

**TUGAS AKHIR**  
**EVALUASI SISTEM PENYIMPANAN DAN PENGGUNAAN OBAT**  
**DI RUMAH SAKIT Jiwa GRHASIA**  
**YOGYAKARTA**



**DISUSUN OLEH:**

**YENI INA KII**

**16001138**

**AKADEMI MANAJEMEN ADMINISTRASI YPK**

**YOGYAKARTA**

**2020**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Nama : Yeni Ina Kii

NIM : 16001138

Program Studi : Manajemen Administrasi

Konsentrasi : Manajemen Administrasi Obat Dan Farmasi

Judul Tugas Akhir : Evaluasi Sistem Penyimpanan dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit

Jiwa Grhasia Yogyakarta

Tugas Akhir ini telah disetujui oleh Dosen Pembimbing Tugas Akhir Program Studi Manajemen Administrasi Akademi Manajemen Administrasi YPK Yogyakarta pada :

Hari :

Tanggal :

Mengetahui  
Dosen Pembimbing

Edi Cahyono  
NIK. 11300115

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**EVALUASI SISTEM PENYIMPANAN DAN PENGGUNAAN OBAT**  
**DI RUMAH SAKIT Jiwa GRHASIA**

Laporan Tugas Akhir ini telah diajukan pada Akademi Manajemen Administrasi YPK Yogyakarta untuk memenuhi persyaratan akhir pendidikan pada program Studi Manajemen Administrasi disetujui dan disahkan pada:

Hari :

Tanggal :

**Tim Penguji**

Ketua

Anggota

Ami Tursina, S.Pd, M.Psi  
NIP. 198721021 200501 2 007

Ir Edi Cahyono,MM.  
NIK. 11300115

**Mengetahui**

Direktur AMA YPK Yogyakarta

Anung Pramudyo, S.E.,M.M.  
NIP. 19780204 200501 1 002

## HALAMAN PERYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yeni Ina Kii

NIM : 16001138

Judul Tugas Akhir : Evaluasi Sistem Penyimpanan dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit  
Jiwa Grhasia Yogyakarta

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tugas Akhir ini merupakan hasil karya sendiri dan belum pernah diterbitkan oleh pihak manapun kecuali tersebut dalam referensi dan bukan merupakan hasil karya orang lain sebagian maupun secara keseluruhan.

Demikian pernyataan ini saya buat sebenar-sebenarnya. Apabila Dikemudian hari ada yang muklain bahwa karya ini milik orang lain dan di benarkan secara hukum, maka saya bersedia dituntut berdasarkan hukum.

Yogyakarta, Juli 2020  
Yang Membuat Pernyataan ini

Yeni Ina Kii  
NIM. 16001138

## **MOTTO**

**Jangan seseorang pun menganggap engkau rendah karena engkau mudah, jadilah teladan bagi orang yang percaya, dalam perbuatanmu dalam tingkat lakumu, dan kasihmu dalam kesetiaanmu, dan dalam kesucianmu.**

## **PERSEMBAHAN**

Laporan Tugas Akhir Ini Penulis Persembahkan Kepada:

1. Ayah dan Ibu tercinta atas pengorbanan dan doa serta motivasinya berupa material dan spiritual demi keberhasilan Penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini
2. Kakak yang selalu memberi dukungan dan memotivasi
3. Semua Dosen yang telah membantu dalam menyelesaikan penulisan Tugas Akhir
4. Semua karyawan dan staf instansi Rumah Sakit Jiwa Grhasia

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat sehingga Penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini yang berjudul “ **Evaluasi Sistem Penyimpanan dan Penggunaan Obat di Rumah Sakit Jiwa Grhasia**”. Tujuan penulisan Tugas Akhir ini dibuat sebagai salah satu syarat kelulusan Program Diploma Tiga (DIII) AMA YPK Yogyakarta. Sebagai bahan penulisan diambil berdasarkan hasil penelitian, observasi, dan beberapa sumber literature yang mendukung penulisan ini.

Pada kesempatan ini Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Anung Pramudyo, S.E., M.M. selaku Direktur Akademi Manajemen Administrasi YPK Yogyakarta.
2. Bapak Ir. Edi Cahyono, M.M. selaku ketua program studi. Serta selaku Dosen Pembimbing Tugas Akhir yang senantiasa memberikan bimbingan, arahan, dan dukungannya sehingga Penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan baik.
3. Kedua orang tua yang telah membantu Penulis dalam segi material maupun motivasi selama menyelesaikan Tugas Akhir ini.
4. Seluruh karyawan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta yang telah membantu Penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Tugas Akhir ini masih belum sempurna, untuk itu Penulis mohon kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan dimasa depan. Akhir kata semoga Tugas Akhir ini dapat berguna bagi Penulis khususnya dan bagi para pembaca pada umumnya.

Yogyakarta , 2020

Penulis

Yeni Ina Kii



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iv
MOTTO .....	v
PERSEMBAHAN .....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	ix
ABSTRAK .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Batasan Masalah.....	3
D. Tujuan Penelitian .....	3
E. Manfaat Penelitian .....	3
BAB II LANDASAN TEORI.....	4
A. Evaluasi .....	4
1. Pengertian Evaluasi.....	4
2. Tujuan dan Fungsi Evaluasi.....	4
3. Standar Evaluasi.....	5

B. Sistem Penyimpanan .....	6
1. Pengertian Penyimpanan Obat .....	6
2. Tujuan Penyimpanan Obat .....	7
3. Prosedur Penyimpanan Obat .....	7
C. Penggunaan Obat .....	8
D. Obat Dengan Resep .....	10
E. Obat Tanpa Resep .....	12
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>13</b>
A. Tempat Penelitian.....	13
B. Jenis Data .....	13
C. Teknik Pengumpulan Data.....	14
D. Analisis Data .....	15
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>16</b>
A. Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	16
1. Sejarah Rumah Sakit.....	16
2. Data Umum Rumah Sakit .....	24
3. Fungsi Misi Dan Tujuan .....	24
B. Hasil Penelitian Dan Pembahasan .....	25
1. Evaluasi Indikator Penyimpanan.....	25
2. Sistem Penyimpanan Obat di Instalasi Farmasi.....	26
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>30</b>
A. Kesimpulan .....	30
B. Saran .....	31

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Data Presentase Obat Hampir Kadaluarsa .....	25
Tabel 4.2. Kesesuaian Sistem Penyimpanan Obat di Instalasi Farmasi .....	27

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Bagan Struktur Organisasi Rumah Sakit

Lampiran 2. Lemari Penyimpanan Obat

## ABSTRAK

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan salah satu bagian di Rumah Sakit yang bertanggung jawab penuh atas penggunaan obat, salah satu komponen dasar yang dapat mendukung pelayanan di Rumah Sakit adalah pelayanan pengobatan. Untuk memberikan pelayanan pengobatan secara efektif, efisien diperlukan evaluasi sistem penggunaan obat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sistem penyimpanan obat di Instalasi rumah sakit Jiwa Grhasia yang meliputi pengaturan tata ruang, cara penyimpanan obat, pencatatan kartu stock dan pengamatan mutu obat dengan menggunakan metode deskriptif.

