spesialis orthodonti, spesialis prosthodonti, spesialis pedodonsi dan penyakit mulut (Menkes RI, 2014).

2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah sakit umum kelas B mempunyai fasilitas dan layanan medik minimal 4 (empat) pelayanan spesialis medik dasar yaitu: spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis bedah, spesialis obstetri dan ginekologi; 5 (lima) pelayanan medik spesialis penunjang yaitu: pelayanan radiologi, anesthesiologi, patologi anatomi, patologi klinik, dan rehabilitasi medik; paling sedikit 8 (delapan) pelayanan dari 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis lain yaitu: spesialis mata, spesialistelinga hidung tenggorokan, spesialis syaraf, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis kulit dan kelamin, spesialis kedokteran jiwa, spesialis paru, spesialis orthopedi, spesialis urologi, spesialis bedah syaraf, spesialis bedah plastik serta kedokteran forensik; minimal 2 (dua) pelayanan subspecialis dari 4 (empat) subspecialis dasar yaitu: pelayanan subspecialis di bidang spesialis bedah, spesialis penyakit dalam, spesialis anak serta spesialis obstetri dan ginekologi; dan paling sedikit 3 (tiga) pelayanan medik spesialis gigi dan mulut yaitu: pelayanan spesialis bedah mulut, spesialis konservasi/endodonsi dan spesialis orthodonti (Menkes RI, 2014).

3. Rumah Sakit Umum kelas C

Rumah sakit umum kelas C harus memiliki fasilitas dan layanan minimal 4 (empat) pelayanan medik umum yaitu: medik gigi mulut, pelayanan medik dasar, keluarga berencana dan kesehatan ibu dan anak; 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar yaitu: pelayanan spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialisbedah, spesialisobstetri dan ginekologi; 3 (tiga) pelayanan medik penunjang yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi dan patoklinik; dan minimal 1 (satu) pelayanan medik spesialis gigi dan mulut(Menkes RI, 2014).

4. Rumah Sakit Umum kelas D

Rumah sakit umum kelas D mmiliki fasilitas layanan medik minimal 4 (empat) pelayanan medik umum yaitu: medik gigi mulut, pelayanan medik dasar, keluarga berencana serta kesehatan ibu dan anak;minimal 2 (dua) dari 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar yaitu: pelayanan spesialispenyakit dalam, spesialis anak, spesialisbedah, spesialisobstetri dan ginekologi; dan 2 (dua) pelayanan medik spesialis penunjang yaitu: pelayanan radiologi dan laboratorium(Menkes RI, 2014).

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Berdasarkan UU No. 44 tahun 2009 tentang instalasi farmasi rumah sakit, instalasi farmasi rumah sakit yaitu unit dari rumah sakit yang harus mengkoordinasikan, melaksanakan, mengontrol dan mengawasi semua aktivitas pelayanan farmasi serta melakukan pembinaan terkait teknis kefarmasian di rumah sakit. Penyelenggaraan alat kesehatan, bahan abis habis pakai dan sediaan farmasi di rumah sakit wajib dilakukan oleh instalasi farmasi dengan sistem satu pintu. Sistem satu pintu yaitu rumah sakit hanya mempunyai satu kebijakan kefarmasian meliputi pembuatan formularium, pengadaan, distribusi

alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang memiliki tujuan untuk kebutuhan pasien.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah suatu unit bagian dari rumah sakit yang di pimpinan oleh apoteker dan dibantu oleh beberapa apoteker untuk mencapai syarat yang berlaku dan berkompeten dan professional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab dari semua pekerjaan dan layanan kefarmasian yang terdiri dari layanan paripurna, antara laini perencanaan; pengadaan; penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi; produksi; pengendalian mutudan pengendalian distribusi serta penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di rumah sakit; dispensing obat sesuai resep untuk pasien rawat inap dan rawat jalan; layanan farmasi klinik umum dan poli spesialis, meliputi pelayanan secara langsung bagi penderita dan pelayanan klinik program dari rumah sakit secara menyeluruh (Menkes RI, 2016).

