



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENERAPAN KEBIJAKAN PENGGUNAAN OBAT RASIONAL  
RSUP PERSAHABATAN JAKARTA TAHUN 2010  
(STUDI KASUS PENGGUNAAN ANTIBIOTIK  
DI BAGIAN PERINA)**

**TESIS**

**RANI DWIHARJANTI  
0706189053**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
KAJIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
DESEMBER 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENERAPAN KEBIJAKAN PENGGUNAAN OBAT RASIONAL  
RSUP PERSAHABATAN JAKARTA TAHUN 2010  
(STUDI KASUS PENGGUNAAN ANTIBIOTIK  
DI BAGIAN PERINA)**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**RANI DWIHARJANTI  
0706189053**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2010**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rani Dwiharjanti  
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 13 Juli 1974  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Suami : Mohammad Iqbal R  
Anak-anak : 1. Muhammad Rizqi Aritama  
2. Dzaky Rauf Rahardian  
Pekerjaan : PNS di RSUP Persahabatan  
Alamat Rumah : Jl. Lidi Blok A.19 No.10 Kavling DKI Pondok Kelapa,  
Jakarta Timur 13450  
Alamat Kantor : Jl. Persahabatan Raya No.1 Rawamangun, Jakarta  
Timur 13230

Riwayat Pendidikan

a. Sekolah Dasar : SDN Randusari I Semarang, 1986  
b. SLTP : SMPN 3 Semarang, 1987  
c. SLTA : SMAN 3 Semarang, 1990  
d. Perguruan Tinggi  
Sarjana S1 : Fakultas Kesehatan Gigi Universitas Trisakti Jakarta,  
2000

Riwayat Pekerjaan

2001 – 2002 : PTT (Dokter gigi) Puskesmas Rawasari Jambi  
2002 – 2003 : PTT (Dokter gigi) Puskesmas Pebayuran Bekasi  
2004 – 2006 : Staf Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit  
2006 – 2008 : Wakil Kepala Instalasi Pemeriksaan Medik Terpadu  
2009 – sekarang : Kepala Instalasi Pelayanan Pelanggan dan Humas

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Rani Dwiharjanti

NPM : 0706189053

Tanda Tangan : 

Tanggal : 21 Desember 2010

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Rani Dwiharjanti  
NPM : 0706189053  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional  
RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2010 (Studi Kasus Penggunaan Antibiotik di Bagian Perina).

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH,Ph.D (.....)

Penguji : Dra. Dumillah Ayuningtyas, MARS (.....)

Penguji : dr. Yan Aslian Noor, MPH (.....)

Penguji : dr. Ervin Yamani Amouzegar, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 21 Desember 2010

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rani Dwiharjanti

NPM : 0706139053

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana

Tahun Akademik : 2009/2010

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

**"Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2010 ( Studi Kasus Penggunaan Antibiotik di Bagian Perina)"**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Desember 2010

  
( Rani Dwiharjanti )

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan –hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2010 ( Studi Kasus Penggunaan Antibiotik di Bagian Perina)”

Dalam penyusunan tesis ini, penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih, terutama kepada Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D, selaku pembimbing yang telah mengarahkan penulis hingga selesainya tesis ini. Pada kesempatan ini, penulis juga menyampaikan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Dumillah Ayuningtyas, MARS yang telah bersedia menguji memberikan banyak masukan pada penulisan tesis ini.
2. dr. Yan Aslian Noor, MPH., selaku pembimbing lapangan dan penguji, dr. Ervin Yamani, MARS., selaku penguji serta memberikan masukan demi perbaikan tesis ini.
3. Dekan FKM UI, Ketua Departemen AKK dan seluruh Dosen saya di Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI.
4. Direksi dan manajemen RSUP Persahabatan yang telah memberikan ijin dan membantu penulis untuk dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Ayahanda dan ibunda tercinta, yang tak bosan bosannya selalu mengingatkan dan mendorong penulis untuk selalu lebih maju dan lebih memaknai kehidupan ini.
6. Suami dan anak-anakku, yang selalu menemani, memberikan dorongan dan menghibur penulis untuk dapat menyelesaikan tesis ini,
7. Teman-temanku, Pak Amir, Pak Ambo, Leny, Mba Anti, Lia, dan Humaser yang selalu menyemangati dan membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari banyak sekali kekurangan dan kelemahan dalam penulisan tesis ini, untuk itu masukan dan saran perbaikan tesis ini sangat penulis harapkan.

Depok, Desember 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rani Dwiharjanti  
NPM : 0706189053  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2010 ( Studi Kasus Penggunaan Antibiotik di Bagian Perina)”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 21 Desember 2010

Yang menyatakan,

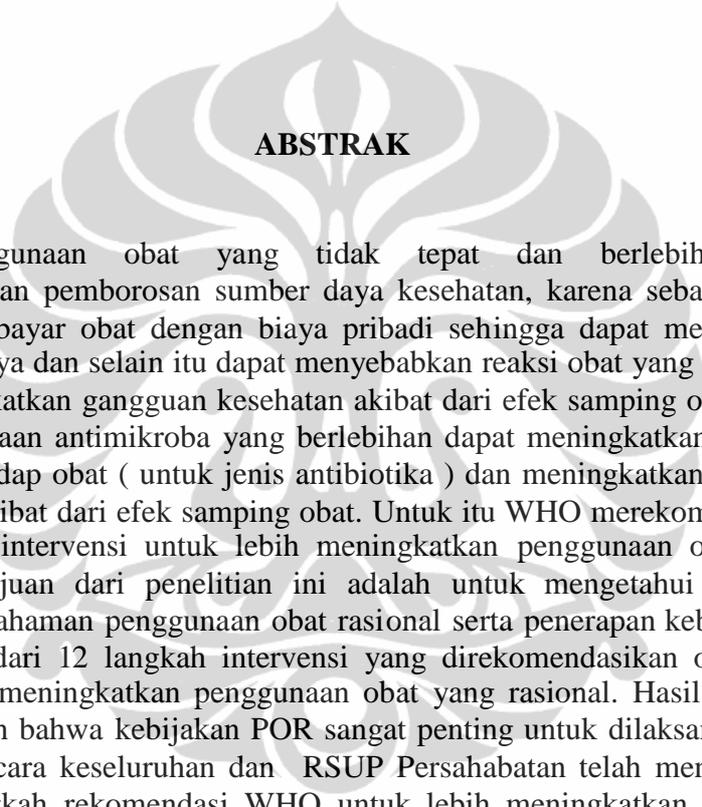


(Rani Dwiharjanti)

**RANI DWIHARJANTI**  
**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**PEMINATAN EKONOMI KESEHATAN**

**Tesis, 1 Desember 2010**

**Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional Di RSUP Persahabatan  
Jakarta Tahun 2010 ( Studi Kasus Penggunaan Antibiotik Di Bagian  
Perina)**



**ABSTRAK**

Penggunaan obat yang tidak tepat dan berlebihan dapat mengakibatkan pemborosan sumber daya kesehatan, karena sebagian besar pasien membayar obat dengan biaya pribadi sehingga dapat menyebabkan kerugian biaya dan selain itu dapat menyebabkan reaksi obat yang merugikan dan meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. Selain itu, penggunaan antimikroba yang berlebihan dapat meningkatkan resistensi kuman terhadap obat ( untuk jenis antibiotika ) dan meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. Untuk itu WHO merekomendasikan 12 langkah intervensi untuk lebih meningkatkan penggunaan obat secara rasional. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tentang pemahaman penggunaan obat rasional serta penerapan kebijakan RS terhadap 8 dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat yang rasional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan POR sangat penting untuk dilaksanakan, dan dipahami secara keseluruhan dan RSUP Persahabatan telah menerapkan 8 dari 12 langkah rekomendasi WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat rasional sebesar 70,49%.