Cara pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung kelapangan menggunakan daftar tilik. Dari hasil penelitian ini memperoleh jumlah sampel obat 37.484 jumlah obat yang hampir kadaluarsa 3,3% dan obat yang tidak kadaluarsa 96,7%. Evaluasi penyimpanan obat yang digunakan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah gabungan antara metode FIFO dan FEFO Metode FIFO (*First In First Out*), yaitu obat-obatan yang baru masuk diletakkan dibelakang obat yang terdahulu, sedangkan metode FEFO (*First Expired First Out*) dengan cara menempatkan obat-obatan yang mempunyai ED (*Expired Date*) lebih lama diletakkan dibelakang obat-obatan yang mempunyai ED yang lebih pendek.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dengan adanya evaluasi Penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia sudah sesuai pedoman penyimpanan obat hanya saja penerapannya kerap mengalami hambatan seperti keterbatasan waktu yang tidak dilakukan pencatatan tanggal obat.

**Kata kunci :** *Evaluasi sistem penyimpanan obat*

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Undang-undang RI No 44 Tahun 2019 Tentang Rumah Sakit). Didalam Rumah Sakit terdapat pelayanan kefarmasian merupakan bagian yang terpenting.

Penanganan dan pencegahan berbagai penyakit tidak dapat dilepaskan dari tindakan terapi dengan obat dan farmacoterapi (Badan POP, 2008 dalam somatri 2013). Pengolahan obat adalah bagaimana cara pengolahan. Tahap-tahap dari kegiatan tersebut agar dapat berjalan dengan baik dan saling mengisi sehingga dapat tercapai Tujuan pengolahan obat yang efektif dan efisien agar obat yang diperlukan oleh Dokter selalu tersedia setiap saat dibutuhkan dalam jumlah cukup dan mutu terjamin untuk mendukung pelayanan yang bermutu (Anief, 2003)

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) Merupakan bagian terpenting dalam pelayanan kesehatan dirumah sakit Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) Melakukan kegiatan pengolahan sediaan farmasi meliputi beberapa tahap salah satunya adalah farmasi tahap penyimpanan tahap penyimpanan berupa dari pengolahan obat menjadi sangat penting dalam memelihara mutu obat-obatan, menghindari penggunaan yang tidak bertanggung jawab, serta mengurangi resiko kerusakan dan kehilangan (Aditama,2003)

Berdasarkan hasil observasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia menunjukkan bahwa sistem penyimpanan pada display obat belum memenuhi ketentuan undang-undang tentang standar pelayanan kefarmasian. Diantaranya yaitu, tidak menggunakan sistem *First in First out* (FIFO), *Fist Expired Fisst out* (FEFO), tidak menempatkan pada obat yang sesuai berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya, kurang ketersediaan peralatan penyimpanan dan sarana penyimpanan memilih metode perencanaan dan pengadaan yang kurang tepat.

Standar sistem penyimpanan obat yaitu menerapkan sistem *First in first out* (FIFO) atau Last In First out (LIFO), menyimpan di ruang kering, memiliki ventilasi dan cahaya yang cukup, kondisi penyimpanan khusus berdasarkan golongan obat/jenis sediaan/menurut abjad/efek farmakologi (Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota, 2010). Penyimpanan pada display obat yang tidak tepat dapat mengakibatkan kerusakan obat, terganggunya distribusi obat, terdapat obat yang kadaluarsa, dan Human Error. Oleh karena itu, dilakukan penelitian evaluasi sistem penyimpanan pada display obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Grhasia.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

1. Bagaimana hasil evaluasi gambaran sistem penyimpanan sediaan obat di Instalasi farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia berdasarkan standar Permenkes RI Nomor 30 tahun 2014 ?



2. Bagaimana hasil evaluasi indikator penyimpanan ketersediaan farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia ?

### C. Batasan Masalah

Dalam penulisan Tugas Akhir ini, ruang lingkup permasalahan ini dibatasi dengan melakukan penelitian pada Evaluasi Sistem Penyimpanan dan Penggunaan Obat.

### D. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah Untuk :

1. mengetahui sistem yang diterapkan pada penyimpanan obat di instalasi Rumah Sakit jiwa grhasia?
2. Mengetahui hasil evaluasi indikator penyimpanan sediaan Farmasi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia?

### E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini digunakan sebagai masukan bagi rumah sakit dalam menyempurnakan sistem penyimpanan dan penggunaan obat agar pengelola logistik farmasi menjadi efektif sehingga meningkatkan kualitas pelayanan.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan penyusunan karya tulis ilmiah dan mampu mengembangkan penelitian selanjutnya yang lebih mendalam memperoleh pengetahuan, wawasan, pengalaman serta keterampilan dalam

mengidentifikasi dan memecahkan masalah yang terjadi dalam penyimpanan dan penggunaan obat.

3. Bagi Akademi Manajemen Administrasi YPK Yogyakarta

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi bahan masukan yang berarti bagi mahasiswa yang akan datang sehingga meningkatkan kualitas proses belajar mengajar terkait evaluasi penyimpanan dan penggunaan obat yang tepat.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **A. Evaluasi**

##### **1. Pengertian evaluasi**

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, evaluasi merupakan penilaian dimana penilaian itu ditujukan pada orang yang lebih tinggi atau yang lebih tahu kepada orang yang lebih rendah, baik orang yang jabatan strukturnya atau orang yang lebih rendah keahlian. Evaluasi adalah suatu proses penelitian positif dan negatif atau juga gabungan dari keduanya (depertemen pendidikan dan kebudayaan (19) dalam bangsa.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bagian dari sistem yang menyangkut urutan-urutan kegiatan perusahaan yang dilalui dan bersifat klerikal yang melibatkan berapa orang dalam satu depertemen atau lebih yang dibuat untuk menjamin penanganan secara seragam trasaksi perubahan secara berulang-ulang agar aman dan lancar.

##### **2. Tujuan dan Fungsi Evaluasi**

Setiap kegiatan yang dilaksanakan pasti mempunyai tujuan, demikian juga Dengan evaluasi. Menurut Arikunto (2002 : 13), ada dua tujuan evaluasi yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum diarahkan kepada program secara keseluruhan, sedangkan tujuan khusus lebih difokuskan pada masing-masing komponen.