2.2.2 Tugas dan Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit

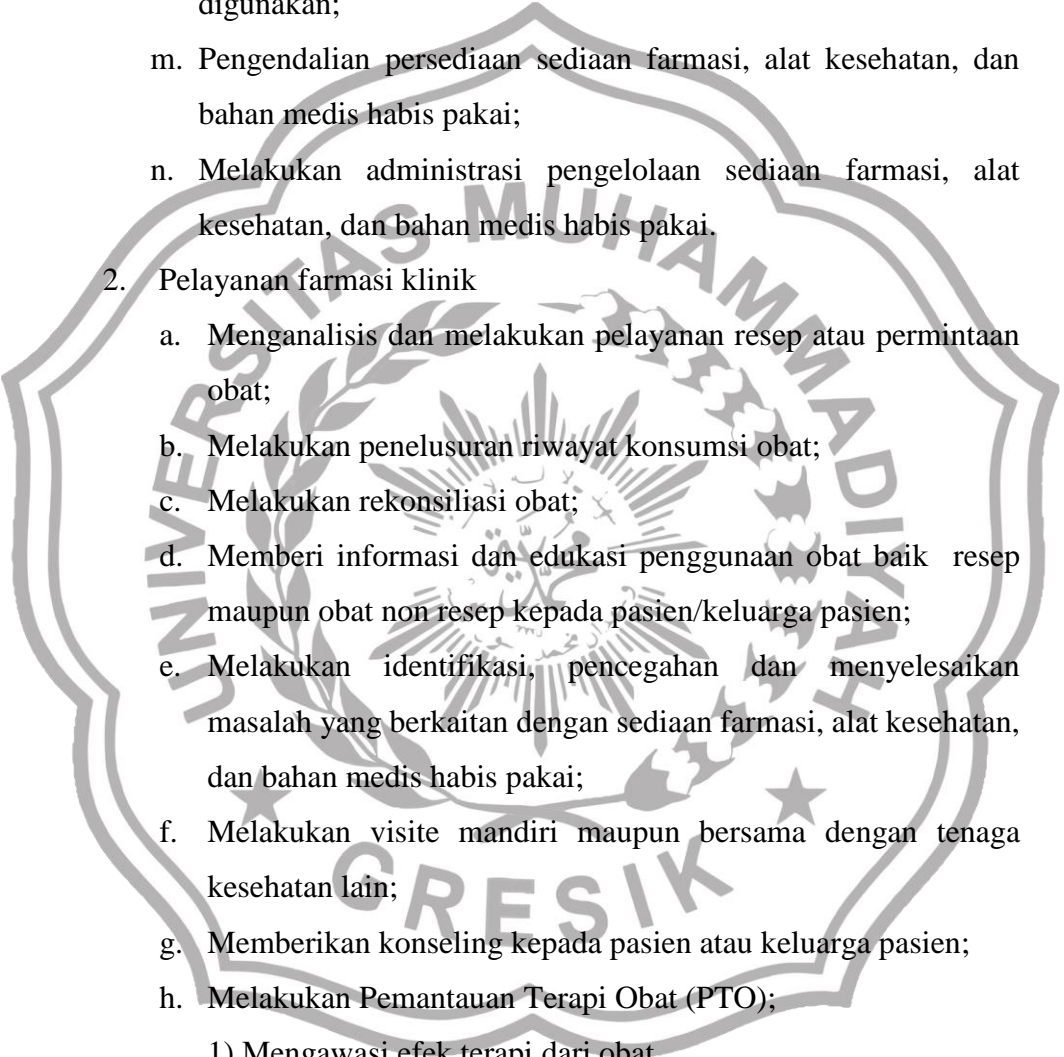
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72 Tahun 2016 mengenai standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit, berikut tugas dari instalasi farmasi, meliputi:

1. Mengadakan, mengkoordinasikan, mengontrol semua kegiatan layanan kefarmasian secara optimal dan profesional sesuai dengan prosedur dan etik profesi;
2. Melakukan manajemen sediaan farmasi, alat kesehatan, serta bahan medis habis pakai dengan efektif, bermutu, aman serta efisien;
3. Melakukan penelitian dan mengontrol penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai untuk memaksimalkan efek terapi, keamanan serta meminimalkan risiko;
4. Melakukan Komunikasi, Edukasi dan Informasi (KIE) serta memberi rekomendasi dokter, perawat dan pasien;
5. Giat dalam komite/tim farmasi dan terapi;

6. Melakukan pelatihan dan pendidikan serta peningkatan pelayanan kefarmasian;
7. Menyediakan dan memberi dorongan uraian standar pengobatan dan formularium rumah sakit;

Fungsi instalasi farmasi, meliputi:

