BAB II
TINJAUAN UMUM
PKL RUMAH SAKIT

2.1 Peraturan-Peraturan yang Melandasi Praktek Kefarmasian di Rumah Sakit

1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2015 Tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelapuran Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
6. Peraturan Badan Pengawas Obat Dan Makanan Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Pengawasan Pengelolaan Obat, Bahan Obat, Narkotika, Psikotropika, Dan Prekursor Farmasi Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian**;**
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2020 Tentang Perubahan Penggolongan Narkotika;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2020 Tentang Penetapan Dan Perubahan Penggolongan Psikotropika;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2017 tentang Monitoring dan Evaluasi Terhadap Perencanaan, Pengadaan Berdasarkan Katalog Elektronik dan Pemakaian Obat;

(Kemenkes RI, 2019)

2.2 Tinjauan Umum Rumah Sakit

2.2.1 Difinisi

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat (Permenkes, 2021). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang memiliki karakeristik sendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan tehnologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat di daerah tempat rumah sakit tersebut berdiri (Permenkes, 2021).

2.2.2 Klasifikasi

Sesuai permenkes RI tentang Penyelenggaraan Bidang Rumah Pemrumahsakitan tahun 2021, klasifikasi Rumah Sakit adalah pengelompokan kelas Rumah Sakit berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang dan sumber daya manusia. Berdasarkan jenis pelayana yang di berikan, rumah sakit dibedakan menjadi dua kategori yaitu :

a. rumah sakit umum

Yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Jensi pelayanan yang diberikan berupa pelayanan medic dan penunjang medic, keperawatan, kefarmasian dan penunjang lainnya (nakes dan non nakes) dan terdiri atas :

1) Rumah Sakit umum kelas A;
2) Rumah Sakit umum kelas B;
3) Rumah Sakit umum kelas C;
4) Rumah Sakit umum kelas D;

b. rumah sakit khusus

Yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu. Pelayanan yang diberikan berupa pelayan medic dan penunjang medik sesusi kekhususan, keperwataa dan atau kebidanan, kefarmasian dan pelayanan penunjang lainnya (nakes dan non nakes) terdiri atas :

1) Rumah Sakit khusus kelas A;
2) Rumah Sakit khusus kelas B;

3) Rumah Sakit khusus kelas C;

Klasifikasi berdasarkan fasilitas kesehatan dan sarana penunjang serta peralatan. Bangunan dan prasarana diharuskan memenuhi aspek keadaan tehnis bangunan, kontruksi khusus rumah sakit. Peralatan medis dan non medis diharuskan memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan serta laik pakai. Sarana penunjang yang harus dimiliki oleh rumah sakit umum dan khusus :

a. Rumah sakit umum :
   1) Rumah Sakit umum kelas A paling sediki memiliki 250 tempat tidur;
   2) Rumah Sakit umum kelas B paling sediki memiliki 200 tempat tidur;
   3) Rumah Sakit umum kelas C paling sediki memiliki 100 tempat tidur;
   4) Rumah Sakit umum kelas D paling sediki memiliki 50 tempat tidur;
b. Rumah Sakit Khsusus Gigi dan Mulut
   1) Rumah Sakit khusus kelas A paling sedikit 14 TT dan 75 dental unit;
   2) Rumah Sakit khusus kelas B paling sedikit 12 TT dan 50 dental unit;
   3) Rumah Sakit khusus kelas C paling sedikit 10 TT dan 25 dental unit;
c. Rumah Sakit Khsusus THT, KL dan Mata
   1) Rumah Sakit khusus kelas A paling sedikit 14 TT ;
   2) Rumah Sakit khusus kelas B paling sedikit 25 TT ;
   3) Rumah Sakit khusus kelas C paling sedikit 15 TT ;

Tempat tidur rawat inap kelas standar dibagi menjadi dua :

1) 60% dari jumlah seluruh tempat tidur untuk RS milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
2) 40% dari seluruh jumlah tempat ridur untuk Rumah Sakit milik swasta.

Kepemilikan tempat tidur diterapkan secara bertahap paling lambat sampai dengan 31 Desember 2022. Tempat tidur perawatan intensif paling sedikit 10% dari jumlah seluruh tempat tidur, yang terbagi dalam :

1) 6% untuk pelayanan unit perawatan intensif/ICU ;
2) 4% untuk pelayanan insentif lain yang terdiri atas perawatna intensif neonates dan perawatan inensif pediatric (NICU dan PICU)

Tempat tidur ruang sebagai tempat isolasi paling sedikit 10% dari seluruh tempat tidur. Dalam kondisi wabah atau KKM, kapasitas ruang yang dapat digunakan sebagai tempat isolasi paling sedikit :

1) 30% dari seluruh tempat tidur untuk RS milik Pemerintah Pusat dan Daerah;
2) 20% dari seluruh tempat tidur untuk RS milik swasta.

Rumah Sakit Pemilik Modal Asing (PMA), jumlah tempat tidur RS Umum PMA paling sedikit sesuai dengan jumlah tempat tidur RS Umum kelas B dan jumlah tempat tidur untuk RS khusus PMA paling sedikit sesuai dengan jumlah tempat tidur RS kelas A pada jenis Rumah Sakit khusus, atau sesuai kesepakatan atau kerja sama internasional.

