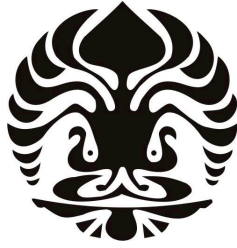


UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS OBAT NON FORMULARIUM PADA PASIEN
ASKESKIN DI RAWAT INAP RSUD KABUPATEN
TANGERANG BULAN AGUSTUS – DESEMBER
TAHUN 2007**

**OLEH
YOUNG FERRY
NPM. 0606022656**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS OBAT NON FORMULARIUM PADA PASIEN
ASKESKIN DI RAWAT INAP RSUD KABUPATEN
TANGERANG BULAN AGUSTUS – DESEMBER
TAHUN 2007**

**Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**OLEH
YOUNG FERRY
NPM. 0606022656**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2008**

LEMBARAN PENGESAHAN

Manuskrip ini telah diperiksa dan disetujui ke perpustakaan FKM

Unit Riset dan Pengabdian Masyarakat FKM-UI

Depok, 18 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

(Pujiyanto, SKM, Mkes)

ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA

PROGRAM PASCASARJANA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, Juli 2008

Young Ferry

ANALISIS OBAT NON FORMULARIUM PADA PASIEN ASKESKIN DI RAWAT INAP RSUD KABUPATEN TANGERANG BULAN AGUSTUS – DESEMBER TAHUN 2007

xx + 81 Halaman + 22 tabel + 2 gambar + 4 lampiran

Program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin atau Askeskin bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan Askeskin di RSUD Kabupaten Tangerang menghadapi masalah penggunaan obat non formularium karena menjadi beban rumah sakit.

Penelitian ini keseluruhan bertujuan untuk mengevaluasi pelayanan obat bagi masyarakat miskin sesuai pedoman pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Penelitian ini berada dalam lingkup farmako ekonomi dengan disain *comparative non*

experimental study dengan cara Pengukuran Sesudah Kejadian (PSK) atau *ex-post facto*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa obat-obat formularium untuk pelayanan Askeskin tidak mencakup seluruh pelayanan obat untuk penyakit atau penderita yang di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang. Dari 432 nama obat yang digunakan dalam pelayanan Askeskin terdapat 125 obat non formularium. Pelayanan kesehatan bagi pasien rawat inap bangsal kelas III Askeskin lebih banyak obat non formularium yang diberikan oleh dokter lama (lama kerja lebih dari 5 tahun) dan dokter dengan status kerja sebagai residen. Jenis obat non formularium banyak diberikan pada pasien laki-laki dan umumnya diberikan untuk pasien NCB KMK (Neonatus Cukup Bulan Kurang Masa Kehamilan), serta diresepkan paling banyak pada pasien yang dirawat di ICU.

Melihat apa yang dapat disimpulkan dari hasil penulisan, dapat menjadi acuan untuk meningkatkan pelayanan rawat inap rumah sakit terhadap pasien miskin dan menjadi telaah bagi pihak yang berkepentingan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dan diusulkan agar jenis obat non formularium yang banyak digunakan dimasukkan ke dalam jenis formularium.

Daftar Bacaan = 34 (1982-2007).

ABSTRACT

UNIVERSITY OF INDONESIA

POSTGRADUATE PROGRAM

FACULTY OF PUBLIC HEALTH

MAGISTER PROGRAM OF HOSPITAL ADMINISTRATION STUDIES

Thesis, July, 2008

Young Ferry

**ANALYSIS OF NON FORMULARIUM FOR ASKESKIN PATIENTS IN WARD
AT TANGERANG REGENCY PUBLIC HOSPITAL
ON AUGUST – DECEMBER IN 2007**

xx + 81 pages, 22 tables, 2 pictures, 4 attachments.

Health care program for poor community or Askeskin as a mean to upgrade access and health service quality for needy community in order to reach the optimal degree of health community. Askeskin service at Tangerang Regency Public Hospital faces a non formularium medicines's using problem because it becomes a responsibility for hospital.

This research intends to evaluate medicines service for poor community according to health care for poor community's manual. This research will be in farmaco economics area with comparative non experimental study design or ex-post facto.

Result of the research shows that fomularium medicines for Askeskin service do not include all medicine service for illness or the sick who take care at Tangerang Regency Public Hospital. From 432 medicine names which used in Askeskin service contain 125 non formularium medicines. Health service for patients of class III ward Askeskin much more non formularium medicines which given by senior doctors (more than 5 years of work time) and doctors with resident statues. Many kinds of non formularium medicine given to men patients and generally given to MNC KMK patients, the patients who stay in ICU too.

Looking at the result that can be concluded, it can be a reference to upgrade ward service of Hospital to poor community and be a study for interested parties toward upgrading of community health service on a whole scale. And suggested in order to kinds of non formularium medicines that many used may be included in formularium kinds.

Bibliography = 34 (1982-2007).

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**ANALISIS OBAT NON FORMULARIUM PADA PASIEN ASKESKIN DI
RAWAT INAP RSUD KABUPATEN TANGERANG BULAN AGUSTUS –
DESEMBER TAHUN 2007**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Universitas Indonesia

Depok, 12 Juli 2008

Pembimbing

(Pujianto, SKM, Mkes)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 12 Juli 2008

Ketua

(Pujiyanto, SKM, MKes)

Anggota

(Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D)

(DR. Yaslis Ilyas, drg, MPH)

(Dra. Didiet Etnawati, Msi, Apt)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Young ferry
NPM : 0606022656
Program Studi : KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Angkatan : 2006-2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**ANALISIS OBAT NON FORMULARIUM PADA PASIEN ASKESKIN RAWAT
INAP RSUD KABUPATEN TANGERANG BULAN AGUSTUS – DESEMBER
TAHUN 2007**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindak plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Juli 2008

(Young Ferry)

RIWAYAT HIDUP

I. RIWAYAT PRIBADI

Nama : Young ferry
Tempat/Tanggal Lahir : Banda Aceh/8 Juni 1971
Jenis kelamin : Laki – Laki
Alamat Instalasi : RSUD Kabupaten Tangerang
Jln. A. Yani No. 9 Tangerang

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1978 - 1984 : SD Negeri 10 Banda Aceh
1984 - 1987 : SMP Negeri 1 Banda Aceh
1987 - 1990 : SMA Negeri 3 Banda Aceh
1990 - 1999 : Fakultas kedokteran UNSYIAH Banda Aceh
2006 - Sekarang : KARS UI

III. RIWAYAT PEKERJAAN

2000 - 2001 : Kepala Puskesmas Air Rami.
Bengkulu utara, Bengkulu
2001 - 2003 : Kepala Puskesmas Bantal.
Bengkulu utara, Bengkulu
2003 - 2006 : Dokter Instalasi Gawat Darurat
RSUD Kabupaten Tangerang
2006 - Sekarang : Ketua Pengadaan Barang dan Pekerjaan
Unit (P3U) RSUD Kabupaten Tangerang
2008 - Sekarang : Dokter Penanggungjawab Poli Karyawan
RSUD Kabupaten Tangerang dan Dokter PT. Askes

KATA PENGANTAR

Tidak ada kata yang paling tepat selain terucap Alhamdulillah berkat Ridho Allah SWT atas selesainya tesis ini. Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan berkahnya atas inspirasi, kekuatan dan sebesar-besarnya ilham yang membuat tesis ini menjadi utuh an selesainya tepat pada waktunya.

Dari mulai sampai akhir dari kalimat dalam tesis ini telah melibatkan pihak-pihak yang berjasa meluangkan waktu dan pikiran sehingga terselesaikan tesis ini. Dan juga yang sangat berharga dukungan do'a dari ibunda tercinta yang mengalirkan do'a yang tiada putusnya.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak kepada bapak Pujiyanto, SKM, MKes selaku dosen pembimbing tesis, yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan dukungan yang berharga berkaitan dengan proses penelitian sampai akhir penulisan tesis ini. Selanjutnya penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga kepada bapak DR. H. MIN. Mamahit, SPOG, MARS selaku direktur RSUD Kabupaten Tangerang yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan di KARS UI, mendorong semangat, membimbing dan memberikan bantuan dari mulai bentuk toleransi dan lainnya sampai akhir studi ini.

Tidak ada manusia yang bisa hidup sendiri tanpa mendapat bantuan dan dukungan dari orang lain. Orang-orang yang telah memberikan bantuan dalam bentuk apapun hingga terselesaikannya tesis ini. Terima kasih yang tulus penulis ucapkan kepada:

1. Bapak Dr. H. Budhi Setiawan, SpP, MARS. Mantan Direktur RSUD Kabupaten Tangerang yang telah membimbing dan memberi kesempatan untuk belajar di KARS UI.

2. Ibu Dra. Didiet Etnawati, Msi, Apt, selaku Kepala Instalasi Farmasi yang telah memberikan data-data untuk tesis ini.

3. Dedi Suryana, Ragil, Al Hikmah, Heri, Murti, Febi, Ami, Riki, Bu Nina, Dewi, Pak Sofyan dan Yasmin yang telah membantu meluangkan waktu dan tenaga.

4. Pujiono, Bu Mimin Mintarsih, Eni Sumiani, Ojat selaku personil P3U RSUD Kabupaten Tangerang yang telah banyak membantu pekerjaan penulis demi terselesaikannya tesis ini.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya semoga Allah SWT membalas kebaikannya.

Penulis menyadari bahwa kesempurnaan hanya milik Allah SWT dan kekurangan milik manusia, demikian pula dengan tesis ini. Semoga tesis ini menjadi manfaat bagi semua orang.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.4.1. Tujuan Umum	7
1.4.2. Tujuan Khusus	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.5.1. Manfaat Penelitian untuk manajemen RSUD Kabupaten Tangerang	8
1.5.2. Manfaat Penelitian Untuk Masyarakat	9
1.5.3. Manfaat Penelitian Untuk Otoritas Kesehatan	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Peresepan Obat	11
2.2. Formularium Obat	14
2.3. Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin	17
2.4. Komponen Biaya Obat dalam Pelayanan Kesehatan	20

BAB III PROFIL RSUD KABUPATEN TANGERANG

3.1.	Gambaran Umum RSUD Kabupaten Tangerang	25
3.1.1.	Sejarah RSUD Kabupaten Tangerang	25
3.1.2.	Status dan Struktur Organisasi RSUD Kab Tangerang	26
3.1.3.	Visi, Misi dan Motto RSUD Kabupaten Tangerang	28
3.1.4.	Falsafah	29
3.2.	Fasilitas Pelayanan RSUD Kabupaten Tangerang	30
3.2.1.	Poliklinik/Rawat Jalan	30
3.2.2.	Instalasi Gawat Darurat	31
3.2.3.	Medical check up dan Pemeriksaan Kesehatan	31
3.2.4.	Rawat Inap	31
3.2.5.	Kamar Bedah	32
3.2.6.	Kamar Bersalin	32
3.2.7.	Hemodialisa	32
3.2.8.	Pelayanan Penunjang Medis	32
3.2.9.	Pelayanan Penunjang Lainnya	33
3.3.	Sumber Daya Manusia	33
3.4.	Kegiatan Pelayanan Rawat Inap	33
3.4.1.	Angka Penggunaan Tempat Tidur	33
3.4.2.	Rata-rata Perawatan	33
3.4.3.	Frekuensi Pemakaian tempat tidur	34
3.4.4.	Interval Pemakai Tempat Tidur	34
3.4.5.	Angka Kematian Netto	34
3.4.6.	Angka Kematian Umum	34
3.5.	Pelayanan Rawat Inap	35
3.6.	Pelayanan Pasien Miskin	35
3.7.	Prestasi yang dicapai RSUD Kabupaten Tangerang	38

BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1.	Kerangka Konsep	39
4.2.	Variabel dan Definisi Operasional	41

BAB V METODOLOGI PENELITIAN

5.1.	Desain Penelitian	45
5.2.	Populasi dan Sampel	45
5.3.	Instrumen Penelitian	46
5.4.	Pengumpulan Data	48
5.5.	Analisis Data	49

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1.	Penyajian Penelitian	52
6.2.	Hasil Analisis univariat berdasarkan karakteristik pasien	52
6.2.1.	Jenis kelamin pasien	52
6.2.2.	Umur pasien	53
6.3.	Jenis diagnosis	53
6.4.	Jenis Ruang Rawat Pasien	54
6.5.	Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Karakteristik Dokter	55
6.5.1.	Lama kerja dokter	55
6.5.2.	Status dokter yang membuat resep.	56
6.5.3.	Jenis keahlian dokter	56
6.6.	Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Jumlah Obat Formularium dan Non formularium	57
6.6.1.	<i>Recipe</i> obat formularium dan Non formularium	57
6.7.	Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Biaya Resep Obat Formularium dan Non Formularium.	58
6.8.	Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Nama Obat	59
6.8.1.	Nama obat formularium dan Non formularium	59
6.9.	Hasil Analisis Bivariat	61
6.9.1.	Hasil Analisis Bivariat pada Karakteristik Pasien	61
6.9.5.	Hasil Analisis Bivariat pada Karakteristik Dokter	64
6.10.	Hasil Analisis Multivariat	65

BAB VII PEMBAHASAN

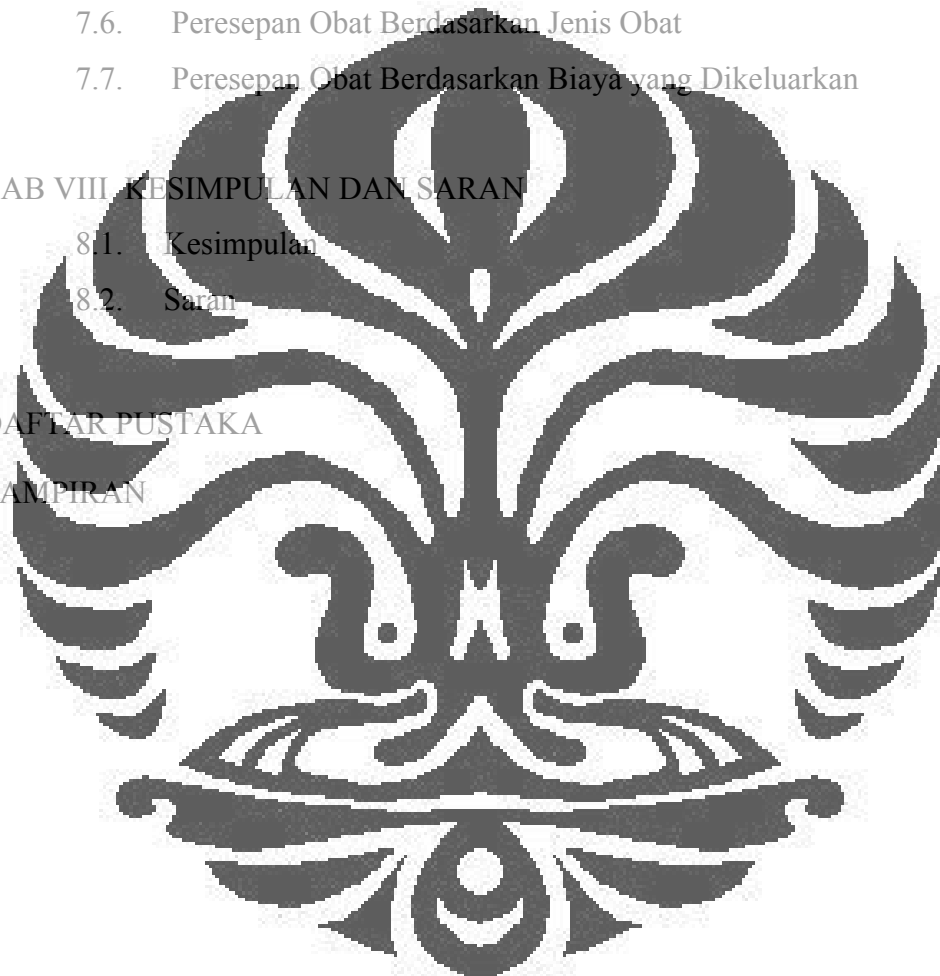
7.1.	Keterbatasan Penelitian	71
7.2.	Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Kelamin dan Umur Pasien	71
7.3.	Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Diagnosis	73
7.4.	Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Ruang Rawat	73
7.5.	Peresepan Obat Berdasarkan Karakteristik Dokter	74
7.6.	Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Obat	75
7.7.	Peresepan Obat Berdasarkan Biaya yang Dikeluarkan	76

BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN

8.1.	Kesimpulan	78
8.2.	Saran	80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	36
Pelayanan Pasien Rawat Inap ASKESKIN Tahun 2006 Berdasarkan Asal Wilayah	
Tabel 3.2	36
Program Pelayanan Masyarakat Miskin RSUD Kabupaten Tangerang	
Tabel 4.2	41
Variabel dan Definisi Operasional	
Tabel 5.1	46
Ratio Perbandingan Jumlah resep miskin dan resep non- formularium per Agustus-Desember 2007 di Rawat inap	
Tabel 6.2.1.	53
Distribusi pasien menurut jenis kelamin di Rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.2.2.	53
Distribusi jumlah pasien berdasarkan umur pada pasien askeskin Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.3.1.	54
Distribusi jenis diagnosis pasien askeskin pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.4.1.	55
Distribusi jenis ruang rawat pasien askeskin pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang	

Tabel 6.5.1.	55
Distribusi lama kerja dokter pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.5.2.	56
Distribusi status kerja dokter pada Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.5.3.	57
Distribusi jenis keahlian dokter pada rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.6.1.	58
Distribusi <i>recipe</i> obat pada pasien rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang	
Tabel 6.6.2.	58
Distribusi <i>recipe</i> obat pada pasien rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang periode Agustus sampai Desember 2007	
Tabel 6.7.1.	59
Biaya resep obat formularium dan non formularium periode Agustus sampai Desember 2007	
Tabel 6.8.1.	59
Distribusi nama obat yang diresepkan di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.8.2.	60
Distribusi nama obat non formularium di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	

Tabel 6.8.3.	61
Distribusi nama obat formularium di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.9.1.	62
Tabulasi silang resep obat menurut karakteristik pasien rawat inap Askeskin di RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.9.5.	65
Tabulasi silang resep obat dengan karakteristik dokter yang merawat pasien Askeskin di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007	
Tabel 6.10.1.	66
Analisis Regresi Logistik Model Penuh	
Tabel 6.10.2.	67
Ringkasan Model	
Tabel 6.10.3.	68
Analisis Regresi Logistik Tereduksi	

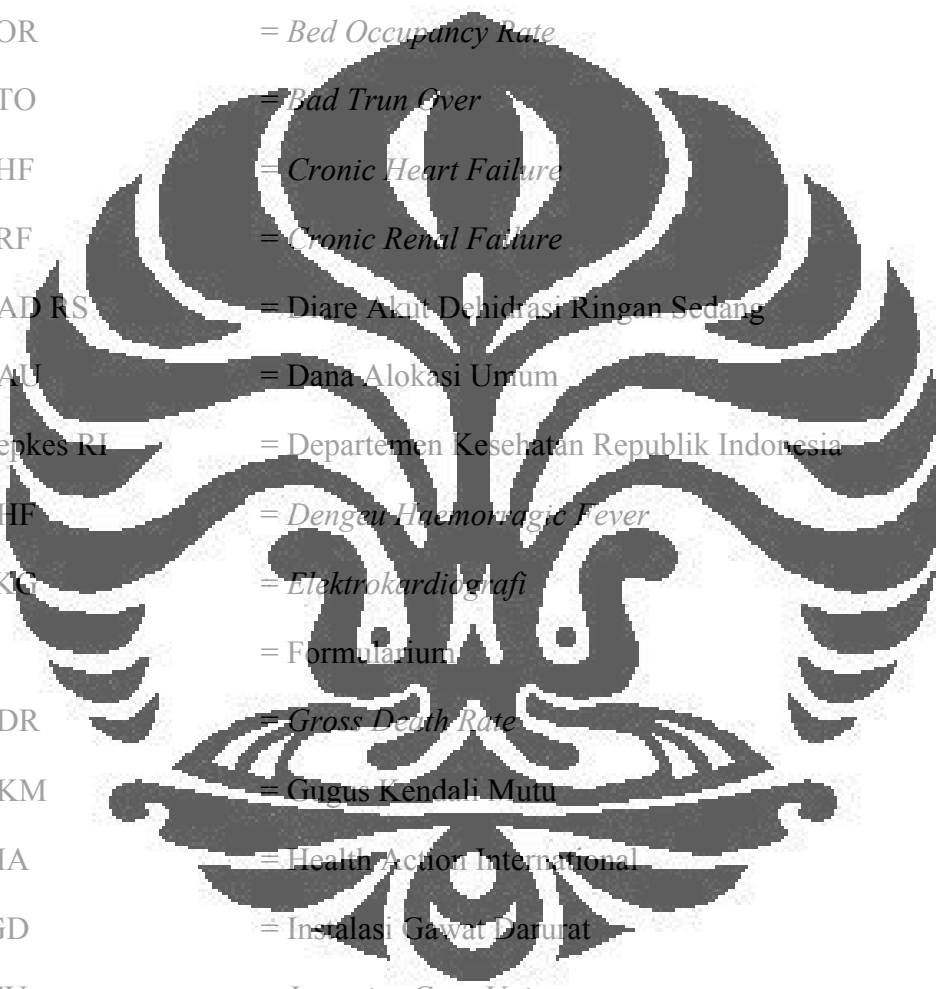
DAFTAR GAMBAR

Gambar. 3.1. 27
Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Tangerang

Gambar. 4.1. 40
Kerangka konsep analisis obat non farmakrium pada peserta Askeskin



DAFTAR ISTILAH



ASKES	= Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	= Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BOR	= <i>Bed Occupancy Rate</i>
BTO	= <i>Bad Trun Over</i>
CHF	= <i>Cronic Heart Failure</i>
CRF	= <i>Cronic Renal Faature</i>
DAD RS	= Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang
DAU	= Dana Alokasi Umum
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DHF	= <i>Dengeu Haemorrhagic Fever</i>
EKG	= <i>Elektrokardiografi</i>
F	= Formularium
GDR	= <i>Gross Death Rate</i>
GKM	= Gugus Kendali Mutu
HIA	= <i>Health Action International</i>
IGD	= Instalasi Gawat Darurat
ICU	= <i>Intensive Care Unit</i>
JPKMM	= Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin
JPSBK	= Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
LOS	= <i>Length Of Stay</i>
MENKES	= Menteri Kesehatan
NDR	= <i>Net Death Rate</i>
NF	= Non Formularium

NICU	= <i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
PDPSE	= Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi
PFT	= Panitia Farmako Terapi
PKPS-BBM	= Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak
PNS	= Pegawai Negeri Sipil
PSK	= Pengukuran Setelah Pengukuran
PTT	= Pegawai Tidak Tetap
RL	= <i>Ringer Laktat</i>
RS	= Rumah Sakit
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
THT	= Telinga Hidung Tenggorokan
TKK	= Tenaga Kontrak Kerja
TNI	= Tentara Nasional Indonesia
TOI	= <i>Trun Over Internal</i>
USG	= <i>Ultrasonografi</i>
WHO	= World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penggunaan obat masih merupakan masalah yang kompleks antara lain dikarenakan biaya obat yang mahal. Penulisan obat mahal belum tentu efektif dari obat yang lebih murah, salah satu upaya pemerintah adalah mengendalikan penggunaan obat dengan mengeluarkan peraturan tentang pembinaan dan tata tertib alur penggunaan obat di rumah sakit melalui peraturan menteri kesehatan RI No.085 tahun 1989, yang isinya antara lain menyusun buku formularium sebagai pedoman penggunaan obat (Depkes RI, 1998).

Banyaknya obat baru yang beredar di pasaran dan kompleksnya penggunaan obat-obatan tersebut menyebabkan semakin sulitnya pengambilan keputusan tentang obat apa yang terbaik untuk digunakan pada kasus tertentu ditinjau dari segi manfaat dan biaya. Oleh karena itu perlu direncanakan dan dilaksanakan suatu program evaluasi penggunaan obat di rumah sakit, yang hasilnya nanti dapat dijadikan dasar untuk mengidentifikasi kekurangan dan menyusun strategi untuk perbaikan (Trisna, 2002).

Perawatan penderita di rumah sakit dan dalam fasilitas perawatan kesehatan lain sering kali tergantung pada keefektifan penggunaan obat. Keragaman obat yang tersedia mengharuskan dikembangkannya suatu program penggunaan obat yang baik di rumah sakit. Untuk memastikan bahwa penderita menerima perawatan yang terbaik, rumah sakit harus mempunyai suatu program evaluasi pemilihan dan penggunaan obat yang objektif di rumah sakit. Program ini adalah dasar dari terapi obat yang tepat dan

ekonomis. Konsep sistem formularium adalah suatu metode untuk mengadakan program demikian dan telah digunakan di berbagai rumah sakit (Siregar,2004).