1. Manajemen sediaan farmasi, alat kesehatan serta bahan medis habis pakai;
 - a. Meyakinkan bahwa sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit;
 - b. Menyusun kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai secara optimal, efektif dan efisien;
 - c. Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, serta bahan medis habis pakai berpedoman perencanaan yang dibuat sesuai ketentuan yang berlaku;
 - d. Melakukan produksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan di rumah sakit;
 - e. Menerima sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku;
 - f. Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai persyaratan kefarmasian;
 - g. Distribusian sediaan farmasi, alat kesehatan, serta bahan medis habis pakai pada semua unit layanan di rumah sakit;
 - h. Melaksanakan pelayanan farmasi satu pintu;
 - i. Melaksanakan layanan obat "*unit dose*"/dosis sehari;
 - j. Melaksanakan administrasi pengelolaan pada sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (yang sudah memungkinkan);

- 
- k. Identifikasi, mencegah dan pengendalian masalah yang berhubungan dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - l. Melakukan pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan, serta bahan medis habis pakai yang tidak dapat digunakan;
 - m. Pengendalian persediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - n. Melakukan administrasi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
2. Pelayanan farmasi klinik
- a. Menganalisis dan melakukan pelayanan resep atau permintaan obat;
 - b. Melakukan penelusuran riwayat konsumsi obat;
 - c. Melakukan rekonsiliasi obat;
 - d. Memberi informasi dan edukasi penggunaan obat baik resep maupun obat non resep kepada pasien/keluarga pasien;
 - e. Melakukan identifikasi, pencegahan dan menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - f. Melakukan visite mandiri maupun bersama dengan tenaga kesehatan lain;
 - g. Memberikan konseling kepada pasien atau keluarga pasien;
 - h. Melakukan Pemantauan Terapi Obat (PTO);
 - 1) Mengawasi efek terapi dari obat.
 - 2) Mengawasi efek samping dari obat.
 - 3) Mengawasi Kadar Obat di dalam Darah (PKOD);
 - i. Melakukan Evaluasi Penggunaan Obat (EPO);
 - j. Melakukan *dispensing* sediaan steril;
 - 1) Melakukan pencampuran dari obat suntik.
 - 2) Menyiapkan nutrisi secara parenteral.

- 3) Melakukan penanganan sediaan sitotoksik.
 - 4) Melakukan pengemasan ulang sediaan steril yang tidak stabil.
- k. Memberikan pelayanan Informasi Obat (PIO) pada tenaga kesehatan lain, pasien atau keluarga, masyarakat dan institusi lingkungan rumah sakit;
 - l. Mengadakan nyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

2.2.3 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit, setiap organisasi wajib memiliki gambaran uraian tugas, tanggung jawab, fungsi, serta hubungan koordinasi di dalam maupun di luar pelayanan kefarmasian yang telah diputuskan oleh pimpinan rumah sakit. Struktur organisasi instalasi farmasi rumah sakit minimal terdiri dari kepala instalasi, penyelenggaraan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai pelayanan farmasi klinik serta manajemen mutu bersifat dinamis dapat direvisi sesuai kebutuhan dengan tetap menjaga mutu (Menkes RI, 2016).

2.2.4 Sumber Daya Manusia Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Sumber Daya Manusia (SDM) di instalasi farmasi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72 Tahun 2016 yang memuat tentang standar pelayanan kefarmasian pada rumah sakit, yaitu apoteker, tenaga teknis kefarmasian dan penunjang lain agar sasaran meningkat dan tujuan dari instalasi farmasi. Ketersediaan jumlah tenaga apoteker dan tenaga teknis kefarmasian di rumah sakit terpenuhi sesuai dengan ketentuan kategori dan mendapat izin dari rumah sakit yang ditetapkan oleh Menteri. Uraian tugas tertulis dari setiap bagian-bagian pekerja di instalasi farmasi harus ada dan sebaiknya dilakukan peninjauan ulang paling sedikit setiap tiga tahun sesuai prosedur dan kebijakan di instalasi farmasi. (Menkes RI, 2016). persyaratan untuk SDM instalasi farmasi dikategorikan sebagai berikut:

1. Bagi tenaga kefarmasian untuk apoteker yaitu sarjana farmasi yang sudah lulus dengan status apoteker dan sudah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Tenaga kefarmasian adalah seorang yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri dari sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi serta tenaga menengah farmasi/asisten apoteker.
2. Bagi tenaga penunjang untuk operator komputer/teknisi yang memahami kefarmasian, tenaga administrasi dan pekerya atau pembantu pelaksana (Menkes RI, 2016).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72 Tahun 2016 dapat dijelaskan bahwa tenaga teknis kefarmasian yang melaksanakan layanan kefarmasian wajib dibawah supervisi apoteker. Instalasi farmasi wajib dikepalai oleh seorang apoteker yang merupakan apoteker penanggung jawab semua layanan kefarmasian pada rumah sakit. Kepala instalasi farmasi diutamakan sudah memiliki pengalaman bekerja di instalasi farmasi minimal 3 (tiga) tahun. Pada pelayanan kefarmasian di rawat inap, perhitungan apoteker berdasarkan beban kerja idealnya penanggung jawab dengan rasio 1 apoteker untuk 30 pasien. Sedangkan pelayanan kefarmasian pada rawat jalan, secara ideal penanggung jawab 1 apoteker untuk 50 pasien. Selain itu, diperlukan juga masing-masing 1 orang apoteker untuk kegiatan pelayanan kefarmasian di ruang tertentu, yaitu unit gawat darurat, *Intensive Care Unit (ICU)/Intensive Cardiac Care unit (ICCU)/Neonatus Intensive Care Unit (NICU)/Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, dan pelayanan informasi obat.