Klasifikasi rumah berdasarkan sumber daya manusia:

a. Rumah Sakit Umum klasifikasi kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D:
   1) tenaga medis, terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan/atau dokter subspesialis.
   2) tenaga psikologi klinis;
   3) tenaga keperawatan;
   4) tenaga kebidanan;
   5) tenaga kefarmasian;
   6) tenaga kesehatan masyarakat;
   7) tenaga kesehatan lingkungan;
   8) tenaga gizi;
   9) tenaga keterapian fisik;
   10) tenaga keteknisian medis;
   11) tenaga teknik biomedika;
   12) tenaga kesehatan lain;
   13) tenaga manajemen Rumah Sakit; dan
   14) tenaga non kesehatan.
b. Rumah Sakit khusus dengan klasifikasi kelas A, kelas B, dan kelas C terdiri dari:
   1) tenaga medis terdiri dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis sesuai kekhususannya, dokter gigi spesialis sesuai kekhususannya, dokterspesialis lain, dokter subspesialis sesuai kekhususan, dokter

spesialis dengan kualifikasi tambahan sesuai kekhususannya, dokter subspesialis lain, dan/atau dokter spesialis lain dengan kualifikasi tambahan.

2) tenaga keperawatan dan/atau tenaga kebidanan;
3) tenaga kefarmasian;
4) tenaga kesehatan lain;
5) tenaga manajemen Rumah Sakit; dan
6) tcnaga non kesehatan,

Jumlah dan kualifikasi SDM disesuaikan dengan hasil analisa beban kerja, kebutuhan dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

2.2.3 Struktur Organisasi

Sesuai Perpres RI no 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit, demi mewujudkan organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan mssisi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan (*Good Corporate Govermance*) dan tata kelola klinis (*Good Clinical Govermance*) yang baik maka perlu di buat pedoman organisasi Rumah Sakit. Pengaturan pedoman organisasi Rumah Sakit berlaku bagi seluruh Rumah Sakit di Indonesia, dan disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja sehingga harus habis membagi seluruh tugas dan fungsi Rumah Sakit. Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas :

a. Direktur atau kepala Rumah Sakit;
b. Unsur pelayanan medis;
c. Unsur keperawatan;
d. Unsur penunjang medis
e. Unsur administrasi umum dan keuangan;
f. Komite medis;dan
g. Satuan pemeriksaan internal.

Unsur pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi umum dan keuangan dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer.

Komite medis bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit, selain komte medis dapat dibentuk komite lain sebagai penyelenggara fungsi

tertentu di Rumah Sakit sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu penegtahuan dan tehnologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Komite lain tersebut dapat beberapa komite:

a. Farmasi dan terapi;
b. Pencegahan dan pengendalian resistensi antimikroba;
c. Etika pendidikan; dan
d. Manajemen risiko dan keselamatan pasien.

Satuan pemeriksaan internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit. Selain unsur organisasi Rumah Sakit tersebut, Rumah Sakit dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang merupakan unit *non structural* dan bersifat *independen*. Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.

2.3.4 Formularium

Sesuai dengan kemenkes RI no 813 tahun 2019 tentang Formularium, menyatakan bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maka perlu ada jaminan aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup serta dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) maka perlu di susun dafatar obat dalam bentuk Formularium Nasional (Fornas).Fornas merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam peneyelenggara program jaminan kesehatan. Fornas perlu disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan tehnologi serta kebutuhan hukum sesuai kajian pola penyakit yang terjadi di masyarakat, sehingga pada tahun 2020 telah di lakukan perubahan atas Fornas tahun 2019.

Selain Fornas ada juga formularium yang di buat oleh rumah sakit demi meningkatkan mutu pelayanan kefarmasin di rumah sakit melalui kendali mutu dan kendali biaya seta efisiensi dan efektifitas pelayana kesehatan (menkes, 2020). Sesuai dengan Permenkes no 72 tahun 2016 tentang standar pelayana kefarmasian, menyatakan bahwa Formularium Rumah Sakit harus tersedian untuk semua penulis resep, pemberi obat, dan penyedia obat sebagai pedoman dalam penulisn resep dan peyediaan obat. Formularium Rumah Sakit (RS)

merupakan daftar obat kebijakan penggunaan obat yang di sepakati oleh staf medis, disusun oleh komite/tim farmasi dan terapi dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit. Penyusunan Formularium RS mengacu pada Fornas. Pemantaun dan evaluasi Formularium RS dilakukan terhadap kepatuhan penggunaan Fornas dan Formularium RS sebagai indikator mutu pada akreditasi rumah sakit.

Kriteria pemilihan obat untuk masuk formularium RS :

a. Obat yang dikelola merupakan obat yang memiliki Nomor Izin Edar (NIE);
b. Mengutamakan penggunaan obat generik;
c. Memiliki rasio manfaat yang paling menguntungkan bagi pasien;
d. Menguntungkan dalam kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
e. Memiliki rasio manfaat-biaya yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung.
f. Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

Sesuai dengan Menkes RI tahun 2020 tentang pedoman penyusunan formularium rumah sakit, Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penerapan Formularium RS. Menurut Pelaksanaan evaluasi dan pemantauan dilakukan dengan menghitung kesesuaian penggunaan dan ketersediaan obat. Perhitungan evaluasi terhadap Formularium RS di lakukan dengan rumus :

a. Rumus kesesuaian penggunaan obat

$$\%kesesuain = \frac{jumlah\ item\ obat\ yang\ sesuai\ dengan\ Formularium\ RS}{jumlah\ total\ item\ obat\ yang\ diresepkan}\ x\ 100\%$$

b. Rumus kesesuaian ketersediaan obat

$$\%\text{kesesuaian} = \frac{jumlah\ item\ obat\ yang\ sesuai\ dengan\ Formularium\ RS}{jumlah\ total\ item\ obat\ yang\ tersedia\ di\ RS}\ x100\%$$