Kata Kunci : Penggunaan Obat Rasional, Kebijakan, Antibiotik

**RANI DWIHARJANTI**  
**PROGRAM STUDY OF PUBLIC HEALTH SCIENCES**  
**FACULTY OF PUBLIC HEALTH**  
**MAJORING IN HEALTH ECONOMIC**

**Thesis, Desember 1th 2010**

**Rational Use Of Medicine Policy Implementation In RSUP Persahabatan  
Jakarta, 2010 ( Case Study Antibiotic Use In Neonatus Ward)**

**ABSTRACT**

Drugs using need to be examined and we also need a correct data of quality and quantity of antibiotic use in order the antibiotic that being recommended by the doctor was safe, rational and effective. Inaccurate drugs using could cost the patient paid more money than he should be and made the patient facing the side effect of the antibiotic that have been given by the doctor, not to mention influencing their own health. Inaccurate antimicrobial using, could increase the resistance of bacteria against the drugs (the antibiotic ones), and also force the patient facing the side effect of the drugs. For those reasons above, WHO recommended 12 steps of intervention promoting rational drugs use. The purpose of this research was to describe the understanding of rational drugs use and also system implementation and hospital policy of eight out of twelve intervention steps recommended by WHO to enhance the rational drugs use. The research result showed that POR policy was so essential, not just to be understood but also need to be properly and entirely done. They already implemented 8 of 12 steps to promoting rational use of medicine and show the number of 70,49%.

Keywords: Policy of Rational Drugs Use, Antibiotic

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
SURAT PERNYATAAN .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vii
ABSTRAK .....	viii
<i>ABSTRACT</i> .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4. Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1. Tujuan Umum.....	8
1.4.2. Tujuan Khusus.....	8
1.5. Manfaat Penelitian.....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1. Teori Kebijakan .....	10
2.1.1. Implementasi dan Analisis Kebijakan .....	13
2.2. Pengobatan Rasional .....	15
2.3. Pengobatan Tidak Rasional .....	20
2.3.1. Penggunaan Antibiotika .....	22
2.3.2. Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Obat yang Tidak Tidak Rasional.....	24
2.3.3. Dampak Penggunaan Obat Tidak Rasional .....	26
2.4. Rumah Sakit .....	27
2.4.1. Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit .....	29
2.5. Promosi Penggunaan Obat Rasional .....	31
2.5.1. Sumber Daya Manusia .....	32
2.5.2. Ketersediaan Obat .....	33
2.5.3. Panduan Klinis .....	33
2.5.4. Penggunaan DOEN Berdasarkan Pilihan Pengobatan .....	34
2.5.5. Pemberdayaan Komite Obat dan Terapi RS .....	34
2.5.6. Pelatihan Berkelanjutan Untuk Dokter .....	36
2.5.7. Pengawasan, Audit dan Umpan Balik .....	36
2.5.8. Edukasi Publik Mengenai Obat .....	37
2.5.9. Menghindari Insentif Finansial .....	38

<b>3. KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIRAN DAN DEFINISI ISTILAH .....</b>	<b>39</b>
3.1. Kerangka Teori.....	39
3.2. Kerangka Pikir .....	40
3.3. Definisi Istilah .....	41
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
4.1. Disain Penelitian.....	46
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	46
4.3. Informan Penelitian .....	46
4.4. Pengumpulan Data.....	47
4.4.1. Sumber Data .....	47
4.4.2. Prosedur Pengumpulan Data .....	47
4.5. Pengolahan Data.....	47
4.6. Validitas Data .....	48
4.7. Analisis Data .....	48
<b>5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>49</b>
5.1. Gambaran Umum RSUP Persahabatan Jakarta .....	49
5.1.1. Sejarah Singkat RSUP Persahabatan .....	49
5.1.2. Visi dan Misi .....	49
5.1.3. SDM RSUP Persahabatan .....	50
5.1.4. Pelayanan Unggulan .....	51
5.1.5. Fasilitas dan Jenis Pelayanan .....	52
5.1.6. Bagian Perinatologi .....	54
5.2. Pelaksanaan Penelitian .....	58
5.2.1. Pelaksanaan .....	58
5.2.3. Karakteristik Informan .....	58
5.3. Keterbatasan Penelitian .....	59
5.4. Hasil dan Pembahasan .....	59
5.4.1. Kebijakan tentang POR di RSUP Persahabatan .....	59
5.4.2. SDM .....	63
5.4.3. Sarana Pelayanan Kesehatan Di Bagian Perina .....	66
5.4.4. Ketersediaan Obat .....	67
5.4.5. Panduan Klinis .....	69
5.4.6. Penggunaan DOEN Berdasarkan Pilihan Pengobatan .....	72
5.4.7. Pemberdayaan Komite Obat dan Terapi RS .....	76
5.4.8. Pendidikan Berkelanjutan Untuk Dokter .....	81
5.4.9. Pengawasan, Audit dan Umpan Balik .....	83
5.4.10. Edukasi Publik Mengenai Obat .....	89
5.4.11. Penghindaran Insentif Finansial .....	91
5.4.12. Penerapan 8 dari 12 langkah Rekomendasi WHO .....	93

<b>6. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>95</b>
6.1. Kesimpulan.....	95
6.2. Saran.....	97
6.2.1. Saran untuk Kementerian Kesehatan RI .....	97
6.2.2. Saran untuk RSUP Persahabatan .....	97
6.2.2.1. Untuk Pimpinan RS .....	97
6.2.2.2. Untuk Komite Medik .....	97
6.2.2.3. Untuk Komisi Mutu .....	98
6.2.3. Bagi Peneliti Lain .....	98
 DAFTAR REFERENSI .....	 98



## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
1.1	Trend penggunaan obat tahun 1988-2003.	2
1.2	Variasi pola persepan secara regional tahun 1990-2004.....	3
5.1	Ketenagaan RSUP Persahabatan per 1 Desember Tahun 2010.....	51
5.2	Ketenagaan Perawat Ruang Perinatologi.....	55
5.3	Alat Elektromedik Ruang Perinatologi Tahun 2010...	56
5.4	Data Kasus Bayi Periode Januari – Desember 2009...	57
5.5	Karakteristik Informan .....	58
5.6	Kesesuaian penggunaan Formularium.....	75
5.7	Evaluasi Penulisan Resep Januari - September 2010 .....	76
5.8	Pengawasan POR .....	86
5.9	Pemberian Edukasi Publik tentang Obat .....	89
5.10	Jadwal PKRS .....	90
5.11	Evaluasi Penerapan Kebijakan RSUP Persahabatan terhadap 8 dari 12 Langkah Rekomendasi WHO melalui Metode Wawancara dan Metode Telaah Dokumen/Observasi	93

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1 Stages in the policy –making proces .....	12
2.2 Model Implementasi Kebijakan Publik .....	13
2.3 Rumah Sakit sebagai Sistem .....	28
3.1 Kerangka Teori .....	39
3.2 Kerangka Pikir .....	40
5.1 Struktur Organisasi Bagian Perina .....	54
5.2 Grafik Peta Kuman Periode Januari – Desember 2009 ..	57
5.3 Diagram Antar Tim .....	62

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Riwayat Hidup Penulis
2. Surat Ijin Penelitian.
3. Surat tanggapan ijin penelitian.
4. Strukur Organisasi RSUP Persahabatan
5. Pernyataan Kesiediaan menjadi narasumber.
6. Pedoman Wawancara
7. Matrik Hasil Wawancara Mendalam



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, antara lain dengan memenuhi kebutuhan obat yang bermutu, menjamin ketersediaan obat dengan jumlah dan jenis yang tepat sesuai kebutuhan serta meningkatkan ketepatan, kerasionalan dan efisiensi dalam penggunaannya. (Depkes, 2004).

Dalam pendahuluan Kebijakan Obat Nasional (KONAS) yang dituangkan dalam Kepmenkes RI No. 189/Menkes/SK/III/2006, obat merupakan salah satu komponen yang tak tergantikan dalam pelayanan kesehatan. Obat adalah bahan atau paduan bahan-bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi termasuk produk biologi. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia.