Bagian yang memiliki tugas dan tanggung jawab terlaksananya kegiatan instalasi farmasi dirumah sakit adalah (Febriawati, 2013):

1. Direktur rumah sakit

Direktur adalah orang yang harus mengetahui tentang pengembangan dan keadaan obat maupun stok obat. Direktur juga yang harus meyakinkan bahwa formularium obat telah dijalankan dengan benar kepada para tenaga medis. Adanya penyimpangan

dalam melaksanakan kebijakan bukan kelalaian direktur, yang akhirnya menjadikan tanggung jawab direktur jika hal ini terus dibiarkan. Direktur harus bisa menjalankan fungsi monitoring, sebagai pengawas dan evaluasi.

2. Kepala instalasi farmasi rumah sakit

Kepala instalasi farmasi adalah seseorang yang memiliki hak dan pertama kali mengetahui mengenai stok dan kebutuhan obat-obatan di rumah sakit. Tugas dari kepala instalasi farmasi adalah mengadakan perencanaan pemesanan, melakukan perhitungan kebutuhan yang ada, membuat laporan pemakaian rumah sakit. Namun harus diingat, kepala instalasi farmasi bukan yang bertanggung jawab atas pembelian obat-obatan di rumah sakit. Hal ini sangat penting dalam menjaga keadilan, transparansi dan melakukan pencegahan terjadinya kesepakatan tersembunyi antara kepala instalasi farmasi dan perusahaan obat.

3. Bagian logistik,

bagian logistik adalah suatu bagian yang memiliki tugas untuk membeli obat dan melakukan persediaan obat-obatan yang dibutuhkan dan yang disarankan oleh rumah sakit kepala instalasi farmasi. Semua pembelian obat-obatan dalam jumlah besar atau jumlah tertentu harus melalui bidang logistik, sehingga mempermudah pendataan, penghitungan pembiayaan dan pelaporan keuangan.

4. Instalasi penerimaan dan pengadaan barang di rumah sakit

Instalasi penerimaan dan pengadaan barang mempunyai tugas melakukan penerimaan dan penyimpanan perbekalan farmasi yang sudah dibeli oleh bagian logistik. Petugas gudang akan menghitung dan mencocokkan jumlah obat-obatan yang diterima dengan jumlah pesanan. Obat-obatan akan disimpan di dalam gudang dan dikeluarkan sesuai dengan permintaan kepala instalasi farmasi. Kepala instalasi penerimaan dan pengadaan barang harus

sesering mungkin memberikan laporan kepada kepala instalasi farmasi, dengan tujuan agar kepala instalasi farmasi bisa merencanakan pembelian obat-obatan berikutnya.

5. Petugas gudang dan apoteker rumah sakit

Petugas gudang (Asisten apoteker gudang) dan apoteker adalah orang yang bersentuhan langsung dengan produk atau obat-obatan yang dijual. Dua pekerjaan ini adalah pekerjaan yang paling rentan dan paling sering menjadi kambing hitam apabila ada stok atau obat-obatan yang hilang. Sebab itu, ada baiknya kedua orang yang bekerja diprofesi ini harus orang yang benar-benar jujur dan melakukan pelaporan setiap saat kepada atasannya. Petugas gudang melaporkan setiap kegiatannya maupun kehilangan obat kepada kepala instalasi pengadaan barang, dan apoteker melaporkan kegiatan hariannya maupun kehilangan obat kepada kepala instalasi farmasi.

2.3 Komite/Tim/Panitia Farmasi dan Terapi

2.3.1 Pengertian Komite/Tim/Panitia Farmasi dan Terapi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72 Tahun 2016 mengenai standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit, pengertian komite atau tim farmasi dan terapi yang adalah suatu unit kerja yang memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit tentang kebijakan penggunaan obat di rumah sakit yang beranggotakan dari dokter yang mewakili semua spesialis yang ada di rumah sakit, apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila keberadaannya diperlukan. Komite atau tim farmasi dan terapi harus bisa membina hubungan kerja antara komite lain di dalam rumah sakit yang hubungannya bersangkutan dengan penggunaan obat.