Suatu sistem formularium yang dikelola dengan baik mempunyai tiga kegunaan yang memberikan tiga keuntungan atau manfaat bagi rumah sakit. Kegunaan yang pertama dari sistem formularium adalah membantu meyakinkan mutu dan ketepatan penggunaan obat dalam rumah sakit. Kedua, adalah sebagai bahan edukasi bagi staf tentang terapi obat yang tepat. Ketiga, adalah memberi ratio manfaat biaya, yang bukan hanya sekedar pengurangan harga. (Siregar, 2004).

Pada umumnya hanya obat formularium yang disetujui untuk digunakan secara rutin dalam rumah sakit. Asas yang mendasari adanya suatu proses pemberian persetujuan penggunaan obat non formularium di rumah sakit adalah jika kebutuhan individu atau penderita tertentu tidak dapat dipenuhi oleh obat formularium. Oleh karena itu, harus ada kebijakan dan prosedur yang telah disetujui untuk memperoleh persetujuan penggunaan obat non formularium. Proses ini akan mencakup pengadaan informasi tentang penggunaan obat non formularium, untuk memungkinkan mengkaji kecenderungan dalam penggunaan obat non formularium. Ini dapat mempengaruhi keputusan penambahan atau penghapusan dari formularium. Juga harus ada suatu proses untuk memperoleh obat non formularium tepat pada waktunya (Siregar, 2004).

Dengan diberlakukannya sistem formularium di rumah sakit, ada saja tanggapan yang positif dan negatif. Tanggapan negatif ini dikemukakan oleh kelompok minoritas tertentu di rumah sakit karena salah pengertian. Tanggapan negatif itu antara lain:

1. Sistem formularium menghilangkan hak-hak prerogatif dokter untuk menuliskan dan memperoleh merek obat pilihannya.

2. Sistem formularium dalam banyak hal, memungkinkan apoteker bertindak sebagai penilai tunggal atas merk dagang obat yang dibeli dan di- *dispensing*.
3. Sistem formularium memungkinkan pembelian obat bermutu rendah, terutama dalam rumah sakit yang tidak memiliki apoteker rasa komitmen pada mutu pelayanan penderita yang terbaik.
4. Sistem formularium tidak mengurangi harga obat kepada penderita karena kebanyakan rumah sakit membeli dalam volume besar obat pada harga yang telah dipotong, tetapi harga potongan itu tidak sampai kepada penderita.

Di dalam kaitan penyedia pelayanan kesehatan, pemerintah sering dihadapkan dalam dilema. Di satu pihak harus dapat menyediakan pelayanan kesehatan dalam jumlah (kuantitas) yang mencukupi, namun di satu pihak lain harus menjaga mutu (kualitas) layanannya bagi seluruh masyarakat pengguna jasa layanan kesehatannya tidak terkecuali masyarakat miskin atau tidak mampu. Pemerintah selalu berusaha agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau kelompok yang menjadi tanggung jawabnya ini (Siregar, 2004).

Saat ini pemerintah sedang memantapkan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan mekanisme asuransi sosial sebagai awal dari pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial secara menyeluruh yang bersifat wajib bagi seluruh masyarakat. Berdasarkan pengalaman masa lalu dan belajar dari pengalaman berbagai negara lain yang telah lebih dahulu mengembangkan jaminan kesehatan, sistem ini merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Sistem jaminan pemeliharaan kesehatan akan mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan

standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan formularium dan penggunaan obat rasional yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya (Depkes RI, 2007).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin tahun 2007 menyatakan bahwa pelayanan rawat inap bagi peserta askeskin dilaksanakan pada puskesmas perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS khusus TNI/Polri dan RS swasta yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero). Pelayanan obat puskesmas beserta jaringannya dan di rumah sakit diantaranya adalah:

1. Untuk memenuhi kebutuhan obat di rumah sakit, instalasi farmasi/apotik rumah sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin sebagaimana tercantum dalam formularium obat pelayanan kesehatan program askeskin sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh menteri kesehatan.
2. Apabila terjadi peresepan di luar ketentuan sebagaimana di atas maka pihak rumah sakit (Pemerintah Daerah) bertanggungjawab menanggung selisih harga tersebut.
3. Apabila terjadi ketiadaan obat sebagaimana diatas maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait. Dan instalasi farmasi/apotik rumah sakit dapat mengganti obat sebagaimana tersebut dengan obat-obatan yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.

Pemerintah daerah dapat berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing

antara lain menanggung selisih tarif di rumah sakit, dan menanggung biaya obat di luar obat formularium rumah sakit program JPKMM–Askeskin 2007.

Selama tahun 2006 Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang mengeluarkan sebanyak 70.881 resep obat rawat inap untuk peserta askeskin. Didasarkan atas instruksi direktur RSUD Kabupaten Tangerang Nomor: 442/4676-TU/10/2005 tentang penulisan resep obat bagi pasien pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang, dinyatakan bahwa penambahan jenis/merk obat baru yang belum tercantum dalam standar formularium terapi dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku melalui panitia formularium dan terapi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang. Melalui surat tugas nomor: 875/5491/Kepeg/8/2006 ditetapkan pegawai yang melaksanakan tugas pengendalian penggunaan obat dan alat kesehatan bagi peserta PT. Askes bagi maskin maupun PNS sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagi RSUD Kabupaten Tangerang, memberikan pelayanan kepada keluarga miskin atau yang terdiri atas pasien yang terbebaskan dari biaya dan yang mendapatkan keringanan, sudah merupakan bagian dari fungsi sosialnya. Ini terlihat dari belanja obat sepanjang tahun 2006 sebesar 24.252 miliar dan pemakaian untuk pasien askeskin sebesar 10.744 miliar atau sebanyak 44 persen dari belanja obat keseluruhan.

Di samping biaya obat yang tidak sedikit dan juga kebijakan pemerintah tahun 2007 tentang formularium obat untuk terapi pasien askeskin yang menyatakan bahwa obat-obat di luar non formularium menjadi tanggungan rumah sakit tempat pasien askeskin dirawat.

1.2. Rumusan Masalah

Pemerintah melalui keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor: 417/Menkes/SK/IV/2007 mengatur mekanisme pembiayaan obat untuk peserta askeskin yang menyebutkan pelayanan obat peserta askeskin di rumah sakit harus mengikuti pedoman tatalaksana pelayanan kesehatan untuk askeskin. Disebutkan bahwa apabila terjadi ketiadaan obat seperti yang tertera di formularium, maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut dan peserta askeskin tidak boleh dikenakan iur bayar dengan alasan apapun. Hal ini menjadi beban rumah sakit.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1. Umur dan jenis kelamin pasien askeskin yang mana paling banyak mendapatkan obat non formularium selama dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?
- 1.3.2. Diagnosis apa yang paling banyak diberi obat non formularium oleh dokter untuk askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?
- 1.3.3. Jenis ruang rawat apa yang paling sering mengeluarkan resep obat non formularium untuk pasien peserta askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?
- 1.3.4. Status Dokter dan lama kerja yang bagaimana paling banyak mempengaruhi peresepan obat non formularium untuk peserta askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?

1.3.5. Dokter dengan jenis keahlian apa yang paling banyak meresepkan obat non formularium untuk peserta askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?

1.3.6. Obat apa yang paling banyak diberikan untuk pasien peserta askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tentang obat non formularium untuk pasien peserta askeskin pada rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

1.4.2. Tujuan khusus

1.4.2.1. Mengetahui Umur dan jenis kelamin pasien askeskin yang mana paling banyak mendapatkan obat non formularium selama dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007.

1.4.2.2. Mengetahui Diagnosa apa yang paling banyak diberi obat non formularium oleh dokter untuk askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007.

1.4.2.3. Mengetahui Jenis Ruang Rawat apa yang paling sering mengeluarkan resep obat non formularium untuk pasien peserta askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007.

1.4.2.4. Mengetahui status Dokter dan lama kerja yang bagaimana paling banyak mempengaruhi persepsian obat non formularium untuk peserta askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007.

1.4.2.5. Mengetahui Dokter dengan jenis keahlian apa yang paling banyak meresepkan obat non formularium untuk peserta askeskin yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007.

1.4.2.6. Mengetahui obat yang paling banyak diberikan untuk pasien peserta askeskin pada ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Manfaat Penelitian untuk Manajemen RSUD Kabupaten Tangerang

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan telaah terhadap suatu proses pelayanan khususnya yang menyangkut masalah standar obat askeskin dan menjadi acuan bagi rumah sakit untuk mencari solusi yang terbaik untuk obat yang tertera di formularium dapat digunakan semaksimal mungkin. Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang untuk mencari solusi yang terbaik.

1.5.2 Manfaat Penelitian untuk Masyarakat

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat untuk masyarakat luas, baik untuk akademisi, pemerhati kesehatan masyarakat maupun organisasi kemasyarakatan sehingga menjadi wacana yang dapat menjadi manfaat dan sebagai sosial kontrol.

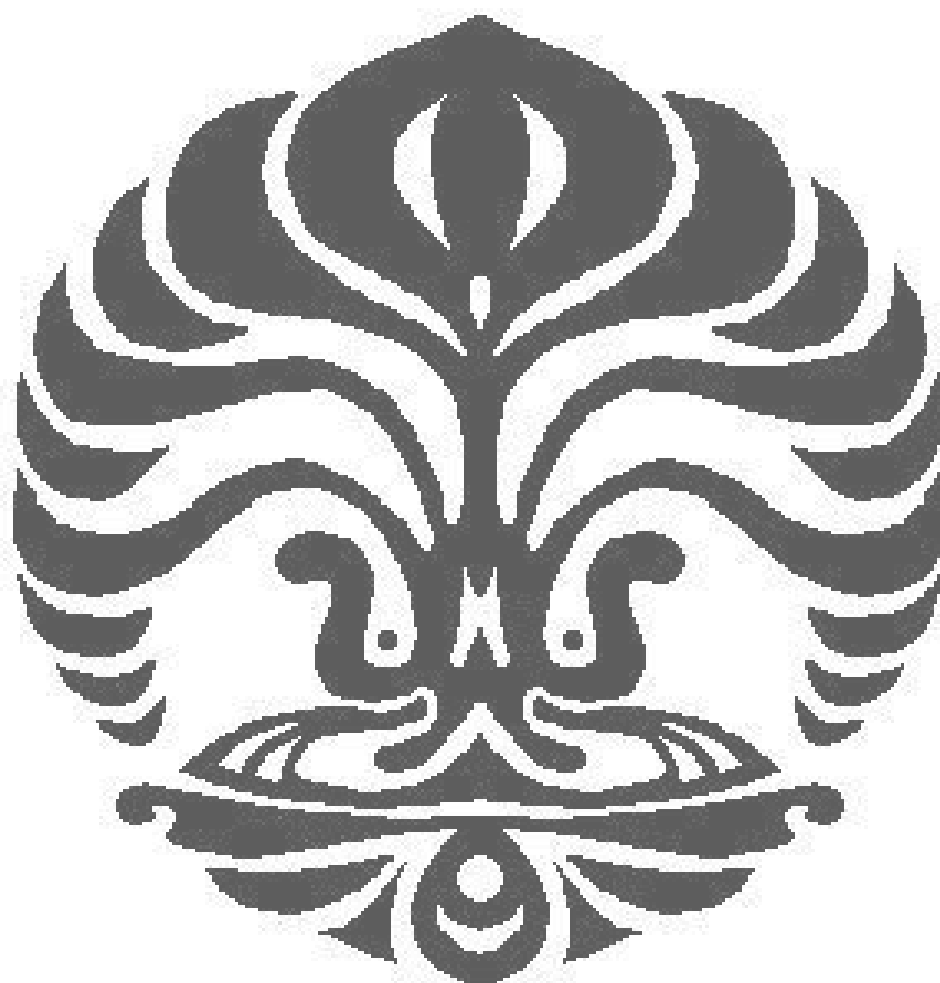
1.5.3 Manfaat Penelitian untuk Otoritas Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat membuka wacana dan meningkatkan minat untuk melakukan kajian terhadap formularium obat askeskin di fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia, Nomor: 17/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin tahun 2007. Demikian pula dapat menjadi tinjauan atas kebijakan-kebijakan formularium askeskin tersebut dan kemungkinan-kemungkinan untuk penyempurnaannya serta kebijakan-kebijakan pemerintah tentang pembiayaan masyarakat miskin di Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini berada dalam lingkup farmako ekonomi dengan disain *comparative non experimental study* yang melibatkan manajemen rumah sakit, persepsian obat, biaya obat, perawatan pasien dan berbagai jenis penyakit. Penelitian ini dilakukan di instalasi farmasi, askes *center*, bagian akunting, dan bagian kepegawaian pada RSUD Kabupaten Tangerang. Dan waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai Mei tahun 2008. Objek penelitian adalah lembar resep pasien rawat inap peserta askeskin. Observasi dilakukan pada resep obat non formularium untuk peserta askeskin pada

rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang dari Agustus sampai Desember 2007.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Peresepan Obat

Lembar daftar pemberian obat pasien rawat inap merupakan dokumen layanan kefarmasian yang paling penting dalam lingkungan rumah sakit. Hal-hal yang disarankan pencantumannya dalam lembar daftar pemberian obat pasien rawat inap rumah sakit diantaranya adalah demografi pasien yang terdiri dari: nama, jenis kelamin, alamat, tanggal lahir, berat badan, nomor pasien dalam rumah sakit, nama bangsal, konsultan/spesialis yang menangani pasien, tanggal pasien masuk rumah sakit, diet, instruksi khusus, dan sensitifitas terhadap obat (Tan, Tahun, 2003).

Menurut Kenward (2003), bagi farmasis klinis sangatlah penting untuk mengembangkan suatu pendekatan sistematis terhadap pemantauan resep/pasien sehingga dapat mencegah, mengidentifikasi, membuat prioritas dan mencari penyelesaian masalah terkait resep yang aktual dan potensial idealnya, perlu kajian terhadap pasien dan resep di samping tempat tidur pasien. Sumber informasi berikut ini berguna dalam interpretasi dan kajian resep:

1. Lingkungan

- Bangsal
- Tim Medis
- Keadaan Sekitarnya

2. Pasien

- Nama
- Jenis Kelamin

- Usia
- Tinggi dan Berat Badan
- Penampilan
- Dialog

3. Lembar Daftar Obat

4. Lembar Observasi

5. Catatan Medis/Keperawatan Pasien

6. Tenaga Kesehatan Profesional

Faktor-Faktor yang mempengaruhi dalam persepsian obat di rumah sakit dapat dilihat dari berbagai sisi meliputi:

1. **Karakteristik Dokter**

Dokter sebagai penulis resep dalam siklus pengobatan mulai dari anamnesis sampai penggunaan obat merupakan suatu proses yang sangat kompleks yang mengandung keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan dan keterampilan bagi penulis resep (dokter) di rumah sakit (Depkes RI, 2000).

Menurut As'ad (1987), kemampuan kerja dalam suatu bidang kerja atau jabatan tertentu, didasari oleh kemampuan profesional yang diperoleh selama belajar di suatu lembaga pendidikan.

• **Masa Kerja**

Pengalaman masa kerja dan lama waktu bertugas dalam melaksanakan pekerjaan berpengaruh terhadap keterampilan seseorang. Lama masa kerja berkaitan dengan penampilan seseorang, makin lama kerja makin terampil dan bertambah pengetahuannya (Azwar, 1998). Sedangkan menurut Anderson (1974) seseorang yang

sudah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan pengalaman lebih banyak yang memegang peranan dalam pembentukan perilaku petugas.

- **Keahlian**

Makin tinggi kemampuan dan keterampilan seseorang, akan makin mudah orang tersebut melakukan pemahaman terhadap suatu masalah khususnya terhadap pemahaman standi obat. Kemampuan dan keterampilan sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, kesiapan mental dan fisik, kecakapan, interpersonal, dan teknis (Alwi, 2002).

Model kerangka kerja Green (1986), yang diperlukan untuk diagnosis, perencanaan dan intervensi pendidikan kesehatan di mana faktor-faktor seperti; umur, jenis kelamin, masa kerja dan tingkat pendidikan tenaga kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku tenaga kesehatan (Siswati, 2001).

- **Bagian Ilmu Penyakit**

Hemminki (1998), membedakan antara faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi secara makro (yang disebut sebagai *conditioning factors*) dan faktor-faktor yang mempengaruhi dokter secara individual. *Conditioning factor* yang utama adalah pendidikan profesi serta pengajaran medis dan cara pemikiran profesional yang menetapkan konsep sehat-sakit.

2. Karakteristik Pasien

- **Umur Pasien**

Faktor umur menjadi yang dipertimbangkan penulis resep dalam menentukan dosis yang tepat, umur juga menentukan pilihan jenis persediaan obat yang akan diberikan (Depkes 2000).

- **Jenis Kelamin Pasien**

Berdasarkan farmakologi jenis kelamin pasien tidak menjadi pertimbangan dalam menentukan dosis, jenis sediaan, cara pemberian dan lama pemberian obat kepada pasien. Akan tetapi secara psikososial jenis kelamin laki-laki lebih menerima apa adanya obat yang diberikan dokter, sementara jenis kelamin perempuan lebih banyakuntutannya kepada petugas pemberi pelayanan pengobatan (Azwar, dikutip dari Siswati, 2001).

2.2. Formularium Obat

Dalam pelaksanaan pelayanan farmasi rumah sakit yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan pelayanan yang lain di rumah sakit, melibatkan berbagai pihak yang mempunyai kepentingan berbeda menurut fungsi masing-masing.

Sejak ditetapkan pembentukan komite Nasional Farmasi dan terapi pada tahun 1995 melalui surat keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 085/MenKes/Per/1/1998, masih banyak keluhan masyarakat terhadap pemberian dan harga obat di rumah sakit yang tidak terjangkau dan tidak rasional. Begitu juga tentang informasi obat yang sangat dibutuhkan masyarakat (Depkes RI, 1998).

Keadaan ini membawa kita kepada situasi untuk mengambil langkah kongkrit dalam pelayanan farmasi rumah sakit dari *drug oriented* menjadi *pasien oriented* dengan manajemen yang juga berfokus pada pasien atau penderita (Depkes RI, 1998).

Secara umum keputusan untuk memasukkan suatu obat ke dalam Formularium rumah sakit ditentukan oleh 2 faktor, yaitu:

1. Faktor Institusional, melihat tempat di mana obat tersebut akan digunakan.

2. Faktor-Faktor khusus yang berkaitan dengan farmakokinetik obat-obatan, bio farmasi dan biaya (Depkes, RI, 1998).

Salah satu tanggung jawab utama PFT adalah mengembangkan dan memelihara suatu sistem formularium obat. Formularium dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan farmakoterapi yang optimal karena mengandung obat yang di pertimbangkan oleh PFT, terbaik bagi kebutuhan kesehatan penderita, dikaitkan dengan kemanfaatan dan harga. Apoteker adalah anggota kunci dari tim evaluasi obat karena pengetahuannya dalam farmakologi, toksikologi, terapi, farmakokinetik, sumber obat, pengadaan obat dan sebagainya (Siregar, 2004).

Menurut Siregar (2004), pengkajian secara teliti dan kritis dari pustaka farmasetik dan medik adalah perlu untuk mengevaluasi obat yang diusulkan untuk dimasukkan dalam formularium. Data komparatif berkaitan dengan kemanfaatan, efek merugikan dan harga serta penetapan keuntungan dan kekurangan terapi yang mungkin, memerlukan evaluasi kritis oleh apoteker. Obat dapat ditambah ke atau dihapus dari suatu formularium hanya berdasarkan pada hasil evaluasi PFT.

Dalam banyak rumah sakit, obat non formularium tidak dispensing untuk penderita rawat jalan (*Ambulatory*). Penderita diinstruksikan memperoleh obat non formularium dari farmasi komunitas (Apotek). Untuk penderita rawat inap dengan persyaratan yang ditetapkan PFT, seorang dokter diperkenankan mengorder obat non formularium untuk penderita tertentu dengan menggunakan formulir permohonan obat non formularium (Siregar, 2004).

Menurut McCaffrey dan Nightingale (1994), formularium rumah sakit berperan besar dalam mengurangi/ mereduksi biaya obat dari rumah sakit Christchurch di Amerika. Antara tahun 1990/1991 dan 1991/1992 biaya obat total menurun 2%

sementara secara nasional biaya obat meningkat 11%. Hazle dan hu (1992) membuktikan adanya suatu hubungan bermakna antara penurunan biaya dengan formularium rumah sakit yang terkontrol baik. Mereka mendapatkan bahwa dari 514 rumah sakit (secara nasional di Amerika) yang menerapkan formularium rumah sakit dengan baik membelanjakan dana untuk obat-obat 10,7% lebih rendah dari pada yang tidak menerapkan formularium rumah sakit (Lukas, 2000).

Menurut Smedt (1994), pemakaian formularium rumah sakit diyakini akan membuat penulisan resep lebih mudah, aman, dan rasional. Pembekalan informasi yang benar dan netral akan biaya relatif dan keadaan dari terapi individual akan menginduksi dokter untuk meresepkan secara lebih rasional dan dengan biaya yang ekonomis. Farmasi Rumah Sakit harus dikembangkan menggunakan bukti klinis kemanjuran dari semua obat yang tersedia, memilih obat dengan biaya yang paling efektif dan sebisa mungkin serupa dengan formula umum yang dipakai.

Pengalaman penerapan formularium di Rumah Sakit St. James Dublin, menyatakan pada tahun pertama dilakukan intervensi tanggapan para dokter bagus, penulisan resep obat generik meningkat 50%, penulisan resep yang tidak rasional dan pemakaian Cephalosporin-generasi III menurun. Keseluruhan anggaran/ biaya obat di Rumah Sakit tidak meningkat dibandingkan dengan kenaikan anggaran sebesar 18% di Rumah Sakit Pembanding. Dua tahun kemudian ketika tidak dilakukan intervensi lagi, anggaran/biaya obat Rumah Sakit meningkat tajam dan banyak penulisan resep obat secara tidak rasional. Maka dapat disimpulkan bahwa untuk mencapai tujuan formularium Rumah Sakit, perlu intervensi secara kontinu peminjaman ulang, dan umpan balik yang terus menerus (Feely, 1990).

Di Indonesia menurut Darmansyah dan Wardini (1991), terdapat lebih dari 300 produsen obat dan sekitar 13.600 produk obat, hal ini dapat membuat pihak produsen obat akan berusaha keras untuk dapat menjual produknya dengan berbagai cara dan kiat-kiatnya. Mereka memberi informasi yang berat sebelah mengenai obat-obatannya, member imbalan baik berupa uang, maupun dalam berbagai *sponsorship* lain kepada dokter yang meresepkan obat (Quick, 1982 ; Chren, 1994).

2.3. Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin

Tahun 1987 Bank Dunia mengeluarkan satu publikasi berjudul “ *Finance Health Service in Developing Countries : an Agenda for Reform* ” (World Bank 1987). Dalam publikasi tersebut Bank Dunia melihat adanya tiga masalah, yaitu: *mis – allocation*, *Internal inefficiency of public programs*, dan *inequity in the distribution of benefit from health services*. Untuk mengatasinya Bank Dunia mengusulkan empat reformasi yaitu:

1. Subsidi untuk pelayanan kesehatan pemerintah harus dikurangi.
2. Meningkatkan cakupan asuransi kesehatan.
3. Meningkatkan peran swasta.
4. Mendesentralisir pelayanan kesehatan pemerintah.

Tahun 1993, Bank Dunia memilih kesehatan sebagai pokok Bahasan *World Development Report* (World Bank 1993). Masalah hampir sama dengan publikasi tahun 1987, dengan sedikit perbedaan yaitu:

1. *Missallocation*
2. *Inequity*
3. *Inefficiency*
4. *Exploding cost* (Trisnantoro, 2005)

Menurut Trisnantoro (2005), Sebagai lembaga berpengaruh di negara sedang berkembang, usulan bank dunia tentunya tidak dapat diabaikan. Situasi makro di dunia dipengaruhi oleh Bank Dunia, dan manajemen suatu rumah sakit pemerintah maupun swasta tidaklah lepas dari pengaruh perekonomian dunia. Pada akhirnya terjadi sifat penggeseran rumah sakit yaitu dari suatu organisasi yang bertitik-berat pada fungsi sosial (normatif), menjadi suatu lembaga sosial-ekonomi yang mengarah ke *utilitarian*. Akibat lebih lanjut, hubungan rumah sakit dengan perusahaan asuransi kesehatan akan dipengaruhi oleh hukum-hukum ekonomi.