Tujuan KONAS adalah untuk menjamin: (1) ketersediaan obat, terutama obat esensial. (2) keamanan, khasiat dan mutu semua obat yang beredar serta melindungi masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat, (3) penggunaan obat yang rasional. (KONAS, 2006)

Definisi penggunaan obat rasional menurut WHO, 1985 adalah pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan klinisnya, dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhannya, dalam satu kurun waktu yang adekuat dan harga terendah baginya dan masyarakat sekitarnya. Sedangkan penggunaan obat tidak rasional adalah pengobatan dengan cara yang tidak sesuai dengan penggunaan yang rasional sebagaimana didefinisikan diatas. (WHO, 2002)

Kebiasaan penggunaan obat tidak rasional merupakan masalah kompleks dan meluas di seluruh dunia baik di negara maju ataupun negara berkembang. Kebiasaan ini merupakan masalah kompleks dengan berbagai faktor penyebab dan faktor pendorong yang saling mempengaruhi, termasuk didalamnya adalah faktor yang berasal dari para pelaku atau pemberi pelayanan kesehatan

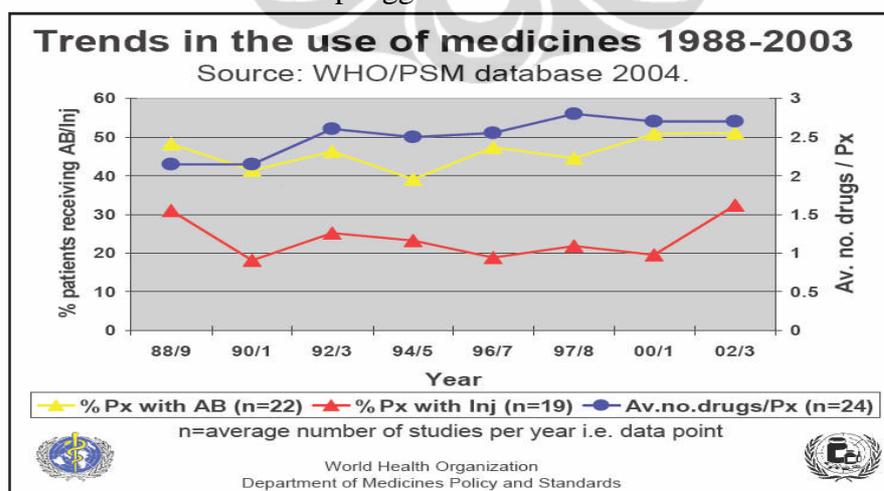
(*prescribing writing behavior*), sistem pelayanan itu sendiri, faktor pasien dan faktor sosiokultural masyarakat.

Menurut Hogerzeil (1995), persepsian yang tidak rasional adalah masalah global. Di beberapa studi baik dari negara maju maupun berkembang, menggambarkan adanya polifarmasi, penggunaan obat yang tidak sesuai indikasi atau pengobatan yang seharusnya tidak mahal, penggunaan antibiotik yang tidak tepat dan pengobatan sendiri yang tidak rasional yang biasanya *underdose*. Masalah ini diperburuk dengan adanya pergeseran pengobatan dari sektor publik kesektor swasta dimana banyak di negara berkembang regulasi dan pengawasannya belum adekuat, sehingga banyak pembelian obat tanpa resep.

WHO mengestimasi sekitar lebih dari 50% obat yang diresepkan, dibagikan, dan dijual tidaklah tepat. Dan sekitar 50% pasien tidak mengonsumsi obat dalam aturan yang benar. Dr. Kathleen Holloway mengatakan hanya dua pertiga populasi di dunia yang mempunyai akses pengobatan dan mendapatkan obat, lebih dari setengahnya mendapatkan persepsian yang kurang tepat. Dan dari mereka yang mendapatkan persepsian obat, lebih dari setengahnya tidak mengonsumsi obat sesuai aturan.

Data trend penggunaan obat menunjukkan bahwa penggunaan obat rata-rata meningkat dari 2,2 menjadi 2,7 per pasien (1988-2003). Hampir 50% persepsian disertai oleh antibiotika, seperti terlihat pada Tabel 1.1 berikut

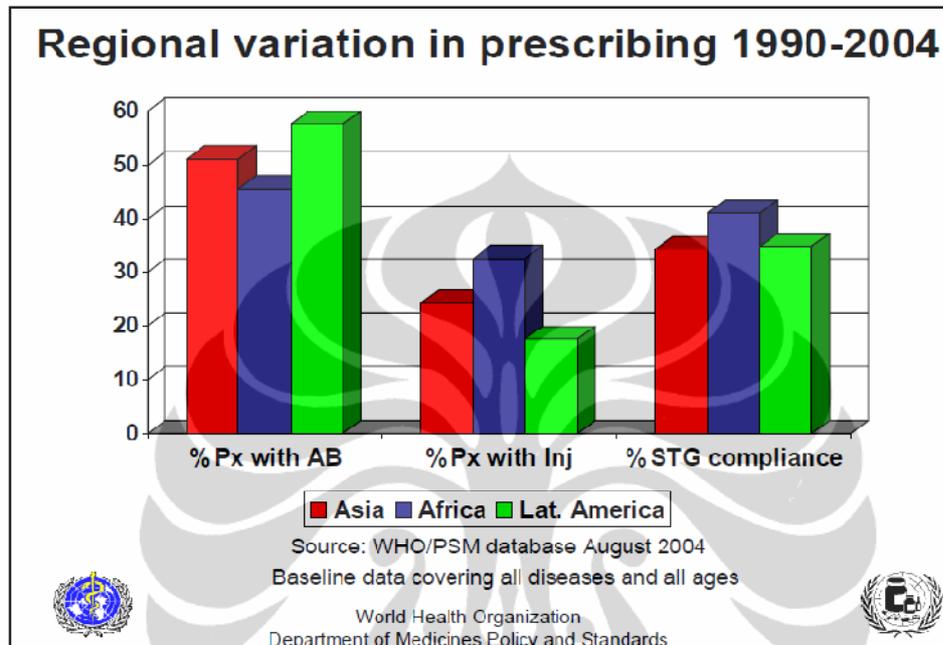
Tabel 1.1. Trend penggunaan obat tahun 1988-2003.



Sumber: WHO/PSM database 2004

Sementara itu, data regional WHO tahun 2004 menyimpulkan, rata 50% peresepan disertai dengan antibiotika di Asia dan hanya 40-50% pasien yang mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar pedoman pengobatan.

Tabel 1.2. Variasi pola peresepan secara regional tahun 1990-2004.



Sumber: WHO/PSM database August 2004

Penelitian yang dilakukan oleh WHO pada tahun 2000 memperlihatkan hasil bahwa sekitar 60% antibiotika yang tidak perlu diresepkan di Nigeria dan sekitar 50% di Nepal sehingga rata-rata pemberian antibiotik tidak perlu di seluruh dunia mencapai angka 50%.

Kurangnya akses terhadap pengobatan yang adekuat dan pengobatan yang tidak tepat dosis menyebabkan angka kesakitan dan kematian yang cukup serius pada kasus infeksi dan penyakit kronis, khususnya untuk anak-anak. Penggunaan obat yang tidak tepat dan berlebihan dapat mengakibatkan pemborosan sumber daya kesehatan, karena sebagian besar pasien membayar obat dengan biaya pribadi sehingga dapat menyebabkan kerugian biaya dan selain itu dapat menyebabkan reaksi obat yang merugikan dan meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. Selain itu, penggunaan antimikroba yang berlebihan dapat meningkatkan resistensi kuman terhadap obat jenis antibiotika.

Sedangkan injeksi yang tidak steril menyebabkan transmisi penyakit hepatitis, HIV/AIDS dan penyakit lain yang berhubungan dengan darah, meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. (WHO, 2002)

Di Amerika Serikat, kematian akibat efek samping obat mencapai posisi ke-6 sebagai penyebab kematian terbanyak. Dalam sudut pandang keuangan, biaya akibat dari pemberian obat yang tidak perlu dan obat yang terlalu banyak, terutama di negara berkembang yang tidak memiliki asuransi kesehatan, sangatlah tinggi.