2.4 Pengertian Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan sosial yang terdapat pada Undang-Undang nomor 3 tahun 1992 adalah suatu tindakan pengalihan biaya sakit dari pihak tertanggung

pada pihak penanggung, sehingga pemberian tanggung jawab dilimpahkan oleh pihak penanggung (asuransi) yang harus memberikan biaya ataupun pelayanan atas perawatan kesehatan apabila pihak tertanggung sakit.

Selain itu, pasal 1 Undang-Undang nomor 3 tahun 1992 menjelaskan tentang pengertian jaminan sosial kesehatan dari tenaga kerja adalah suatu perlindungan bagi pekerja atau tenaga kerja dalam bentuk berupa uang yang dijadikan sebagai pengganti dari penghasilan yang hilang atau berkurang akibat peristiwa yang dialami oleh tenaga kerja contohnya kecelakaan kerja, sakit, hamil, bersalin, jaminan pensiun serta meninggal dunia.

Menurut Undang-undang nomor 3 tahun 1992, pengertian asuransi kesehatan swasta dibagi menjadi 4 sistem biaya yaitu:

1. Sistem layanan kesehatan nasional;
2. Sistem biaya kesehatan yang diberikan pada mekanisme pasar dengan asuransi kesehatan profit komersial sebagai sarana untuk pondasi utamanya;
3. Sistem pembiayaan yang diberikan oleh asuransi kesehatan social;
4. Sistem pembiayaan kesehatan sosialis.

2.4.1 Hubungan Penanggung dan Tertanggung dalam Asuransi Kesehatan

Sesuai dengan pasal 1 Undang-Undang nomor 3 tahun 1992 bahwa hak penanggung (asuransi) adalah menerima biaya berupa premi, sedangkan kewajibannya adalah memberikan layanan serta pemeliharaan kesehatan yang diberikan pada pihak penanggung. Pemeliharaan kesehatan adalah suatu usaha penanggulangan serta pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan, atau perawatan termasuk kehamilan dan juga persalinan seperti yang tertera dalam undang-undang nomor 3 tahun 1992. Sementara itu hak pihak tertanggung adalah mendapatkan perawatan kesehatan, sementara kewajibannya adalah membayar premi yang diambil dari penghasilan bulanan sekitar 6% untuk yang sudah berkeluarga dan sekitar 3% bagi karyawan yang belum memiliki keluarga sesuai dengan oleh Pasal 9 undang-undang nomor 14 tahun 1993.

2.4.2 Asuransi Inhealth

PT asuransi jiwa Inhealth indonesia (Inhealth) telah memulai perjalanan bisnis di bidang penyedia program jaminan kesehatan komersial sebagai unit bisnis dari PT Askes (Persero) mulai dari tahun 1992. Waktu itu, Inhealth mengadakan program jaminan kesehatan komersial dengan sistem managed care untuk perusahaan swasta, BUMN, dan institusi pemerintahan. Dengan adanya transformasi PT Askes (Persero) berubah menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, maka Mandiri Inhealth diakuisisi oleh PT Bank Mandiri (Persero) Tbk, PT Kimia Farma (Persero) Tbk, dan PT Asuransi Jasa Indonesia (Persero) dan memiliki izin usaha dibidang asuransi jiwa. Sesuai dengan surat dari Menteri Keuangan Nomor KEP-38/KM.10/2009. Akuisisi ini dapat memberikan akses ke pasar korporasi yang lebih luas dan dapat memperluas infrastruktur provider layanan kesehatan untuk mendukung skema managed care.

FOI (Formularium Obat Inhealth) merupakan buku panduan dalam pelayanan obat mulai dari pengadaan, peresepan hingga pemberian obat bagi peserta mandiri inhealth.