Menurut Crawford (2000 ; 30),

Tujuan dan fungsi evaluasi adalah :

1. Untuk mengetahui apakah tujuan-tujuan yang telah ditetapkan telah tercapai dalam kegiatan.
2. Untuk memberikan objektivitas pengamatan terhadap perilaku hasil.
3. Untuk mengetahui kemampuan dan menentukan kelayakan.
4. Untuk memberikan umpan balik bagi kegiatan yang dilakukan.

Pada dasarnya tujuan akhir evaluasi adalah untuk memberikan bahan-bahan pertimbangan untuk menentukan/membuat kebijakan tertentu, yang diawali dengan suatu proses pengumpulan data yang sistematis.

### **3. Standar Evaluasi**

Standar yang dipakai untuk mengevaluasi suatu kegiatan tertentu dapat dilihat dari tiga aspek utama (Umar, 2002 : 40), yaitu;

a. Utility (manfaat)

Hasil evaluasi hendaknya bermanfaat bagi manajemen untuk pengambilan keputusan atas program yang sedang berjalan.

b. Accuracy (akurat)

Informasi atas hasil evaluasi hendaklah memiliki tingkat ketepatan tinggi.

c. Feasibility (layak)

Hendaknya proses evaluasi yang dirancang dapat dilaksanakan secara layak.

## **B. Sistem Penyimpanan**

### **1. Pengertian Penyimpanan**

Penyimpanan obat adalah suatu kegiatan pengamanan terhadap obat-obat yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin.

Penyimpanan merupakan sistem dari logistik farmasi yang sangat menentukan kelancaran pendistribusian serta tingkat keberhasilan dari manajemen logistik farmasi dalam mencapai tujuannya (Rima Melati, 2011).

faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menggunakan gudang sebagai berikut:

- a. Gudang menggunakan sistem satu lantai, jangan menggunakan sekat-sekat karna akan membatasi peraturan ruangan. Jika digunakan sekat, perhatikan posisi dinding dan pintu untuk mempermudah gerakan
- b. Berdasarkan arah arus penerimaan dan pengeluaran perbekalan farmasi, ruang gudang dapat ditata berdasarkan sistem arus garis, arus U atau arus L
- c. Sirkulasi udara yang baik, salah satu faktor penting dalam perancang bangunan gudang adalah adanya sirkulasi udara yang cukup didalam ruangan gudang. Sirkulasi yang baik akan memaksimalkan umur hidup dalam pembekalan farmasi sekaligus dapat manfaat dalam meperpanjang dan memperbaiki kondisi kerja.

Idealnya dalam gudang terdapat AC, namun biayanya akan menjadi mahal untuk ruang gudang yang luas. Alternatif lain adalah menggunakan kipas angin, apabila kipas angin belum cukup maka perlu ventilasi melalui atap.

## 2. Tujuan Penyimpanan Obat

- a. Mempermudah pencarian obat digudang mudah untuk ditemukan, mengambilnya, mengetahui jumlah persediaan dan dapat dilakukan dengan cepat.
- b. Mencegah kehilangan obat, menghindari dari pencurian oleh orang luar maupun pegawai sendiri, dimakan serangga atau menghindari kerusakan pada obat
- c. Mempertahankan mutu obat dari kerusakan akibat penyimpanan yang tidak baik

## 3. Prosedur Penyimpanan Obat

Umumnya prosedur penyimpanan dilakukan dengan memperhatikan syarat penyimpanan dari suatu barang farmasi yang dikeluarkan oleh produsen barang tersebut seperti barang yang harus disimpan pada suhu kamar, suhu dingin dan panas selain itu khusus dalam penyimpanan obat-obatan narkotik dan barang farmasi yang mempunyai nilai infestasi tinggi atau mahal harus menggunakan lemari khusus dan terkunci. Prosedur penyimpanan obat antara lain mencakup sarana penyimpanan, pengaturan persediaan, berdasarkan bentuk atau jenis obat yang disimpan sesuai sistem penyimpanan.

### C. Penggunaan Obat

Penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan umumnya belum rasional. Penggunaan obat yang tidak tepat ini dapat berupa penggunaan berlebihan, penggunaan yang kurang dari seharusnya, kesalahan dalam penggunaan resep atau tanpa resep, polifarmasi, swamedikasi yang tidak tepat (WHO 2010). Secara praktis menurut Kementerian RI dikatakan penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

#### 1. Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan dengan diagnosis yang tepat. Jika diagnosis dikatakan tidak benar maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

#### 2. Tepat Indikasi Penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi spesifik antibiotik misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memiliki gejala adanya infeksi bakteri

#### 3. Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian obat dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit

#### 4. Tepat Dosis

Cara pemberian obat sangat berpengaruh dengan efek obat. Pemberian dosis yang berlebihan khususnya dengan obat yang dengan rentang penyakit yang sangat

beresiko timbulnya efek samping sebaiknya dosis terlalu kecil tidak akan terjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

a. Tepat Cara Pemberian

Obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampurkan dengan susu karena akan membentuk ikatan sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi menurunkan efektivitasnya

b. Tepat Waktu Interval Pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati pasien makin sering frekuensi pemberian obat perhari misalnya 4 kali sehari semakin rendah ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3 kali sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

c. Tepat Lama Pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing. Untuk tuberkolosis dan kusta lama pemberian paling singkat 6 bulan lamanya. Pemberian kloramfemikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh dari hasil pengobatan.

5. Waspada Terhadap Efek Samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping yaitu efek yang tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropine bukan alergi tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah diwajah. Pemberian tetrakisiklin tidak boleh dilakukan



pada anak kurang dari 12 tahun karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh

6. Tepat Penilaian Pada Kondisi Pasien

Respon individu terhadap efek obat sangat beragam hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida

7. Tepat Informasi

Informasi tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi

8. Tepat Tidak Lanjut (*follow-up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan misalnya pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping

9. Tepat Penyerahan Obat

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerahan obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat. Apoteker atau asisten menyediakan obat yang dituliskan peresep pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat agar pasien mendapatkan obat sebagaimana seharusnya. Dalam menyerahkan obat petugas juga harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien

10. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat pada umumnya terjadi pada keadaan berikut:

- a. Jumlah obat terlalu banyak
- b. Frekuensi pemberian obat perhari terlalu sering

- c. Jenis kesediaan terlalu beragam
- d. Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
- e. Pasien tidak mendapatkan informasi atau penjelasan yang cukup mengenai cara minum dan kegunaan obat
- f. Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung) atau efek ikatan (urin menjadi merah setelah minum rifamfisim) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu

#### **D. Obat Dengan Resep (*Prescribing Drug*)**

##### 1. Obat Keras

Obat keras adalah obat-obatan yang tidak digunakan untuk keperluan teknik yang mempunyai khasiat mengobati, menguatkan tubuh manusia dalam bungkus maupun tidak ditetapkan oleh Sekretaris Van Staat, Hoofd Van Ghesondheid menurut ketentuan Pasal 2 (UU Obat Keras 1949)

##### 2. Psikotropik

Obat yang bukan golongan narkotik yang berkhasiat mempengaruhi susunan syaraf pusat. Obat ini akan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Obat golongan ini hanya dijual dengan resep dokter dan diberi tanda huruf K yang diberi lingkaran merah dan garis tepi berwarna hitam contohnya Diazepam, Phenobarbital (Depkes 2008).