Beberapa data yang diberikan oleh Holoway (2004) tentang penggunaan obat tidak rasional adalah:

- Adanya 2,3 - 4,7 juta kasus baru Hepatitis B dan C dan 160 ribu kasus baru dari HIV pertahun yang di akibatkan dari 15 milyar injeksi pertahun, yang setengahnya diperkirakan tidak steril.
- Sebanyak 4-10% dari pasien rawat jalan mengalami *adverse drug reaction* di negara berkembang. Ini adalah penyebab keempat kematian di Amerika
- Terdapat peningkatan resistensi terhadap antimikroba, menjadi 70-90% pada antibiotik lini pertama untuk disentri (*shigella*), pneumonia (*pneumococcal*), *gonorrhoea* dan infeksi nosokomial (*Stap. Aureus*)

Sebuah langkah besar terhadap strategi penggunaan obat rasional adalah ketika WHO menyusun model pertama Daftar Obat Esensial pada tahun 1977 untuk membantu negara-negara untuk menyusun formularium mereka sendiri. Definisi penggunaan obat rasional kemudian disepakati pada Konferensi Internasional di Kenya tahun 1985. Pada tahun 1989 International Network for the Rational Use of Medicine dibentuk untuk melakukan penelitian intervensi multidisiplin untuk mempromosikan penggunaan obat lebih rasional.

Pengobatan esensial adalah pengobatan yang memenuhi prioritas kebutuhan pelayanan kesehatan dari populasi. Pengalaman membuktikan bahwa pemilihan pengobatan esensial yang tepat akan meningkatkan kualitas kesehatan lebih baik, penatalaksanaan pengobatan terbaik, peningkatan kualitas obat yang diberikan, serta biaya pengobatan yang lebih efektif. Pengobatan secara rasional akan meningkatkan perbaikan sistem kesehatan dimana hal ini membutuhkan kerjasama berbagai pihak.

Pada tahun 2002, WHO merekomendasikan 12 langkah intervensi kunci untuk lebih meningkatkan penggunaan obat yang rasional

1. Pembentukan komite nasional multidisiplin untuk mengkoordinasi langkah kebijakan penggunaan obat.
2. Penyusunan pedoman terapi standar berdasarkan bukti ilmiah terkini yang di revisi secara berkala.
3. DOEN sebagai acuan pemilihan obat.
4. Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi di rumah sakit.
5. Pembelajaran farmakoterapi berbasis masalah dalam kurikulum S<sub>1</sub> tenaga profesi kesehatan.
6. Pendidikan berkelanjutan sebagai persyaratan izin menjalankan kegiatan profesi.
7. Pengawasan, audit dan umpan balik dalam penggunaan obat.
8. Penyediaan informasi yang jujur dan benar.
9. Edukasi dan pemberdayaan masyarakat untuk menggunakan obat secara tepat dan benar.
10. Langkah regulasi dan penerapannya untuk menghindarkan insentif pada penggunaan dan penulisan resep obat tertentu.
11. Regulasi untuk menunjang penerapan berbagai langkah kebijakan penggunaan obat secara rasional.
12. Alokasi anggaran pemerintah yang memadai untuk memastikan ketersediaan obat esensial serta untuk pelatihan tenaga profesi kesehatan.

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme kedalam tubuh dan menimbulkan berbagai gangguan fisiologis normal tubuh. Pengobatan penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri dengan cara kuratif yaitu dengan pemberian antibiotik (Wattimena et al, 1991). Menurut Siregar (2003), penggunaan antibiotika yang rasional dalam terapi kepada pasien sangat diperlukan. Pasien harus menerima obat-obatan yang sesuai pada kebutuhan klinik, dalam dosis yang sesuai selama masa terapi penggunaan antibiotik.

Sebelum pemberian antibiotik dimulai, harus dipastikan terlebih dahulu jenis antibiotika yang akan digunakan, dosis, cara dan lama pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik juga ditentukan oleh keadaan klinis pasien, kuman-kuman yang berperan (parameter mikrobiologis), dan sifat antibiotik tersebut. Penggunaan antibiotika yang tidak tepat akan menimbulkan dampak negatif yaitu pertumbuhan bakteri-bakteri yang resisten, efek samping yang berbahaya untuk pasien. penggunaan antibiotika harus di evaluasi dari waktu ke waktu. (Nelwan, 2006)

Penggunaan obat perlu diteliti dan diperlukan data yang akurat berkenaan dengan kuantitas penggunaan antibiotika sehingga antibiotika yang ditulis dokter dalam resep diharapkan rasional, efektif dan aman. (Rahmayani, 2010). Beberapa penelitian tentang penggunaan antibiotik di rumah sakit antara lain: Evaluasi penggunaan antibiotika pada pasien diare rawat inap anak di RSUP Persahabatan tahun 2007 dengan hasil penelitian penggunaan antimikroba pada 276 penderita diare anak yang paling banyak adalah kotrimoksazol (33,33%); Evaluasi penggunaan antibiotik pada penderita diare ruang dahlia dan melati di RSUP Persahabatan tahun 2009 dengan hasil penelitian (1) Berdasarkan golongan dan jenisnya dari antibiotika yang digunakan di RSUP Persahabatan untuk pasien diare berasal dari 6 golongan yaitu: sefalosporin generasi ketiga, makrolid, florokuinolon, kombinasi sulfametoksazol dengan trimetoprim, dapson dan selfalosporin generasi kedua. Lima antibiotika terbanya penggunaannya dari 9 jenis antibiotika adalah siprofloksasin, seftriakson, metronidazol, Kotrimoksazol dan Azitromisin, (2) Kesesuaian penggunaan antibiotika berdasarkan kepatuhan terhadap penggunaan Antibiotika pada pasien diare di ruang Dahlia dan melati menunjukkan tingkat kesesuaian sebesar 22,61% dan tidak sesuai 77,39%.

Sebagai langkah memonitor dan mengevaluasi program penggunaan antibiotika telah dibentuk suatu tim Pengendali Resistensi Antimikroba (PRA) di RSUP Persahabatan tersebut. Tim ini dibentuk dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis khususnya dalam hal pengendalian resistensi antimikroba dan pengendalian penggunaan antibiotika untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan kepada pasien. Sebagai salah satu langkah evaluasi penggunaan obat rasional,

telah dilakukan audit kualitas penggunaan antibiotik di ruang bayi tahun 2009 dengan sampel 21 bayi dan menggunakan metode Alur *Gyssens* dengan hasil:

- Jenis antibiotika yang digunakan ada 6, yaitu ampicilin-sulbaktam, amikasin, metronidazol, meropenem, ceftazidim, cefixim oral.
- Jumlah total penggunaan antibiotik sebanyak 58
- Kategori penggunaan antibiotik:
  - Kategori I (tepat/rasional)= 37 (63,79%)
  - Kategori IIIa (pemberian terlalu lama) = 1 (1,72%)
  - Kategori IIIb (pemberian terlalu singkat) = 2 ( 3,45%)
  - Kategori IVa (kurang efektif) = 1 (1,72%)
  - Kategori VI ( tidak dapat dievaluasi) = 17 (29,31%)

## 1.2 Rumusan Masalah

Penggunaan obat yang tidak tepat dan berlebihan dapat mengakibatkan pemborosan sumber daya kesehatan, karena sebagian besar pasien membayar obat dengan biaya pribadi sehingga dapat menyebabkan kerugian biaya dan selain itu dapat menyebabkan reaksi obat yang merugikan dan meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. Selain itu, penggunaan antimikroba yang berlebihan dapat meningkatkan resistensi kuman terhadap obat (untuk jenis antibiotika) dan meningkatkan gangguan kesehatan akibat dari efek samping obat. Untuk itu WHO merekomendasikan 12 langkah intervensi untuk lebih meningkatkan penggunaan obat secara rasional.

Hasil audit kualitas penggunaan antibiotik di ruang bayi tahun 2009, dengan jumlah sampel sebanyak 21 bayi, berkesimpulan bahwa penggunaan antibiotik rasional sebesar 63,79%, sedangkan target penggunaan antibiotik rasional adalah 100 %. Hal ini menunjukkan masih rendahnya penggunaan obat secara rasional untuk kasus tersebut.