2.3 Tinjauan Umum Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Menurut Rusli pada buku Farmasi Rumah Sakit Dan Klinik disebutkan bahwa, Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) merupakan suatu unit di rumah sakit tempat diselenggarakan semua kegiatan pekerjaan kefarmasian yang ditujukan untuk keperluan rumah sakit dan pasien. IFRS merupakan suatu oganisasi yang melakukan

pelayanan yang menyangkut produk sediaan farmasi, perbekalan kesehatan gas medis habis pakai serta pelayanan jasa yaitu farmasi klinik (PIO, Konseling, Meso, Monitoring Reaksi Merugikan Obat). IFRS adalah fasilitas yang berdiri sendiri dan termasuk dalam pelayanan kesehatan yang di berikan oleh rumah sakit yang dipimpin oleh seorang Apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apoteker bertanggung jawab atas seluruh kegiatan kefarmasian dan pekerjaan kefarmasian serta pelayanan kefarmasian yang terdiri atas pelayanan paripurna (perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan farmasi/sediaan farmasi,dispensing obat berdasarkan resep bagi pasien rawat inap. rawat jalan,pengendalian mutu, pengendalian distribusi, penggunaan perbekalan farmasi, farmasi klinis).

Gambar 2.1. Struktru Organisasi IFRS (Rusli, 2016)

Keterangan uraian tugas:

1) Kepala IFRS adalah Apoteker yang bertanggung jawab secara keseluruhan terhadap semua aspek penyelenggaraan pelayanan kefarmasian paripurna;
2) Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit. Tugas PFT adalah melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan dan pengelolaan sediaan farmasi dan pengelolaan perbekalan kesehatan di rumah sakit. Panitia ini terdiri unsur tenaga kesehatan profesional (Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Ners);
3) Farmasi Klinik membidangi aspek yang menyangkut asuhan kefarmasian terutama pemantauan terapi obat. Bidang ini membawahi konseling pasien,

pelayanan informasi obat dan evaluasi penggunaan obat baik pasien di ruangan maupun pasien ambulatory;

4) Logistik bertugas dalam hal menyiapkan dan memantau perlengkapan perbekalan kesehatan, perencanaan dan pengadaan, sistem penyimpanan di gudang, dan produksi obat dalam kapasitas rumah sakit nonsteril dan aseptik.;
5) Distribusi bertanggung jawab terhadap alur distribusi sediaan farmasi dan pengelolaan perbekalan kesehatan (obat, bahan baku obat, alat kesehatan dan gas medis) kepada pasien rawat jalan, IRD, ICU/ICCU, kamar operasi, bangsal atau ruangan;
6) Diklat bertugas dalam memfasilitasi tenaga pendidikan kesehatan dan nonkesehatan yang akan melaksanakan praktek kerja sebagai tuntutan kurikulum dan melaksanakan pelatihan;
7) Pendidikan dan pelatihan adalah suatu proses atau upaya peningkatan pengetahuan dan pemahaman sumber daya manusia di bidang kefarmasian atau bidang yang berkaitan dengan kefarmasian secara kesinambungan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan di bidang kefarmasian yang dapat meningkatkan potensi dan produktivitas secara optimal. Kegiatan tersebut juga meliputi pendidikan dan pelatihan bagi calon tenaga farmasi untuk mendapatkan wawasan, pengetahuan dan keterampilan di bidang farmasi rumah sakit;
8) Litbang mempunyai tugas memfasilitasi penelitian dan pengabdian pada masyarakat;
9) Penelitian yang dilakukan di rumah sakit adalah Penelitian farmasetik, termasuk pengembangan dan menguji bentuk sediaan baru. Formulasi, metode pemberian (konsumsi) dan sistem pelepasan obat dalam tubuh Drug Released System;
10) Berperan dalam penelitian klinis yang diadakan oleh praktisi klinis, terutama dalam karakterisasi terapetik, evaluasi, pembandingan hasil *Outcomes* dari terapi obat dan regimen pengobatan;
11) Penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan, termasuk penelitian perilaku dan sosioekonomi seperti penelitian tentang biaya keuntungan cost-benefit dalam pelayanan farmasi;

12) Penelitian operasional *operation research* seperti studi waktu, gerakan, dan evaluasi program dan pelayanan farmasi yang baru dan yang ada sekarang;
13) Pengembangan Instalasi Farmasi Rumah Sakit di rumah sakit pemerintah kelas A dan B (terutama rumah sakit pendidikan) dan rumah sakit swasta sekelas, agar mulai meningkatkan mutu perbekalan farmasi dan obat-obatan yang diproduksi serta mengembangkan dan melaksanakan praktek farmasi klinik;
14) Pimpinan dan Tenaga Farmasi IFRS harus berjuang, bekerja keras dan berkomunikasi efektif dengan semua pihak agar pengembangan fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit yang baru itu dapat diterima oleh pimpinan dan staf medik rumah sakit.