### 3. Narkotika

Narkotika adalah obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun sen sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, menghilangkan rasa nyeri dan menimbulkan ketergantungan. Obat ini hanya diperoleh dengan resep dari dokter misalnya morfin, petidin (Permenkes RI 2015).

#### **E. Obat Tanpa Resep (*Over The Counter Drug*)**

OTC adalah obat non resep yang biasanya tidak tercakup oleh mediacare rencana obat resep serta digunakan untuk mengobati kondisi medis seperti demam, batuk, nyeri, diare dan ketidaknyamanan perut (OTC Medication Guide 2011)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Jl. Kaliurang Km.17 Pakem Sleman Yogyakarta.

#### **B. Jenis Data**

Sumber data adalah segala sesuatu yang dapat memberikan informasi mengenai data. Berdasarkan sumbernya, data dibedakan menjadi dua yaitu data primer dan data sekunder.

##### **1. Data Primer**

Data primer yaitu data yang dibuat oleh peneliti untuk maksud khusus menyelesaikan permasalahan yang sedang ditanganinya. Data dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan.

##### **2. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan untuk maksud selain menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Data ini dapat ditemukan dengan cepat. Dalam penelitian ini juga menjadi sumber data sekunder adalah literatur, artikel, dan jurnal.

### **C. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai proses yang menggambarkan proses pengumpulan data yang dilaksanakan dalam penelitian kuantitatif. Dilihat dari pengertian diatas betapa pentingnya pengumpulan data dalam proses penelitian ini yaitu:

#### **1. Observasi**

Observasi adalah suatu proses pengamatan dan pencatatan secara sistematis, logis, objektif dan rasional mengenai berbagai fenomena baik dari situasi buatan untuk mencapai tujuan tertentu (Arifin, 2011). Observasi dilakukan dengan melakukan pengamatan di Apotek farmasi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

#### **2. Wawancara**

Menurut sugiyono (20010:194) wawancara adalah suatu proses tanya jawab secara langsung dengan bertatap muka secara langsung dengan pertanyaan yang disusun secara sistematis dan lengkap. Metode wawancara yang digunakan untuk memperkuat dan memperjelas data yang diperoleh tentang penyimpanan dan penggunaan obat di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

### **D. Analisis Data**

Dalam penelitian ini analisis yang akan dilakukan adalah analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Tempat Penelitian**

##### **1. Sejarah Rumah Sakit Jiwa Grhasia**

Sebelum diresmikan menjadi Rumah Sakit Jiwa Grhasia, sejak masa berdirinya sebagai Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSJ) pada tahun 1938, RS Jiwa Grhasia telah melewati 3 masa dengan proses yang sangat panjang yaitu masa perjuangan (periode 1938–1945), masa perintisan (periode 1945–1989), dan masa pengembangan (1989–sekarang).

###### **a. Masa Perjuangan**

Pada awal berdirinya, yaitu pada tahun 1938 berupa Rumah Perawatan atau Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSJ) Lalijiwo, di bawah pengawasan Rumah Sakit Jiwa Pusat Kramat Magelang dengan status kepemilikan milik Kasultanan Ngayogyakarta Hadiningrat KOSJ Lalijiwo menempati areal tanah seluas 104.250 m<sup>2</sup> di Jalan Kaliurang Km 17 Pakem, Sleman, Yogyakarta yang saat itu merupakan tempat yang terpencil serta jauh dari kota, merupakan ciri khusus lokasi Rumah Perawatan Orang Sakit Jiwa bentukan Pemerintah Hindia Belanda. Sebagai tenaga perawat adalah para Penjaga Orang Sakit (POS) yang bukan berlatar pendidikan perawat.

Pada Bulan Mei 1938, Pemerintah Hindia Belanda menugaskan kepada Soedjani sebagai Koordinator/Kepala KOSJ Pakem. Sebelumnya Soedjani adalah seorang penjenang kesehatan yang bertugas di Rumah Sakit Jiwa Kramat Magelang. Pada saat itu, KOSJ Lalijiwo telah merawat pasien sebanyak 60 orang, yang terdiri dari bangsa Indonesia dan

Tionghoa. Perawatan bersifat kuratif/pengobatan dengan pelayanan rawat inap yang masih bersifat *custodial* (tertutup dan isolatif), serta terapi masih sangat terbatas. Sedangkan pasien berkebangsaan Belanda harus dirawat di RS Jiwa Kramat Magelang. Tahun 1942, Jepang masuk dan menduduki Ibukota RI di Yogyakarta. Sejak saat itu terjadi perubahan situasi yang tidak menentu yang berakibat terjadi kekurangan bahan makanan dan juga obat-obatan sehingga banyak pasien yang sakit dan kemudian meninggal. Untuk pengobatan, pada waktu itu diupayakan juga memakai obat-obatan tradisional dari tumbuh-tumbuhan yang diperoleh dari desa di sekitar KOSJ berada.

b. Masa Perintisan

Pada tahun 1945, setelah Indonesia memperoleh kemerdekaannya, mulailah Pemerintah Propinsi DIY memberikan biaya operasional, sehingga sedikit demi sedikit KOSJ Lalijiwo bangkit kembali. Hasil pertanian, perikanan, dan peternakan dapat dikelola lagi untuk kepentingan KOSJ. Tetapi hal tersebut tidak berlangsung lama karena pada bulan Desember 1948 terjadi agresi Belanda ke daerah Ibukota RI di Yogyakarta dan keberadaan KOSJ terancam kembali. Atas perintah dr. KRT Martohusodo selaku Inspektur Kesehatan Dinas Kesehatan Rakyat (DKR) Yogyakarta, kemudian disiapkan tempat perawatan darurat KOSJ Lalijiwo berupa tempat pengungsian yang jauh dari jalan raya yang sekaligus bisa digunakan untuk menolong korban peperangan. Berkat kerjasama dengan pamong desa setempat, terwujudlah tempat perawatan darurat yang berlokasi di desa Sempu dan desa Sumberejo, Kelurahan Pakembinangun.