Sedangkan untuk tingkat rumah sakit secara umum, penerapan kebijakan penggunaan obat rasional di RSUP Persahabatan belum diketahui. Sehingga, penting untuk dilakukan kajian penerapan kebijakan penggunaan obat yang rasional tersebut.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- a. Bagaimana pemahaman tentang kebijakan penggunaan obat rasional di RSUP Persahabatan?
- b. Bagaimana penerapan kebijakan RS terhadap 8 dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diperoleh gambaran tentang pemahaman penggunaan obat rasional serta penerapan sistem dan kebijakan RS terhadap 8 dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat yang rasional.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketahui pemahaman tentang kebijakan penggunaan obat rasional di RSUP Persahabatan.
- b. Diketahui penerapan kebijakan RSUP Persahabatan terhadap 8 dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat rasional.

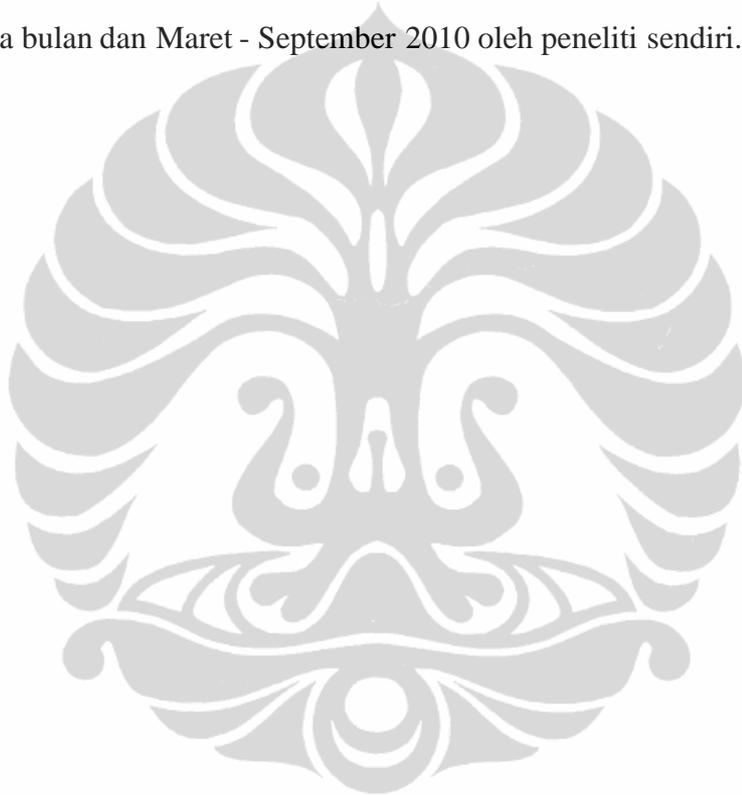
### **1.5 Manfaat Penelitian**

Manfaat secara aplikatif dari hasil penelitian ini, diharapkan dapat memberikan masukan bagi institusi RSUP Persahabatan, dengan mengetahui gambaran pemahaman penggunaan obat rasional serta penerapan kebijakan rekomendasi 12 langkah intervensi dari WHO, sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan manajemen dalam meningkatkan mutu dan kualitas layanan kesehatan.

## 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan kebijakan RSUP Persahabatan terhadap 8 langkah dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO dalam meningkatkan penggunaan obat rasional.

Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif, yaitu dengan melakukan wawancara mendalam, telaah dokumen serta observasi untuk mengetahui pemahaman serta penerapan kebijakan penggunaan obat rasional terhadap rekomendasi WHO dari pengambil kebijakan di rumah sakit ini. Penelitian ini dilakukan pada bulan dan Maret - September 2010 oleh peneliti sendiri.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Teori Kebijakan

Barker (1996) menyatakan bahwa "kebijakan adalah serangkaian kegiatan, pernyataan, regulasi dan bahkan hukum yang merupakan hasil suatu keputusan-keputusan tentang bagaimana kita melakukan sesuatu".

Anderson dalam Agustino (2006) juga memberikan definisi kebijakan sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/ tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan.

Kebijakan, rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan dan cara bertindak tentang organisasi, pemerintahan, pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran (Kamus besar bahasa Indonesia, Balai Pustaka, 1991)

Buse, Mays, Walt (2006) membagi kebijakan berdasarkan pembuat kebijakan, yaitu kebijakan privat dan kebijakan publik. Kebijakan privat merupakan kebijakan yang dibuat oleh sektor swasta yang ditujukan untuk perusahaan-perusahaannya sendiri baik dalam maupun luar negeri untuk meningkatkan pelayanannya. Walaupun demikian, proses dalam pembuatan kebijakan privat dibuat berdasarkan hukum publik yang dibuat oleh pemerintah.

Berbeda dengan kebijakan privat, kebijakan publik merupakan kebijakan yang dibuat oleh pemerintah. Dye yang dikutip oleh Buse, Mays, Walt (2006) menyatakan bahwa "kebijakan publik adalah apa yang dipilih oleh pemerintah untuk dikerjakan atau tidak dikerjakan". Dye beranggapan bahwa kesalahan dalam membuat keputusan maupun bertindak dalam suatu isu juga akan mengarah pada pembuatan kebijakan.

Suharto (2005) mengidentikkan kebijakan publik dengan kebijakan sosial. Kebijakan sosial adalah seperangkat tindakan (*course of action*), kerangka kerja (*framework*), petunjuk (*guideline*), rencana (*plan*), peta (*map*) atau strategi, yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah

ke dalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan sosial.

Lebih lanjut, karena kebijakan publik merupakan keputusan politik yang dikembangkan oleh badan atau pejabat pemerintah, maka kebijakan publik mempunyai karakteristik khusus bahwa keputusan politik dirumuskan oleh "otoritas" dalam sistem politik yaitu para senior, kepala tertinggi, eksekutif, legislatif, para hakim, administrator, penasehat, para raja dan sebagainya. Mereka adalah orang-orang yang terlibat dalam urusan sistem politik yang mempunyai tanggung jawab terhadap suatu masalah tertentu, diminta untuk mengambil keputusan yang mengikat sebagian besar anggota masyarakat selama kurun waktu tertentu. (Agustino, 2006).

Kebijakan kesehatan dapat berupa kebijakan privat maupun kebijakan publik. Kebijakan kesehatan adalah serangkaian tindakan (atau non tindakan) yang mempengaruhi kumpulan lembaga, organisasi, perusahaan dan rencana pembiayaan sistem pelayanan kesehatan. Dapat dikatakan, kebijakan kesehatan merupakan hal di luar dari pelayanan kesehatan itu sendiri, termasuk tindakan yang dilakukan oleh pemerintah, swasta dan organisasi sukarela yang memberikan dampak bagi kesehatan. Hal ini berarti bahwa kebijakan kesehatan menitikberatkan pada dampak lingkungan dan sosioekonomi terhadap kesehatan khususnya pelayanan kesehatan. (Walt 1994, p.41, Buse, Mays, Walt 2006, p.8)

Dalam mempelajari kebijakan publik, Dye dan Anderson yang dikutip oleh Agustino (2006) menyatakan bahwa ada tiga alasan yang melatarbelakangi, yaitu :

1. *Scientific Reasons* (Alasan Ilmiah)

Kebijakan publik dipelajari dengan tujuan untuk menambah pengetahuan yang lebih mendalam. Kebijakan publik dipelajari mulai dari proses, perkembangan dan akibat-akibat yang ditimbulkannya bagi masyarakat sehingga akan memperdalam pengetahuan tentang sistem politik dan masyarakat umumnya. Selain itu, kebijakan publik dapat dipandang sebagai variabel dependen dan variabel independen. Dikatakan sebagai variabel dependen bila kebijakan publik ditujukan kepada faktor politik dan lingkungan yang mempengaruhi isi kebijakan. Sebaliknya, kebijakan publik

dikatakan sebagai variabel independen jika ditujukan kepada dampak kebijakan terhadap sistem politik dan lingkungan.