2.3.2 Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes Ri no 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayana Farmasi di Rumah Sakit, standar pelayanan RS meliputi dua hal yaitu:

a. Pengelolaan sedianan farmasi, alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi : pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi;
b. Pelayanan farmasi klinik 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, dan Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).

2.4 Pengelolaan Perbekalan Farmasi

Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit harus dilakukan oleh IFRS dengan menerapkan sistem satu pintu yaitu mulai dari penyusunan Formularium, pemilihan, perencanaan,pengadaan, penerimaan, pengelolaan, penyimpan sampai distribusi dilaksanaka melalui IFRS dan bila terdapat proses pengelolaannya (pengadaan) dilakukan oleh unit kerja lain, maka penetapan kebijakannya dilakukan dengan berkoordinasi bersama IFRS. Manfaat kebijakan satu pintu bermanfaat dalam:

a. Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
b. Standarisasi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
c. Penjaminan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
d. Pengendalian harga sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
e. Pemantauan terapi Obat
f. Penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP (keselamatan pasien)
g. Kemudahan akses data sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP yang akurat;
h. Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan citra Rumah Sakit; dan
i. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan peningkatan kesejahteraan pegawai.

(Kemenkes, 2016)

2.4.1 Perencanaan

Kegiatan perencanaan kebutuhan obat mengacu pada Formularium RS yang telah disusun sebelumnya dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan untuk menghindari kekosongan obat. Perencanaan obat yang baik dapat meningkatkan pengendalian stok sediaan farmasi di RS. Apabila terjadi kehabisan obat karena terlambatnya pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak diantisipasi sebelumnya, maka apoteker dapat menginformasikan kepada staf medis tentang kekosongan obat tersebut dan saran substitusinya atau mengadakan dari pihak luar yang telah diikat dengan perjanjian kerjasama. Perencanaan dilaksanakan melibatkan internal instalasi farmasi rumah sakit dan unit kerja yang ada di rumah sakit (Kemenkes, 2019).

Kegiatan perencanaan obat meliputi:

a. Tahapan proses perencanaan kebutuhan obat meliputi persiapan, pengumpulan data, analisa terhadap kebutuhan obat, Menyusun dan menghitung kemudian melakukan evaluasi rencana kebutuhan obat menggunakan metode yang sesuai. selanjutnyaIFRS menyampaikan draft usulan kebutuhan obat ke manajemen rumah sakit untuk mendapatkan persetujuan.

b. Proses penyampaian rencana kebutuhan obat (RKO) ke aplikasi E-Monev obat, E-Monev Obat merupakan sistem informasi elektronik mengenai segala kegiatan perencanaan berdasarkan katalog elektronik.

c. Metode perhitungan RKO (metode konsumsi, metode morbiditas, Metode *Proxy Consumption*, Evaluasi Perencanaan bisa dengan analisis ABC, analisis VEN, analisi Kombinasi)

d. Revisi daftar obat, dilakukan jika dalam analisis ABC maupun VEN terlalu sulit dilakukan atau diperlukan tindakan cepat untuk mengevaluasi daftar perencanaan, sebagai langkah awal dapat dilakukan suatu evaluasi cepat (*rapid evaluation*), misalnya dengan melakukan revisi daftar perencanaan obat. Namun sebelumnya, perlu dikembangkan dahulu kriterianya, obat atau nama dagang apa yang dapat dikeluarkan dari daftar dengan pertimbangan dari aspek ekonomi dan medik, juga dapat berdampak positif pada beban penanganan stok.

2.4.2 Pengadaan

Merupakan kegiatan untuk merealisasikan kebutuhan yang telah direncanakan dan disetujui, melalui pembelian, produksi/pembuatan sediaan farmasi, dan sumbangan/*droping*/ hibah. Pengadaan yang efektif dapat menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan merupakan siklus 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, sampai dengan pembayaran.

2.4.3 Pembelian

Pembelian dengan penawaran yang kompetitif (tender) merupakan suatu metode penting untuk mencapai keseimbangan yang tepat antara mutu dan harga, apabila ada dua atau lebih pemasok, apoteker harus mendasarkan pada kriteria berikut : mutu produk, reputasi produsen, distributor resmi, harga, berbagai syarat, ketepatan waktu pengiriman, mutu pelayanan pemasok, dapat dipercaya, kebijakan tentang barang yang dikembalikan, dan pengemasan.

Ada 4 metode pada proses pembelian, yaitu:

a. Tender terbuka berlaku untuk semua distributor yang terdaftar, dan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Pada penentuan harga metode ini lebih menguntungkan. Untuk pelaksanaannya memerlukan staf yang kuat, waktu yang lama serta perhatian penuh.
b. Tender terbatas, sering disebutkan lelang tertutup. Hanya dilakukan pada distributor tertentu yang sudah terdaftar dan memiliki riwayat yang baik. Harga masih dapat dikendalikan, tenaga dan beban kerja lebih ringan bila dibandingkan dengan lelang terbuka.
c. Pembelian dengan tawar menawar, dilakukan bila item tidak penting, tidak banyak dan biasanya dilakukan pendekatan langsung untuk item tertentu.
d. Pembelian langsung, pembelian jumlah kecil, perlu segera tersedia. Harga tertentu, relatif agak lebih mahal.

2.4.4 Penyimpanan

Merupakan suatu kegiatan menyimpan dan memelihara yang bertujun untuk memelihara mutu sediaan farmasi, menghindari penggunaan yang tidak bertanggungjawab, menghindari kehilangan dan pencurian, serta memudahkan pencarian dan pengawasan.