Tetapi karena dirasa kurang aman, kemudian pindah lagi ke tempat yang lebih jauh dari jalan raya, yaitu didesa Potrowangsan, Kelurahan Candibinangun. Hanya 1 hari saja kemudian pindah lagi ke Desa Dawung, Kelurahan Candibinangun sampai tentara Belanda

ditarik dari Yogyakarta. Adapun kebutuhan bahan makanan bagi pegawai dan penderita yang dirawat di KOSJ Lalijiwo diperoleh dari bantuan warga masyarakat yang termasuk dalam Asisten Wilayah Pakem dan Turi. Sedangkan kebutuhan obat-obatan mendapat bantuan dari DKR Yogyakarta yang harus diambil tiap 15 hari sekali. Pada bulan Juli tahun 1949, KOSJ Lalijiwo kembali menempati rumah perawatan semula yang berlokasi di jalan Kaliurang (sekarang RS Ghrasia) dalam kondisi bangunan yang berantakan, tinggal 1 (satu) bangunan saja yang layak dan bisa ditempati untuk perawatan sekaligus poliklinik.

Pada September 1949, KOSJ Lalijiwo mulai menerima biaya operasional kembali dari Pemerintah Propinsi DIY dan mulai mengaktifkan kembali pegawai-pegawainya sehingga berjumlah 48 orang. Sejak saat itu KOSJ mulai merintis kembali usahanya yaitu tetap merawat pasien dengan gangguan jiwa disamping juga menerima pasien umum yang berobat. Kepala KOSJ Pakem tetap dipercayakan kepada Soedjani dan atas pengabdian beliau dalam memimpin kelangsungan hidup rumah perawatan tersebut, beliau diberi penghargaan berupa nama kalenggahan sehingga nama lengkapnya menjadi Raden Wedono Soedjani Saronohardjosenoto (R.W. Soedjani).

Pada bulan Mei 1966, R.W. Soedjani pensiun sehingga koordinator/kepala KOSJ Lali Jiwo Pakem diserahkan kepada Muh. Judi sampai tahun 1968. Kemudian berturut-turut koordinator/kepala KOSJ adalah Bakat (periode tahun 1968–1970), Somad (periode tahun 1970-1974), Bapak Guritno (periode tahun 1974–1981). Kecuali Guritno yang seorang perawat jiwa, koordinator KOSJ Lalijiwo sebelumnya adalah seorang penjenang kesehatan. Sejak tahun 60-an Rumah Sakit Lali Jiwo tidak lagi dibawah pengawasan RSJ Magelang tetapi sebagai dokter konsultan mendapat bantuan dari Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta, sekaligus sebagai dokter pembimbing Co-Assisten (calon dokter) yang praktek



di Rumah Sakit “Lali Jiwo”. Akan tetapi kesepakatan tertulis baru dilaksanakan pada tahun 1971.

Dalam perkembangan selanjutnya KOSJ Lali Jiwo tidak hanya sebagai rumah perawatan saja tetapi sekaligus sebagai tempat pengobatan dibawah pengawasan FK UGM, sehingga KOSJ Lali Jiwo menjadi lebih dikenal dengan sebutan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Lali Jiwo Pakem dengan kapasitas tempat tidur 100 buah, jumlah tenaga 60 orang yang terdiri dari 2 orang perawat jiwa, 1 orang Penjenang Kesehatan (PK) jiwa dan sisanya adalah Penjaga Orang Sakit (POS). Adapun secara medis teknis RSJ Lalijiwo bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Propinsi DIY.

Mulai saat itu, sekitar tahun 1973/1974, Pemerintah Pusat melalui Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI telah memperhatikan keberadaan RSJ Lali Jiwo Pakem dengan meletakkan landasan–landasan yang kokoh bagi perkembangan suatu instansi kesehatan jiwa yang modern, dimana kesehatan jiwa sebagai suatu bagian integral dari kesehatan dan bagi seluruh masyarakat, sehingga sedikit demi sedikit mulai ada pembenahan terutama di bidang pengelolaan rumah sakit. Pada tahun 1975, atas bantuan tenaga medis dari Fakultas Kedokteran UGM, RSJ Lalijiwo Pakem ditunjuk sebagai pembina program integrasi kesehatan jiwa ke puskesmas untuk Propinsi DIY sampai dengan sekarang. Dan pada tahun 1976, untuk pertama kalinya, RSJ Lalijiwo Pakem memperoleh fasilitas kendaraan berupa mobil ambulance dari pemerintah Propinsi DIY.

### c. Masa Pengembangan

#### 1) Periode dr. Prajitno Siswowyoto (1981–1987)

Sejak tahun 1981, dibawah kepemimpinan dr Prajitno Siswowyoto, SpKJ (Periode 1981–1987), RSJ Lali Jiwo semakin berkembang dengan berpedoman pada 3 (tiga) usaha pokok kesehatan jiwa yang dikenal dengan Tri Upaya Bina Jiwa dimana sistem pelayanan pasien berpegang pada konsep psikiatri modern yakni upaya kesehatan jiwa meliputi prevensi, promosi, kurasi, rehabilitasi. Kemudian secara bertahap kegiatan dilaksanakan secara intramural (di dalam gedung) dan ektramural (di luar gedung) dengan berorientasi masyarakat dan berprinsip menyiapkan penderita kembali ke masyarakat melalui terapi kerja. Bahkan oleh WHO, RSJ Lalijiwo dipersiapkan sebagai salah satu pusat terapi kerja dan rehabilitasi orang sakit jiwa disamping Rumah Sakit Jiwa di Jakarta, Surabaya, Medan, dan Makassar.

Pada saat itu RSJ Lalijiwo mulai mendapat bantuan dari Pemerintah Pusat berupa Proyek Peningkatan Pelayanan Kesehatan Jiwa antara lain untuk pengadaan obat–obatan, alat play therapy, meubelair, pakaian pasien, linen RS, pembangunan gedung, dsb. Disamping itu juga mulai diberlakukan kebijaksanaan pemerintah dalam hal pengangkatan tenaga medis dan paramedis baik dengan status dipekerjakan (DPK) ataupun diperbantukan (DPB) sehingga mulai ada penambahan tenaga di RSJ Lalijiwo khususnya tenaga medis dan paramedis. Pada tahun 1981, Pemerintah Propinsi DIY mulai menata kelembagaan RSJ melalui Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 1981 tentang Pembentukan Susunan Organisasi Rumah Sakit Jiwa “Lali Jiwo”. Kedudukannya tidak lagi merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Propinsi DIY tetapi merupakan unit pelaksana teknis daerah yang bertanggung jawab langsung kepada Gubernur Kepala

Daerah Propinsi DIY dengan klasifikasi Rumah Sakit tipe B. Terhadap Dinkes Provinsi DIY hanya bersifat hubungan koordinatif di bidang program kesehatan jiwa. Dan sejak itu sebutan untuk kepala Rumah Sakit adalah Direktur RSJ Lali Jiwo Pakem.

2) Periode dr. Musinggih Djarot Rouyani (1987 – 1999)

Dibawah kepemimpinan dr. Musinggih Djarot Rouyani SpKJ, pada tahun 1989 bersamaan dengan perubahan kelas Rumah Sakit dari tipe B ke tipe A oleh Pemerintah Propinsi DIY, istilah/nama Rumah Sakit Jiwa Lali Jiwo dihilangkan sehingga menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Propinsi DIY melalui Peraturan Daerah No 14 / tahun 1989.