Menurut Djojoesoedarso (1999), Asuransi kesehatan adalah asuransi yang memberikan santunan kesehatan kepada seseorang (tertanggung) berupa sejumlah uang untuk biaya pengobatan dan perawatan, bila di luar kehendak dia diserang penyakit.

Santunan asuransi kesehatan dapat dilakukan dengan metode:

- a. Sejumlah Uang: Besarnya santunan kesehatan ditentukan ketika asuransi ditutup.
- b. Dara Sakit: Santunan kesehatan yang akan diberikan oleh penanggung kepada tertanggung yang menderita sakit, yang besarnya disesuaikan dengan besar kecilnya biaya pengobatan, termasuk biaya untuk rawat inap. Metode ini yang paling banyak digunakan.

Menurut Sulastomo (1999), asuransi pada dasarnya juga adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko (ekonomi) perorangan menjadi suatu resiko kelompok. Datangnya suatu resiko, termasuk resiko sakit, sering tidak dapat diperhitungkan, sehingga apabila resiko itu ditanggung masing-masing orang yang terkena resiko, beban resiko (ekonomi) adalah berat.

Tetapi apabila resiko perorangan itu dialihkan menjadi resiko kelompok (*risk-sharing*) maka resiko itu dapat diperhitungkan. Hukum bilangan banyak (*The Law of Large Number*), mengatakan semakin besar resiko yang diperkirakan akan menjadi beban perorangan. Maka dapat dikatakan, bahwa mekanisme asuransi adalah suatu alat untuk merubah resiko perorangan yang tidak pasti menjadi pasti. Dari ketidak pastian menjadi suatu kepastian.

Asuransi kesehatan memberikan populasi tertanggung mendapat hak pelayanan kesehatan. Adalah penting untuk memastikan bahwa infrastruktur kesehatan menyediakan jasa itu. Pada prinsipnya, asuransi tidak memerlukan suatu sistem rumah sakit sebagai dasar kesehatan sekunder dan tersier. Hal penting adalah dapat memastikan bahwa kesehatan melayani orang-orang dan memberi haknya (Wonderling, 2005).

Menurut Gani (2001), dalam perkembangan asuransi kesehatan, dapat dilihat pergeseran prinsip dari hanya melindungi peserta dari resiko kerugian (*Indemnity Insurance*) ke arah memelihara kesehatan peserta sehingga resiko tersebut menjadi kecil. Perkembangan lainnya adalah pergeseran dari asuransi yang hanya melindungi resiko individu ke arah sistem yang menanggung resiko kelompok secara gotong royong.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan program Jaring Pengamanan Sosial–Bidang kesehatan (JPSBK) tahun 1998–2001, program dampak pengurangan subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS–BBM) tahun 2002–2004. Pada akhir tahun 2004, Menteri

Kesehatan dengan SK nomor 1241/MENKES/SK XI/2004, Tanggal 12 November 2004, menugaskan PT. ASKES (Pesero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kebijakan ini merupakan perubahan pola pendekatan pelayanan dari pendekatan *supply*. Mekanisme jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin atau askeskin (Depkes RI, 2007).

Menurut Depkes program ini telah memberikan pencapaian yang bermakna. Permasalahan lain masih kurangnya kesadaran dari berbagai pihak akan pentingnya kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan dan masih terbatasnya sumber daya manusia pengelola program. Hal lain yang penting untuk dilakukan adalah membuat standarisasi obat diluar obat generik, alat-alat kesehatan, tarif, serta peningkatan sosialisasi pelaksanaan program kepada semua pihak terkait (Depkes RI, 2007).

Dengan dipacunya asuransi kesehatan sebagai sumber pembiayaan rumah sakit, berarti menunjukkan suatu keadaan bahwa mekanisme pembiayaan tidak melalui mekanisme pajak atau alokasi anggaran departemen dari pemerintah. Dalam hal ini bantuan Sosial/Negara oleh pemerintah atau departemen sosial tentunya terbatas dan seyogyanya ditujukan bagi masyarakat golongan bawah (Trisnantoro, 2005).

2.4. Komponen Biaya Obat dalam Pelayanan Kesehatan

Alokasi anggaran kesehatan antar wilayah selalu menjadi masalah di semua jenjang administrasi. Alokasi anggaran adalah proses melakukan distribusi anggaran kepada unit-unit yang membutuhkannya, yaitu dalam konteks suatu kegiatan tertentu. Untuk sektor kesehatan, ada berbagai jenjang hirarki alokasi anggaran yaitu:

1. Alokasi antar sektor
2. Alokasi antar program
3. Alokasi antar jenjang administrasi
4. Alokasi antar mata anggaran
5. Alokasi antar segmen masyarakat
6. Alokasi antar wilayah. (Gani, 1999).

Menurut Gani (1999), salah satu kelemahan yang sering dijumpai dalam manajemen rumah sakit adalah kurangnya informasi tentang biaya. Sistem akuntansi yang ada umumnya masih ditekankan pada akuntansi keuangan (*financial accounting*). Seperti diketahui akuntansi keuangan pada dasarnya hanya memberikan informasi keuangan yang bersifat statis. Dalam hal ini akuntansi keuangan tidak jelas menggambarkan hubungan antara biaya dengan proses dan *output*. Sehingga seorang manajer rumah sakit tidak mengetahui sejauh mana efektifitas penggunaan sumber daya selama ini.

Analisa biaya rumah sakit adalah suatu proses yang lebih dinamis, yang memberi informasi tentang biaya dan proses sekaligus dengan *output* yang dihasilkan. Informasi ini sangat diperlukan dalam keputusan-keputusan keuangan (*Budgetary Control*) dan penetapan tarif (Gani, 2001).

Menurut Gani (2001), Analisa biaya rumah sakit akan menghasilkan hal-hal sebagai berikut:

1. Informasi untuk kebijaksanaan tarif dan subsidi
2. Dasar pertimbangan dalam negosiasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak menggunakan jasa rumah sakit.
3. Informasi untuk kebijaksanaan pengendalian biaya.

4. Pertanggungjawaban efektifitas biaya dengan pihak yang berkepentingan.
5. Dasar untuk perencanaan anggaran yang akan datang.

Menurut Pujiyanto (2005), di berbagai belahan dunia, belanja pemerintah atau belanja sektor publik termasuk melalui suatu sistem asuransi sosial untuk kesehatan rakyatnya, baik dalam bentuk belanja, untuk program kesehatan masyarakat, maupun belanja untuk pelayanan kesehatan perorangan, merupakan bagian terbesar dari belanja kesehatan suatu negara. Alasan pemerintah mengambil peran yang lebih besar adalah sifat pelayanan kesehatan yang merupakan pelayanan dasar dari sebuah negara, sifat kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak bisa dipastikan besar biayanya, dan kebijakan publik yang memihak rakyat yang telah berkembang lama. Indonesia tampaknya harus belajar banyak dari negara maju dan mengubah sistem pendanaan kesehatan sektor publiknya.

Tidak menentunya kondisi ekonomi di Indonesia juga mempengaruhi pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, baik itu rumah sakit swasta, maupun rumah sakit pemerintah. Sebenarnya keadaan ekonomi tersebut tidak akan berpengaruh langsung pada penerimaan rumah sakit karena jasa pelayanan rumah sakit merupakan kebutuhan mutlak dan tidak elastis terhadap harga pendapatan. Sementara itu, kebutuhan operasional rumah sakit berupa obat-obatan, alat kesehatan dan alat kedokteran terutama kedokteran spesialis sebagian masih di impor sehingga sangat dipengaruhi oleh nilai tukar rupiah. Hal ini yang mengakibatkan biaya operasional rumah sakit setiap tahun berfluktuasi sesuai dengan perhitungan kurs.(Thabrany, 2005).

Menurut Satriabudi (2005), obat merupakan komponen belanja kesehatan yang terbesar di Indonesia. Hal ini terjadi karena obat merupakan bahan yang masih sangat tergantung dari impor dan banyak obat yang terjual di Indonesia adalah obat paten yang

dalam memproduksinya memerlukan biaya besar di negara maju yang tingkat upahnya sangat tinggi. Akibatnya, begitu masuk di Indonesia, harga obat tidak mungkin bisa diturunkan sepertinya harga jamu yang semuanya bersumber dari dalam negeri. Berbagai aspek lain yang menyebabkan pengadaan obat tidak efisien di Indonesia telah menambah beratnya beban masyarakat dan pemerintah dalam pengadaan obat guna memenuhi kebutuhan medis seorang pasien.

Berdasarkan Evaluasi *Health Project IV* (HP IV), apabila penggunaan obat irasional dapat ditekan, maka dapat diperoleh penghematan biaya obat sebesar 28 persen. Di sini irasionalitas penggunaan obat terjadi dalam persepsian antibiotik, polifarmasi, dan penggunaan injeksi pada *myalgia*. Menurut WHO (1987), pemakaian obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Digunakan sesuai dengan indikasi penyakit.
2. Tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau.
3. Diberikan dengan dosis yang tepat.
4. Cara memberikan obat dengan interval waktu yang tepat.
5. Lama pemberiaannya tepat.
6. Obat yang diberikan harus efektif, dengan mutu terjamin dan aman. (Sastria budi,2005).

Hasil survei harga 22 jenis obat yang terbanyak digunakan di 29 negara-negara Asia pasifik tahun 1995 oleh *Health Action internasional* (HIA) Penang, mengatakan bahwa harga obat di Indonesia yang termahal dikawasan ASEAN. Mahalnya harga obat di Indonesia disebabkan hampir seluruh bahan baku obat masih harus diimpor. Sudah barang tentu hal ini menyebabkan harga obat menjadi tergantung pada kurs mata uang asing. Sebenarnya harga obat dengan nama barang *me-too* setara dengan obat generik.

Namun, karena dikemas dengan mewah maka harganya pun menjadi mahal. Sebaliknya, harga obat generik jauh lebih murah karena diproduksi dengan subsidi pemerintah. Obat generik diproduksi untuk memenuhi kebutuhan sektor publik (Satriabudi,2005).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Daerah, pemerintah kabupaten/kota dituntut untuk mampu menyelenggarakan berbagai pelayanan masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan, sesuai dengan kemampuan sendiri. Pemerintah pusat tidak lagi menyalurkan dana bantuan sektoral melalui departemen teknis seperti dimasa lalu. Bantuan pemerintah pusat kepada daerah diberikan dalam *block grant*, melalui Dana Alokasi Umum (DAU). Penggunaan DAU diserahkan sepenuhnya kepada pemerintah daerah. Sayang, di beberapa daerah sebagian besar DAU terserap, untuk membayar gaji pegawai. Oleh sebab itu, perlu adanya efisiensi disegala bidang, termasuk pengadaan dan distribusi obat melalui GFK. (satriabudi,2005)

Data pola distribusi obat 1994/1995 menunjukkan bahwa belanja obat di Indonesia mendekati nilai Rp 3 triliun atau 21 persen dari total belanja kesehatan. Konsumsi obat per kapita adalah sekitar Rp 12.650,00 atau US\$ 5,5 dengan perbandingan pemerintah (Depkes): swasta adalah 0,6:7,4. Dari angka tersebut diatas diperkirakan obat yang tidak dikonsumsi masyarakat setiap tahun sekitar 39,52 persen. Setelah dikurangi dengan nilai ekspor sekitar 7,2 persen, sisa obat yang tidak teresep menjadi *buffer stock* nasional. (satriabudi,2005).

BAB III

PROFIL RSUD KABUPATEN TANGERANG

3.1 Gambaran Umum RSUD Kabupaten Tangerang

3.1.1. Sejarah RSUD Kabupaten Tangerang

Pada tahun 1928 dengan kapasitas 12 tempat tidur, RSUD Tangerang didirikan dengan menempati sebuah ruangan penjara yang sekarang menjadi lokasi Mesjid Agung Al-Ittihad.

Pada tahun 1932 pindah ke jalan Daan Mogot No. 3 dengan 40 kapasitas tempat tidur. Tahun 1943 dipimpin oleh Dr. J. Leimena dengan kapasitas 65 tempat tidur.

Pada tahun 1946 rumah sakit dipindahkan ke Balaraja dan selanjutnya dipimpin oleh Dr. Suparno, Dr. Gembiro, Dr. Satric, Dr. Purwo Sudarmo, Dr. Drajat Prawiranegara dan Dr. Djaka Sutadiwirja.

Tahun 1950, setelah penyerahan kedaulatan Republik Indonesia, rumah sakit kembali ke Jln. Daan Mogot Tangerang bergabung dengan rumah sakit bekas NICA dan dipimpin oleh Dr. Gusti Hasan dan berfungsi sebagai rumah sakit umum.

Pada tanggal 5 Mei 1964 rumah sakit pindah ke jalan A. Yani No.9 dengan 60 tempat tidur dipimpin oleh Dr. Willy Ranti dan tanggal 5 Mei ditetapkan sebagai hari jadi RSUD Kabupaten Tangerang.

Pada tanggal 22 April 1989 Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang dipimpin oleh Dr. H. Syartil Arfan N. SpA dan tahun 1993 status RSUD Tangerang ditingkatkan dari kelas C menjadi kelas B non pendidikan dengan kapasitas 337 tempat tidur dan melayani 23 jenis keahlian spesialisasi. Kemudian bulan April 1994, dilakukan uji coba Rumah Sakit Unit Swadana Daerah bagi RSUD Tangerang dan dua

tahun kemudian pada bulan April 1996 diresmikan sebagai unit swadana daerah. Kemudian memperoleh sertifikat akreditasi penuh untuk bidang administrasi manajemen, perawatan, gawat darurat dan pelayanan pada tanggal 21 Januari 1997. Pada tanggal 5 Februari 2001 Dr. H. Syartil Arfan N.SpA digantikan oleh Dr. H. Budhi Setiawan Sp.P. Mars sebagai Direktur RSUD Tangerang.

Tanggal 20 Desember 2005 berdasarkan Keputusan Bupati Tangerang No. 445/Kep.102-HUK/2005, RSUD Kabupaten Tangerang terhitung mulai tahun 2006 menyelenggarakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan dikeluarkannya PP No.23 tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Pada tanggal 21 Maret 2007 dilakukan pelantikan Dr.H.MJN Mamahit SpOG. MARS oleh Bapak Bupati Tangerang sebagai Direktur RSUD Kabupaten Tangerang menggantikan Dr.H.Budhi Setiawan, SpP.MARS yang memasuki masa pensiun.

Setelah berkembang secara bertahap, saat ini RSUD Kabupaten Tangerang mempunyai bangunan dengan luas keseluruhan 18.624 M2 dengan luas tanah 41.615 M2 dan memiliki 26 jenis keahlian dengan jumlah karyawan 926 orang.

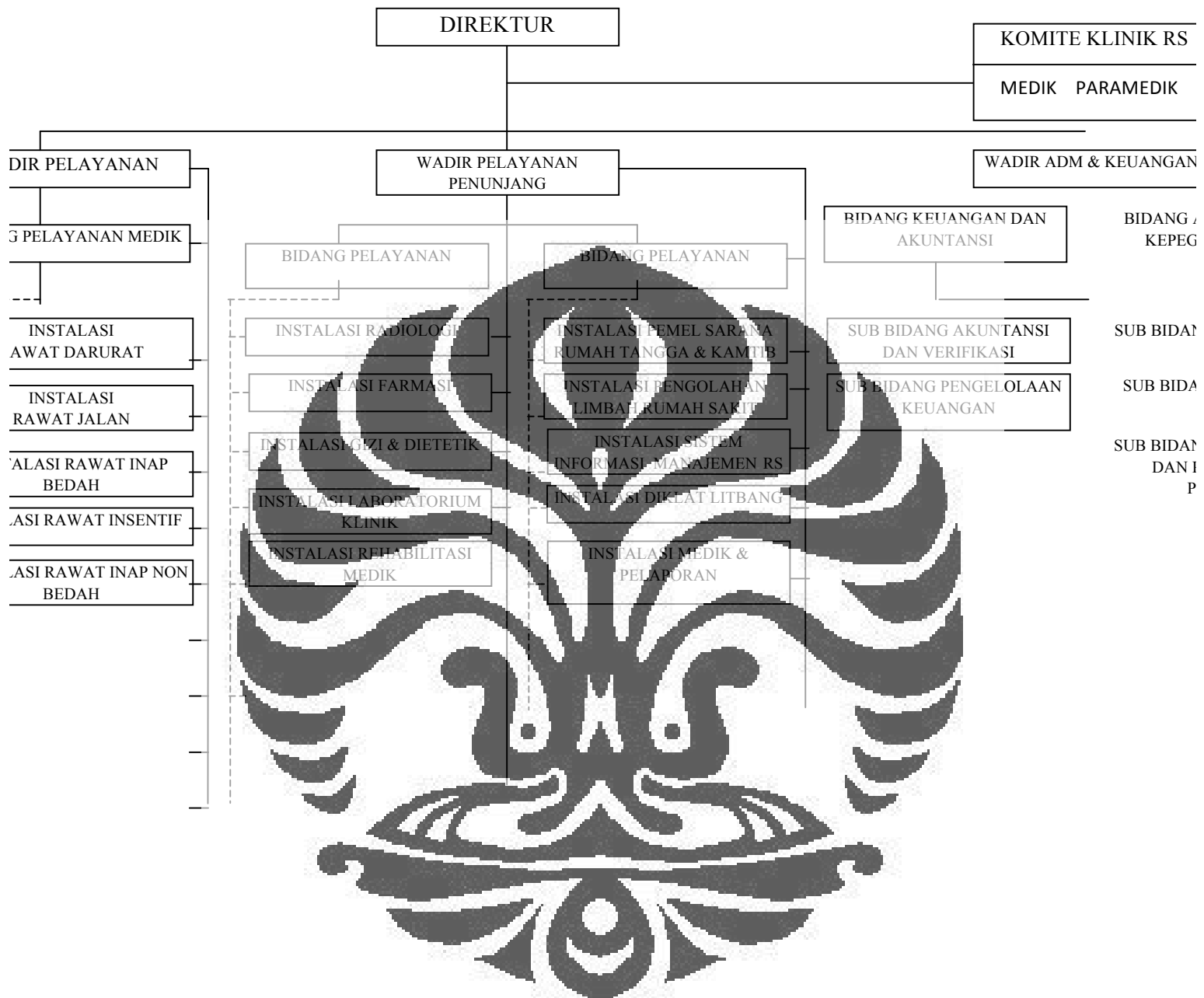
3.1.2. Status dan struktur organisasi RSUD Kabupaten Tangerang

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang merupakan rumah sakit dengan status kelas B non Pendidikan dan menyelenggarakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah berdasarkan keputusan Bupati Tangerang No. 445/Kep.402-HUK/2005 tanggal 20 Desember 2005.

Berikut adalah struktur organisasi RSUD Kabupaten Tangerang.

Gambar. 3.1.

STRUKTUR ORGANISASI RSUD KABUPATEN TANGERANG



INSTALASI KAMAR BEDAH

INSTALASI KEBIDANAN & PENYUKAND

INSTALASI ANESTHESI

INSTALASI PENGUJIAN KESEHATAN

INSTALASI STERILISASI SENTRAL & LAUNDRY

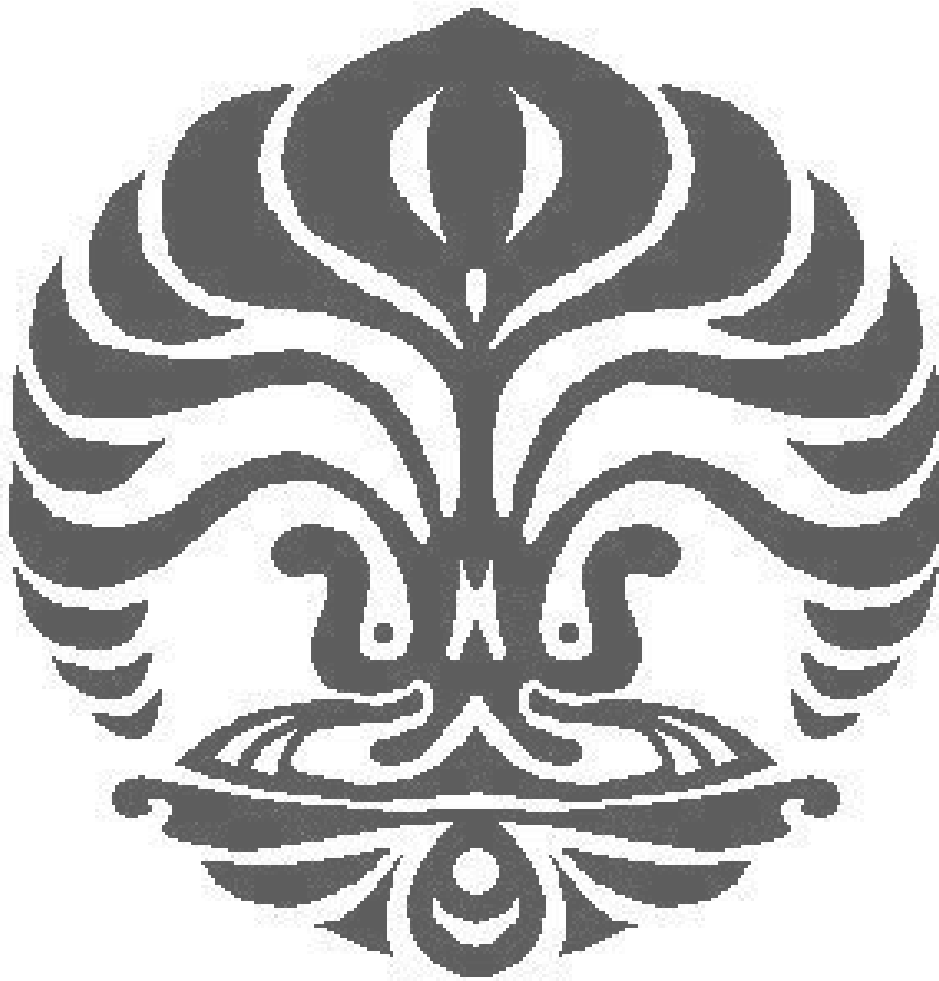
INSTALASI PUSAT DIAGNOSTIK

INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH

INSTALASI PATOLOGI ANATOMI

INSTALASI PEMASARAN & ASURANSI

INSTALASI KEBERSIHAN DAN PERTAMANAN



3.1.3. Visi, Misi dan Motto RSUD Kabupaten Tangerang

3.1.3.1. Visi RSUD Kabupaten Tangerang

Menjadi RS rujukan kasus ruda paksa dan industri serta kesehatan ibu anak untuk wilayah Tangerang dan sekitarnya; otonomi dalam manajemen dan sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan profesional pada tahun 2008.

3.1.3.2. Misi RSUD Kabupaten Tangerang

Menyelenggarakan pelayanan secara komprehensif yang meliputi:

1. Pelayanan rujukan umum untuk seluruh jenis spesialisasi.
2. Pelayanan rujukan khusus dalam bidang traumatologi, kedokteran okupasi dan kesehatan ibu anak bagi seluruh masyarakat Tangerang dan sekitarnya tanpa memandang status sosial.
3. Menyediakan lahan pendidikan bagi tenaga kesehatan, melalui kerjasama dengan institusi pendidikan dan institusi kesehatan lain yang dikelola secara profesional.

3.1.3.3. Motto RSUD Kabupaten Tangerang

Motto RSUD Tangerang adalah “bertemu kasih”

(bersih, tertib, bermutu dan kasih sayang)

1. Bersih mempunyai arti:

- Bertanggung jawab terhadap kebersihan lingkungan kerja dan kebersihan pasien.
- Menjaga kebersihan diri dan berpenampilan menarik.
- Mempunyai pemikiran yang ikhlas terhadap pekerjaan.

- Mengajak orang lain untuk menjaga kebersihan.
- Memelihara fasilitas kerja agar tetap bersih dan rapih.

2. Tertib mempunyai arti:

- Bekerja sesuai dengan prosedur tetap dan standard pelayanan RSUD.

Kabupaten dan perundang-undangan yang berlaku.

- Memelihara dan memanfaatkan fasilitas kerja dengan sebaik-baiknya.
- Memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan urutan pendaftaran.
- Kunjungan keluarga pasien (besuk) sesuai dengan yang telah ditetapkan.

3. Mutu mempunyai arti:

- Memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya berdasarkan protap dan standard pelayanan yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien maupun kepada pengunjung lainnya.
- Berupaya meningkatkan kemampuan dan ketrampilan sesuai dengan perkembangan iptek.
- Selalu menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- Aktif mengikuti kegiatan Gugus Kendali Mutu (GKM).