Aspek umum yang perlu diperhatikan:

1. Area penyimpanan obat di gudang dan satelit farmasi tidak boleh dimasuki selain oleh petugas farmasi yang diberi kewenangan;
2. Area penyimpanan obat di ruang perawatan tidak boleh dimasuki selain oleh petugas yang diberi kewenangan oleh kepala ruangan;
3. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilindungi dari kehilangan atau pencurian di semua area rumah sakit, misal diberi CCTV, penggunaan kartu stok dan akses terbatas untuk Instalasi Farmasi;
4. Obat dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang secara jelas dapat dibaca, memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus;
5. Obat yang dikeluarkan dari wadah asli, seperti sediaan injeksi yang sudah dikemas dalam syringe harus diberi etiket: nama pasien dan identitas lain (nomor rekam medik dan/atau tanggal lahir), tanggal dibuka dan tanggal kedaluwarsa setelah dibuka;

6. Obat dan bahan kimia yang didistribusikan dengan pengemasan ulang (*repacking*) harus diberikan etiket: nama, konsentrasi/kekuatan, tanggal pengemasan dan *beyond use date* (BUD);
7. Tersedia rak/lemari dalam jumlah cukup untuk memuat sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP;
8. Jarak antara barang yang diletakkan di posisi tertinggi dengan langit-langit minimal 50 cm 9. Langit-langit tidak berpori dan tidak bocor;
9. Tersedia pallet yang cukup untuk melindungi sediaan farmasi dari kelembaban lantai;
10. Tersedia alat pengangkut sesuai kebutuhan (forklift, troli);
11. Ruangan harus bebas dari serangga dan binatang pengganggu;
12. Tersedia sistem pendingin yang dapat menjaga suhu ruangan di bawah 25ºC;
13. Dinding terbuat dari bahan yang kedap air, tidak berpori dan tahan benturan;
14. Lantai terbuat dari bahan yang tidak berongga vinyl/floor hardener (tahan zat kimia);
15. Luas ruangan memungkinkan aktivitas pengangkutan dilakukan secara leluasa;
16. Harus tersedia minimal dua pintu untuk jalur evakuasi;
17. Lokasi bebas banjir;
18. Tersedia lemari pendingin untuk penyimpanan obat tertentu;
19. Tersedia alat pemantau suhu ruangan terkalibrasi dan lemari pendingin Di area perawatan pasien tidak diperbolehkan menyimpan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP dengan kemasan tersier (kardus terluar);
20. Untuk bahan berbahaya dan beracun harus tersedia *eye washer* dan *shower*,*Spill kit* (peralatan penanganan tumpahan), lembar *Material Safety Data Sheet* (MSDS), Rak/wadah penyimpanan yang dilengkapi simbol B3 yang sesuai;
21. Sistem *First Expired First Out* (FEFO), *First In First Out* (FIFO) dan penyimpanan berdasarkan alfabetis atau kelas terapi;
22. Kerapihan dan kebersihan ruang penyimpanan ;
23. Obat kedaluwarsa yang menunggu waktu pemusnahan disimpan di tempat khusus yaitu ruang karantina;

24. Tempat penyimpanan obat tidak dipergunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi;
25. Obat yang mendekati kadaluwarsa (3 sampai 6 bulan sebelum tanggal kedaluwarsa tergantung kebijakan rumah sakit) disimpan terpisah dan diberikan penandaan khusus;
26. Obat yang dibawa pasien sebaiknya disimpan di Instalasi Farmasi, menggunakan formulir serah terima obat/alkes yang dibawa pasien dari luar rumah sakit;
27. Obat harus disimpan dalam kondisi yang menjaga stabilitas bahan aktif sampai digunakan oleh pasien. Informasi terkait dengan suhu penyimpanan obat dapat dilihat pada kemasan obat. Tempat penyimpanan obat (ruangan dan lemari pendingin) harus selalu dipantau suhunya menggunakan termometer yang terkalibrasi. Khusus vaksin tidak direkomendasikan disimpan dalam kulkas rumah tangga. Pemantauan suhu ruangan dilakukan 1 kali sehari, pemantauan lemari pendingin 3 kali sehari;
28. Termometer yang digunakan untuk mengukur suhu lemari pendingin dapat berupa termometer eksternal dan internal, dan harus dikalibrasi setiap tahun;
29. Suhu penyimpanan obat harus dipantau setiap hari termasuk hari libur. Bila ditemukan suhu di luar rentang normal, maka petugas farmasi harus melaksanakan pengamanan sesuai dengan kebijakan rumah sakit untuk mempertahankan stabilitas dan mutu obat. Petugas farmasi mengidentifikasi dan menindaklanjuti kemungkinan penyebab suhu penyimpanan di luar rentang normal, contoh: pintu ruangan/lemari pendingin yang tidak tertutup rapat/terbuka, penempatan sensor termometer yang tidak tepat, karet pintu lemari pendingin yang sudah rusak. Jika masalah tidak dapat diatasi, maka petugas farmasi melaporkan kepada bagian teknik atau unit kerja terkait untuk ditindaklanjuti;
30. Penanganan jika listrik padam maka ruang penyimpanan obat harus diprioritaskan untuk mendapat pasokan listrik cadangan/genset dan dilakukan tindakan pengamanan terhadap obat dengan memindahkan obat tersebut ke tempat yang memenuhi persyaratan;