3) Periode dr. Boedi Boedaja, A.M, Sp.KJ (1999 – 2004)

Pada tahun 2000, RSJD Propinsi DIY mendapatkan akreditasi Penuh Tingkat Dasar melalui SK Dirjen Yanmed No: YM 0003.2.2.5164 tanggal 19 Desember 2000. Secara bertahap dibangun arah dan kebijaksanaan system pelayanan kesehatan jiwa serta pembenahannya, baik teknis maupun administratif. Rumah sakit tetap mengacu kepada paradigma sehat dengan upaya antara lain meningkatkan kesehatan jiwa individu, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya, dan mendorong masyarakat untuk peduli kepada kesehatan jiwa.

Pada tahun 2002 disusun suatu rencana pengembangan (*masterplan*) bekerja sama dengan Fakultas Teknik UGM yang berbasis pada kondisi riil yang dihadapi Rumah Sakit guna mengantisipasi kurun waktu mendatang. Salah satu arah pengembangan visi strategik RS adalah menjadi Rumah Sakit unggulan untuk pelayanan Psikiatrik dan NAPZA di DIY dan Jawa Tengah pada tahun 2008.

Salah satu upaya pembenahan diri yang mendasar adalah dengan mengubah image Rumah Sakit Jiwa melalui penggantian nama dan logo rumah sakit melalui sayembara kepada publik untuk memaknai substansi layanan baru yang terdiri dari pelayanan kesehatan jiwa secara komprehensif, pelayanan umum, dan pelayanan rehabilitasi NAPZA. Sayembara diselenggarakan pada bulan Juli–September 2003 dengan tim juri antara lain GKR Hemas dan telah berhasil menentukan nama dan logo RS yang baru yaitu Rumah Sakit GRHASIA Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Keputusan ini ditetapkan melalui Surat Keputusan Gubernur DIY Sri Sultan Hamengkubuwono X No 142 tahun 2003 tertanggal 30 Oktober 2003 dengan tugas pokok dan fungsi tetap. Peresmian dilakukan oleh Gubernur DIY Sri Sultan Hamengkubuwono X yang dihadiri oleh Menteri Kesehatan RI pada tanggal 20 Desember 2003.

#### 4) Periode dr. Andung Prihadi, M.Kes (2004 – 2008)

Sejak perubahan manajemen RS Grhasia pada tahun 2003 yang ditandai dengan telah terwujudnya master plan dan penggantian nama RS Jiwa Daerah Propinsi DIY menjadi RS Grhasia Propinsi DIY, kegiatan yang dilaksanakan adalah penyiapan infrastruktur dan pengembangan sumber daya manusia untuk mengembangkan berbagai jenis pelayanan yang mendukung visi strategik RS yaitu menjadi Rumah Sakit unggulan untuk pelayanan Psikiatrik dan NAPZA di DIY dan Jawa Tengah pada tahun 2008. antara lain meliputi pengembangan pelayanan NAPZA, spesialis anak, saraf, penyakit dalam, kulit kelamin, dan pengembangan aspek manajemen melalui peletakan dasar-dasar sertifikasi ISO 9001:2000 pada tahun 2006 dan persiapan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) tahun 2007.

5) Periode dr. Rochana Dwi Astuti (2008 – 2011)

Pada tahun 2008, Rs Grhasia propinsi DIY mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000 dengan nomor sertifikat QS 6544, tanggal 18 Oktober 2008 dari WQA (Wordwide Quality Assurance) dan proses usulan menjadi BLUD. Pada bulan Maret tahun 2010 dilakukan audit sertifikasi mutasi dari ISO 9001:2000 menjadi ISO 9001:2008. Dan pada tahun 2010 dilaksanakan pembangunan gedung perawatan (Bangsal Shinta), tetapi tidak selesai karena bencana meletusnya gunung merapi

6) Periode dr. RA. Arida Oetami, M.Kes ( Tahun 2011 sampai Juni 2013)

- 1) Penyelesaian pembangunan Bangsal Shinta dengan DPA Lanjutan, pembangunan pada tahun 2010 tidak dapat selesai akibat bencana Gunung Merapi
- 2) Pembangunan IGD RS Grhasia Provinsi DIY
- 3) Klasifikasi RS Grhasia sebagai RS Jiwa Kelas A dari Menteri Kesehatan RI tahun 2012
  - a. Pergantian nama RS Grhasia DIY menjadi RS Jiwa Grhasia DIY
  - b. Penetapan RS Jiwa Grhasia DIY sebagai PPK-BLUD penuh pada Agustus 2012
  - c. RSJ Grhasia DIY mendapatkan ijin operasional dari Kemenkes RI
  - d. Pada bulan Februari 2012 mendapatkan sertifikasi akreditasi tingkat lanjut untuk 12 pelayanan.

7) Periode drg. Pembayun Setyaningastutie, M.Kes (Juli 2013 Sampai Sekarang)

- 1) Tahun 2013 dilakukan pembangunan empat gedung baru yaitu Gedung VIP Putri (Kunthi), Gedung Diklat, Gedung Pemulasaran Jenazah, dan Gedung Teknologi Informasi.
- 2) Tahun 2014 melanjutkan pembangunan VIP Putri yang tidak dapat selesai di tahun 2013 (putus kontrak).

## **2. Periode Kepemimpinan**

Berdasarkan sejarah berdirinya RS Jiwa Grhasia, urutan periode kepemimpinan sampai saat ini adalah sebagai berikut:

- a. Tahun 1938–1966 : R.W. Soedjani Saronohardjosenoto (Kepala KOSJ Lali Jiwo)
- b. Tahun 1966–1968 : Muh. Judi (Kepala KOSJ Lali Jiwo)
- c. Tahun 1968–1970 : Bakat (Kepala KOSJ Lalijiwa)
- d. Tahun 1970–1974 : Somad (Kepala KOSJ Lali Jiwo)
- e. Tahun 1974–1981 : Drs Guritno Dwijo Pranoto (Kepala KOSJ Lali Jiwo)
- f. Tahun 1981–1987 : dr. Prajitno Siswowyoto, SpKJ (Direktur RSJ Lalijiwo Pakem)
- g. Tahun 1987–1999 : dr. Musinggih Djarot Royani, SpKJ(Direktur RSJD Provinsi DIY)
- h. Tahun 1999–2004 : dr. Boedi Boedaja A.M, SpKJ (Direktur RS Grhasia DIY)
- i. Tahun 2004–2008 : dr. Andung Prihadi Santoso, M.Kes (Direktur RS Grhasia DIY)
- j. Tahun 2008–2011 : dr. Rochana Dwi Astuti (Direktur RS Grhasia DIY)