1. Obat dalam Formularium Obat Inhealth (FOI) sudah melalui proses seleksi dan rekomendasi Tim Ahli FOI dan kesepakatan kerjasama dengan perusahaan farmasi serta distributor tertentu;
2. Obat yang dituliskan oleh dokter Provider Mandiri Inhealth dan tertulis dalam FOI dapat ditanggung oleh Mandiri Inhealth;
3. FOI terdiri dari :
 - a. Daftar Obat I yaitu obat untuk manfaat utama yang dapat diberikan ke member Mandiri Inhealth dan ketentuannya;
 - b. Daftar Obat II yaitu obat untuk manfaat tambahan;
4. Untuk mengoptimalkan pelayanan obat bagi peserta Mandiri Inhealth, maka dapat diperhatikan hal-hal terkait peresepan, pengadaan dan pemberian obat bagi peserta Mandiri Inhealth;

5. Apotek/IFRS sebagai Provider Mandiri Inhealth yang menerima resep obat FOI harus memberikan obat FOI sesuai dengan resep tersebut;
6. Apabila obat FOI yang diresepkan oleh dokter tidak ada di Apotek/IFRS Provider MI, maka Apotek/IFRS harus melakukan konfirmasi tidak tersedianya obat tersebut ke dokter penulis resep, serta wajib untuk mengganti dengan obat pengganti yang tertulis dalam FOI (obat dengan kelas terapi dan kandungan zat aktif serta sediaan yang sama) yang tersedia di apotek/IFRS tersebut;

2.5 Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang memperoleh izin sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan dan atau membuat, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien. Lembar resep pada umumnya berbentuk empat persegi panjang (Syamsuni, 2006).

2.5.1 Jenis-Jenis Resep

1. Resep standar (*R/. Officinalis*), adalah resep yang komposisinya baku dan tertulis dalam buku farmakope atau buku standar lainnya. Penulisan resep sesuai dengan buku standar;
2. Resep magistrales (*R/. Polifarmasi*), adalah resep yang dimodifikasi atau telah diformat oleh dokter, yang berupa campuran atau tunggal yang diencerkan yang pelayanannya harus diracik terlebih dahulu;
3. Resep medicinal, adalah resep obat jadi, bisa berupa obat paten, merek dagang maupun generik, dalam menyiapkannya tidak dilakukan peracikan. Buku referensi : Organisasi Internasional untuk Standarisasi (ISO), Indonesia Index Medical Specialities (IIMS), Daftar Obat di Indonesia (DOI), dan lain-lain;
4. Resep obat generik, adalah peresepan obat dengan nama generik dengan bentuk sediaan dalam jumlah tertentu. Dalam menyiapkannya bisa atau tidak dilakukan peracikan (Jas, 2009).

2.5.2 Tanda-Tanda Pada Resep

Apabila seorang dokter menginginkan resepnya dibuat dan dilayani segera, tanda segera dan atau peringatan bisa ditulis sebelah kanan atas atau bawah blanko resep, yaitu:

1. *Cito!* = segera;
2. *Urgent* = penting;
3. *Statim* = penting sekali;
4. PIM (*Periculum in mora*) = berbahaya apabila ditunda;
5. Urutan yang didahulukan adalah PIM, *Statim*, dan *Cito!*.

2.5.3 Unsur- Unsur Resep

1. Nama, alamat, dan nomor izin praktek dokter, dokter gigi, atau dokter hewan, tanggal penulisan resep (*inscriptio*);
2. Tanda R/ pada bagian kiiri setiap penulisan resep (*invocatio*);
3. Nama setiap obat dan komposisinya (*praescriptio/ordonatio*);
4. Aturan pemakaian obat yang tertulis (*signatura*);
5. Tanda tangan atau paraf dokter penulis resep sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku (*subscriptio*);
6. Jenis hewan serta nama dan alamat pemiliknya untuk resep dokter hewan;
7. Tanda seru dan atau paraf dokter untuk resep yang melebihi dosis maksimalnya.

2.5.4 Asas Pedoman Penggunaan Formularium

Menurut Siregar dan Amalia (2013), asas berikut dapat digunakan sebagai pedoman bagi dokter, apoteker, perawat, dan pimpinan dalam rumah sakit dan fasilitas lain yang menggunakan sistem formularium.

1. Pimpinan rumah sakit dan komite medik harus mengadakan suatu PFT multidisiplin dan dapat menetapkan kegunaan, organisasi, fungsi, ruang lingkup, tanggung jawab, kewajiban, serta haknya
2. Sistem suatu formularium wajib didukung oleh staf medik sesuai dengan rekomendasi PFT. Staf medik wajib menerima asas dari sistem untuk kebutuhan rumah sakit tersebut