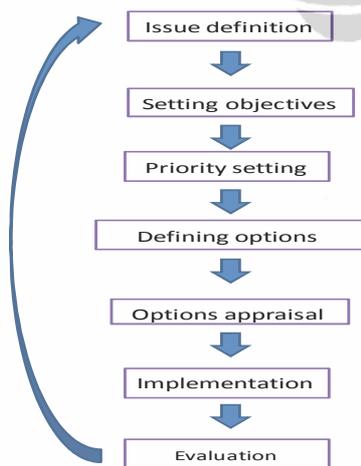
2. *Professional Reasons* (Alasan Profesional)

Alasan profesional dapat menjadi dasar jika pengetahuan ilmiah tentang kebijakan dapat diaktualisasikan dalam pemecahan masalah-masalah sosial. Oleh karena itu, orang yang menggunakan alasan ini harus mengerjakan sesuatu yang berguna tentang bagaimana individu, kelompok, atau pemerintah dapat bertindak untuk mencapai atau menyelesaikan tujuan suatu kebijakan.

3. *Political Reasons* (Alasan Politik)

Kebijakan publik dipelajari pada dasarnya agar setiap perundangan atau regulasi yang dihasilkan dapat tepat guna dalam mencapai tujuan yang sesuai target. Pertimbangan ini pula yang mengarahkan pada upaya untuk memastikan bahwa pemerintah menggunakan kebijakan yang cocok untuk mencapai tujuan yang benar. Dalam hubungan dengan pertimbangan politis, muncullah istilah advokasi kebijakan yang berhubungan dengan apa yang harus dikerjakan pemerintah, dengan kemajuan kebijakan bidang tertentu, melalui diskusi, pendekatan dan aktivitas politik. (Agustino 2006, pp.5-6)

Barker (1996) menggambarkan proses pembuatan kebijakan melalui tahap-tahap berikut yang digambarkan sebagai berikut :



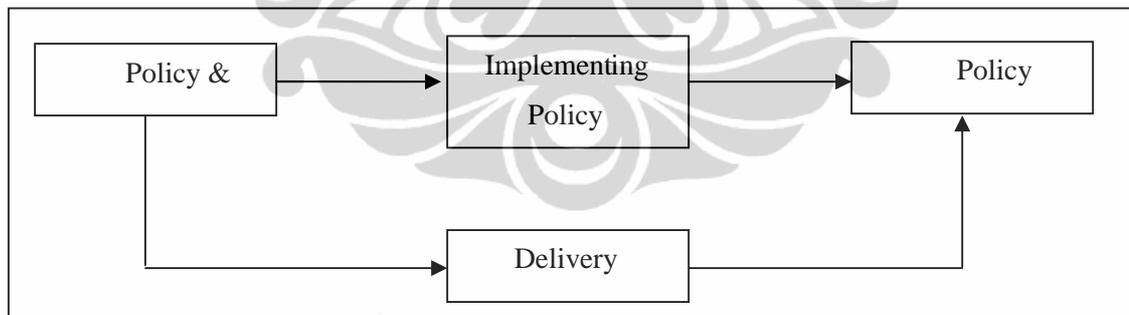
Gambar 2.1. Stages in the policy –making proces

Sumber : Barker 1996, *The Health Care Policy Process*.

### 2.1.1. Implementasi dan Analisis Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan pelaksanaan keputusan tentang kebijakan yang mendasar. Kebijakan tersebut bisa tertuang dalam undang-undang atau bisa berbentuk instruksi-instruksi eksekutif yang penting atau keputusan perundangan. Baiknya keputusan itu dijelaskan dalam bentuk yang konkrit mengenai masalah-masalah yang ingin ditangani, menentukan tujuan yang hendak dicapai dan dalam berbagai cara yang menggambarkan struktur dari proses pelaksanaan. (Wibawa dikutip dalam Tangkilisan, 2004).

Pengimplementasian kebijakan yang dituangkan dalam produk-produk hukum atau instruksi-instruksi lainnya bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah yang terjadi. Dalam pengimplementasian dibutuhkan input berupa peraturan perundang-undangan yang menjadi acuan, SDM sebagai pelaksana, SD keuangan yang akan mendukung pelaksanaan, komitmen pelaku-pelaku yang terkait serta standar prosedur operasional dan masih banyak lagi. Model skematik dari pengimplementasi kebijakan menurut William dan Elmore dalam Tangkilisan, digambarkan seperti dibawah ini.



Gambar 2.2 Model Implementasi Kebijakan Publik

Sumber: Tangkilisan, 2004

Pelaksanaan kebijakan bisa berjalan efektif diperlukan komitmen berbagai pihak. Pendekatan yang efektif untuk mendukung berjalannya suatu kebijakan adalah pendekatan dari bawah ke atas. Target sasaran, pelaksana dan penilai kebijakan adalah orang yang terkena dampak langsung dari suatu kebijakan. Mereka yang lebih mengetahui masalah serta pemecahan masalahnya. Mereka

itulah orang-orang yang akan memberikan komitmen bagi suksesnya pelaksanaan kebijakan. (Dunn, 2003)

Suatu deskripsi mengenai analisis kebijakan yang disajikan oleh E.S Quade, menyajikan dasar kebijakan untuk mendefinisikan analisis kebijakan. Analisis kebijakan adalah suatu bentuk analisis yang menghasilkan dan menyajikan informasi sedemikian sehingga dapat memberi landasan dari para pembuat kebijakan dalam membuat keputusan (Dunn, 2003)

Analisis kebijakan mengkombinasikan dan mentransformasikan substansi dan metode beberapa disiplin, dan lebih jauh lagi menghasilkan informasi yang relevan dengan kebijakan yang digunakan untuk mengatasi masalah-masalah publik tertentu. Selain hal itu, tujuan analisis kebijakan melebar melampaui fakta, karena disini para analis kebijakan juga berusaha untuk memproduksi informasi mengenai nilai-nilai dan serangkaian tindakan yang dipilih. Karena itu, analisis kebijakan juga meliputi evaluasi kebijakan dan rekomendasi kebijakan.

Analisis kebijakan diambil dari berbagai macam disiplin dan profesi yang tujuannya bersifat deskriptif, valuatif dan preskriptif. Analisis kebijakan diharapkan untuk menghasilkan informasi dan argumen-argumen yang masuk akal mengenai tiga macam pertanyaan, yaitu :

1. **Nilai** yang pencapaiannya merupakan tolok ukur utama untuk melihat apakah masalah teratasi.
  2. **Fakta** yang keberadaannya dapat membatasi atau meningkatkan pencapaian nilai-nilai.
  3. **Tindakan** yang penerapannya dapat menghasilkan pencapaian nilai-nilai.
- (Dunn 2003, p.97)

Dalam menghasilkan informasi dan argumen-argumen dari pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas, seorang analis dapat memakai satu atau lebih dari tiga analisis di bawah ini :

1. Pendekatan Empiris

Pendekatan empiris ditekankan terutama pada penjelasan berbagai sebab dan akibat dari suatu kebijakan publik tertentu. Di sini pertanyaan utama bersifat

faktual (apakah sesuatu itu ada ?) dan macam informasi yang dihasilkan bersifat deskriptif.

## 2. Pendekatan Valuatif

Pendekatan valuatif terutama ditekankan pada penentuan bobot atau nilai beberapa kebijakan. Di sini pertanyaannya berkaitan dengan nilai (berapa nilainya ?) dan tipe informasi yang dihasilkan bersifat valuatif.