31. Inspeksi/pemantauan dilakukan secara berkala terhadap tempat penyimpanan obat. Untuk memudahkan pemantauan, maka dapat dibuat ceklis pemantauan terhadap aspek-aspek penyimpanan yang baik dan aman;
32. Beberapa macam obat memiliki risiko khusus yang memerlukan ketentuan tersendiri dalam penyimpanan, pelabelan dan pengawasan penggunaannya, seperti : obat program, obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit, produk nutrisi, obat penelitian dan bahan radioaktif. Termasuk juga obat-obat dengan yang memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert*) yang mencakup obat dengan resiko tinggi, obat NORUM/LASA, elektrolit konsentrat;
33. Obat Narkotika, Psikotropika dan Prekusor Obat Narkotika dan Psikotropika masing-masing harus disimpan dalam lemari yang terpisah, sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan yang berlaku. Obat narkotika disimpan dalam lemari dengan satu pintu dan dua jenis kunci yang berbeda. Harus ditetapkan seorang penanggung jawab terhadap lemari narkotika dan psikotropika. Kunci lemari khusus dikuasai oleh Apoteker penanggungjawab/Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan. Kunci lemari narkotika dan psikotropika tidak boleh dibiarkan tergantung pada lemari. Setiap pergantian shift harus dilakukan pemeriksaan stok dan serah terima yang didokumentasikan. Jika terdapat sisa narkotika maka harus dilakukan pemusnahan sesegara mungkin untuk menghindari penyalahgunaan dan harus disaksikan oleh dua petugas yang berbeda profesi dan didokumentasikan dalam formulir/berita acara pemusnahan sisa narkotika;
34. Bahan berbahaya dan beracun (B3) Bahan berbahaya dan beracun (B3) disimpan di lemari khusus dengan penandaan yang menujukkan sifat bahan tersebut. Untuk pengelolaan B3 mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah BahanBerbahaya dan Beracun.

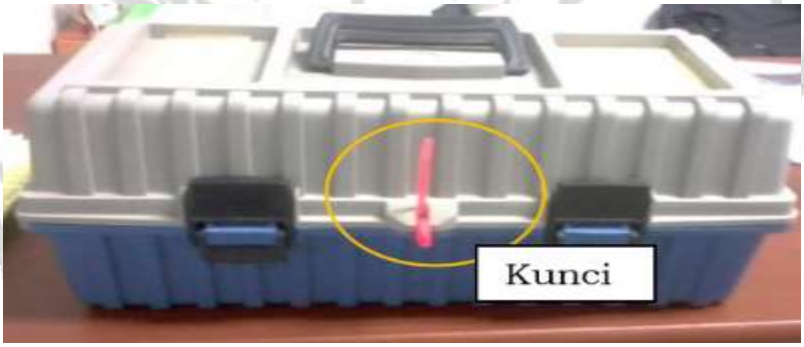
Gambar 2.2 Contoh Lemari Penyimpanan B3 (Kemenkes RI, 2019)

Gambar 2.3 Penandaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) (Kemenkes RI, 2019)

35. Obat dan Alat Kesehatan Untuk Keadaan Darurat (*Emergensi)* Penyimpanan obat dan alat kesehatan emergensi harus memperhatikan aspek kecepatan bila terjadi kegawatdaruratan dan aspek keamanan dalam penyimpanannya dan hanya digunakan pada saat emergensi. Monitoring terhadap obat dan alat kesehatan emergensi dilakukan secara berkala demi memantau untuk segera dilakukan penggantian obat emergensi yang kedaluwarsa dan rusak secara tepat waktu.

Gambar 2.4 Contoh Penyimpanan Obat *Emergensi* Yang Disususn Rapi Dan Dilengkapi Lembar Monitoring, Obat High Alert Tetap Dilokalisir (Kemenkes RI, 2019)

Gambar 2.5 Contoh Tas Emergensi Dilengkapai Kunci Disposable (Kemenkes RI, 2019)



Gambar 2.6 ContohKit Emergensi Dilengkapi Kunci Pengaman Disposable (Kemenkes RI, 2019)

2.4.5 Distribusi

Distribusi adalah kegiatan menyalurkan sediaan farmasi dan BMHP di rumah sakit untuk pelayanan pasien dalam proses terapi baik pasien rawat inap maupun rawat jalan serta untuk menunjang pelayanan medis dan BMHP. Tujuan

pendistribusian adalah tersedianya sediaan farmasi dan BMHP di unit-unit pelayanan secara tepat waktu, tepat jenis dan jumlah. Distribusi sediaan farmasi dan BMHP dapat dilakukan dengan salah satu/kombinasi sistem di bawah ini:

a. Sistem distribusi sentralisasi, yaitu distribusi dilakukan oleh Instalasi Farmasi secara terpusat ke semua unit rawat inap di rumah sakit secara keseluruhan;
b. Sistem distribusi desentralisasi, yaitu distribusi dilakukan oleh beberapa depo/satelit yang merupakan cabang pelayanan di rumah sakit.