## **3. Fungsi, Visi, Misi, Tujuan Rumah Sakit Jiwa Grhasia**

### a. Visi

Menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa dan napza paripurna yang berkualitas dan beretika

### b. Misi

- 1) Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan napza yang paripurna
- 2) Mewujudkan rumah sakit sebagai pusat pembelajaran, penelitian, dan pembangunan kesehatan jiwa dan napza
- 3) Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien

4) Mewujudkan pelayanan yang beretika dan mencerminkan budaya masyarakat

c. Tujuan

Meningkatkan persentase penderita jiwa yang ditangani RS Jiwa Grhasia DIY

## B. Hasil Penelitian Dan Pembahasan

### 1. Evaluasi Indikator Penyimpanan

Presentase nilai obat hampir Kadaluarsa penelitian ini melakukan perhitungan obat yang hampir *expired date* (ED) pada saat penelitian tidak ditemukan adanya obat ED di ruang penyimpanan dikarenakan jika ada obat ED akan segera dikembalikan ke Dinkes Kabupaten/Kota. Obat yang dikembalikan ke Dinkes yang memiliki waktu tiga bulan sebelum batas ED berakhir.

Presentase nilai obat yang hampir ED diambil dari waktu kadaluarsanya tersisa dari waktu penelitian dengan standar yang masih banyak diterima yaitu yang memiliki nilai dibawah 1%. Presentase nilai obat hampir ED dari membandingkan nilai obat yang hampir kadaluarsa selama penelitian dengan jumlah seluruh obat selama penelitian. Data diambil dari melihat sampel stock kemudian dihitung nilai obat yang hampir kadaluarsa.

**Tabel 4.1. Data Presentase Obat Hampir Kadaluarsa**

Keterangan	Jumlah Obat	Presentase
Jumlah obat hampir kadaluarsa selama penelitian	1.267	3,3%
Jumlah sampel obat selama penelitian	37.484	96,7%

Dari hasil penelitian didapatkan presentase sebesar 3,3% obat hampir kadaluarsa mencerminkan sebelum efisiennya perencanaan kurangnya kontrol dalam penyimpanan. Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan dengan petugas ruang farmasi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia yang menyebabkan terjadinya nilai presentase obat hampir kadaluarsa tinggi dikarenakan terdapat beberapa item penggunaannya cenderung lebih kecil sehingga obat menumpuk dan menjadikan obat hampir kadaluarsa dan juga kasus penyakit yang jarang menggunakan obat-obatan tersebut.

## **2. Sistem Penyimpanan Obat di Instalasi farmasi Rumah Sakit**

Sistem penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia menggunakan gabungan antara metode FIFO dan FEFO. Metode FIFO (*First In First Out*), yaitu obat-obatan yang baru masuk diletakkan dibelakang obat yang terdahulu, sedangkan metode FEFO (*First Expired First Out*) dengan cara menempatkan obat-obatan yang mempunyai ED (*Expired Date*) lebih lama diletakkan dibelakang obat-obatan yang mempunyai ED yang lebih pendek. Proses penyimpanannya memprioritaskan metode FEFO baru kemudian dilakukan metode FIFO. Barang yang ED-nya paling dekat diletakkan didepan walaupun barang tersebut datangnya belakangan. Sistem penyimpanan dikelompokkan berdasarkan jenis dan macam sediaan, yaitu:

- a. Bentuk sediaan obat (tablet, kapsul, sirup, drop, salep atau krim, injeksi dan infus).
- b. Bahan baku



- c. Nutrisi
- d. Alat-alat kesehatan
- e. Gas medik
- f. Bahan mudah terbakar
- g. Bahan berbahaya
- h. Reagensia

Penyusunan obat pada Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia sudah berdasarkan abjad atau alfabeta dari A-Z, tetapi penyusunannya belum dilaksanakan berdasarkan kelas terapi atau khasiat obat.

Penyimpanan obat di Instalasi Farmasi diawali dari menerima barang dan dokumen-dokumen pendukungnya, memeriksa barang, pengarsipan, pemasukan data-data kekomputer, setelah itu proses menyimpan obat di ruang farmasi.

Kesesuaian antara sistem penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah sebagai berikut:

**Tabel 4.2. kesesuaian anantara sistem penyimpanan obat di Insatalasi Farmasi**

Standar	Ya	Tidak
Metode FIFO	✓	
Metode FEFO	✓	
Penggolongan berdasarkan jenis dan macam sediaan	✓	
Penggolongan berdasarkan abjad	✓	
Penggolongan berdasarka kelas terapi atau khasiat obat		✓

Sistem penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit menggunakan metode FIFO dan FEFO. Penggolongan obat berdasarkan jenis dan macam sediaan, dan penggolongan obat berdasarkan abjad, namun belum menerapkan penggolongan obat berdasarkan kelas terapi atau khasiat obat.

Hambatan yang terkait dengan penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit antara lain adalah penggolongan obat yang belum berdasarkan kelas terapi atau khasiat dikarenakan pola persepan obat oleh dokter yang berubah-ubah. Hal tersebut dapat menyebabkan obat yang disimpan di Instalasi Farmasi dalam waktu yang lama, sehingga resiko obat ED semakin besar. Hal tersebut dapat diatasi dengan cara Rumah Sakit membentuk *Clinical Leader*, yaitu membentuk suatu perkumpulan yang terdiri dari para dokter yang dipimpin oleh para dokter spesialis yang profesional untuk merumuskan suatu standar obat atau formularium untuk penyakit yang sedang *trend* saat ini yang kemudian direkomendasikan ke PFT (Panitia Farmasi dan Terapi) antara lain sebagai berikut :

- 1) PFT mengembangkan, merevisi, mengubah, dan menetapkan formularium berdasarkan rekomendasi *Clinical Leader*
- 2) PFT menetapkan program dan prosedur yang membantu memastikan terapi obat yang aman dan bermanfaat.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil observasi yang berjudul Evaluasi Sistem Penyimpanan dan Penggunaan Obat di Rumah sakit Jiwa Grhasia 2019 yang telah disajikan pada bab IV dapat disimpulkan bahwa:

1. Prosedur penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia sudah sesuai pedoman penyimpanan obat meskipun prosedur penerimaan, penyusunan obat dan stock opname ada yang belum dilaksanakan oleh petugas. Hal tersebut menyebabkan adanya obat hampir kadaluarsa dalam jumlah yang tidak sedikit.
2. Dokumen penyimpanan obat masih belum sesuai dengan pedoman penyimpanan obat karena dokumennya hanya terdiri dari buku harian penerimaan obat, buku harian pengeluaran obat, dan bukti barang keluar.
3. Sarana dan prasarana penyimpanan yang tersedia di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia masih belum sesuai luas dan jumlahnya berdasarkan ketentuan minimal yang dibuat oleh pedoman penyimpanan obat.
4. Penyimpanan obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia sudah sesuai pedoman penyimpanan obat hanya saja penerapannya kerap mengalami hambatan seperti keterbatasan waktu membuat tidak dilakukan pencatatan tanggal obat.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil observasi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia bagian divisi farmasi penulis menyarankan:

1. Pemanfaatan dan kedisiplinan dalam pemanfaatan buku penerimaan obat yang sudah disediakan manajemen rumah sakit, untuk meminimalisir kesalahan dalam pencatatan obat.
2. Penyediaan sarana prasarana yang sesuai pedoman rumah sakit untuk meminimalisir terjadinya kerusakan obat yang menimbulkan kerugian.
3. Petugas diharapkan dapat melakukan pemeriksaan terhadap obat-obatan yang disimpan di Instalasi Farmasi secara berkala membantu mendeteksi adanya obat kadaluarsa dan obat rusak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahaditomo, 2002. *Membangun Peran Farmasi Indonesia Sebagai Guardian Bagi Konsumen Obat*. Disampaikan Pada Seminar Tentang Dampak UU NO.8/1999 Tentang Perlindungan Konsumen, 24 Juli 2000, Jakarta Dokumen ISFI, tidak dipublikasikan.
- Anief, M, 2000. *Manajemen Pemasaran di Bidang Farmasi*, Cetakan I, 81-82, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Aditama, Y.T.2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Press
- Anonim, 1988. *Paduan Pelayanan Informasi Obat, PT Kimia Farma*, Jakarta.
- Anonim, 1993. *Pedoman Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit Yang Baik*, 10-11, 97-99, Instalasi Farmasi Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya.
- Astuti, CD, 2003. *Pelaksanaan Informasi Obat Disepuluh Besar Apotek di Kabupaten Bantul Skipsi*, Fakultas Farmasi UGM Yogyakarta.
- Bararuddin, M.2015. *Gambaran Pengelolaan Persediaan Obat di Gudang Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sekayu Kabupaten Musi Banyuwasin Palembang*: Skipsi : Universitas Syarif Hidayatullah. Jakarta
- Depkes. RI. 2010. *Menteri Pelatihan Manajemen Kefarmasian di Instalasi Farmasi Rumah Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- Hariato, dan Khasanah, N, 2005. *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Resep di Apotek KOPKAR Jakarta Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta*, vol xv, no.23, edisi 2, Departemen Farmasi, UGM Yogyakarta.

Mashuda, A. 2011. *Pedoman Cara Pelayanan Kefarmasian yang baik. Kerjasama Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dengan Pengurus Pusat Ikatan Apotek Indonesia.* Jakarta

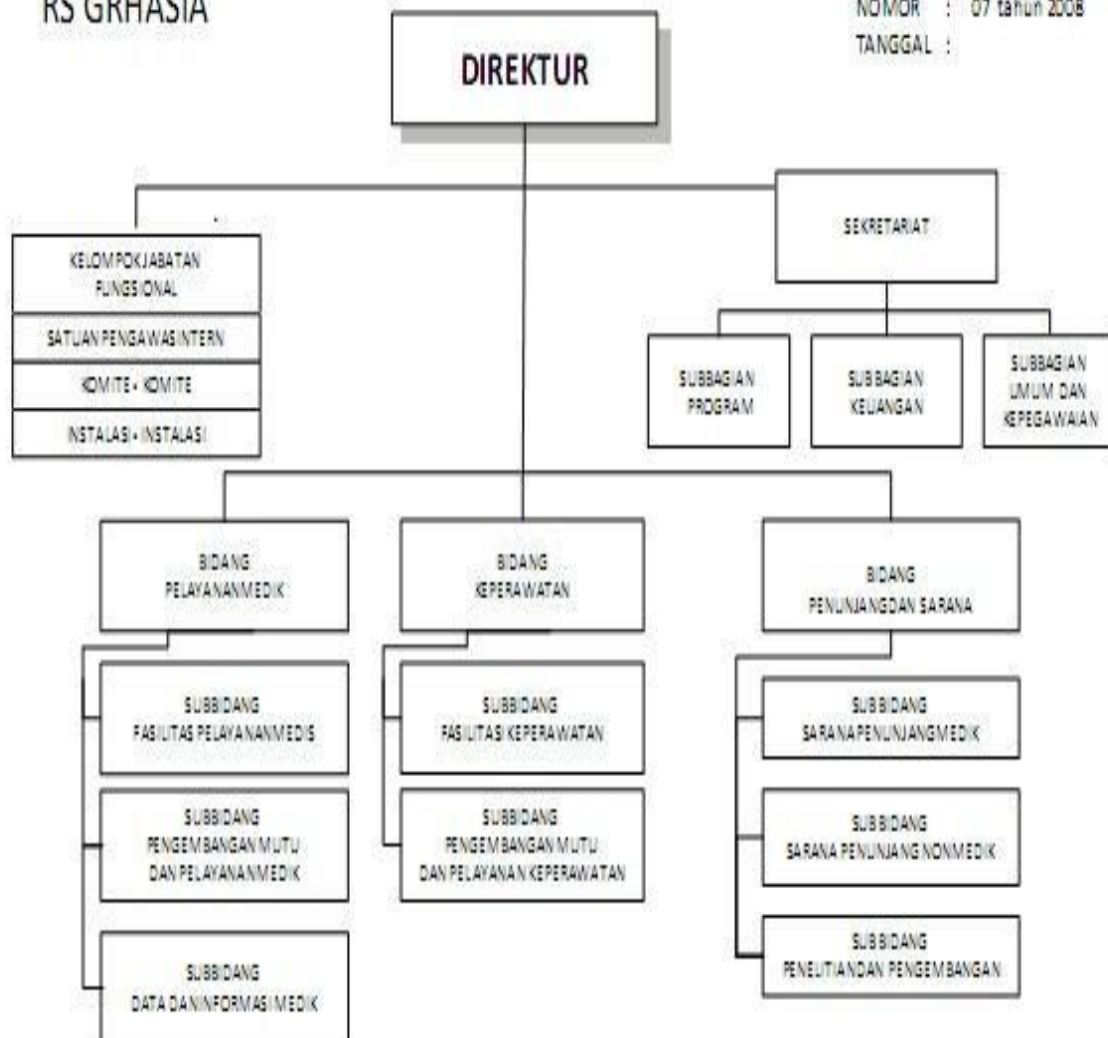
## LAMPIRAN 1

### BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT



# Struktur Organisasi RS GRHASIA

LAMPIRAN  
PERATURAN DAERAH PROPINSI DIY  
NOMOR : 07 tahun 2008  
TANGGAL :



Yogyakarta,

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

HAMENGGU BUWONO X

## LAMPIRAN 2

### LEMARI PENYIMPANAN OBAT