4. Kasih sayang mempunyai arti:

- Memberikan perhatian penuh kasih sayang kepada penderita/keluarganya untuk mengurangi penderitaan yang dialami dan meningkatkan motivasi untuk sembuh.
- Empati terhadap keluhan pasien/keluarganya.
- Berbicara dengan suara yang jelas, mudah dimengerti dan sopan.

3.1.4. Falsafah

1. Kesejahteraan karyawan rumah sakit mutlak diperhatikan atau ditingkatkan agar terwujud kontribusi pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
2. Kepuasan pelanggan merupakan hal utama yang harus dijadikan sebagai dasar orientasi dalam pelayanan rumah sakit.
3. Keberhasilan misi rumah sakit hanya dapat diwujudkan melalui suatu sistem yang dapat menciptakan budaya kebersamaan, keterbukaan disertai profesionalisme yang menjunjung tinggi etos kerja yang tinggi.

3.2. Fasilitas Pelayanan RSUD Tangerang

3.2.1. Poliklinik/Rawat Jalan

1. Penyakit Dalam
2. Kesehatan Anak
3. Bedah
4. Kebidanan dan Penyakit Kandungan
5. Mata
6. THT
7. Gigi dan Mulut
8. Kulit dan Kelamin
9. Paru
10. Jantung
11. Syaraf
12. Kesehatan Jiwa

13. Gizi
14. Psikologi
15. Terapi Wicara
16. Rehabilitasi
17. Klinik Educator Diabetes
18. Bedah Syaraf
19. Bedah Plastik
20. Bedah Urologi
21. Bedah Onkologi
22. Klinik P2 Asi
23. Poliklinik DOTS
24. Poli Karyawan

3.2.2. Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) Melayani 24 Jam.

3.2.3. Medical Check Up dan Pemeriksaan Kesehatan (KIR DOKTER)

Pelayanan Setiap Hari Kerja : Jam 8.00 – 14.00.

3.2.4. Rawat Inap

Memiliki 13 ruang perawatan yang terdiri dari Kelas VIP, Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3, ruang perawatan intensif (ICU) dan NICU. Terdapat juga paviliun khusus Wijaya Kusuma dengan kapasitas 39 tempat tidur.

3.2.5. Kamar Bedah

Mempunyai dua kamar operasi untuk elektif dan cito.

3.2.6. Kamar Bersalin

Kamar bersalin mempunyai 22 unit tempat tidur.

3.2.7. Hemodialisa

Pelayanan Hemodialisa setiap hari kerja : jam 8.00 – 14.00 WIB dengan kapasitas 9 unit tempat tidur.

3.2.8. Pelayanan Penunjang Medis

Jenis Pelayanan Penunjang Medis Yaitu :

1. Laboratorium Klinik
2. Patologi Anatomi
3. Rontgen
4. Farmasi
5. Konsultasi Gizi
6. U.S.G
7. E.E.G
8. E.K.G
9. Treadmill
10. Spirometri
11. Audiometri
12. CT-Scan

3.2.9. Pelayanan Penunjang Lainnya.

Pelayanan lainnya yaitu ambulance sebanyak 2 unit dan mobil jenazah sebanyak 14 unit.

3.3. Sumber Daya Manusia

Data SDM RSUD Tangerang Yaitu :

1. Medis : 111 orang terdiri dari dokter umum, dokter ahli dan dokter gigi.
2. Paramedis Perawatan : 409 orang.
3. Paramedis Non Perawatan : 86 orang.
4. Non Medis : 320 orang

Jumlah Sumber Daya Manusia RumahSakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang sampai dengan tahun 2007 keseluruhan 926 orang.

3.4. Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

3.4.1. Angka Penggunaan Tempat Tidur/Bed Occupancy Rate (BOR)

BOR memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit. RSUD Kabupaten Tangerang BOR nya 88,17 .

3.4.2 Rata-rata Perawatan/Length Of Stay (LOS)

LOS RSUD Kabupaten Tangerang 4,98 hari, yang berarti masih dalam batas normal.

3.4.3. Frekuensi Pemakaian Tempat Tidur/Bed Turn Over (BTO)

BTO RSUD Kabupaten Tangerang 81,09 Kali, yang berarti frekuensi pemakaian tempat tidur melebihi nilai standar.

3.4.4. Interval Pemakaian Tempat Tidur/Turn Over Interval (TOI)

TOI RSUD Kabupaten Tangerang 0,53 Hari yang berarti waktu kosong tempat tidur di luar nilai standar, bahkan Paviliun Perinatologi tempat tidurnya ditempati oleh lebih dari satu pasien.

3.4.5. Angka Kematian Netto/Net Death Rate (NDR)

NDR RSUD Kabupaten Tangerang 41,24% yang berarti berada di luar nilai standar. Tingginya NDR ini disebabkan karena RSUD Kabupaten Tangerang merupakan pusat rujukan yang pada umumnya menangani kasus-kasus penyakit berat dengan resiko kematian tinggi. NDR nya paling tinggi yaitu di ICU sebanyak 266,67 %.

3.4.6. Angka Kematian Umur/Gross Death Rate (GDR)

GDR RSUD Kabupaten Tangerang 52,97 % yang berarti melebihi angka standar (standar 45%). Hal ini disebabkan RSUD Kabupaten Tangerang merupakan pusat rujukan yang menangani kasus-kasus berat yang tidak dapat ditangani oleh fasilitas pelayanan kesehatan di bawahnya.

3.5. Pelayanan Rawat Inap

RSUD Kabupaten Tangerang memberikan pelayanan untuk pasien yang berasal dari Kabupaten dan Kotamadya Tangerang, juga melayani pasien di luar Tangerang seperti DKI , Bogor dan Bekasi.

Dilihat dari jenis pelayanan (Unit Fungsional Perawatan), maka pasien rawat inap yang terbanyak adalah rawat inap Penyakit Anak yaitu 11,409 (36,54 %).

Berdasarkan kelas perawatan maka pelayanan rawat inap yang terbanyak ada di kelas tiga yaitu 10,74 (34,32 %). Pasien rawat inap terbanyak adalah masyarakat umum (51,43 %), di dominasi oleh penyakit GED.

3.6. Pelayanan Pasien Miskin

Pada awal tahun 2005, melalui keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1241/MENKES/XI/2004 ditetapkan program jaminan pemeliharaan kesehatan penduduk miskin melalui pihak ke tiga yaitu PT.ASKES.

Pelayanan pasien JPKMM pada rawat inap berdasarkan data tahun 2006 dapat dilihat pada table 3.1.

Tabel 3.1.
Pelayanan Pasien Rawat Inap ASKESKIN Tahun 2006
Berdasarkan Asal Wilayah

Bulan	Wilayah				Jumlah
	Kabupaten	Kota	DKI	Luar Daerah	
Januari	382	185	23	10	600
Februari	444	211	34	9	698
Maret	471	260	28	14	773
April	456	222	24	15	717
Mei	548	273	29	20	870
Juni	546	250	31	10	837
Juli	534	261	23	10	828
Agustus	540	272	16	14	842
September	543	263	0	17	823
Oktober	455	252	0	19	726
November	535	277	0	14	826
Desember	537	227	0	7	771
Jumlah	5991	2953	208	159	9311

Sumber : Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang Tahun 2007.

RSUD Kabupaten Tangerang melayani pasien JPKMM rawat inap terbanyak berasal dari wilayah kabupaten yaitu sebesar 64,34 %.

Berbagai program untuk pelayanan pasien miskin di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang dapat dilihat pada tabel 3.2 sebagai berikut :

Tabel 3.2.
Program Pelayanan Masyarakat Miskin
RSUD Kabupaten Tangerang Tahun 2007

No	Program	Sumber Dana	Sasaran	Kasus	Fasilitas
1	JPKMM (Askes Maskin)	APBN	- Pemegang Kartu ASKESKIN - Pemegang KS - Pemegang SKTM - Pemegang kartu SLT - Maskin Terlantar	Semua kasus kecuali: - Kosmetik - General Cek Up - Protesa - Penunjang Diagnostik canggih	- R. Jalan - R. Inap - IGD

				<ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan Alternatif - Pengobatan infertilitas 	
2	Bantuan Pemda kota Tangerang untuk rujukan GAKIN	APBD kota Tangerang	<ul style="list-style-type: none"> - Pemegang KS - Pemegang SKTM - Pemegang Kartu ASKESKIN 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien miskin yang tidak memenuhi syarat masuk program ASKESKIN - Bantuan pemeriksaan/tindakan diluar tanggungan program ASKESKIN 	R.Inap
3	Kerjasama INDOSIAR	Yayasan Peduli Kasih INDOSIAR	Maskin yang perlu dioperasi dan memenuhi syarat/kriteria maskin INDOSIAR	Bedah efektif	-R. Inap
4	Kerjasama RCTI	Yayasan Jalanan Kasih RCTI	Maskin yang memenuhi syarat/kriteria maskin RCTI	Kasus Umum	-R. Inap
5	Gakin propinsi DKI Jakarta	APBD propinsi DKI Jakarta	<ul style="list-style-type: none"> - Pemegang Kartu GAKIN - Pemegang SKTM - Maskin terlantar - Pemegang kartu SLT - Pemegang kartu RASKIN 	<ul style="list-style-type: none"> - Kasus Umum - KLB 	<ul style="list-style-type: none"> - R.Jalan - R.Inap
6	Program RSUD Kab. Tangerang	RSUD Kab.Tangerang	Pasien miskin/mendekati miskin yang tidak memenuhi kriteria program lain diatas	Kasus umum	<ul style="list-style-type: none"> - R.Jalan - R. Inap - IGD

Sumber : Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang Tahun 2007.

3.7. Prestasi yang dicapai RSUD Kabupaten Tangerang

Dengan perkembangan RSUD Kabupaten Tangerang tentunya ada berbagai prestasi yang dicapai yaitu:

- Penghargaan RS. Sayang Bayi (Baby Friendly) dari WHO dan UNICEF, Th. 1995.
- Memperoleh Sertifikat Akreditasi Penuh dan Depkes, Tahun. 1997.
- Juara II Lomba RS Pemerintah Kelas B Tingkat Jawa Barat, Tahun 1997
- Juara III Lomba RS Sayang ibu Kelas B Tingkat Jawa Barat, Th 1997.
- Juara terbaik pertama Penampilan Kinerja Terbaik Pertama Tingkat Nasional dalam rangka Hari Kesehatan Nasional ke 35, Th. 1999.
- Memperoleh Penghargaan Piala Citra Pelayanan Prima oleh Presiden Republik Indonesia Th. 2004.
- Juara I Lomba Rumah Sakit Sayang Ibu Tingkat Provinsi Banten Tahun 2004.
- Akreditasi dari Menteri Pemberdayaan Perempuan RI sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi Terbaik Tingkat Provinsi Seluruh Indonesia Tahun 2004.
- Memperoleh Piagam Penghargaan Gubernur Banten Peringkat II RS Sayang Ibu Tingkat Provinsi Banten Tahun 2006.
- Memperoleh Penghargaan Citra Pelayanan Prima oleh Presiden Republik Indonesia Tahun. 2006.

BAB IV

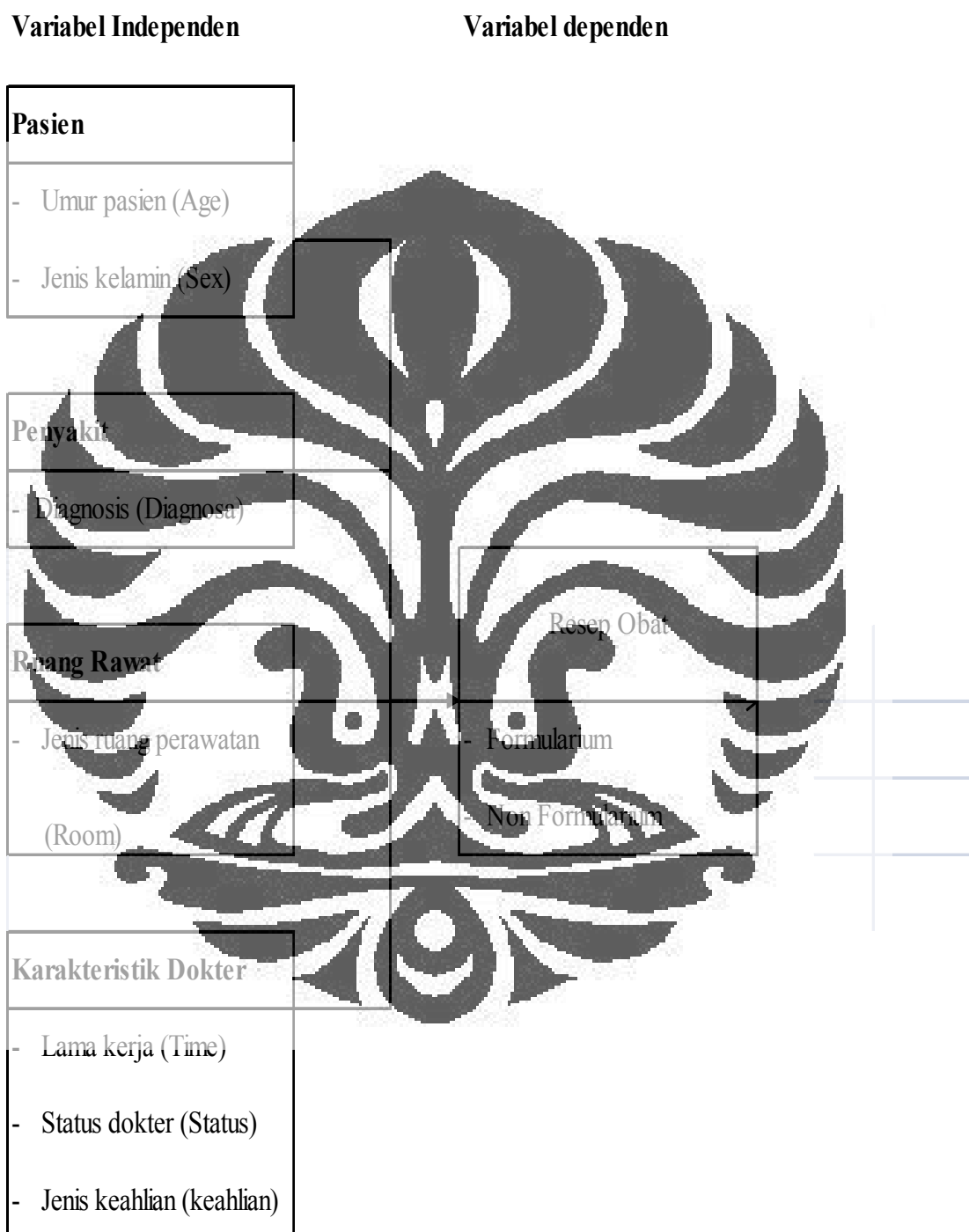
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Konsep

Dari tinjauan pustaka disusun suatu kerangka konsep yang sesuai dengan penelitian *deskriptif retrospektif* dengan menelusuri resep-resep obat pasien peserta askeskin pada rawat inap di RSUD Kabupaten Tangerang.

Dari penelusuran resep-resep rawat inap peserta askeskin dapat diketahui bagaimana pola peresepan obat non formularium menurut karakteristik dokter yang menulis resep, pasien yang dirawat, jenis penyakit, dan ruang rawatnya. Selanjutnya dari resep formularium dan resep non formularium, dengan mengkonfersikan kedalam nilai rupiah maka dapat diketahui beban biaya yang terjadi kemudian disusun model peresepan obat non formularium pada rawat inap pasien askeskin di rumah sakit. Kerangka konsep yang dibangun adalah sebagai berikut:

Gambar 4.1
Kerangka konsep analisis obat non formularium pada peserta Askeskin



4.2. Variabel dan Definisi operasional

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini disusun dalam suatu tabel supaya lebih jelas dan definisi operasional penelitian ini mengacu pada referensi kepustakaan sebagai berikut:

Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil ukur	Sumber
<p>Pasien</p> <p>- Umur Pasien (Age)</p> <p>- Jenis Kelamin (Sex)</p>	<p>Penderita yang berobat dalam hal ini dirawat di ruang rawat rumah sakit</p> <p>Lama hidup yang dilihat berdasarkan kartu status pasien dan resep yang dibuat</p> <p>Lama hidup yang dilihat dari usia baru lahir, anak dan dewasa seperti yang tertera pada resep dan kaidah umur pasien rawat medis</p> <p>Jenis gender pasien berdasarkan kartu status Resep pasien Dan data instalasi farmasi</p>	<p>Ordinal</p> <p>1. Bayi 2. Anak 3. Dewasa</p> <p>Nominal</p>	<p>1= Bayi kurang dari 1 tahun 2= Anak 5 sampai 14 tahun/Balita 1-5 tahun 3= Usia 15 keatas (SRSL,2007)</p> <p>1= Pria 2= Wanita (Joenes,2001)</p>	<p>- Resep</p> <p>- Resep - Data instalasi</p>
<p>Penyakit</p> <p>- Diagnosis</p>	<p>Suatu yang menyebabkan seseorang menjadi sakit atau menderita sakit</p> <p>Jenis penyakit yang membuat seseorang menderita dan jenisnya ditentukan oleh dokter</p>	Nominal	Menurut klasifikasi internasional mengenai penyakit Revisi X (ICD/X).	<p>- Resep - Data askes - Data akunting</p>

Variabel	Defenisi Operasional	Skala Ukur	Hasil ukur	Sumber
<p>Ruang Rawat</p> <p>- Jenis Ruang Rawat (Room)</p>	<p>Tempat pasien atau penderita dirawat</p> <p>Membedakan kelompok ruang pasien di rawat berdasarkan dimana resep dikeluarkan oleh dokter, jenis perawatan dan Diagnosa.</p>	Nominal	<p>1= Bangsal 2= ICU 3= Gawat darurat (Charles,2004)</p>	<p>- Resep - Data akunting - Data askes</p>
<p>Karakteristik Dokter</p> <p>- Lama Kerja (Time)</p>	<p>Tenaga medis yang melakukan praktek kedokteran di RSUD Kabupaten Tangerang</p> <p>Masa berdinasi atau bertugas di rumah sakit</p>	Ordinal	<p>1= Kurang 2 tahun 2= 2 sampai 5 tahun 3= Lebih dari 5 tahun (RSUD,2007) (Arjo, 2004)</p>	<p>Dokumen bidang kepegawaian</p>

Variabel	Defenisi Operasional	Skala Ukur	Hasil ukur	Sumber
- Status Dokter	Kedudukan dokter di Struktur kepegawaian di Rumah Sakit menurut jenis kepegawaiannya	Nominal	1= PNS 2= Tenaga Kontrak (TKK) 3= PTT 4= Residen (RSUD,2007)	- Dokumen Bidang kepegawaian
- Jenis Keahlian	Spesialisasi dokter di rumah sakit RSUD Kabupaten Tangerang yang dibedakan berdasarkan jenjang pendidikan yang sudah dicapai yaitu umum (non spesialis), Spesialis, subspesialis, dokter gigi	Nominal	1= Umum 2= Anak 3= Kebidanan 4= Bedah umum 5= Bedah Digestif 6= Bedah onkologi 7= Bedah okupasi kerja 8= Bedah plastik 9= Bedah ortopedi 10= Bedah syaraf 11= Bedah orologi 12= Penyakit Dalam 13= Jantung 14= Paru 15= Kulit Kelamin 16= Syaraf 17= gigi & Mulut 18= Mata 19= THT 20= Anastesi 21= Jiwa 22= Radiologi (RSUD,2007)	- Resep - Dokumen Kepegawaian

Variabel	Defenisi Operasional	Skala Ukur	Hasil ukur	Sumber
Resep Obat	<p>Lembar tempat penulisan obat untuk pasien yang diberikan oleh dokter yang mengobatinya.</p> <p>Surat yang berisi perintah dokter kepada apoteker yang menyediakan obat sesuai dengan kaidah persepian yang dapat diklasifikasi menjadi obat formularium dan non formularium.</p> <p>Obat Formularium adalah Obat-obat yang masuk dalam daftar lampiran keputusan menteri kesehatan No.417/menkes/Sk/IV/2007.</p> <p>Obat nonformularium adalah Obat-obat yang tidak masuk dalam daftar lampiran keputusan menteri kesehatan No.417/menkes/Sk/IV/2007.</p>	Nominal	<p>Menurut klasifikasi dari lampiran kepmenkes No.417/menkes/Sk/IV/2007</p> <p>Menurut daftar obat RSUD Kabupaten Tangerang</p>	<p>- Resep</p> <p>- Lampiran kepmenkes No. 417/menkes/Sk /IV/2007</p> <p>- Resep</p>

BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Penelitian ini dibuat dengan disain *comparative non experimental study*. Penelitian dilakukan dengan cara Pengukuran Setelah Kejadian (PSK) atau *ex-post facto* (Arikunto,2007). Penelitian ini termasuk dalam lingkup farmako ekonomi berupa *cost description* dalam mana hanya dilakukan pengukuran termasuk biaya, tanpa membandingkan alternatif kegiatan atau program dan tidak mengukur efek atau konsekuensi (Drummond,2000).

5.2. Populasi Dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah semua resep pasien askeskin rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang selama Agustus sampai Desember 2007. Semua resep pasien askeskin rawat inap di lihat berdasarkan *recipe* setiap lembar resepnya.

Berikut ini adalah perbandingan jumlah resep askeskin diterima Instalasi Farmasi dengan jumlah resep Non-formularium Askeskin rawat inap di RSUD Kabupaten Tangerang.

Tabel 5.1

**Ratio perbandingan jumlah resep Maskin dan resep Non-formularium
per Agustus-Desember 2007 di rawat inap**

No	Bulan	Jumlah R/ Formularium	Jumlah R/ Non-formularium	Persentase (%)
1	Agustus	13.559	369	2,72
2	September	14.767	460	3,11
3	Oktober	14.389	579	2,48
4	Nopember	15.628	706	4,51
5	Desember	10.406	800	7,68

Penelitian ini menggunakan seluruh populasi atau total *sampling* karena total subjeknya didapat sudah dalam bentuk *soft file* yang bisa ditangani oleh peneliti.

5.3. Instrumen Penelitian

Instrumen yang dipakai pada penelitian ini berupa formulir/format tabel yang terdiri dari bagian kolom dan baris. Baris yaitu isian nomor pasien (terlampir).

Kolom yaitu isian variabel yang terdiri dari:

- Nama pasien
- Sex
- Umur
- Diagnosis

- Jenis obat
- Formularium atau non formularium (F/NF)
- Harga
- Jenis ruang rawat
- Nama dokter
- Lama kerja
- Status dokter
- Jenis keahlian

Pengamatan dan pengukuran variabel penelitian dilakukan terhadap data sekunder, yaitu pada:

1. Resep
2. Catatan bidang kepegawaian
3. Data askes
4. Daftar harga obat formularium askeskin tahun 2007
5. Daftar harga obat non formularium askeskin tahun 2007

Perhitungan beban biaya akibat persepan obat non formularium didasarkan atas harga obat akibat persepan obat diluar formularium yang sudah ditetapkan oleh pemerintah.

5.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan terhadap kelompok-kelompok variabel yaitu: dokter, pasien, penyakit, ruang rawat, resep obat, dan beban biaya. Data yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:

1. Data Dokter

Data yang dikumpulkan dikelompokkan berdasarkan jenis keahlian, status dokter dan lama kerja. Data diambil dari catatan dokumen *file* kepegawaian dokter. Pengambilan data dilakukan dibagian kepegawaian RSUD Kabupaten Tangerang.

2. Data Pasien

Data pasien didapatkan dari resep yang dikeluarkan dokter selama perawatan. Data dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Pengambilan data dilakukan di bagian instalasi farmasi RSUD Kabupaten Tangerang.

3. Data Penyakit

Pengambilan data dilakukan terhadap diagnosa dan ada tidaknya komplikasi. Data didapatkan dari resep pasien yang dirawat dan data diambil di ruang input data instalasi farmasi dan akunting.

4. Data Ruang Rawat

Data jenis ruang rawat pasien selama dirawat didapat dari *file/dokumen* instalasi farmasi berdasarkan resep obat maskin yang didapatkan dan dicocokkan dengan data akunting.

5. Data Obat

Jenis obat dan biaya obat didapatkan dari file resep dan daftar harga obat sesuai dengan MIMS. Pengambilan data obat dan biaya obat diambil di instalasi farmasi.

5.5. Analisis Data

Analisis data dilakukan pada data sekunder. Proses pengolahan data dan analisis data dimulai dari verifikasi data lapangan, pengkodean data, pengeditan d, pemasukan data, pemberian data, pengolahan data dan analisis data analisis. Data dildapatkan di bagian Sistem Informasi Manajemen Rumah Rakit (SIM), RSUD Kabupaten Tangerang dengan perangkat lunak SPSS var 13.0 meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat.