Untuk memenuhi kebutuhan setiap pasien, maka dilakukan penyiapan (dispensing) sediaan farmasi dan BMHP. Ada beberapa metode penyiapan sediaan farmasi dan BMHP untuk pasien, yaitu:

a. Persediaan di Ruang Rawat (*Floor Stock*) Penyiapan obat berdasarkan sistem *floor stock* adalah penyiapan obat yang dilakukan oleh perawat berdasarkan resep/instruksi pengobatan yang ditulis oleh dokter Sediaan farmasi dan BMHP disimpan di ruang rawat dengan penanggungjawab perawat.Metode ini hanya diperbolehkan untuk memenuhi kebutuhan dalam keadaan darurat. Jenis dan jumlah sediaan farmasi dan BMHP yang dapat dijadikan *floor stock* ditetapkan oleh Tim Farmasi dan Terapi. Rumah Sakit harus membuat prosedur sehingga penerapan metode ini tidak mengurangi pengawasan dan pengendalian dari Instalasi Farmasi dalam pengelolaannya;
b. Resep Perorangan (Individu) Penyiapan sediaan farmasi dan BMHP berdasarkan sistem individu adalah penyiapan sediaan farmasi dan BMHP sesuai resep/instruksi pengobatan yang ditulis dokter baik secara manual maupun elektronik untuk tiap pasien dalam satu periode pengobatan (contoh: dokter menuliskan resep untuk 7 hari, maka instalasi farmasi menyiapkan obat yang dikemas untuk kebutuhan 7 hari). Metode penyiapan secara resep perorangan digunakan untuk pasien rawat jalan;
c. Dosis Unit (Unit Dose Dispensing = UDD) Penyiapan sediaan farmasi dan BMHP secara unit dose adalah penyiapan sediaan farmasi dan BMHP yang dikemas dalam satu kantong/wadah untuk satu kali penggunaan obat (dosis), sehingga siap untuk diberikan ke pasien (*ready to administer*). Obat yang sudah dikemas per dosis tersebut dapat disimpan di lemari obat pasien di ruang rawat

untuk persediaan tidak lebih dari 24 jam. Mengingat metode ini dapat meningkatkan keselamatan pasien, maka metode ini harus digunakan dalam penyiapan obat untuk pasien rawat inap secara menyeluruh di rumah sakit. Rumah sakit dapat menggunakan *Automatic Dispensing Cabinet* (ADC) untuk meningkatkan akurasi dan efisiensi dalam proses penyiapan obat;

2.5 Pelayanan Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun electronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (Permenkes, 2016). Pelayanan resep merupakan kegiatan pelayanan farmasi klinik. Menurut Kemenkes RI tahun 2019 pada buku Petunjuk Teknis Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit, tahapan pelayanan resep meliputi:

a. Menyiapkan obat sesuai dengan permintaan resep yang sudah dilakukan pengkajian:
   1) menghitung kebutuhan jumlah obat sesuai dengan resep;
   2) mengambil obat yang dibutuhkan pada rak penyimpanan dengan memperhatikan nama obat, tanggal kedaluwarsa dan keadaan fisik obat. Lakukan *double check* kebenaran identitas obat yang diracik, terutama jika termasuk obat *high alert*/LASA.

b. Melakukan peracikan obat bila diperlukan. Memberikan etiket disesuaikan dengan sistem penyiapan obat yang diterapkan. Pada etiket obat dengan sistem resep individu memuat informasi: nama lengkap pasien, nomor rekam medis dan/atau tanggal lahir, nama obat, aturan pakai, instruksi khusus, tanggal kedaluwasa obat dan tanggal penyiapan obat;

c. Menyerahkan obat jadi kepada pasien sesuai dengan tempat pelayanan farmasi;

d. Jika regulasi rumah sakit membolehkan pengantaran obat ke rumah pasien dilakukan oleh jasa pengantar, maka kerahasiaan pasien harus tetap terjaga (contoh: resep dalam amplop tertutup, obat dikemas tertutup).

2.5.1 Rawat Inap

Pada pelayanan resep rawat inap, tahapan pelayanan dilakukan sesuai dengan prosedur tahapn pelayanan resep, pada penandaan etiket, pada etiket di kantong obat dengan sistem dosis unit memuat informasi nama lengkap pasien,

nomor rekam medis dan/atau tanggal lahir, instruksi khusus, dan tanggal penyiapan obat.Sebelum penyerahankepada perawat (untuk pasien rawat inap) atau kepada pasien/keluarga (untuk pasien rawat jalan) maka harus dilakukan telaah obat yang meliputi pemeriksaan kembali untuk memastikan obat yang telah disiapkan sesuai dengan resep. Aspekyang diperiksa dalam telaah obat meliputi 5 tepat yakni, tepat obat, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat waktu pemberian.

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.

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 efisiensi, efektifitas sumber daya yang ada dan metode sentralisasi atau desentralisasi.

2.5.2 Rawat Jalan

Perbedaan pelayan di rawat jalan adalah pada penyerahanya. Pada penyerahan obat untuk pasien rawat jalan, maka harus disertai pemberian informasi obat yang meliputi nama obat, kegunaan/indikasi, aturan pakai, efek terapi dan efek samping dan cara penyimpanan obat (Kemenkes RI, 2019). Menurut Rusli tahun 2016 pada buku Farmasi Rumah Sakit dan Klinik, dalam penyerahan resep hal-hal yang dilakukan adalah:

a. Sebelum penyerahan obat kepada pasien harus dilakukan pemeriksaan kembali mengenai kesuaian penulisan nama pasien pada etiket, cara penggunaan serta jenis dan jumlah obat dengan yang tertera pada resep;
b. Pemanggilannama dan nomor tunggu pasien;
c. Pemeriksaan ulang mengenai identitas dan alamat pasien;

d. Menyerahkan obat yang disertai dengan pemberian informasi seputar obat antara lain cara penggunaan obat, manfaat obat, makanan dan minuman yang harus dihindari, kemungkinan efek samping, serta cara penyimpanan obat;
e. Pada saat penyerahan obat kepada pasien hendaklah dilakukan dengan cara yang baik dan sopan, dikarenakan pasien dalam kondisi tidak sehat dan mungkin emosinya kurang stabil;
f. Memastikan kembali bahwa yang menerima obat adalah pasien atau keluarganya;
g. Membuat copy resep sesuai dengan resep asli dan diparaf oleh apoteker (apabila diperlukan);
h. Menyimpan resep dan mendokumentasikan pada tempat yang dibuat untuk memudahkan dalampelaporan dan telusur.