3. Staf medik wajib memiliki suatu kebijakan dan prosedur tertulis dengan cara menguasai sistem formularium yang dikembangkan oleh PFT. Kebijakan dan prosedur harus terdapat pedoman dalam evaluasi atau penilaian, seleksi, penyimpanan, pengadaan, distribusi, pemakaian yang aman dan hal-hal lain berhubungan dengan obat dan wajib diterbitkan dalam formularium rumah sakit atau media lain yang tersedia bagi semua anggota staf medik
4. Nama generik obat wajib tertera dalam formularium, walaupun nama dagang adalah penggunaan yang umum dalam rumah sakit. Dokter harus benar-benar didorong (dianjurkan) menulis obat dengan nama generik
5. Pembatasan jumlah zat aktif dan sediaan obat yang secara rutin terdapat di IFRS dapat menghasilkan perawatan penderita yang menguntungkan dan terutama keuntungan finansial. Keuntungan ini sangat meningkat dengan penggunaan obat setara generik (produk obat yang masing-masing zat aktifnya dianggap identik, misal dua nama paten kapsul tetrasiklin hidroklorida) dan obat setara terapi (produk obat berbeda dalam komposisi atau dalam zat aktif dasar, yang memiliki kerja farmakologi dan terapi sangat mirip; misalnya dua produk analgesik yang berbeda atau dua produk obat diabetes yang berbeda). PFT diwajibkan untuk mengajukan kebijakan dan prosedur yang menguasai *dispensing* setara generik dan setara terapi. Kebijakan dan prosedur ini harus mencakup bagian-bagian berikut bahwa:
 - a. Apoteker bertanggung jawab untuk memilihkan obat setara generik yang tersedia, untuk di-*dispensing*, sesuai order dokter untuk suatu produk obat tertentu
 - b. Dokter penulis resep berhak memilih pada saat menulis resep atau order, menetapkan nama paten tertentu atau pemasok obat tertentu untuk di-*dispensing*. Keputusan dokter penulis harus

didasarkan pada evaluasi farmakologi atau terapi atau keduanya disesuaikan untuk status penyakit penderita

- c. PFT bertanggung jawab untuk menetapkan sediaan obat dan zat aktif (jika ada) yang dirasa setara terapi. Kondisi dan prosedur untuk men-*dispensing* suatu alternatif terapi untuk obat yang diresepkan harus secara jelas diuraikan
6. Rumah sakit harus dapat memastikan bahwa staf medik dan perawat diberi tahu tentang keberadaan/pemberlakuan sistem formularium, berbagai prosedur yang menguasai pelaksanaan sistem formularium dan setiap perubahan dalam berbagai prosedur tersebut. Formularium harus segera tersedia dan dapat diperoleh setiap waktu.
7. Ketentuan di haruskan untuk menilai penggunaan obat yang tidak masuk dalam formularium oleh staf medik
8. Apoteker harus bertanggung jawab penuh untuk menetapkan spesifikasi mutu, kuantitas, dan sumber pasokan semua obat, bahan kimia, bahan biologik dan sediaan farmasi yang digunakan dalam diagnosis dan pengobatan penderita. Jika mungkin produk itu harus memenuhi persyaratan sesuai dengan Farmakope Indonesia atau persyaratan yang ditetapkan PFT.
9. Suatu sistem formularium berdasarkan asas pedoman ini, sangat penting dalam terapi obat di rumah sakit. Untuk kepentingan perawatan penderita dengan lebih baik dan lebih ekonomis, penerimaan dan penerapan sitem formularium ini oleh staf medik sangat dianjurkan .

2.5.5 Teknik Pengelolaan Sistem Formularium

Menurut Siregar dan Amalia (2013), teknik pengelolaan sistem formularium terdiri atas tiga kategori umum yaitu:

1) Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Suatu proses yang terus-menerus, sah secara organisasi, terstruktur, ditujukan untuk memastikan bahwa obat digunakan secara tepat, aman, dan bermanfaat. Suatu program EPO yang benar-

benar didesain, menerapkan metode perbaikan mutu berkelanjutan terhadap proses penggunaan obat. EPO harus merupakan bagian dari program jaminan mutu menyeluruh rumah sakit.

EPO itu adalah suatu kegiatan jaminan mutu, tetapi dapat juga dianggap sebagai suatu teknik pengelolaan sistem formularium. PFT harus terlibat dalam proses EPO. EPO yang efektif dapat dimulai dengan cara penetapan kriteria penggunaan obat atau pedoman pengobatan yang disetujui PFT atas nama staf medik. EPO wajib dapat mengukur dan membandingkan hasil yang dirasakan penderita yang diberikan obat atau tidak diberikan obat, sesuai dengan kriteria atau pedoman yang disetujui. Berdasarkan informasi komparatif ini, kriteria atau pedoman dapat dibenahi, kepatuhan dapat didorong, program pendidikan dapat dimulai, atau perubahan dapat dibuat terhadap sistem formularium. Program EPO harus mencakup ketentuan untuk kaji ulang berkala terhadap semua komponen dari sistem.