Analisis univariat dilakukan pada masing-masing variabel untuk mengetahui distribusi frekuensi, tendensi sentral dan ukuran sebaran, dan untuk melihat deskripsi data yang terkumpul dan kelayakannya untuk dianalisis .

Pada analisis bivariat digunakan analisis tabulasi silang (*crosstab*) untuk mengetahui adanya hubungan antara dua variabel independen (semua kategori) dan variabel dependen, dengan menggunakan *uji Chi Square* (uji Chi Kuadrat) hubungan dikatakan bermakna bila nilai *p-value* $\leq 0,05$ dan tidak bermakna bila nilai *p-value* $> 0,05$.

Selanjutnya pada analisis multivariat digunakan analisis regresi logistik pada variabel-variabel yang bermakna pada analisis bivariat, dengan maksud untuk mengetahui uji hubungan dua variabel atau lebih/baik sendiri-sendiri maupun bersama-sama. Analisis multivariat ini digunakan untuk mengetahui variabel independen mana pada ciri-ciri dokter atau pasien maupun ruang rawat yang paling dominan berhubungan pada penulisan resep non formularium. Juga dapat diketahui bentuk hubungan variabel-variabel independen dengan variabel dependen merupakan hubungan langsung maupun tidak langsung. Metode yang dipakai adalah metode *stepwise*, yaitu metode dengan prosedur penyeleksian atau penghilangan beberapa

peubah dalam model regresi logistik didasarkan pada kriteria statistik peubah yang nyata terhadap model. Tahap penyeleksian peubah dilakukan secara iterasi sampai didapatkan peubah-peubah independen yang nyata terhadap model (Hosmer, 1978).

Selanjutnya setelah model regresi logistik didapatkan dilakukan uji kebaikan model yang merupakan suatu pemeriksaan apakah nilai yang diduga dengan variabel di dalam model lebih baik dan akurat dibandingkan dengan model tanpa variabel tersebut (Hosmer dan Lemeshow, 1989). Dengan kata lain dilakukan pengujian hipotesis statistik dalam menentukan apakah variabel-variabel dalam model mempunyai hubungan nyata dengan variabel dependennya (respon).

Menurut Hosmer dan Lemeshow (1989), untuk mengetahui peran seluruh variabel independen di dalam model secara bersama-sama dapat digunakan uji nisbah kemungkinan yaitu uji-G berdasarkan hipotesis berikut:

$$H_0 : B_1 = B_2 = \dots = B_p = 0$$

$$H_1 : \text{Paling sedikit ada satu } B_i \neq 0 \text{ (} i=1,2,\dots,p \text{)}$$

dan rumus yang digunakan adalah

$$G = -2 \ln [L_1/L_0]$$

dengan:

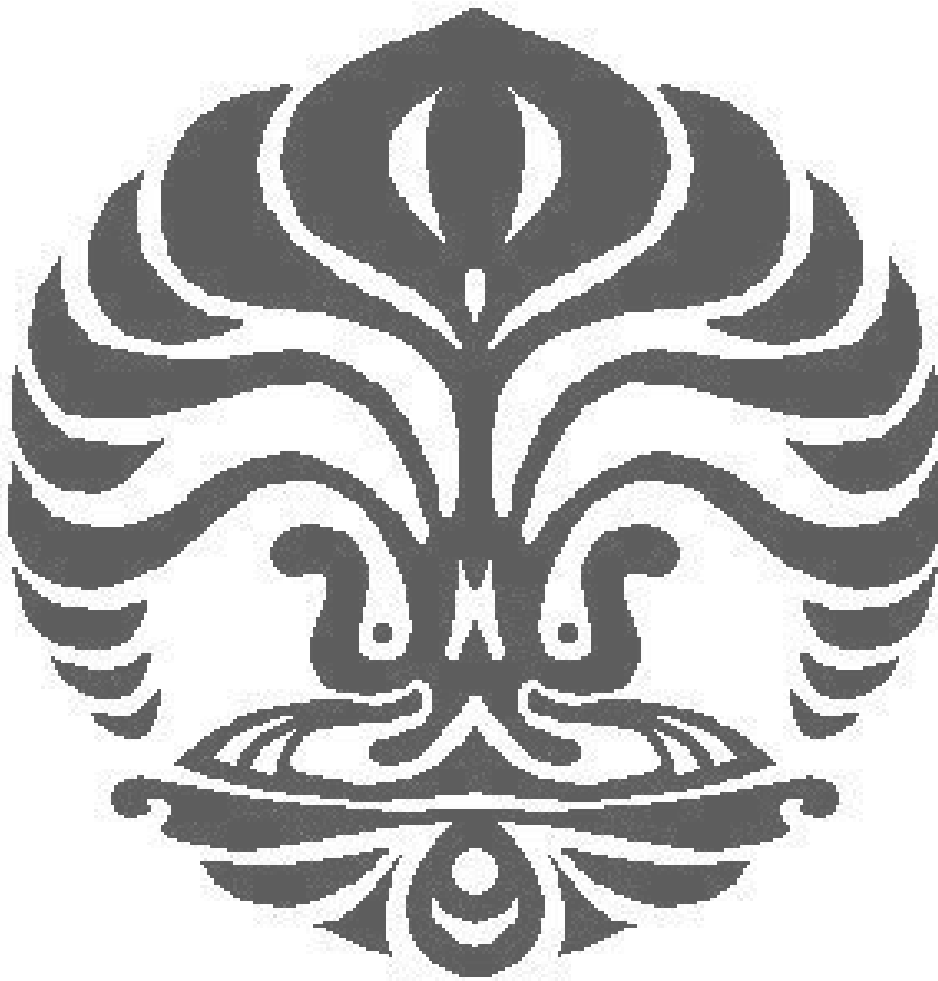
L_0 = nilai Log Likelihood model penuh

L_1 = nilai log likelihood model tereduksi

yang mengikuti sebaran χ^2 dengan derajat bebas q (banyaknya variabel yang direduksi).

Pada analisis multivariat tidak dilakukan uji interaksi pada variabel-variabel independen dikarenakan dalam pendugaan koefisien regresinya, regresi logistik membutuhkan prosedur estimasi yang berbeda dari prosedur yang digunakan pada

regresi linier, yaitu metode kemungkinan maksimum (*maximum likelihood*) dimana antara variabel independen yang satu dan yang lain diasumsikan saling bebas.



BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1. Penyajian Penelitian

Penyajian hasil penelitian dimulai dari hasil analisis yang bertahap, dimulai dari analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Kesemua analisa data akan mempengaruhi variabel formularium dan non formularium.

Tahap penyajian juga akan disertai tabel agar memudahkan dalam penelaahan hasil penelitian. Disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi variabel formularium dan non formularium berdasarkan karakteristik pasien, jenis penyakit, jenis ruang perawatan, dan ciri dokter yang meresepkan.

6.2. Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Karakteristik Pasien

6.2.1. Jenis Kelamin Pasien

Dari keseluruhan resep yang diteliti, ditemukan sebanyak 2.195 pasien. Pasien terbanyak adalah pasien perempuan sebanyak 1.258 orang atau 57,3% , dan sisanya sebanyak 86 orang tidak diketahui jenis kelaminnya dikarenakan tidak adanya informasi mengenai jenis kelamin pasien pada resep dan sebagian besar penulisan di resep hanya menuliskan “bayi” tanpa ditulis jenis kelaminnya. Semuanya dijelaskan pada tabel berikut ini.

Tabel 6.2.1. Distribusi pasien menurut jenis kelamin di rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Variabel	Frekuensi	Persentase(%)
1	Laki-Laki	851	38,8
2	Perempuan	1.258	57,3
3	Tidak terdefinisi	86	3,9
Jumlah		2.195	100,0

6.2.2. Umur Pasien

Dari data yang didapat, jumlah keseluruhan pasien yang mendapatkan resep sebanyak 2.195 orang, pasien terbanyak adalah pasien dewasa yaitu sebanyak 1.793 orang atau 81,7%. Seperti yang terlihat pada tabel 6.2.2.

Tabel 6.2.2. Distribusi jumlah pasien berdasarkan umur pada pasien askeskin Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007.

No	Umur	Frekuensi	Persentase
1	Bayi	76	3,5
2	Anak	326	14,9
3	Dewasa	1.793	81,7
Jumlah		2.195	100,0

6.3. Jenis Diagnosis

Hasil penelitian mendapatkan sejumlah 329 jenis diagnosis, diagnosis terbanyak adalah partus normal yaitu 200 kasus. Dan adanya perbedaan antara

jumlah pasien sebanyak 2.195 orang dan jumlah diagnosis sebanyak 2.474 dikarenakan adanya pasien dengan diagnosis lebih dari satu diagnosis.

Tabel 6.3.1. Distribusi jenis diagnosis pasien askeskin pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
1	Partus normal	200	8,1
2	Caesarian	154	6,2
3	DAD RS	104	4,2
4	Cac.inoma mammae	89	3,5
5	FB paru	82	3,3
6	Khemothrapy	79	3,2
7	CHF	77	3,1
8	Febris	71	2,9
9	CRF	66	2,7
10	DHF	64	2,6
11	Lain-lain	1.488	60,0
Jumlah		2.474	100,0

6.4. Jenis Ruang Rawat Pasien

Jumlah pasien keseluruhan sebanyak 2.227 pasien, termasuk pasien yang menempati lebih dari satu jenis bangsal atau ruangan akan dihitung sesuai banyak ruangan yang ditematinya, seperti terlihat pada tabel 6.4.1.

Tabel 6.4.1. Distribusi jenis ruang rawat pasien askeskin pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang

No	Jenis Ruangan Rawat	Frekuensi	Persentase
1	Bangsral	2.169	97,4
2	ICU	51	2,3
3	IGD	7	3
Jumlah		2.227	100,0

Jenis ruang rawat bangsal adalah ruangan yang paling banyak ditempati oleh pasien yaitu sebanyak 2.169 orang atau 97,4%.

6.5. Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Karakteristik Dokter

6.5.1. Lama Kerja Dokter

Hasil penelitian mendapatkan ada sebanyak 149 dokter yang meresepkan obat untuk pasien Askeskin Rawat inap. Dari keseluruhannya didominasi oleh dokter dengan lama kerja kurang dari 2 tahun sebanyak 101 orang dokter. Seperti terlihat pada tabel 6.5.1.

Tabel 6.5.1. Distribusi lama kerja dokter pada Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Lama Kerja	Frekuensi	Persentase(%)
1	< 2 tahun	101	67,8
2	2 - 5 tahun	18	12,1
3	> 5 tahun	30	20,1
Jumlah		149	100,0

6.5.2. Status Kerja Dokter

Hasil penelitian mendapatkan dokter dengan status residen yang paling banyak meresepkan obat untuk pasien Askeskin rawat inap yaitu sebanyak 87 orang atau 58,4%. Seperti terlihat pada tabel 6.5.2. berikut ini.

Tabel 6.5.2. Distribusi dokter menurut status kerja pada Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Status dokter	Frekuensi	Persentase(%)
1	Residen	87	58,4
2	PNS	45	30,2
3	Tenaga Kontrak (TKK)	11	7,4
4	PTT	6	4,0
Jumlah		149	100,0

6.5.3. Jenis Keahlian Dokter

Dari 149 dokter yang bekerja di RSUD Kabupaten Tangerang didapati bahwa dokter ahli kebidanan dan dokter ahli penyakit dalam adalah dokter dengan jumlah terbanyak yang bekerja di RSUD Kab. Tangerang yaitu sebanyak 28 dokter. Seperti terlihat pada tabel 6.5.3.

Tabel 6.5.3. Distribusi dokter menurut jenis keahlian pada rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Keahlian	Frekuensi	Persentase(%)
1	Kebidanan	28	18,8
2	Penyakit Dalam	28	18,8
3	Umum	23	15,8
4	Anak	22	14,8
5	Bedah Umum	22	14,8
6	Syaraf	4	2,7
7	Bedah Ortopedi	3	2,0
8	Bedah Urologi	3	2,0
9	THH	3	2,0
10	Bedah Plastik	2	1,3
11	Bedah Syaraf	2	1,3
12	Jantung	2	1,3
13	Paru	2	1,3
14	Mata	2	1,3
15	Radiologi	2	1,3
16	Bedah Onkologi	1	0,7
Jumlah		149	100,0

6.6. Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Jumlah Obat Formularium dan Non formularium

6.6.1. *Recipe* Obat Formularium dan Non Formularium

Hasil penelitian mendapatkan 31.892 *recipe* baik formularium maupun non formularium dengan distribusi frekuensi seperti tertera pada tabel 6.6.1.

Tabel 6.6.1. Distribusi *recipe* obat pada pasien rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang

No	Jenis obat	Frekuensi	Persentase
1	Non Formularium	3.115	9,8
2	Formularium	28.777	90,2
Jumlah		31.892	100,0

Jumlah *recipe* obat terbanyak adalah jenis obat formularium sebanyak 28.777 resep atau 90,2%

Tabel berikut akan lebih memperjelas jumlah resep keseluruhan periode Agustus sampai Desember 2007.

Tabel 6.6.2. Distribusi *recipe* obat pada pasien rawat inap Askeskin RSUD Kabupaten Tangerang periode Agustus sampai Desember 2007

No	Bulan	Non Formularium	Formularium
1	Agustus	260 (5,8%)	4.249 (94,2%)
2	September	379 (8,9%)	4.221 (91,1%)
3	Oktober	606 (11,9%)	4.467 (88,1%)
4	Nopember	1.031 (8,9%)	10.577 (91,1%)
5	Desember	839 (13,7%)	5.265 (86,3%)
Jumlah		3.115	28.777

6.7. Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Biaya Resep Obat Formularium dan Non Formularium

Hasil penelitian mendapatkan bahwa biaya obat formularium sebesar Rp. 650.636.364 dan biaya obat non formularium sebesar Rp. 272.108.650 seperti terlihat pada tabel 6.7.1.

Tabel 6.7.1. Biaya resep obat formularium dan non formularium periode Agustus sampai Desember 2007

No	Bulan	Non Formularium (Rp.)	Formularium (Rp.)
1	Agustus	12.931.652	68.186.798
2	September	18.895.444	75.245.789
3	Oktober	58.559.452	77.234.915
4	Nopember	130.269.226	336.931.158
5	Desember	51.470.254	93.020.126
Jumlah		272.116.028	650.618.784

6.8. Hasil Analisis Univariat Berdasarkan Nama Obat

6.8.1. Nama Obat Formularium dan Non Formularium

Hasil penelitian menemukan 428 nama obat yang diberikan untuk pasien askeskin di rawat inap. Obat yang paling banyak diresepkan yaitu Ringer Laktat (RL) sebesar 2.856 resep. Dari keseluruhan obat yang diresepkan diurutkan dari yang paling sering diresepkan sesuai dengan tabel 6.8.1.

Tabel 6.8.1. Distribusi nama obat yang diresepkan di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No.	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
1	RL	2.856	9,0
2	CEFTRIAXON INJ	2.211	6,9
3	AQUA FOR INJ	2.169	6,8
4	RANITIDIN INJ	1.933	6,1
5	NACL	1.431	4,5
6	CEFOTAXIM INJ 1 GR	932	2,9

No.	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
7	AS.MEFENAMAT 500	634	2,0
8	DEXTROS 5% OTS	630	2,0
9	FERO SULFAT	466	1,5
10	FUROSIC INJ	458	1,4
11	LAIN-LAIN	18.172	57,0

Hasil penelitian mendapatkan sebanyak 428 obat yang terdiri dari obat formularium dan obat non formularium. Obat formularium ada sebanyak 305 nama obat dan obat non formularium sebanyak 123 nama obat.

Jenis obat non formularium terbanyak yang diresepkan adalah KA-EN 3B sebanyak 347 resep. Seperti terlihat pada tabel 6.8.2.

Tabel 6.8.2. Distribusi nama obat non formularium di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No.	Obat Non Formularium	Frekuensi	Persentase(%)
1	KA-EN 3 B	347	11,2
2	KA-EN 1 B APOTIK	288	9,3
3	KCL INJ	266	8,6
4	PRONALGES SUPP	225	7,2
5	FERZOBAT 1 GR INJ	156	5,0
6	SOL N 5	153	4,9
7	NUFIROM INJ	135	4,3
8	NORVASK 5MG	121	3,9
9	NEO DIAFORM	110	3,5
10	TRIOFUSIN E 500	105	3,4
11	LAIN-LAIN	1.112	35,7

Jenis obat Formularium terbanyak di resepkan adalah Ringer laktat (RL) sebanyak 2.856 resep, seperti terlihat pada tabel 6.8.3.

Tabel 6.8.3. Distribusi nama obat formularium di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

No	Obat Formularium	Frekuensi	Persentase(%)
1	RL	2.856	9,9
2	CEFTRIAXON INJ	2.211	7,7
3	AQUA FOR INJ	2.169	7,5
4	RANITIDIN INJ	1.933	6,7
5	NACL	1.431	5,0
6	CEFOTAXIM INJ 1 GR	932	3,2
7	AS.MEFENAMAT 500	634	2,2
8	DEXTROS 5% QTS	630	2,2
9	FERO SULFAT	466	1,6
10	FUROSIC INJ	458	1,6
11	LAIN-LAIN	15.057	52,3

6.9 Hasil Analisis Bivariat

6.9.1. Hasil Analisis Bivariat pada Karakteristik Pasien

Hasil analisis bivariat pada karakteristik pasien meliputi jenis kelamin pasien, umur pasien, diagnosis pasien, dan jenis ruangan pasien. Berikut adalah hasil penelitiannya.

Tabel 6.9.1. Tabulasi silang resep obat menurut karakteristik pasien rawat inap Askeskin di RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

Variabel		Non Formularium		Formularium		<i>p-value</i>
		N	%	N	%	
Jenis Kelamin (Sex)	Laki-laki	1.467	10,3	12.797	89,7	0,000
	Perempuan	1.428	8,3	15.679	91,7	
Umur (Age)	Bayi	207	12,4	281	57,6	0,000
	Anak-anak	641	18,9	2.759	81,1	
	Dewasa	2.267	8,1	25.737	91,9	
Diagnosis	CRF	213	14,1	1.302	85,9	0,000
	Caesarean	183	12,5	1.279	87,5	
	DAD RS	121	16,7	602	83,3	
	CHF	120	6,3	1783	93,7	
	TB Paru	115	5,1	2.139	94,9	
	NCB KMK	107	46,5	123	53,5	
	Partus	102	8,4	1.114	91,6	
	Anemia	98	10,4	843	89,6	
	DM	86	6,1	1334	93,9	
	BP	82	17,7	381	82,3	
	Lain-lain	1.888	9,6	17.877	90,4	
Ruangan (Room)	Bangsral	2.906	9,4	27.926	90,6	0,000
	ICU	205	20,4	798	79,6	
	IGD	4	7,0	53	93,9	

Catatan:

Terdapat sebanyak 521 amatan tidak diikutsertakan dalam pembuatan tabulasi silang di atas dikarenakan amatan-amatan tersebut tidak terdefinisi jenis kelaminnya.

Hasil penelitian di atas didapat bahwa menurut variabel jenis kelamin pasien (Sex) yang terbanyak diresepkan obat non formularium oleh dokter adalah pasien laki-laki sebesar 10,3% dibanding pasien perempuan sebesar 8,3%. Menurut uji Chi Kuadrat didapatkan *p-value* sebesar 0,000, hal ini mengindikasikan adanya perbedaan yang signifikan dalam hal persepan obat non formularium antara pasien laki-laki dan pasien perempuan.

Hasil penelitian untuk variabel umur pasien (Age) didapat resep obat non formularium lebih banyak diberikan pada pasien bayi sebesar 42,4%, sedangkan pasien anak-anak sebesar 18,9%. Berdasarkan hasil uji Chi Kuadrat dengan *p-value* sebesar 0,000, mengindikasikan bahwa ada perbedaan persepan obat terhadap variabel umur pasien.

Dari keseluruhan 329 diagnosis disarikan 10 diagnosis terbanyak, dan obat Non formularium paling banyak diberikan pada pasien dengan diagnosis NCE/KMK yaitu sebesar 46,5%, sedangkan untuk penderita penyakit anemia sebesar 10,4%. Berdasarkan nilai Chi Kuadrat dengan *p-value* 0,000, berarti terdapat perbedaan persepan obat terhadap diagnosis pasien.

Obat non formularium lebih banyak diberikan pada pasien yang berada di ruang ICU dibanding pasien yang berada di bangsal dan IGD yaitu sebesar 20,4%. Dari hasil uji Chi Kuadrat didapat *p-value* sebesar 0,000, hal ini menandakan adanya perbedaan dalam hal persepan obat antara pasien di ruangan bangsal, ruang ICU, dan ruang IGD.

6.9.2. Hasil Analisis Bivariat pada Karakteristik Dokter

Obat non formularium paling banyak diberikan oleh dokter dengan lama kerja kurang dari 2 tahun yaitu sebanyak 1.583 nama obat, sedangkan obat formularium banyak diberikan oleh dokter dengan lama kerja 2 sampai 5 tahun yaitu sebanyak 13.996 nama obat. Berdasarkan analisis Chi Kuadrat didapat *p-value* 0,000, yang artinya terdapat perbedaan dalam persepsian obat terhadap lama kerja dokter.

Resep obat non formularium terbanyak diberikan oleh dokter dengan status kerja sebagai residen yaitu sebanyak 1.027 nama obat, sedangkan resep obat formularium lebih banyak diresepkan oleh dokter dengan status Tenaga Kontrak (TKK) sebanyak 8.913 obat. Dari analisis bivariat didapatkan nilai Chi Kuadrat dengan *p-value* 0,000. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan dalam hal persepsian obat terhadap status kerja dokter.

Sedangkan untuk variabel keahlian dokter, obat non formularium dan obat formularium terbanyak diberikan oleh dokter umum masing-masing sebanyak 1.846 resep obat dan 18.585 resep obat. Berdasarkan nilai Chi Kuadrat dengan *p-value* 0,000 disimpulkan bahwa ada perbedaan dalam persepsian obat terhadap keahlian dokter.

Tabel 6.9.2. Tabulasi silang resep obat dengan karakteristik dokter yang merawat pasien Askeskin di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang tahun 2007

Variabel			Non Formularium		Formularium		p-value
			N	%	N	%	
Lama Kerja (Time)		< 2 tahun	1.583	10,3	13.738	89,7	0,000
		2-5 tahun	1.377	9,0	13.996	91,0	
		> 5 tahun	1.155	12,9	1.043	87,1	
Status Dokter		PNS	868	10,5	5.859	89,5	0,000
		TKK	837	8,6	8.913	91,4	
		PTT	565	8,9	5.749	91,1	
		Residen	1.027	11,1	8.256	88,8	
Jenis Keahlian Dokter		Umum	1.846	9,0	18.585	91,0	0,000
		Anak	454	18,1	2.052	64	
		Kebidanan	350	8,7	3.639	91,3	
		Penyakit Dalam	250	9,1	2.486	90,9	
		Bedah Umum	85	9,1	847	90,0	
		Syaraf	36	8,6	320	91,4	
		Jantung	25	21,7	90	78,3	
		Paru	20	6,9	268	93,1	
		Bedah Onkolgi	19	8,7	199	91,3	
		Bedah Syaraf	17	18,7	74	81,3	

6.10. Hasil Analisis Multivariat

Pendugaan model regresi logistik dengan metode *stepwise* dibuat menggunakan variabel karakteristik pasien (jenis kelamin (*sex*) dan umur (*age*)), karakteristik dokter (lama kerja (*time*), status kerja, dan keahlian kerja), diagnosis penyakit, dan jenis ruangan sebagai variabel independen (bebas) dan jenis obat sebagai variabel dependen (respon).