2.5.3 IGD/Bedah

Pembinaan dan edukasi Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlibat dalam setiap tahap manajemen risiko perlu menjadi salah satu prioritas perhatian. Semakin besar risiko dalam suatu pemberian layanan dibutuhkan SDM yang semakin kompeten dan kerjasama tim (baik antar tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lain/multidisiplin) yang solid. Beberapa unit/area di Rumah Sakit yang memiliki risiko tinggi, antara lain Intensive Care Unit (ICU), Unit Gawat Darurat (UGD), dan kamar operasi (OK).

Dibutuhkan Apoteker untuk Pelayanan Kefarmasian Unit Gawat Darurat untuk Pelayanan Informasi Obat. Mengingat kekhususan Pelayanan Kefarmasian pada unit rawat intensif dan unit gawat darurat, maka diperlukan pedoman teknis mengenai Pelayanan Kefarmasian pada unit rawat intensif dan unit rawat darurat yang akan diatur lebih lanjut oleh Direktur Jenderal (Permenkes, 2016)

2.6 Pelayanan Informasi TTK Kepada Pasien

Menurut buku panduan petunjuk teknis standar pelayanan kefarmasian tahun 2019, Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi obat yang independen, akurat, tidak bias, terkini dan komprehensif yang dilakukan oleh apoteker.Tujuannya menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan rumah sakit dan

pihak lain di luar rumah sakit, menunjang penggunaan obat yang rasional, mendorong penggunaan obat yang aman dengan meminimalkan efek yang merugikan, mendorong penggunaan obat yang efektif dengan tercapainya tujuan terapi secara optimal serta efektifitas biaya.

Tugas Instalasi Farmasi dimana TTK bertugas meliputi melaksanakan Komunikasi, Edukasi dan Informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien. KIE yang dimaksud adalah memberikan informasi dan edukasi penggunaan Obat baik berdasarkan resep maupun obat non resep kepada pasien/keluarga pasien. Demi menunjang hal tersebut seorang Asisten Apoteker berkewajiban untuk meningkatkan keahlian dan pengetahuan sesuai dengan perkembangan teknologi.Seorang tenaga teknis kefarmasian senantiasa harus melakukan pekerjaan profesinya sesuai dengan standar operasional, prosedurstandar profesi yang berlaku dan kode etik profesi.

Dalam melakukan KIE , TTK terikat pada kode etik dan sumpah profesi. Kode etik TTK terhadap pasien atau pemakai jasa :

a. Seorang tenaga teknis kefarmasian harus bertanggung jawab dan menjaga kemampuannya dalam memberikan pelayanan kepada pasien/pemakai jasa secara professional;
b. Seorang tenaga teknis kefarmasian harus menjaga rahasia kedokteran dan rahasia kefarmasian, serta hanya memberikan kepada pihak yang berhak;
c. Seorang tenaga teknis kefarmasian harus berkonsultasi/merujuk kepada teman sejawat atau teman sejawat profesi lain untuk mendapatkan hasil yang akurat atau baik.

Sumpah Tenaga Teknis Kefarmasian mengandung 4 (empat) butir-butir penting:

a. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, akan melaksanakan tugas saya sebaik-baiknya, menurut undang – undang yang berlaku, dengan penuh tanggung jawab dan kesungguhan;
b. Bahwa saya, sebagai sebagai tenaga teknis kefarmasian, dalam melaksanakan tugas atas dasar kemanusiaan, tidak akan membeda-bedakan pangkat, kedudukan, keturunan, golongan, bangsa dan agama;

c. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, dalam melaksanakan tugas, akan membina kerja sama, keutuhan dan kesetiakawanan, dengan teman sejawat;
d. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, tidak akan menceritakan kepada siapapun, segala rahasia yang berhubungan dengan tugas saya, kecuali jika diminta oleh pengadilan, untuk keperluan kesaksian.

Dari hal-hal yang di sebutkan diatas maka seorang TTK dalam memberkan pelayanan informasi kepada pasien di rumah sakit harus sesuai SOP, memberikan informasi sesuai dengan ilmu dan pengetahuan yang dimiliki dengan menjaga kerahasiaan kedokteran dan kefarmasian serta selalu berkonsultasi dan merujuk kepada teman, teman sejawat profesi lain dalam hal ini mendapat arahan dari Apoteker untuk mendapatkan informasi yang akurat sebelum menyampaikan informasi mengenai obat kepada pasien. Selain itu soeroang TTK dalam memberikan pelayanan informasi kepada pasien tidak boleh membedakan membeda-bedakan pangkat, kedudukan, keturunan, golongan, bangsa dan agama.