## 3. Pendekatan Normatif

Pendekatan normatif ditekankan pada rekomendasi serangkaian tindakan yang akan datang yang dapat menyelesaikan masalah-masalah publik. Dalam kasus ini pertanyaannya berkenaan dengan tindakan (apa yang harus dilakukan ?) dan tipe informasi yang dihasilkan bersifat preskriptif. (Dunn 2003, p.98)

Pendekatan analisis kebijakan lainnya adalah pendekatan yang bersifat teoritis. Pendekatan ini sangat berguna dan menarik perhatian kita pada fenomena politik yang penting. Pendekatan teoritik tersebut salah satunya adalah,

### Teori Sistem

Kebijakan publik dipandang sebagai reaksi sistem politik untuk kebutuhan yang timbul dari lingkungan sekitarnya. Input sistem berasal dari lingkungannya yang terbuka berupa permintaan dan dukungan yang kemudian diformulasikan dalam bentuk kebijakan. Lingkungan terdiri dari semua kondisi dan kejadian luar sampai pada batas sistem politik. Konsep umpan balik menunjukkan bahwa kebijakan ataupun output sesudah itu dapat merubah lingkungan dan permintaan yang muncul di dalamnya seperti karakteristik sistem politik itu sendiri. Output kebijakan dapat menghasilkan permintaan baru, yang dapat memberikan output kebijakan selanjutnya, dan seterusnya secara kontinyu, sehingga kebijakan tidak pernah berakhir. (Agustino 2006, p.20)

## 2.2. Penggunaan Obat Rasional

Pengobatan merupakan suatu proses ilmiah yang dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh selama anamnesis

dan pemeriksaan. Dalam proses pengobatan terkandung aspek keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk melakukan intervensi pengobatan yang memberi manfaat maksimal dan resiko sekecil mungkin bagi pasien. Hal tersebut dapat dicapai dengan melakukan pengobatan yang rasional. (Depkes RI, 2007)

Menurut Setiabudi (2005), penggunaan obat secara rasional adalah penggunaan obat yang indikasinya sesuai dengan kebutuhan pasien baik dosis, lama pengobatan maupun biaya.

Penggunaan obat rasional menurut Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) 1987 yaitu pengobatan yang sesuai indikasi, diagnosis, tepat dosis obat, cara dan waktu pemberian, tersedia setiap saat dan harga terjangkau. Salah satu perangkat tercapainya penggunaan obat rasional adalah tersedia suatu pedoman atau standar pengobatan yang dipergunakan secara seragam. (Depkes, 2007)

Penggunaan obat dikatakan rasional jika tepat secara medik dan memenuhi persyaratan-persyaratan tertentu. Masing-masing persyaratan mempunyai konsekuensi yang berbeda-beda.

Konferensi WHO khusus tentang obat di Nairobi 1985 mencanangkan penggunaan obat secara rasional, yang kemudian dirumuskan dalam dua hal yang konstruktif yaitu : (a) Tersedianya obat yang efektif, aman, bermutu, harga terjangkau dan sesuai dengan kebutuhan, (b) Obat-obatan tersebut digunakan secara rasional (tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat pasien dan waspada terhadap efek samping obat).

Menurut WHO 1985, penggunaan obat dikatakan rasional bila:

- Pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya
- Untuk periode yang adekuat
- Dengan harga yang paling murah untuknya dan masyarakat.

Departemen Kesehatan menjabarkan bahwa secara praktis penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

1. Tepat diagnosis
2. Sesuai dengan indikasi penyakit.
3. Tepat pemilihan obat.

4. Tepat dosis.
5. Tepat cara pemberian.
6. Tepat interval waktu pemberian.
7. Tepat lama pemberian.
8. Waspada terhadap efek samping.
9. Tepat penilaian kondisi pasien.
10. Obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin serta tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau.
11. Tepat informasi.
12. Tepat tindak lanjut (*follow up*).
13. Tepat penyerahan obat (*dispensing*).
14. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan.

Dengan demikian penggunaan obat yang rasional haruslah mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Tepat diagnosis  
Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat.
- b) Tepat indikasi  
Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri.
- c) Tepat pemilihan obat  
Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian obat yang dipilih haruslah yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.
- d) Tepat dosis  
Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat.
- e) Tepat cara pemberian  
Obat antasid seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula dengan antibiotika tidak boleh dicampur dengan susu karena akan membentuk ikatan sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi sehingga menurunkan efektifitasnya.

- f) Tepat interval waktu pemberian  
Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati oleh pasien.
- g) Tepat lama pemberian  
Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing.
- h) Waspada terhadap efek samping  
Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping yaitu efek yang tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi.
- i) Penilaian terhadap kondisi pasien  
Respons individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan karena resiko terjadinya nefrotoksik pada kelompok ini meningkat secara bermakna.
- j) Tepat informasi  
Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi. Sebagai contoh:
- Peresepan rifampicin akan mengakibatkan urine penderita berwarna merah. Jika hal ini tidak diinformasikan, penderita kemungkinan besar akan menghentikan minum obat karena menduga obat tersebut menyebabkan kencing disertai darah.
  - Peresepan antibiotik harus disertai informasi bahwa obat tersebut harus diminum sampai habis selama satu kurun waktu pengobatan (one course of treatment), meskipun gejala-gejala klinik sudah mereda atau hilang sama sekali. Interval waktu minum obat harus tepat, bila 4 kali sehari berarti tiap 6 jam, untuk antibiotika hal ini sangat penting agar kadar obat dalam darah berada diatas kadar minimal yang dapat membunuh bakteri penyebab penyakit.
- k) Tepat dalam melakukan upaya tindak lanjut  
Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping. Sebagai contoh, terapi dengan teofilin

sering memberikan gejala takhikardi. Jika hal ini terjadi maka dosis obat perlu ditinjau ulang atau bisa saja obatnya diganti. Demikian pula dalam penatalaksanaan syok anafilaksis, pemberian injeksi adrenalin yang kedua perlu segera dilakukan, jika pada pemberian pertama respons sirkulasi kardiovaskuler belum seperti yang diharapkan.

l) Obat yang efektif, aman dan mutu terjamin dan terjangkau

Untuk efektif, aman dan terjangkau digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar obat esensial didahulukan dengan mempertimbangkan efektivitas, keamanan dan harganya oleh para pakar di bidang pengobatan dan klinis.

Untuk jaminan mutu, obat perlu diproduksi oleh produsen yang menerapkan CPOB (cara pembuatan obat yang baik) dibeli melalui jalur resmi. Semua produsen obat di Indonesia harus dan telah menerapkan CPOB.

m) Tepat menyerahkan obat (Dispensing)

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di puskesmas, apoteker/asisten apoteker/petugas penyerah obat akan melaksanakan perintah dokter/peresep yang ditulis pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien.

Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat agar pasien mendapatkan obat sebagaimana seharusnya.

Bila petugas salah menimbang obat atau salah membaca resep dapat berakibat fatal.

Dalam menyerahkan obat juga petugas harus memberikan informasi yang tepat pada pasien.

n) Pasien patuh

Ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:

- a. Jenis dan/ atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak
- b. Frekuensi pemberian obat perhari terlalu sering.

- c. Jenis sediaan obat terlalu beragam (misal pada saat bersamaan pasien mendapat sirup, tablet, tablet hisap, dan obat inhalasi).
- d. Pemberian obat dalam jangka panjang (misalnya pada penderita tuberculosis, DM, hipertensi, arthritis).
- e. Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup mengenai cara minum/ menggunakan obat.
- f. Timbul efek samping (misal ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan (urin menjadi merah karena rifampicin).

Pemberian obat dalam jangka lama tanpa informasi/supervisi tentu saja akan menurunkan ketaatan penderita. Kegagalan pengobatan tuberculosis secara nasional menjadi salah satu bukti bahwa terapi jangka panjang tanpa disertai informasi/supervise yang memadai tidak akan pernah memberikan hasil seperti yang diharapkan.

### **2.3. Pengobatan Tidak Rasional**

Secara singkat, pemakaian obat (lebih sempit lagi adalah persepsian obat atau prescribing), dikatakan tidak rasional apabila kemungkinan untuk memberikan manfaat kecil atau tidak ada sama sekali, sedangkan kemungkinan manfaatnya tidak sebanding dengan kemungkinan efek samping atau biayanya (Vance & Millington, 1986).