Dari hasil analisis bivariat diperoleh tujuh variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan penulisan resep obat non Formularium. Selanjutnya akan dilakukan analisis regresi logistik dengan memasukkan semua variabel independen yang bermakna ke dalam model, hasilnya dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 6.10.1. Analisis Regresi Logistik Model Penuh

Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
					Bawah	Atas
Laki-laki	-0,150	0,044	0,001	0,861	0,790	0,938
Reference(Dewasa)			0,000			
Bayi	-2,186	0,064	0,000	0,097	0,060	0,143
Anak-anak	-1,032	0,079	0,000	0,356	0,305	0,416
Reference(BP)			0,000			
Lain-lain	0,113	0,134	0,396	1,120	0,862	1,455
CRF	-0,477	0,155	0,002	0,621	0,458	0,841
Caesarean	-0,463	0,168	0,006	0,629	0,453	0,875
DAD RS	-0,463	0,164	0,005	0,629	0,456	0,868
CHF	0,367	0,165	0,026	1,444	1,044	1,996
TB Part	0,636	0,164	0,000	1,889	1,370	2,606
NCB KMK	-0,148	0,457	0,747	0,863	0,352	2,115
Partus	-0,069	0,180	0,703	0,934	0,656	1,329
Anemia	0,004	0,167	0,983	1,004	0,731	1,397
DM	0,354	0,176	0,044	1,425	1,010	2,010
Reference(IGD)			0,000			
Bangsai	-0,123	0,523	0,814	0,884	0,317	2,466
ICU	1,004	0,530	0,058	0,366	0,130	1,035
Reference(> 5 thn)			0,000			
< 2 tahun	0,564	0,153	0,000	1,759	1,302	2,374
2-5 tahun	0,366	0,145	0,012	1,441	1,085	1,915
Reference(Residen)			0,351			
PNS	0,117	0,128	0,363	1,124	0,874	1,446
TKK	0,026	0,129	0,841	1,026	0,797	1,322
PTT	0,111	0,134	0,409	1,117	0,858	1,454
Reference(Radiologi)			0,149			
Umum	0,714	0,560	0,202	2,043	0,682	6,120
Anak	0,748	0,570	0,190	2,112	0,691	6,457
Bidan	0,681	0,568	0,231	1,976	0,649	6,015
Bedah	0,660	0,573	0,249	1,935	0,629	5,955
Onkologi	0,866	0,608	0,154	2,378	0,722	7,826
Plastik	57,316	57 x 10 ⁶	1,000	16 x 10 ¹⁵	0,000	.
Ortopedi	0,732	0,704	0,299	2,078	0,523	8,255
B. Syaraf	-0,085	0,625	0,892	0,919	0,270	3,131
Urologi	0,583	0,674	0,387	1,791	0,478	6,715
P.Dalam	0,612	0,569	0,283	1,843	0,604	5,627
Jantung	0,158	0,605	0,794	1,171	0,357	3,836
Paru	1,030	0,605	0,089	2,802	0,855	9,179
Syaraf	0,691	0,588	0,240	1,995	0,630	6,319
Mata	1,971	1,159	0,089	7,175	0,740	69,606
THT	36,916	63 x 10 ⁶	1,000	10 x 10 ¹⁵	0,000	
Konstanta	1,405	0,790	0,075	4,077		

Tabel 6.10.2. Ringkasan Model

Langkah	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	18.630,542	0,021	0,047
2	18.633,823	0,021	0,046

Keterangan:

B : Koefisien Logistik

S.E : *Standard Error*

Wald : Ukuran Statistik Wald

Df : Derajat Kebebasan

Sig. : Tingkat Kepentingan (*Significant Level*) atau *p-value*

Exp(B) : Nilai Harapan Koefisien Logistik (*Ratio Odds*)

95% C.I for Exp(B) : Selang Kepercayaan untuk Exp(B)

Dari hasil analisis di atas diperoleh bahwa variabel status kerja dokter memiliki *p-value* terbesar yaitu 0,351 dan melebihi 0,05. Sehingga variabel status kerja dokter tidak bermakna dan harus dikeluarkan dari model. Jika dilihat dari ukuran -2 Log likelihood (-2LL) antara nilai pada langkah pertama dan kedua terjadi kenaikan namun tidak signifikan, sehingga model berikutnya didapat pada langkah kedua masih bisa dibilang sebagai model regresi logistik yang signifikan dan bisa menjelaskan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Begitupun dengan nilai *Cox & Snell R²* dan *Nagelkerke R²*nya tidak terjadi perubahan signifikan dengan dikeluarkannya variabel status kerja dari model regresi logistik masing-masing sebesar 0,021 dan 0,046. Nilai ini merupakan ukuran statistik yang mengindikasikan keesuaian model.

Tabel 6.10.3. Analisis Regresi Logistik Tereduksi

Variabel	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
					Bawah	Atas
Laki-laki	-0,146	0,043	0,001	0,864	0,794	0,941
<i>Reference(Dewasa)</i>			0,000			
Bayi	-1,991	0,062	0,000	0,095	0,058	0,141
Anak-anak	-1,021	0,077	0,000	0,360	0,310	0,419
<i>Reference(TB)</i>			0,000			
Lain-lain	0,119	0,133	0,374	1,126	0,867	1,462
GRF	-0,488	0,155	0,002	0,614	0,453	0,832
Caesarean	-0,454	0,168	0,007	0,635	0,457	0,883
DAD RS	-0,457	0,164	0,005	0,633	0,459	0,873
CHF	0,356	0,165	0,031	1,428	1,034	1,973
TB Paru	0,634	0,164	0,060	1,886	1,368	2,600
NCB KMK	-0,124	0,455	0,786	0,884	0,363	2,154
Partus	-0,669	0,180	0,741	0,942	0,662	1,341
Anemia	0,900	0,169	1,000	1,000	0,719	1,392
DM	0,351	0,175	0,045	1,420	1,067	2,003
<i>Reference(IGD)</i>			0,000			
Bangsai	-0,115	0,523	0,827	0,892	0,320	2,486
ICU	-0,999	0,529	0,059	0,368	0,131	1,040
<i>Reference(>5thn)</i>			0,000			
< 2 tahun	0,482	0,152	0,006	1,619	1,250	2,097
2-5 tahun	0,309	0,135	0,023	1,362	1,045	1,776
<i>Reference(Radiologi)</i>			0,095			
Umum	0,706	0,558	0,206	2,026	0,678	6,049
Anak	0,681	0,564	0,227	1,976	0,654	5,972
Bidan	0,628	0,563	0,263	1,875	0,621	5,656
Bedah	0,606	0,571	0,288	1,834	0,599	5,613
Onkologi	0,839	0,607	0,167	2,313	0,703	7,606
Plastik	17,367	60 x 10 ⁶	1,000	16 x 10 ¹⁵	0,000	
Ortopedi	0,687	0,701	0,327	1,988	0,503	7,848
B. Syaraf	-0,122	0,523	0,845	0,885	0,261	3,000
Urologi	0,508	0,672	0,450	1,661	0,445	6,203
P.Dalam	0,554	0,563	0,326	1,740	0,577	5,246
Jantung	0,133	0,605	0,827	1,142	0,349	3,737
Paru	1,005	0,605	0,097	2,733	0,835	8,946
Syaraf	0,707	0,588	0,229	2,028	0,641	6,418
Mata	1,942	1,159	0,094	6,975	0,719	67,630
THT						
Konstanta	36,959	65 x 10 ⁶	1,000	11 x 10 ¹⁵	0,000	
	1,536	0,777	0,048	4,644		

Untuk mengetahui lebih jelas apakah model yang dihasilkan pada langkah kedua (model tereduksi) sama baiknya dengan model penuh, maka dihitung nilai uji statistik-G yang digunakan untuk membandingkan model penuh dan model tereduksi, hasilnya sebagai berikut:

$$G = -2(LL(\text{model reduksi}) - LL(\text{model penuh})) = 18.633,823 - 18.630,542 = 3,281$$

Disebabkan nilai G di atas lebih kecil dari $\chi^2_{(\alpha; q)} = \chi^2_{(0,05; 1)} = 3,84$ (dilihat pada tabel Chi Kuadrat), dimana q adalah banyak variabel yang tereduksi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa model reduksi sama baiknya dengan model penuh. Sehingga hasil analisis pada langkah kedua dijadikan sebagai hasil akhir untuk permodelan regresi logistik tanpa interaksi yang memuat variabel-variabel independen yang bermakna terhadap variabel dependen.

Jika hasil di atas ditulis dalam bentuk model regresi logistik, maka didapatkan model sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Peresepian Obat} = & 1,536 - (0,146 * \text{Laki-laki}) - (1,991 * \text{Bayi}) - (1,021 * \text{Anak-anak}) \\ & + (0,119 * \text{Lain-lain}) - (0,488 * \text{CRF}) - (0,454 * \text{Caesarean}) \\ & - (0,457 * \text{DAD RS}) + (0,356 * \text{CHF}) + (0,634 * \text{TB Paru}) \\ & - (0,124 * \text{NCB, KMK}) - (0,060 * \text{Partus}) + (0,000 * \text{Anemia}) \\ & + (0,351 * \text{DM}) - (0,115 * \text{Bangsal}) - (0,999 * \text{ICU}) \\ & + (0,482 * < 2 \text{ tahun}) + (0,309 * 2-5 \text{ tahun}) + (0,706 * \text{Umum}) \\ & + (0,681 * \text{Anak}) + (0,628 * \text{Bidan}) + (0,606 * \text{Bedah}) \\ & + (0,839 * \text{Onkologi}) + (37,367 * \text{Plastik}) + (0,687 * \text{Ortopedi}) \\ & - (0,122 * \text{B.Syaraf}) + (0,508 * \text{Urologi}) + (0,554 * \text{P.Dalam}) \\ & + (0,133 * \text{Jantung}) + (1,005 * \text{Paru}) + (0,707 * \text{Syaraf}) \\ & + (1,942 * \text{Mata}) + (36,959 * \text{THT}) \end{aligned}$$

Hasil regresi logistik pada tabel 6.10.3. menunjukkan nilai dugaan untuk rasio odds yang diperoleh untuk variabel jenis kelamin bahwa pasien laki-laki berpeluang mendapatkan resep non formularium 0,864 kali dibandingkan pasien perempuan dengan selang kepercayaan 95% antara 0,794 dan 0,941. Selang tersebut mempunyai arti bahwa dengan keyakinan 95% nilai rasio odds untuk variabel jenis kelamin laki-laki akan berada pada selang kepercayaan tersebut.



BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini ditujukan pada telaah, penjabaran, dan intervensi terhadap peresepan obat menyangkut isi resep, meliputi tanggal resep, nama dokter, jenis ruangan, jenis obat, nama pasien, umur pasien dan data akunting. Keterbatasannya terletak pada arah objek, sementara mungkin bisa lebih jauh menelusuri telaah terhadap status *medical record* dan sumber-sumber lain. Tapi mengingat arah penelitian bertujuan mendapatkan gambaran tentang suatu jenis obat dan biaya pada peresepan terhadap pasien Askeskin maka tidak dilakukan telaah yang sangat mendalam terhadap faktor lain. Kesulitan pada telaah resep adalah sampel resep tidak bisa sempurna seperti yang diharapkan, misalnya penulisan dokter yang kurang jelas dan tidak terisi lengkap, harus mencari bantuan tenaga farmasi sehingga akibatnya memakan waktu yang lama.

7.2 Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Kelamin dan Umur Pasien

Menurut (Jas,2007) resep adalah permintaan tertulis dari dokter kepada apoteker/farmasi pengelola apotek untuk memberikan obat jadi atau mercik obat dalam bentuk tertentu sesuai dengan keahliannya, takaran dan jumlah sesuai dengan yang diminta, kemudian menyerahkannya kepada yang berhak/pasien. Dan resep terdiri enam bagian dan salah satunya adalah “ **Pro** “ (Peruntukkan) , dicantumkan

nama dan umur pasien dengan persyaratan ditulis harus jelas. Kondisi pasien dalam hal ini jenis kelamin juga mempengaruhi dosis obat pada resep.

Pada penelitian ini ternyata pasien terbanyak adalah pasien perempuan yaitu sebanyak 1.258 (57,3%), sedangkan pasien laki-laki sebanyak 851 (38,8%). Sebanyak 86 orang atau 3,9% tidak diketahui jenis kelaminnya dikarenakan pada resep obat tidak dituliskan jenis kelamin.

Berdasarkan farmakologi, jenis kelamin pasien tidak menjadi pertimbangan dalam menentukan pemberian obat kepada pasien. Akan tetapi secara psikososial jenis kelamin laki-laki biasanya akan menerima obat yang diberikan dokter apa adanya, sementara jenis kelamin perempuan lebih banyakuntutannya kepada pemberi pelayanan kesehatan.

Sedangkan menurut *clinical pharmacy*, jenis kelamin merupakan sumber informasi dalam interpretasi dan kajian resep. Adanya perbedaan antar jenis kelamin yang terpengaruh pada distribusi penyakit dan kepekaan terhadap efek samping obat (Tan, 2003).

Menurut Daniel, 2003 (dikutip dari Hermanto, 2004) faktor jenis kelamin tidak berpengaruh banyak pada persepsi obat, namun perilaku pasien wanita berbeda dengan pria dalam menghadapi dokter. Pasien wanita lebih aktif bertanya tentang penyakit dan pengobatan.

Secara perbandingan ternyata pada penelitian ini obat non formularium lebih banyak diterima pasien laki-laki dan kebanyakan pasien berusia bayi, sedangkan obat formularium lebih banyak diterima pasien perempuan dan rata-rata berusia dewasa. Pada penelitian ini, berdasarkan hasil analisis regresi logistik ternyata pasien laki-laki

mempunyai peluang mendapat obat non formularium 0,864 kali dibandingkan pasien perempuan.

7.3. Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Diagnosis

Penetapan resep atau dosis obat memang tidak mudah karena harus memperhatikan beberapa faktor dan salah satunya adalah faktor penyakit (diagnosis) meliputi sifat dan jenis penyakit serta kasus penyakit (Samsuni, 2006). Dan menurut Jas (2007), resep merupakan rahasia dokter dengan apoteker menyangkut penyakit penderita, khusus beberapa penyakit, dimana penderita tidak ingin orang lain mengetahuinya dan penulisan harus jelas.

Diagnosis terbanyak dari penelitian ini adalah partus normal. Obat non formularium diberikan terbanyak untuk pasien NCB KMK dan obat formularium diberikan terbanyak pada pasien TB paru. Sebagian resep dituliskan diagnosanya dikarenakan status askeskin dan kepentingan pembayaran kepada pihak Askes, tapi disamping itu penulisan diagnosis juga menjadi kendala karena tulisan jenis diagnosis yang berbeda-beda antara satu dokter dengan dokter lain berhubungan dengan latar belakang sentral pendidikan dokter bersangkutan dan penulisan yang kurang jelas dibaca sehingga Staf Administrasi yang meng-input data bisa salah menginterpretasikannya, akibatnya pada pengelolaan data dan pengkategorian data menjadi sulit dan memakan waktu lama.

7.4. Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Ruang Rawat

Sistem Distribusi Obat (SDO) untuk penderita rawat inap bervariasi dari rumah sakit ke rumah sakit, dan hal itu tergantung pada kebijakan rumah sakit,

kondisi dan keberadaan fasilitas fisik, personal dan tata ruang rumah sakit.(Siregar 2004). Pedoman pelaksanaan askeskin dan berdasarkan ketentuan tatalaksananya juga menyatakan bahwa pasien askeskin dirawat di rawat Inap kelas III (tiga) di Rumah Sakit pemerintah termasuk RS Khusus, TNI/POLRI (Depkes RI, 2007).

Hal ini diberlakukan di RSUD Kabupaten Tangerang dimana resep obat diambil di depo–depo yang telah ditetapkan termasuk ruang rawat. Resep askeskin rawat inap sangat sedikit yang berasal dari IGD ini bisa dikarenakan kebijakan untuk pasien Askeskin yang datang ke IGD langsung mendapat pelayanan obat dan di “bon”kan untuk dikirim segera ke ruang rawat, sehingga hampir semua resep dikeluarkan dari ruang rawat dan menjadi dipermudah administrasinya. Penelitian ini mendapatkan pasien askeskin yang menerima obat paling banyak berada di ruang bangsal. Obat non formularium lebih banyak diberikan pada pasien yang berada di ICU.

7.5. Peresepan Obat Berdasarkan Karakteristik Dokter

Menurut undang–undang yang dibolehkan menuliskan resep ialah dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter hewan. Bagi dokter umum dan dokter spesialis tidak ada pembatasan mengenai jenis obat yang boleh diberikan kepada penderita (Nanizar, 2000).

Menurut Daniel, (2001) dikutip dari Hermanto, (2005) dari karakteristik masa kerja dokter, diperoleh data bahwa ada kecendrungan semakin lama masa kerja dokter di rumah sakit tersebut prosentase penulisan resep obat generiknya semakin tinggi dan sebaliknya prosentase obat bermereknya semakin menurun, kemungkinan hal ini terjadi dikarenakan dokter yang lebih lama kerja, mereka lebih terekspose

dengan adanya peraturan–peraturan dan informasi–informasi yang didapat di rumah sakit serta lebih berpengalaman dalam menghadapi pasien dengan kondisi–kondisi tertentu.

Tidak seperti di atas, hasil penelitian ini malah mendapatkan bahwa dokter yang paling banyak meresepkan obat formularium Depkes yaitu dokter dengan lama kerja 2 sampai 5 tahun dan yang paling banyak meresepkan obat non formularium adalah dokter dengan lama kerja lebih dari 5 tahun.

7.6. Peresepan Obat Berdasarkan Jenis Obat

Berdasarkan tata laksana pelayanan kesehatan menurut pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan menurut maskin (Askeskin) tahun 2007, disebutkan bahwa untuk memenuhi kebutuhan obat di rumah sakit, instalasi Farmasi Rumah Sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat pelayanan kesehatan program Askeskin sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh menteri kesehatan. Apabila terjadi ketiadaan obat tersebut maka dilakukan koordinasi dengan pihak–pihak terkait. Instalasi Farmasi dapat mengganti obat formularium dengan obat yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.

Penelitian ini mendapatkan jumlah obat terbanyak adalah jenis obat formularium sebanyak 28.777 resep (90,2%), dan obat non formularium sebanyak 3.115 resep (9,8%). Ini berarti RSUD Kabupaten Tangerang sudah menjalankan tatalaksana pelayanan kesehatan askeskin sesuai dengan pedoman Departemen Kesehatan RI.

Melihat dan berpedoman pada pedoman pelaksanaan pemeliharaan kesehatan Askeskin tahun 2007 dari formularium Rumah Sakit program askeskin

memperlihatkan ternyata obat jenis larutan yang paling banyak diresepkan yaitu Ringer laktat dan KAEN 3B dan hasil ini bisa mungkin bisa menjadi acuan untuk rekomendasi obat formularium berikutnya.

7.6. Pereseapan Obat Berdasarkan Biaya yang Dikeluarkan

Rencana strategis Departemen kesehatan Tahun 2005-2009 salah satunya adalah pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di kelas III Rs. dan dalam pedoman pelaksana jaminan kesehatan masyarakat miskin disebutkan, bahwa besarnya tarif pelayanan kesehatan sebagaimana tercantum dalam pedoman merupakan tarif platon/maksimal. (Depkes RI,2007).

Menelaah hasil penelitian ini, biaya obat yang harus ditanggung rumah sakit sebesar Rp. 272.116.028 untuk obat Non formularium. Dibandingkan dengan Diaya obat formularium sebesar Rp. 650.618.786 selama masa 5 bulan waktu penelitian. Bila dibandingkan dengan jenis obat karena obat non formularium sebanyak 3.115 resep (9,8%) dan obat formularium sebanyak 28.781 resep (90,2%) maka ini dimungkinkan karena obat dari jenis non formularium sangat spesifik, sebagian besar bermerek dagang dan harganya lebih tinggi dibanding obat-obat jenis formularium. Ini tidak dapat dihindari karena jenis penyakit dan tindakan medis yang spesifik terhadap pasien memerlukan obat non formularium. Berdasarkan Pedoman pelaksana Askeskin sudah disebutkan bahwa apabila terjadi pereseapan jenis obat diluar ketentuan sebagaimana obat formularium maka pihak rumah sakit (atau pemerintah daerah) bertanggung jawab menanggungnya.

Sementara itu menurut Gani (1999), salah satu kelemahan yang sering dijumpai dalam manajemen Rumah Sakit adalah kurangnya informasi tentang Biaya. Analisis

Biaya RS adalah suatu proses yang dinamis yang memberi informasi tentang Biaya dan proses sekaligus dengan output yang dihasilkan, informasi ini sangat diperlukan dalam keputusan-keputusan keuangan, mengendalikan keuangan (*budgetary control*) dan penetapan tarif. Dan berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jumlah obat non formularium yang hanya 10% dari jumlah keseluruhan, namun biaya yang dibutuhkan untuk obat non formularium mencapai 30% dari biaya keseluruhan. Dan biaya tersebut beban rumah sakit. Dan penelitian ini diharapkan memberikan masukan yang berguna demi kemajuan dan perkembangan RSUD Kabupaten Tangerang.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pasien terbanyak yang dirawat di RSUD Kabupaten Tangerang adalah pasien perempuan sebesar 57,3%. Jenis obat formularium banyak diberikan pada pasien perempuan dan jenis obat non formularium banyak diberikan pada pasien laki-laki sebanyak 10,3%. Dari hasil analisis regresi logistik diperoleh bahwa variabel jenis kelamin pasien bermakna terhadap model regresi logistic yang didapat dengan peluang pasien laki-laki mendapatkan obat non formularium 0,864 kali dibandingkan pasien perempuan.
2. Pasien yang paling banyak dirawat di RSUD Kabupaten Tangerang adalah pasien Dewasa sebanyak 1.793 orang atau 81,7%. Obat non formularium paling banyak diberikan pada pasien bayi yaitu sebanyak 42,4%.
3. Diagnosis terbanyak adalah partus normal, obat non formularium paling banyak diberikan pada pasien dengan diagnosis NCB KMK sebesar 46,1%, sedangkan obat formularium paling banyak diberikan pada pasien TB paru.
4. Obat non formularium untuk pasien Askeskin paling banyak diresepkan untuk pasien di ruang ICU yaitu sebanyak 20,4%.
5. Dokter dengan lama kerja kurang dari 2 tahun sebanyak 101 dokter atau 67,8% memberikan obat pada pasien askeskin lebih banyak dibandingkan

dokter dengan lama kerja lebih dari 2 tahun, dan dokter yang bekerja lebih dari 5 tahun paling banyak meresepkan obat non formularium. Sedangkan obat formularium paling banyak diresepkan oleh dokter dengan lama kerja antara 2 sampai 5 tahun.

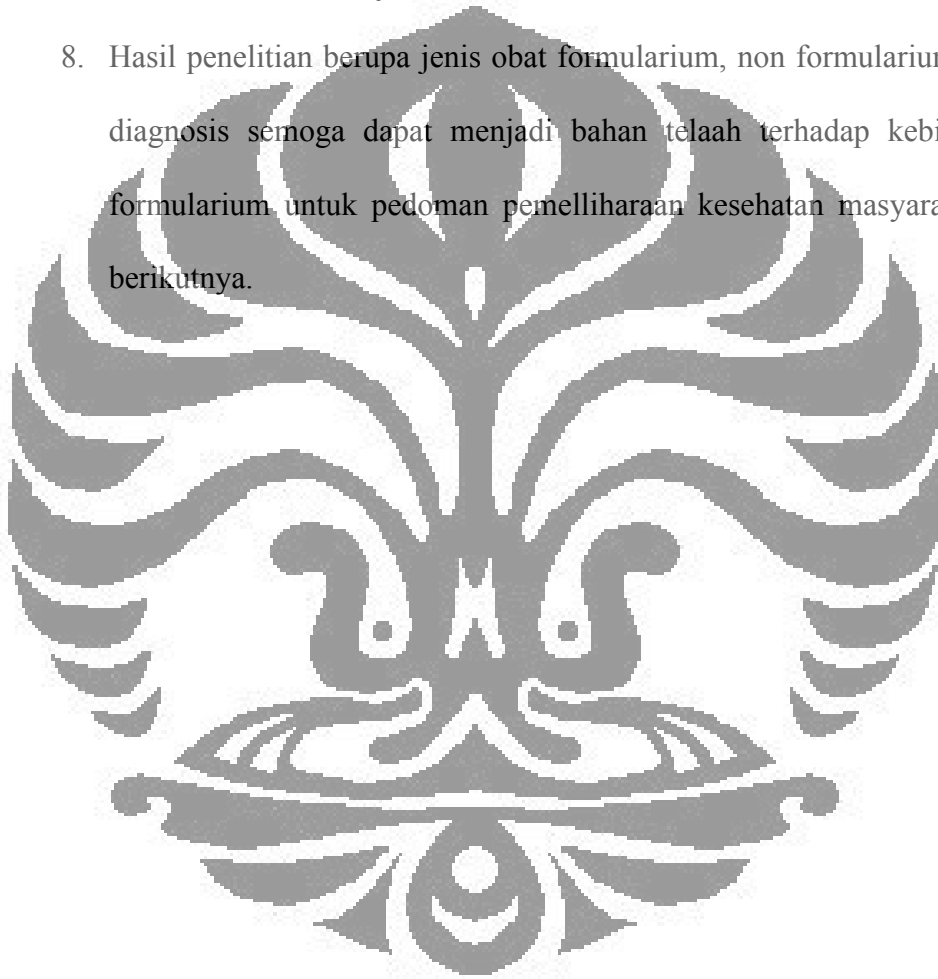
6. Dokter dengan status residen yang paling banyak meresepkan obat untuk pasien Askeskin di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang yaitu sebanyak 87 orang atau 58,4%, dan obat Non formularium paling banyak diberikan oleh dokter dengan status residen juga.
7. Dokter dengan keahlian kebidanan dan penyakit dalam paling banyak meresepkan obat untuk pasien Askeskin di Rawat inap RSUD Kabupaten Tangerang yaitu 28 orang atau 18,8%, sedangkan obat non formularium paling banyak diberikan oleh dokter spesialis jantung sebesar 21,7%.
8. Obat yang paling banyak diresepkan yaitu *Ringer Laktat* (RL) sebanyak 2.856 resep atau 9,0%. Nama obat non formularium yang tercantum pada resep ada sebanyak 123 nama obat dan yang paling banyak diresepkan adalah KA-EN 3B sedangkan obat formularium terdiri dari 305 nama obat dan yang paling banyak diresepkan adalah *Ringer laktat* (RL).
9. Perbandingan antara biaya obat non formularium sebesar Rp. 272.116.028 dengan beban biaya obat formularium sebesar Rp. 650.618.786 tidak sebanding dengan perbandingan antara jumlah obat non formularium sebanyak 3.115 (9,8%) resep dengan jumlah obat formularium sebanyak 28.777 (90,2%) resep. Hal ini menyebabkan RSUD Kabupaten Tangerang harus menanggung beban biaya obat non formularium yang besar.