2) Pemeliharaan Formularium

Teknik pemeliharaan formularium mencakup:

a. Pengkajian golongan terapi obat

Pengkajian golongan terapi obat bermanfaat jika PFT mengkaji penggunaan dan pengaruh terapi dari berbagai golongan produk obat setiap tahun, misalnya, golongan obat yang tepat untuk dikaji adalah obat antiinflamasi nonsteroid, injeksi sefalosporin, antihistamin, pemblok beta, dan pemblok neuromuskular.

Pengkajian ini dapat dipercepat oleh kriteria yang sudah ditetapkan oleh PFT itu sendiri, misalnya, kriteria didasarkan pada jumlah pelaporan reaksi obat merugikan, informasi baru dalam pustaka medik atau jumlah dana yang dikeluarkan untuk pembelanjaan golongan obat tertentu. PFT dapat menentukan golongan obat formularium yang patut diakses kembali. Sasaran

ialah untuk mengidentifikasi obat yang dikehendaki berdasarkan keefektifan, toksisitas, atau perbedaan harga dalam golongan yang sama. Masukkan dari staf medik yang sesuai di luar PFT adalah penting diminta selama pengkajian itu. Hasil dari pengkajian golongan terapi dapat mencakup pengembangan kriteria penggunaan obat yang baru, pedoman pengobatan yang baru atau perubahan pada formularium.

b. Penambahan ke atau penghapusan dari formularium

Untuk memperkuat kemampuan PFT membuat keputusan yang tepat terhadap perubahan pada formularium, direkomendasikan bahwa perlu adanya kebijakan serta prosedur yang disetujui, untuk permohonan perubahan pada formularium. Proses ini secara khas melibatkan pengajuan suatu permohonan kepada PFT oleh apoteker atau anggota staf medik.

Pertimbangan penambahan suatu obat ke dalam formularium harus termasuk suatu kajian dari laporan evaluasi (monografi) yang disiapkan oleh IFRS. Sebagai tambahan pada informasi monografi, suatu pernyataan kuat yang menguraikan pengaruh dari perubahan yang dapat diusulkan pada mutu dan biaya perawatan penderita dan terapi obat, harus menyertai setiap permohonan untuk penambahan ke atau penghapusan dari formularium.

Penggunaan tanggal keputusan asesmen kembali yang ditetapkan terlebih dulu dianjurkan (misalnya, obat dicantumkan dalam formularium untuk suatu evaluasi 6 bulan) untuk memungkinkan PFT mengkaji dampak sebenarnya dari keputusan formularium tertentu. Tanggal asesmen kembali berguna terutama dalam situasi yang dampak yang diharapkan dari keputusan formularium pada mutu atau harga terapi obat dapat signifikan atau tak menentu.

c. Penggunaan obat nonformularium

Pada umumnya hanya obat formularium yang disetujui untuk digunakan secara rutin dalam rumah sakit. Asas yang mendasari adanya suatu proses pemberian persetujuan penggunaan obat nonformularium di rumah sakit adalah jika kebutuhan individu atau penderita tertentu tidak dapat dipenuhi oleh penggunaan obat formularium. Oleh karena itu, harus ada kebijakan dan prosedur yang telah disetujui untuk memperoleh persetujuan penggunaan obat nonformularium. Proses ini harus mencakup pengadaan informasi tentang cara penggunaan obat nonformularium untuk PFT mengkaji kecerendungan dalam penggunaan obat nonformularium ini yang dapat mempengaruhi keputusan penambahan ke atau penghapusan dari formularium. Juga harus ada suatu proses untuk memperoleh obat nonformularium tepat pada waktunya.

3) Seleksi produk obat

Apoteker dan dokter penulis resep atau order wajib mengerti tentang konsep setara terapi agar dengan pasti dapat menerapkan serta tepat asas substitusi generik dan asas pertukaran terapi. Apoteker harus dapat melakukan peranan kepemimpinan dalam menyeleksi produk obat dengan mengusulkan kesempatan untuk seleksi produk. Hal ini termasuk evaluasi dan asesmen data bioekivalen; karakteristik penyimpanan, dispensing, dan konsumsi (pemberian); harga; serta informasi produk relevan. Apoteker wajib juga menjamin pengadaan produk dengan mutu yang memadai.

Penerapan asas substitusi obat generik dan asas pertukaran terapi dapat menyebabkan suatu produk obat yang di-dispensing untuk penderita dapat berbeda dari produk yang ditulis semula. Untuk menjamin terapi obat dapat bermutu tinggi, kesetaraan terapi antara produk yang di-dispensing dan yang ditulis wajib dipastikan.