8.2. Saran

1. Kampanye agar dokter penulis resep selalu memperhatikan format penulisan Resep yang sudah baku dengan menuliskan nama dokter, NO.SIP, Alamat/Telp/Hp/Kota/Tempat, dan Tanggal menulis resep. Penulisan tersebut lengkap dan dapat dibaca jelas oleh apoteker.
2. Sosialisasi obat formularium pada pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin Depkes RI dapat lebih ditingkatkan di tingkat fungsional, mengingat semua resep berasal dari produk medis.
3. Pasien Askeskin Rawat inap kelas III seharusnya tanggung jawab semua yang berkompeten baik medis maupun paramedis, bukan hanya tanggung jawab dokter umum atau residen yang menuliskan resep obat.
4. Dikarenakan beban biaya obat non formularium yang sangat besar dan harus ditanggung oleh pihak RSUD Kabupaten Tangerang, maka diusulkan agar obat non formularium yang banyak digunakan dimasukkan ke dalam jenis obat formularium. Dan dipilih sesuai dengan kebutuhan dan manfaatnya.
5. Diharapkan pihak rumah sakit yaitu direktur untuk membuat kebijakan tertulis tentang pelayanan pasien kelas III oleh dokter spesialis, dan menetapkan dalam bentuk surat keputusan tentang prosedur resep obat non formularium sehingga dokter yang kompeten sesuai ahlinya yang boleh meresepkan obat non formularium.
6. Dapat dibuat kebijakan oleh direktur rumah sakit tentang prosedur kerja residen dan dokter umum dalam pelayanan pasien di rumah sakit secara

umum, sehingga dapat menjadi prosedur tetap dalam bekerja, mana yang diperbolehkan dan mana yang tidak diperbolehkan.

7. Apabila diperlukan pihak manajemen rumah sakit menambah tenaga spesialis yang sesuai dan memiliki integritas tinggi terhadap pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin
8. Hasil penelitian berupa jenis obat formularium, non formularium dan hasil diagnosis semoga dapat menjadi bahan telaah terhadap kebijakan obat formularium untuk pedoman pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin berikutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. Prof. Dr. 2006 *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktik* PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Arikunto, S, Prof. Dr. 2007 *Manajemen penelitian*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Chren, M, M, & Landefeld, Cs, 1994. *Physician, Behaviour and their Interaction with Drug Companies. A Controlled Study of Physician who requested to a hospital drug formulary*. JAMA, 271 (9).
- Depkes RI. 1998. *Pedoman kerja komite farmasi dan terapi Rumah Sakit* Jakarta.
- Djojosoedarso, Soeisno, 1999 *Prinsip-Prinsip manajemen Resiko dan Asuransi*. Penerbit Salemba Empat. Jakarta.
- Depkes RI . 2007, *Pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (Askeskin)*, Jakarta.
- Depkes RI, 1998. *Pedoman kerja untuk komite farmasi dan terapi Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI, 2000. *Informatorium Obat Nasional Indonesia (IONI)*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes RI, 2000. *Tinjauan Tentang Perubahan Harga Obat generik sebelum krisis sampai dengan sekarang*, Departemen Kesehatan RI, Pusat Data Kesehatan, Jakarta.
- Depkes RI, 2006. Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009, keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia : Nomor 331/menkes/SK/V/2006, Jakarta.
- Darmansyah, I, 2001. *Obat rasional kuncinya Dokter, Dalam* : Diskusi Panel Kompas, Kongres X, Ikatan Farmakologi Indonesia, Malang.
- Darmansyah, I, & Wardini, S, 1991. *The Indonesian Drug Advisory Commitee and The Drug Approval Process*, J. Clin, Epidemial (44(2)).

Darmansyah, I, 2001. *Profesionalisme dalam penggunaan obat*, Dalam : Pertemuan Ilmiah Farmakologi dan Terapi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.

Feely, J, et, al, 1990. *Hospital Formularies Need for Continuous Intervention*, BMJ, 300 (6716).

Gani, A. 1999, *Aplikasi indikator Kesehatan dan IPM dalam alokasi anggaran kesehatan masyarakat*, Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia Nomor I. UI, Depok..

Gani, A. 1999, *Asuransi Kesehatan, kumpulan jurnal ilmiah*, FKM UI DEPOK.

Hastono, S.Priono,2007. Modul Analisis Data, fakultas kesehatan masyarakat universitas Indonesia. Jakarta.

Jas, Admar. 2007, *Perihal resep dan dosis serta latihan menulis resep*, USU press, medan.

Lukas, S. 2008. *Analisis Penulisan Resep di Luar Formularium Rumah Sakit PGI Tahun 2000*. Tesis KARS-UI.

Mc. Caffrey and Nightingale, 1994. *How to Develop Critical Paths and Prepare for Other Formulary Management Change*, Hospital Formulary.

Nanizar zaman joeneoes.2001, *Ars prescribendi resep yang rasional*. Airlangga university press, Surabaya.

Nazir, Moh. Ph. D. 2005, *Metode penelitian*, Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor.

Quick, J. D, et, al, 1997. *Managing Drug Supply, The Selection, Procurement, Distributions & use of Pharmaceu*, Humarian Press Inc, West Hartford.

Quick, J. D, 1982. *Managing Drug Supply*, Management Science for Health, Boston.

RSUD Kabupaten Tangerang, 2007, *Profil RSUD Kab. Tangerang Tahun 2007*, Tangerang.

Sulastomo, 1999, *Pembiayaan Kesehatan “ Dari Asuransi ke Managed Care Concept “* Jakarta.

Siregar, Charles, J.P, 2004 *farmasi Rumah Sakit. Teori dan penerapan* penerbit buku kedokteran EGC Jakarta.

Smedt, 1994. *Cardiology Drug in Formularies Good Or Evil*, LXXXV.

Syamsuni,Haji,2006. *Farmasetika dasar dan tinjauan farmasi* EGC,Jakarta.

Trisna y. 2002. *Penggunaan obat rasional di Rumah Sakit . Pelatihan penggunaan obat yang rasional di Rumah Sakit. Bapelkes Ciloto dan Hisfarsi Jakarta. .*

Trisnantoro, L. 2005,*Naskah Akademik usulan undang-undang, mengenai asuransi Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, PT. Persero Asuransi Kesehatan Indonesia & UGM. Yogyakarta,.

Thabrany, H. 2005, *Pendanaan kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Tan, C.K. 2002, *Clinical Pharmacy*.,Penerbit PT. ALEX Media Komputindo, Jakarta

Wonderling , D. 2005, *Introduction To Health Economics*, Typeset by Refinecateh Ltd, Bungay, Suffolk. England.

WHO.1992,*Internasional Statitical Classification Of Diseases and Related Health Problems- Tenth Revision, Volume 1* Genewa tenth.

LAMPIRAN 2

JENIS-JENIS DIAGNOSIS DI RSUD KAB. TANGERANG

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
Abses	8	0.3
Anemia	61	2.5
Appendic	42	1.7
batu buli	5	0.2
Ckd	66	2.7
ventrikel ekstrasistol	1	0.0
Caesarean	154	6.2
DM	36	1.5
BURN	9	0.4
DAD RS	104	4.2
HEPATOMA	8	0.3
Hf	20	0.8
HIPEREMISIS	2	0.1
KPD	2	0.1
NCB KMK	29	1.2
PARTUS	200	8.1
FN TRAUMATIC	1	0.0
PNEMONIA	20	0.8
Kemo	79	3.2
ca mammae	89	3.6
KURET	47	1.9
LAPARATOMI	30	1.2
TOMOR HIDUNG	1	0.0
P DGN EKSTSI VACUM	9	0.4
Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
PARTUS SUNGSANG	4	0.2

Febris	71	2.9
Sepsis	22	0.9
SIROSIS	5	0.2
SH	14	0.6
Snh	35	1.4
DEMAM TYPES	33	1.3
SYOK SEPSIS	4	0.2
TB	82	3.3
Thalasaemia	46	1.9
TUMOR ABDOMEN	8	0.3
CA TIROID	2	0.1
POST OP ORIF	9	0.4
DISPALGIA	1	0.0
Aborsi	20	0.8
KISTA DERMOID	2	0.1
E. PLURA	11	0.4
Ecehepalitis	13	0.5
ECLAMPSIA	14	0.6
ECTOPIC PREGNANCY	1	0.0
ABSES CEREBRAL	1	0.0
ABSES HATI	4	0.2
EDEMA PARU	1	0.0
Acites	7	0.3
EMPIEMA	2	0.1
ACUT HIDROSEFALUS	10	0.4

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
ADENOCA	1	0.0
Asfiksia	9	0.4
ALERGI POST OP	1	0.0
AMPUTASI	2	0.1
ENDOMETRIOSIS	1	0.0
EPILEPSI	1	0.0
EPISTAKSIS	2	0.1
EXSIS BIOPSI	4	0.2
ANGINA PERTONIS CHF	2	0.1
ANGKAT PEN	2	0.1
EXTERPASS	1	0.0
FISTCE PEMANAL	1	0.0
Arf	12	0.5
ARP/STROK	1	0.0
FISTEL ENTAROCUTAN	2	0.1
asfiksia+asidosis	1	0.0
asidosis metaboik	3	0.1
asma bronchiale	13	0.5
batu eretra	6	0.2
batu ginjal	1	0.0
Bblr	12	0.5
BEDAH PLASTIK	1	0.0
Ca	5	0.2
FR	8	0.3
GAWAT JANIN	2	0.1

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
BIOPSI	1	0.0
G3P2A0 DLM INPARTUS PEB	1	0.0
BLIGHTED OVUM	1	0.0
BLM INPARTU	1	0.0
BP	38	1.5
Bph	4	0.2
BRONCHIOLITIS	1	0.0
BSB HIDUNG	1	0.0
BULLAE	1	0.0
GAGAL NAPAS	1	0.0
Forcep	10	0.4
GANGGREN	2	0.1
ca cervik	8	0.3
CA CORPUS	1	0.0
CA OVARIUM	4	0.2
CA RECTI	1	0.0
ca skin	4	0.2
Gastritis	3	0.1
CANDIDOSIS ORAL	2	0.1
CARCINOMA	2	0.1
CARNIATOMI	5	0.2
Cataract	36	1.5
CEFALGIA	5	0.2
WIDE EXSISI ULAY	1	0.0
CHB	1	0.0

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
CHD	4	0.2
ches pain	1	0.0
Chf	77	3.1
SNAKE BITE	4	0.2
GIZI BURUK	2	0.1
GNA	2	0.1
H A TERM PK I AKTIF	1	0.0
WSD	2	0.1
H1 P2 PP SPONTAN	1	0.0
HAEMAPTOE	12	0.5
HEMOROID	4	0.2
Ckb	6	0.2
HAMIL RETEN URINE	1	0.0
CKR	1	0.0
Cks	35	1.4
CO MANUAL	1	0.0
Coli	1	0.0
COMOMTIO	1	0.0
CRANIAL NERVES	2	0.1
RETENSIO PLASENTA	1	0.0
NCB SMB	2	0.1
Dag	4	0.2
DATD	7	0.3
DEBRIDEMENT	6	0.2
VOMETUS	5	0.2

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
Dengue	64	2.6
DERMATITIS	1	0.0
destroyed lung	1	0.0
HEMAPOLIA	2	0.1
HEMATELISIS MELENA	3	0.1
HEMATEMESIS	1	0.0
Hemel	1	0.0
DIC	1	0.0
DIPEPSIA	25	1.0
WKB SMK	1	0.0
HEMATOMA	1	0.0
HEMATOSEZIA	2	0.1
Hematuri	1	0.0
HEMIPARESE	1	0.0
HEPATIC FAILURE	1	0.0
Hepatitis	16	0.6
HEPOKALEMIA	1	0.0
Hernia	58	2.3
HIDRO KELSINISTRA	1	0.0
Hiperbilirubin	3	0.1
Hyperplasia	2	0.1
Hipertiroid	7	0.3
HIPOGLIKEMIA	2	0.1
Hipokalemi	4	0.2
Hiponatremi	6	0.2

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
HIPOSPADIA	3	0.1
HISTOPLASMOSIS	1	0.0
HSDR	1	0.0
HSDS	1	0.0
HYDROKEL TEST	1	0.0
VULNUS MATA	1	0.0
HYSRUG	1	0.0
IKTERIK	1	0.0
FLEUS PARALITIK	2	0.1
INFECTION	3	0.1
INSIS BIOPSI	27	1.1
INTROKSULIT DISPEPSIA	1	0.0
INVAGINASI USUS	1	0.0
Isk	5	0.2
ISPA	1	0.0
ITP SLE	2	0.1
IUFD	2	0.1
IUFD-PD GI H30 MINGGO	1	0.0
JANIN IUFD	2	0.1
KAD	1	0.0
KEJANG	15	0.6
KEMOROID	1	0.0
KERACUNAN SIROP	1	0.0
KETUBAN PECAH	1	0.0
KEVISI STSG	1	0.0

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
KISTA	16	0.6
KNF	2	0.1
kolik abdomen	1	0.0
KOLIK UTERUS	1	0.0
KOLOSTOMI	1	0.0
KONSTIPASI	4	0.2
Kontraksi	1	0.0
KONTRAKTUR DIGITI	1	0.0
KP B/MP	1	0.0
LABIOPLASTI	2	0.1
LEMATUM UNEVA	1	0.0
LEUKEMIA	2	0.1
Limpadenopati	2	0.1
Lipoma	2	0.1
LIVITIS ORBITA	1	0.0
SNNT	9	0.4
LUKA BAKAR	1	0.0
LUKA TERAFILISIS	1	0.0
Lupus erythematus	4	0.2
MAEMORRHAGE	1	0.0
MALARIA	2	0.1
MALIGNAN NEOPLASMA	1	0.0
Marasmus	3	0.1
MASTOID	2	0.1
Mci	6	0.2

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
Mdr	1	0.0
medical aborsi	1	0.0
Melena	8	0.3
Meningitis	1	0.0
MENOMETROGIN	1	0.0
MIOMA	14	0.6
Mola	2	0.1
POST MRM	4	0.2
N. H3P PP SC AI GAMALI SC TPP	1	0.0
VERTIGO	1	0.0
NCB SMK	19	0.8
POST COLOSTOMY	1	0.0
NEOPLASM OF VAGINA	2	0.1
NEPROTIS SYDROM	6	0.2
NESIRISIS DIGITI	1	0.0
NETRORAGIA	1	0.0
NEUROPNEUMONIA	1	0.0
NH KE 5 PP SPT	1	0.0
NH P3 PP SPT JANIN IUFD	1	0.0
NH3P PP SC GAGAL INDUKSI	1	0.0
NHJ PP SC	2	0.1
NIPAS PARTUS SPONTAN	1	0.0
VES	1	0.0
NOK	4	0.2
OBSTIPASI	1	0.0

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
OMSK	1	0.0
OP REMORAL IMPLANT	1	0.0
OP SKENING	1	0.0
OPEN PROSTATCE	1	0.0
Osteochondrodysplasia	1	0.0
OSTEOKLINIS	1	0.0
OSTEOMELITIS PEDIS DEXA	1	0.0
Osteomyelitis	2	0.1
P3 PP SPONTAN	2	0.1
P4NH1	1	0.0
Pansitopeni	1	0.0
PAPARISE	1	0.0
PARAFLEGIA	3	0.1
PASANG UMINO	1	0.0
PASCA EKSTIRPASI KISTA	1	0.0
PASCA GE	1	0.0
pasca operasi+chf	1	0.0
PEB HELLP SYDROM	1	0.0
PEB SERUIKS	1	0.0
Pendarahan	5	0.2
NSB SMK	2	0.1
PENURUNAN KESADARAN	7	0.3
PER ANEMIS	1	0.0
PERBAIKAN DA	1	0.0
PERFORASI gaster	1	0.0

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
PERITONITIS	4	0.2
PGPPSPT	2	0.1
PHEMORIA	1	0.0
PHIMOSIS	2	0.1
PLEURO PREUMANIA	1	0.0
PLR	1	0.0
PNEUMOCYSTOSIS	1	0.0
POLIP RECTI +ANIMEA	2	0.1
post bedah mulut	1	0.0
POST CISTOSCOPY	1	0.0
POST FISTELEKTOMY	1	0.0
POST LANEKLITIS	1	0.0
POST LE PNTONITIN	1	0.0
POST LUBEKTORUS	1	0.0
POST OP TRABECUBETOMY	1	0.0
POST OP+hipoalbumin	1	0.0
POST ORIF AMPUTASI	1	0.0
POST PC	4	0.2
POST POSISIONAL BIOPSI	1	0.0
POST REPAN FISTEK	1	0.0
REPOSISI MADIBULA	3	0.1
POST RESEKSI MENYOCELE	1	0.0
POST SHUNTING	3	0.1
POST SPA	2	0.1
POST TOMSILEKTOMY	1	0.0

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
POST TURP	4	0.2
POST TUTUO IKUSTOMIS	1	0.0
POST TUTUP COLOSTIAS	1	0.0
POST VP SHONIX	1	0.0
PPH	1	0.0
PRO KONTRAS	1	0.0
PSICOSOMATIS	2	0.1
PTG	1	0.0
REMOVE IMPLANT	5	0.2
RETENSIO PLASENTA	2	0.1
retensio urine	6	0.2
RHD	1	0.0
RUPTUR TENDON	2	0.1
SCT PP	1	0.0
SECSIO ACTA	5	0.2
Selulitis	1	0.0
SGB	1	0.0
SIDA	2	0.1
SIRKUNSISI	1	0.0
SISA KONSEPSI	1	0.0
SISTEKTOMI	1	0.0
SISTOSKOPI	1	0.0
SOFT TISUE TUMOR	1	0.0
SOL&HIDROSEFALUS	1	0.0
NKB KMK	2	0.1

Diagnosis	Frekuensi	Persentase(%)
STEVEN JHONSON	3	0.1
STSG	2	0.1
SULIT MENELAN	1	0.0
SUSF OBSTRUKTIF	1	0.0
SUSF POB+ ANEMIA	1	0.0
SUSP HIPERPLASIA	1	0.0
SUSP KET	1	0.0
SUSP PPT	1	0.0
SYOK CARDIOGENIK	2	0.1
syok hypovolemik	2	0.1
Tetanus	23	0.9
TB NILIER GIZI KURANG	1	0.0
Tdp	1	0.0
THYROTOXICOSIS	2	0.1
TONSIL	5	0.2
TRAUMATIK AMPUTASI	1	0.0
TRD DHL	1	0.0
TRUMA TURUK ABD	1	0.0
TUMOR KAKI	1	0.0
TUMOR KULIT	1	0.0
tumor ovarium	2	0.1
TUMOR PALFEBRA	1	0.0
TUMOR PARU	1	0.0
TUMOR RECTI	3	0.1
Tumor telinga kiri	1	0.0
TUTUP KOEOSTOMI	1	0.0
Ulcus Pepticum	1	0.0
VARICELLA	1	0.0
VENA SEKSI	1	0.0
Total	2,474	100.0

LAMPIRAN 3

NAMA-NAMA OBAT DI RSUD KAB. TANGERANG

NO	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
1	R L	2,856	9.0
2	CEFTRIAXON INJ	2,211	6.9
3	AQUA FOR INJ APBD	2,169	6.8
4	RANITIDIN INJ APBD	1,933	6.1
5	NACL	1,431	4.5
6	CEFOTAXIM INJ 1 GR PLKP	932	2.9
7	AS.MEFENAMAT 500 APBD	634	2.0
8	DEXTROS 5% OTS APBD	630	2.0
9	FERO SULFAT APBD	466	1.5
10	FUROSIK INJ PLK	458	1.4
11	METRONIDAZOL INFUS APBD	458	1.4
12	PARACETAMOL TAB APBD	409	1.3
13	RANITIDINE TAB APBD	386	1.2
14	DEXAMETHASONE INJ APOTIK	377	1.2
15	VIT K INJ	368	1.2
16	KA-EN 3 B APBD	347	1.1
17	FUROSEMIDE INJ APBD	341	1.1
18	PIRACETAM 3GR INJ APBD	340	1.1
19	AMOXICILLIN 500 APBD	334	1.0
20	CITICHOLIN 250 INJ APBD	331	1.0
21	KETOROLAC INJ APBD	320	1.0
22	DEXTROS PIGGYBAC APBD	301	0.9
23	CEFTAZIDIM INJ APBD	298	0.9
24	CYPROFLOXACIN 500 APBD	292	0.9
25	KA EN 1 B APOTIK	288	0.9
26	ASAM TRANEKSAMAT INJ APBD	281	0.9

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
27	KCL INJ PLK	266	0.8
28	CAPTOPRIL 12.5 APBD	262	0.8
29	KSR MA	241	0.8
30	DARYANTUL APBD	240	0.8
31	PRONALGES SUPP APBD	225	0.7
32	VIT B 12 APBD	222	0.7
33	DEXAMETASON TAB APBD	217	0.7
34	PYRAZINAMIDE 500 APBD	188	0.6
35	PARACETAMOL SYR APBD	187	0.6
36	AMBROXOL SYR APBD	183	0.6
37	ANTRAIN INJ	175	0.5
38	FOLIC ACID 1 MG APBD	170	0.5
39	ASPILET ASK	166	0.5
40	ISONIAZIDE 300 APBD	161	0.5
41	OBH 100 APBD	158	0.5
42	FERZOBAT 1 GR INJ	156	0.5
43	SOL N 5 PLKP	153	0.5
44	ANTASID SYRUP APBD	151	0.5
45	CIVELL INF PLK	148	0.5
46	CYPROFLOXACIN INFUS APBD	148	0.5
47	TORASIC INJ 30MG	146	0.5
48	CALCIUM GLUCONAS INJ APBD	145	0.5
49	CAPTOPRIL 25 APBD	139	0.4

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
50	METOLON INJ APBD	136	0.4
51	NUFIROM INJ APBD	135	0.4
52	OMEPRAZOL APBD	135	0.4
53	TRAMADOL APBD	131	0.4
54	ISOKET INJ APBD	127	0.4
55	CEFIXIM 100MG CAP APBD	126	0.4
56	NIFEDIPIN TAB APBD	123	0.4
57	RIVANOL APBD	122	0.4
58	NORVASK 5MG APBD	121	0.4
59	SIMVASTATIN 10 MG PLKP	120	0.4
60	INSTILAGEL 11	115	0.4
61	DOBUTEL INJ APBD	111	0.3
62	NEO DIAFORM APBD	110	0.3
63	TIBIGON 500 MG PLK	110	0.3
64	TRIOFUSIN E 500 APBD	105	0.3
65	STESOLID INJ 2ML	102	0.3
66	LAXADIN SYR 60ML APBD	97	0.3
67	OSTEOCAL APBD	95	0.3
68	VIT B 6 PLKP	95	0.3
69	CLONIDIN 0.15 TAB APBD	94	0.3
70	RIFAMPICIN 450 APBD	91	0.3
71	CEALB 20% 100ML MA	84	0.3
72	SPIROLA 100MG TAB APBD	83	0.3
73	PHENITOIN INJ MA	81	0.3
74	DIGOXIN GENERIK	80	0.3
75	XYLOCAIN JELLY APBD	80	0.3

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
76	ETHIGENT INJ APBD	79	0.2
77	ALLOPURINOL TABL PLK	78	0.2
78	CALCIUM CARBONAT 500	77	0.2
79	PYRIDOXIN APBD	77	0.2
80	VENTOLIN NEBULE INJ APBD	77	0.2
81	VIT B COM ASK	77	0.2
82	AMBROXOL 30MG TAB APOTIK	74	0.2
83	IODINE POV 60 APBD	74	0.2
84	PREDNISON APBD	74	0.2
85	KALNEX INJ APBD	73	0.2
86	SALBUTAMOL 2 APBD	73	0.2
87	ALKOHOL 70% 100 ML ASK	69	0.2
88	VALDIMEX INJ APBD	69	0.2
89	CETADOP INJ 200 APBD	68	0.2
90	DEXTRO 40% APBD	68	0.2
91	DEXTROSE 10% MA	68	0.2
92	PITOGIN INJ	68	0.2
93	RIFAMPICIN 300 PLKP	66	0.2
94	METOCLOPRAMID TAB 10 APBD	65	0.2
95	PIRACETAM 1200 APBD TAB	63	0.2
96	SOL 2A DR.HAR APBD	63	0.2
97	SYNTHOCINON INJ APBD	62	0.2
98	VIT B1 APBD	57	0.2
99	ETHAMBUOTOL 500 APBD	56	0.2
100	AMINOPHYLINE INJ PLKP	54	0.2

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
101	CLINDAMYCIN 300 APBD	53	0.2
102	FUROSEMIDE TAB APBD	53	0.2
103	INDUXIN INJ APBD	53	0.2
104	CTM APBD	52	0.2
105	DIAZEPAM 2 APBD	51	0.2
106	GENTAMYCIN SALEP 5GR	51	0.2
107	IKAMICETIN OINT PLK	51	0.2
108	BISOPROLOL 5MG TAB APBD	50	0.2
109	INVICLOT INJ APBD	50	0.2
110	PRORIS SUPP	50	0.2
111	KANDISTATIN DROP 12ML	49	0.2
112	METRONIDAZOL 500 APBD	48	0.2
113	NACL PIGGYBAC APBD	48	0.2
114	SULFAS FEROSUS ASK	48	0.2
115	DOMPERIDON 10MG PLK	45	0.1
116	INH 300 ASK	45	0.1
117	LOMATUELL	45	0.1
118	ORALIT MA	45	0.1
119	MGSO4 40% INJ APBD	44	0.1
120	ATROPIN INJ APOTIK	43	0.1
121	DIPENHYDRAMIN INJ APBD	43	0.1
122	SIMARC-2	43	0.1
123	METHYLPREDNISOLONE 4 MG	41	0.1
124	MEYLON BEXTER APBD	41	0.1
125	FIMA HES 200 500ML APBD	40	0.1

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
126	LIDOCAIN INJ APBD	40	0.1
127	METHYLERGOMETRIN TAB	40	0.1
128	CURCUMA TAB APBD	39	0.1
129	DUMIN REKTAL 125 / 2.5 ML	39	0.1
130	INVOMIT 8MG INJ APBD	39	0.1
131	KALNEX TAB 500 APBD	38	0.1
132	METHERGIN INJ APBD	38	0.1
133	PANTOZOL INJ	38	0.1
134	STARQUIN INFUS APBD	37	0.1
135	CEFIXIME SYR	35	0.1
136	POSPARGIN INJ APBD	34	0.1
137	CEFADROXIL 500 APBD	33	0.1
138	MYOMERGIN INJ APBD	33	0.1
139	BETAHISTINE TAB APBD	32	0.1
140	CYTOTEC TAB PLK	32	0.1
141	HUMULIN R 100 APBD	32	0.1
142	DULCOLAX SUPP 10 APBD	31	0.1
143	MEYLON MA	31	0.1
144	RIFAMPICIN 300 APBD	31	0.1
145	DULCOLAX TAB	29	0.1
146	PENTOXIFILLINE INJ APBD	29	0.1
147	ALINAMIN F INJ MA	27	0.1
148	PHENOBARBITAL INJ APBD	27	0.1
149	AMOXICILIN SYR PLKP	26	0.1
150	BRAINACT 500 ORAL TABL	26	0.1

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
151	DOBUJECT INJ 250 MG	26	0.1
152	ENYSTIN 12ML APBD	26	0.1
153	DOMPERINDONE SYR APBD	25	0.1
154	HEPARIN INJ APOTIK	25	0.1
155	NARFOZ TABL 4MG PLK	25	0.1
156	VIT C 50 MG TAB APBD	25	0.1
157	5-FLUOROURACIL 500 APBD	24	0.1
158	AMINOFUSIN PED APBD	24	0.1
159	COTRIMOXAZOLE TAB PLK	24	0.1
160	DOXORUBICIN 50 MG INJ MA	24	0.1
161	FARSORBID 10 APBD	24	0.1
162	GASTRUL APBD	24	0.1
163	PAN AMIN G APBD	24	0.1
164	STREPTOMYCIN INJ MA	24	0.1
165	PENTOXIFILLINE TAB APBD	23	0.1
166	CEFADROXIL SYR MA	22	0.1
167	DOXORUBICIN 10MG INJ MA	22	0.1
168	PAXUS INJ MA	22	0.1
169	PEHAMOXIL FORTE TAB APBD	22	0.1
170	VENTOLIN NEBULES 2.5 MG	22	0.1
171	VIT K TAB APBD	22	0.1
172	GENTAMYCIN INJ APBD	21	0.1
173	IOPAMIRO 300 50ML APBD	21	0.1
174	PLASBUMIN 25% 20ML MA	21	0.1
175	MANITOL 20 MA	20	0.1

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
176	P P 3 JUTA INJ APOTIK	20	0.1
177	TRAMAL SUPP	20	0.1
178	ATS 20000 INJ APBD	19	0.1
179	KENDARON INJ APBD	19	0.1
180	CIPROX INFUS APBD	18	0.1
181	HERBESSER INJ APBD	18	0.1
182	N-EPI INJ APBD	18	0.1
183	ANTASIDA TAB APBD	17	0.1
184	COMBIVENT UDV APBD	17	0.1
185	INERSON APBD	17	0.1
186	KALTROFEN SUPP	17	0.1
187	SABU INJ APBD	17	0.1
188	DEXACAP 12.5 TAB APBD	16	0.1
189	KALNEX 300MG	16	0.1
190	SEROLIN 30MG	16	0.1
191	AMINOFUSIN L 600	15	0.0
192	ARIXTRA INJ APBD	15	0.0
193	LEVORES INFUS PLKP	15	0.0
194	RIFAMPICIN 600 APBD	15	0.0
195	AMINOLEBAN MA	14	0.0
196	BRONSOLVAN TAB 150	14	0.0
197	CEFRIN INJ 1 GR	14	0.0
198	DOPAMET TAB 250 APBD	14	0.0
199	EVION TAB PLK	14	0.0
200	HCT TAB 25MG	14	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
201	NOVALGIN INJ APBD	14	0.0
202	PROPANOLOL 10MG TAB APBD	14	0.0
203	METHYLPREDNISOLON INJ APB	13	0.0
204	TRIFLUID APBD	13	0.0
205	VICILLIN-SX 1500MGAPBD	13	0.0
206	ASCARDIA 80 MG	12	0.0
207	NERILON APBD	12	0.0
208	RIFAMPICIN 450 PLKP	12	0.0
209	BETAMETHASONE CR APBD	11	0.0
210	EXTRACE INJ 200 APBD	11	0.0
211	GEMFIBROZIL 300 APBD	11	0.0
212	HEMAFORT DRAGE	11	0.0
213	PHENITON CAP	11	0.0
214	AMIPAREN MA	10	0.0
215	AQUA 1 LITER	10	0.0
216	ASERING 5	10	0.0
217	CAL. LACTAT 500 ASK	10	0.0
218	CYCLOVID INJ 200 MA	10	0.0
219	DILTIAZEM 30 ASK	10	0.0
220	ETHIFERAN INJ PLK	10	0.0
221	GLIQUIDONE TAB APBD	10	0.0
222	TRIOFUSIN 1000 INF APBD	10	0.0
223	ISONIAZIDE 100 APBD	9	0.0
224	KALNEX 250 MG CAPS	9	0.0
225	KUTOIN CAP 100MG APBD	9	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
226	LANOXIN INJ ADULT	9	0.0
227	LEVOFLOXACIN 500MG PLK	9	0.0
228	MIKASIN INJ 250	9	0.0
229	NACL 3% APBD	9	0.0
230	STESOLID RECTAL 5 APBD	9	0.0
231	TRIPENEM INJ 1GR	9	0.0
232	CHLORPROMAZIN 100 ASK	8	0.0
233	CLINDAMYCIN 150 APBD	8	0.0
234	DEXAZOL TAB APBD	8	0.0
235	OFLOXACIN 400MG PLK	8	0.0
236	OMNIPAQUE 20 ML MA	8	0.0
237	STESOLID RECTAL 10 APBD	8	0.0
238	VIFERON TAB APBD	8	0.0
239	YAL COLON APBD	8	0.0
240	ADALAT OROS 30MG MA	7	0.0
241	ALPRAZOLAN 0.5 TAB APBD	7	0.0
242	BURNAZIN 35 GRAM	7	0.0
243	CO-AMOXCYCLAVE 625 PLK	7	0.0
244	DIAZEPAM 5MG TAB APBD	7	0.0
245	NEUROBAT FORTE INJ	7	0.0
246	PHENOBARBITAL 30 APBD	7	0.0
247	PTU 100 MG PLKP	7	0.0
248	RELIVAN INJ APBD	7	0.0
249	BEDAK SALICYL APBD	6	0.0
250	BRAINACT INJ 500	6	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
251	CHLORPROMAZINE INJ 5MG AS	6	0.0
252	MOLEXDIN 60 CC	6	0.0
253	OFLOXACIN 200MG PLK	6	0.0
254	OMZ INJ PLK	6	0.0
255	SPIROLA 25MG TAB APBD	6	0.0
256	VASDALAT 10MG TAB APBD	6	0.0
257	AMINOPHYLLIN TAB APBD	5	0.0
258	ANTALGIN TAB.PLKP	5	0.0
259	BEKARBON APOTIK	5	0.0
260	DANSERA TAB	5	0.0
261	DOXYCYCLINE CAP APBD	5	0.0
262	EPINEPHRINE INJ APBD	5	0.0
263	KEDACILLIN INJ MA	5	0.0
264	METFORMIN TAB 500MG APBD	5	0.0
265	METOCLOPRAMID INJ APBD	5	0.0
266	MUSIN SYR PLK	5	0.0
267	NEW DIATAB TAB APBD	5	0.0
268	NITROCINE INJ PLK	5	0.0
269	PIRACETAM INFUS APBD	5	0.0
270	SANMOL DROP	5	0.0
271	SOPIKOM INJ PLK	5	0.0
272	TAXOTERE 80 INJ APBD	5	0.0
273	TRAMADOL KAPSUL PLKP	5	0.0
274	ZINC SULFAT 20 MG ₁	5	0.0
275	AMINOFLUID INFUS APBD	4	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
276	AMOXICILLIN INJ APBD	4	0.0
277	BRICASMA INJ APBD	4	0.0
278	CARBOPLATIN 45ML MA	4	0.0
279	CEFIZOX INJ PLK	4	0.0
280	EPIDOSIN INJ APBD	4	0.0
281	H C T APBD	4	0.0
282	INVOMIT INJ 4 MG	4	0.0
283	KALTROFEN INJ APBD	4	0.0
284	LACTO-B APBD	4	0.0
285	LETONAL 100 PLK	4	0.0
286	METHERGIN TABL PLK	4	0.0
287	MORCEF 1 GR INJ	4	0.0
288	MOVILEPS CAP APBD	4	0.0
289	NARFOZ INJ	4	0.0
290	RANTIN INJ	4	0.0
291	SAGESTAM CREAM 10 GR	4	0.0
292	SPIROLACTONE 25 MG PLK	4	0.0
293	TAXOTERE 20MG INJ APBD	4	0.0
294	TIARYT TAB MA	4	0.0
295	TRIHEXYPHENIDYL 2MG APBD	4	0.0
296	TROLAC INJ 30MG APBD	4	0.0
297	BACTESYN 1.5 INJ	3	0.0
298	BRAINACT 250 INJ	3	0.0
299	CISPLATIN 50MG MA	3	0.0
300	DULCOLAX SUPP 5 APBD	3	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
301	FARNORMIN APBD	3	0.0
302	FLAVIN	3	0.0
303	GELAFUNDIN APBD	3	0.0
304	GLIBENKLAMIDE APBD	3	0.0
305	GLUCOPHAGE 500 MG PLKP	3	0.0
306	HALOPERIDOL 1.5MG APBD	3	0.0
307	IBUPROFEN 400	3	0.0
308	IMODIUM 2 MG	3	0.0
309	INPEPSA SYR 100ML	3	0.0
310	KALBAMIN 500INJ MA	3	0.0
311	KALTROFEN TAB APBD	3	0.0
312	KETOPROFEN 100 MG APBD	3	0.0
313	NEO K 2MG INJ APBD	3	0.0
314	NYMIKO DROP	3	0.0
315	OXOFERIN SOL APBD	3	0.0
316	PHADILON 4 MG PLK	3	0.0
317	PICLODIN TAB	3	0.0
318	SALBUTAMOL 4 APBD	3	0.0
319	TENSIVASK	3	0.0
320	TOCOPHERINE 50MG APBD	3	0.0
321	VERAPAMIL ASK	3	0.0
322	VINCRISTINE 2MG ASK	3	0.0
323	VITAMIN A 6000 SI PLK	3	0.0
324	AMOXSAN DROPS	2	0.0
325	AMOXYCILLIN 250 MG PLKP	2	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
326	AMPICILLIN 1GR INJ.	2	0.0
327	APAZOL 0.5 MG PLK	2	0.0
328	ASPAR K	2	0.0
329	CARBAMAZEPIN TAB 200MG	2	0.0
330	CHLORAMEX INJ APBD	2	0.0
331	COLSANCETIN INJ 1 GRAM	2	0.0
332	COTRIMOXAZOL SYR PLKP	2	0.0
333	DEXANTA TAB APBD	2	0.0
334	DEXTROMETHORPAN TAB APBD	2	0.0
335	DEXTROMETHORPHAN SYR APBD	2	0.0
336	DIAZING TAB PLK	2	0.0
337	EPIRUBICIN 50MG MA	2	0.0
338	HAEMACCEL 3.5% PLK	2	0.0
339	HEMAPO INJ 10000 APBD	2	0.0
340	HOLOXAN INJ IGR MA	2	0.0
341	INH 100 ASK	2	0.0
342	LEUKOKAINE 300MG INJ APBD	2	0.0
343	LYNORAL	2	0.0
344	MELOXICAM 15MG APBD	2	0.0
345	MERTIGO	2	0.0
346	MINOPHAGEN INJ PLK	2	0.0
347	NEUROFENAC 25 TAB APBD	2	0.0
348	NIMOTOP	2	0.0
349	P K 7/1 KG APBD	2	0.0
350	PLASMINEX 500 MG TAB	2	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
351	PRORIS SYR	2	0.0
352	PYRANTEL 125 MG	2	0.0
353	SCOPAMIN INJ APBD	2	0.0
354	SCOPAMIN TAB APBD	2	0.0
355	TRAMAL INJ 50 MG	2	0.0
356	TRIPAREN 2 1000ML APBD	2	0.0
357	TRIVAM INJ APBD	2	0.0
358	UROMITEXAN INJ 400MG MA	2	0.0
359	VOLEQUIN IV PLK	2	0.0
360	VOLUVEN INFUS APBD	2	0.0
361	VOMETA SYR	2	0.0
362	ZINC SULFAT 10 MG	2	0.0
363	ACRAN INJ	1	0.0
364	ACYCLOVIR 200 APBD	1	0.0
365	ACYCLOVIR 400 APBD	1	0.0
366	ALLORIS TAB	1	0.0
367	AMDIXAL 5MG TAB APBD	1	0.0
368	AMINOVEL 600ML MA	1	0.0
369	ANGIOTEN 50 MG	1	0.0
370	ATP INJ PLK	1	0.0
371	ATRAUMAN 10X20 CM	1	0.0
372	BENZATIN PENICILIN APBD	1	0.0
373	BISOLVON DROP APBD	1	0.0
374	BRICASMA TAB 2.5	1	0.0
375	CXITROL ED APBD	1	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
376	CIMETIDIN TAB APBD	1	0.0
377	CODEIN 10	1	0.0
378	CODEIN 20MG PLK	1	0.0
379	CURASIL 250MG MA	1	0.0
380	DIAZEPAM INJ AS	1	0.0
381	DICYNON 500	1	0.0
382	DICYNON INJ	1	0.0
383	ELKRIP TAB APBD	1	0.0
384	ERYTHROMYCIN 250 APBD	1	0.0
385	EUTHYROX 100 APBD	1	0.0
386	FITONERGI KAPSUL	1	0.0
387	FLUDANE SYR	1	0.0
388	FLUIMUCIL CAP 200MG APBD	1	0.0
389	GASTRIDIN INJ	1	0.0
390	GLUCOBAY TAB MA	1	0.0
391	HOLOXAN INJ 2GR MA	1	0.0
392	HYDROCORTISON 1% APBD	1	0.0
393	IBUPROFEN 200MG TAB APBD	1	0.0
394	IMUNOS SYR APBD	1	0.0
395	ISOKET 10 MG TAB	1	0.0
396	KENDARON TAB APBD	1	0.0
397	LASIX TAB 40	1	0.0
398	LETONAL 25 MG	1	0.0
399	MEFINAL 500MG CAP APBD	1	0.0
400	MELOXICAM 7.5 PLK	1	0.0

No	Nama Obat	Frekuensi	Persentase(%)
401	METFORMIN 850 MG	1	0.0
402	METRONIDAZOLE 250 MG PLK	1	0.0
403	MUCOHEXIN TAB APBD	1	0.0
404	NEUROFENAC 50MG APBD	1	0.0
405	NORCURON INJ 4 MG APBD	1	0.0
406	NYSTATIN 500.000 UI TAB	1	0.0
407	PALENTIN TAB 625MG	1	0.0
408	PERDIPINE 10 MG PLK	1	0.0
409	PERDIPINE 2 MG PLK	1	0.0
410	PHYTOMENADIONE INJ APBD	1	0.0
411	PIROXICAM 10 MG PLKP	1	0.0
412	PRIMADEX SYR APBD	1	0.0
413	PROPANOLOL 40 PLKP	1	0.0
414	PROVITAL	1	0.0
415	RADIN TAB APBD	1	0.0
416	RANTIN TAB 150 MG	1	0.0
417	RECOFOL INJ APBD	1	0.0
418	REMOPAIN 3 % INJ PLKP	1	0.0
419	ROBUMIN 25% 50ML APBD	1	0.0
420	SANMOL SYR	1	0.0
421	SELOXY	1	0.0
422	TETAGAM P 250 IU	1	0.0
423	TOMIT INJ APBD	1	0.0
424	VAKSIN TT APBD	1	0.0
425	VENTOLIN INHALER APBD	1	0.0
426	VINCRISTINE 1MG INJ MA	1	0.0
427	VIT B1 50 PLKP	1	0.0
428	VOMETA FT TABL	1	0.0
	Total	31,892	100.0

LAMPIRAN 4

NAMA-NAMA OBAT NON FORMULARIUM DI RSUD KAB. TANGERANG

No	Obat Non Formularium	Frekuensi	Persen
1	KA-EN 3 B APBD	347	11.1
2	KA EN 1 B APOTIK	288	9.2
3	KCL INJ PLK	266	8.5
4	PRONALGES SUPP APBD	225	7.2
5	FERZOBAT 1 GR INJ	156	5.0
6	SOL N 5 PLKP	153	4.9
7	NUFIROM INJ APBD	135	4.3
8	NORVASK 5MG APBD	121	3.9
9	NEO DIAFORM APBD	110	3.5
10	TRIOFUSIN E 500 APBD	105	3.4
11	LAXADIN SYR 60ML APBD	97	3.1
12	VENTOLIN NEBULE INJ APBD	77	2.5
13	ALKOHOL 70%-100 ML ASK	69	2.2
14	PRORIS SUPP	50	1.6
15	NACL PIGGYBAC APBD	48	1.5
16	CURCUMA TAB APBD	39	1.3
17	DUMIN REKTAL 125 / 2.5 ML	39	1.3
18	PANTOZOL INJ	38	1.2
19	CYTOTEC TAB PLK	32	1.0
20	DULCOLAX TAB	29	0.9
21	ALINAMIN F INJ MA	27	0.9
22	NARFOZ TABL 4MG PLK	25	0.8
23	5-FLUOROUCIL 500 APBD	24	0.8

103	ATRAUMAN 10X20 CM	1	0.0
104	BISOLVON DROP APBD	1	0.0
105	BRICASMA TAB 2.5	1	0.0
106	C.XITROL ED APBD	1	0.0
107	CURASIL 250MG MA	1	0.0
108	DICYNON 500	1	0.0
109	DICYNON INJ	1	0.0
110	FITONERGI KAPSUL	1	0.0
111	FLUDANE SYR	1	0.0
112	FLUIMUCIL CAP 200MG APBD	1	0.0
113	GLUCOBAY TAB MA	1	0.0
114	HOLOXAN INJ 2GR MA	1	0.0
115	IMUNOS SYR APBD	1	0.0
116	ISOKET 10 MG TAB	1	0.0
117	KENDARON TAB APBD	1	0.0
118	NORCURON INJ 4 MG APBD	1	0.0
119	PERDIPINE 10 MG PLK	1	0.0
120	PERDIPINE 2 MG PLK	1	0.0
121	PROVITAL	1	0.0
122	RECOFOL INJ APBD	1	0.0
123	SELOXY	1	0.0
	Total	3,115	100.0

LAMPIRAN 5

NAMA-NAMA OBAT FORMULARIUM DI RSUD KAB. TANGERANG

NO	ObatFormularium	Frekuensi	Percen
1	R L	2,856	9.9
2	CEFTRIAXON INJ	2,211	7.7
3	AQUA FOR INJ APBD	2,169	7.5
4	RANITIDIN INJ APBD	1,933	6.7
5	NACL	1,431	5.0
6	CEFOTAXIM INJ 1 GR PLKP	932	3.2
7	AS.MEFENAMAT 500 APBD	634	2.2
8	DEXTROS 5% OTS APBD	630	2.2
9	FERO SULFAT APBD	466	1.6
10	FUROSIC INJ PLK	458	1.6
11	METRONIDAZOL INFUS APBD	458	1.6
12	PARACETAMOL TAB APBD	409	1.4
13	RANITIDINE TAB APBD	386	1.3
14	DEXAMETHASONE INJ APOTIK	377	1.3
15	VIT K INJ	368	1.3
16	FUROSEMIDE INJ APBD	341	1.2
17	PIRACETAM 3GR INJ APBD	340	1.2
18	AMOXCILLIN 500 APBD	334	1.2
19	CITICHOLIN 250 INJ APBD	331	1.2
20	KETOROLAC INJ APBD	320	1.1
21	DEXTROS PIGGYBAC APBD	301	1.0
22	CEFTAZIDIM INJ APBD	298	1.0
23	CYPROFLOXACIN 500 APBD	292	1.0
24	ASAM TRANEKSAMAT INJ APBD	281	1.0

285	METRONIDAZOLE 250 MG PLK	1	0.0
286	MUCOHEXIN TAB APBD	1	0.0
287	NEUROFENAC 50MG APBD	1	0.0
288	NYSTATIN 500.000 UI TAB	1	0.0
289	PALENTIN TAB 625MG	1	0.0
290	PHYTOMENADIONE INJ APBD	1	0.0
291	PIROXICAM 10 MG PLKP	1	0.0
292	PRIMADEX SYR APBD	1	0.0
293	PROPANOLOL 40 PLKP	1	0.0
294	RADIN TAB APBD	1	0.0
295	RANTIN TAB 150 MG	1	0.0
296	REMOPAIN 3 % INJ PLKP	1	0.0
297	ROBUMIN 25% 50ML APBD	1	0.0
298	SANMOL SYR	1	0.0
299	TETAGAM P 250 IU	1	0.0
300	TOMIT INJ APBD	1	0.0
301	VAKSIN TT APBD	1	0.0
302	VENTOLIN INHALER APBD	1	0.0
303	VINCRISTINE 1MG INJ MA	1	0.0
304	VIT B1 50 PLKP	1	0.0
305	VOMETA FT TABL	1	0.0
	Total	28,777	100.0