Hampir setengah dari semua obat di dunia digunakan secara tidak rasional. Hal ini dinyatakan ahli kesehatan di WHO dapat mengakibatkan konsekuensi yang berat: reaksi yang tidak diinginkan, resistensi obat, penyakit yang berlangsung lebih lama dari semestinya bahkan kematian. Biaya yang dikeluarkan oleh individu dan pemerintah akibat pengobatan yang tidak rasional seharusnya tidak terjadi dan seringkali sangat tinggi: terutama di negara-negara berkembang yang pasiennya mengeluarkan biaya kesehatan dari anggaran pribadi.

Termasuk dalam pemberian obat tidak rasional adalah pengobatan yang kurang tepat (misalnya : pemilihan obat, bentuk sediaan, dosis, rute, interval dosis, lama pemakaian), pemberian obat yang tidak diperlukan, penyerahan obat yang tidak tepat, obat tidak tersedia saat dibutuhkan, kesalahan dipensing, perilaku pasien yang tidak mendukung, *idiosinkrasi* pasien,

pelaksanaan/penggunaan obat yang tidak sesuai dengan perintah pengobatan (*non compliance*), respon aneh individu terhadap obat, pemantauan yang tidak tepat, gagal untuk mengenali dan menyelesaikan adanya keputusan terapi yang tidak tepat (Medisina, 2007).

Menurut Departemen Kesehatan (2007) Penggunaan obat yang tidak rasional dapat dikategorikan sebagai berikut :

Peresepan berlebih (*over prescribing*), yaitu jika memberikan obat yang sebenarnya tidak diperlukan untuk penyakit yang bersangkutan, misalnya memberikan vitamin sementara pasien tidak menunjukkan gejala defisiensi vitamin.

Peresepan kurang (*under prescribing*), yaitu jika pemberian obat kurang dari yang seharusnya diperlukan, baik dalam dosis, jumlah maupun lama pemberian. Tidak diresepkan obat yang diperlukan untuk penyakit yang diderita juga termasuk dalam kategori ini. Kasus yang banyak ditemukan dalam kategori ini adalah pemberian antibiotik oleh petugas hanya untuk tiga hari, padahal seharusnya diberikan minimal lima hari.

Peresepan majemuk (*multiple prescribing*), mencakup pemberian obat untuk indikasi yang keliru, pada kondisi yang sebenarnya merupakan kontraindikasi pemberian obat, memberikan kemungkinan resiko efek samping yang lebih, pemberian informasi yang keliru mengenai obat yang diberikan pada pasien, dan sebagainya.

Peresepan salah (*incorrect prescribing*), mencakup pemberian obat untuk indikasi yang keliru, pada kondisi yang sebenarnya kontraindikasi pemberian obat, memberikan kemungkinan resiko efek samping yang lebih, pemberian informasi yang keliru mengenai obat yang diberikan pada pasien, dan sebagainya.

Pengobatan yang tidak rasional termasuk: pengobatan yang berlebihan dari penyakit ringan; pengobatan yang tidak adekuat dari penyakit yang serius; penggunaan yang tidak tepat dari obat anti infeksi; penggunaan yang berlebihan obat injeksi; pengobatan/penggunaan sendiri dari obat-obat yang harus melalui resep; penghentian lebih awal dari terapi. Data dari beberapa negara menyatakan hal-hal tersebut sering terjadi dan tidak eksklusif terjadi di negara berkembang.(WHO,2004)

### 2.3.1. Penggunaan Antibiotika

Penggunaan dan pemberian obat adalah wewenang penuh seorang dokter. Walaupun dalam menyediakan resep dan memberikan obat pada suatu institusi pelayanan kesehatan/rumah sakit ada mekanisme yang mengaturnya dengan melibatkan farmasis klinik dan perawat, tetapi hal ini hanya terbatas pada dosis dan tata cara penggunaan obat antibiotik. Yang paling mengerti tentang penyakit yang diderita pasien dan jenis antibiotik yang sesuai untuk membunuh kuman tersebut tetaplah praktisi/dokter itu sendiri. Untuk itulah dibutuhkan pengetahuan, ketelitian dan rasionalitas dokter dalam menggunakan suatu antibiotik (Arthur, 2007).

Menurut Purnamawati (2009), pemakaian antibiotik yang tidak rasional yaitu dengan memakai antibiotik berjenis cakupan luas/*broad spektrum* tidak hanya mematikan kuman yang menyebabkan penyakit pada pasien, tetapi juga akan membunuh kuman baik/flora normal pada tubuh manusia.

Munaf (2004), telah dilakukan studi penggunaan obat secara rasional, khususnya penggunaan antibiotika pada pasien-pasien infeksi saluran nafas akut dan diare akut di 6 puskesmas di daerah-daerah perkotaan, pinggir kota dan pedusunan di Propinsi Sumatra Selatan bahwa jumlah rata-rata obat per resep 2,7, persentase kasus yang diberi suntikan adalah 47% dan persentase pasien yang mendapat antibiotika adalah 49%; 79% dari 140 kasus diare akut diberi antibiotika. Studi ini menunjukkan bahwa terdapat penggunaan obat yang tidak rasional (berlebihan) yang jelas terlihat pada kasus-kasus infeksi saluran nafas atas akut dan pada kasus-kasus diare akut.

Kamal (2005), menemukan 75,9% pengobatan diare non spesifik di Puskesmas se kabupaten OKU tidak rasional dan bahwa dalam pengobatan penyakit diare non spesifik, yang menggunakan oralit sebanyak 70,7%, antibiotik 75,1% dan injeksi 2,4%. Ditemukan pula 5 variabel yang berhubungan dengan penggunaan obat tidak rasional yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap terhadap penggunaan obat yang rasional, supervise dan permintaan pasien.

Verbrugh (2007) dalam studinya tentang penggunaan antibiotik dan masalah resistensi antibiotik dari 4000 pasien yang menggunakan antibiotika, kebanyakan bukan atas indikasi. Contohnya pada bayi baru lahir rutin diberikan

antibiotik sefalosporin walaupun mereka sehat, dan pasien yang dirawat pada ICU secara rutin juga diberikan antibiotik tanpa bukti adanya infeksi.

Resiko tertinggi untuk kesalahan medikasi ada pada anak-anak. (Challenges, MA, 2001). Sekarang ini, kesalahan medikasi pada anak sangat memprihatinkan dibandingkan pada orang dewasa. Studi dari Laporan USP *Medication Error Program* (1995-1999) menunjukkan bahwa kesalahan medikasi yang menyebabkan *harm* atau kematian pada pasien anak dibandingkan pasien dewasa sekitar 31% dan 35%, dan KTD (Kejadian Tidak Diinginkan) *adverse drug events not causing harm* terjadi tiga kali lebih besar dibandingkan pada dewasa. (*Pediatrics*. 2003)

Menurut Tambunan (2005), secara umum, antibiotik digunakan dalam 3 cara, yaitu sebagai terapi empiris, terapi definitif dan sebagai profilaksis atau pengobatan preventif.

- **Terapi Secara Empiris**

Terapi empiris atau terapi awal, spektrum antibiotik pilihan sedapat mungkin mencakup semua kuman pathogen yang dicurigai karena kuman penyebab secara pasti belum dapat diketahui. Setelah kuman penyebab dapat diidentifikasi dan uji kepekaan telah diperoleh, harus segera dilanjutkan dengan terapi definitif dengan memilih antibiotik spektrum sempit, toksisitas rendah dan cocok untuk pasien dengan mempertimbangkan faktor-faktor individual.

- **Terapi Definitif**

Untuk pengobatan definitif, biakan kuman dan uji kepekaan penting untuk menentukan obat pilihan yang paling tepat. Salah satu kelemahan pemeriksaan biakan kuman yaitu faktor waktu. Akan tetapi biakan kuman memerlukan waktu 3-7 hari dan ini cukup menyulitkan terutama bila menghadapi kasus pielonefritis, demam tifoid, sepsis dan lain sebagainya.

- **Terapi Profilaksis**

Terapi profilaksis dapat berguna pada keadaan tertentu sedangkan pada keadaan lain mungkin tidak berguna.

### 2.3.2. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Penggunaan Obat Tidak Rasional

Menurut Saleh (2001), secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat yang tidak rasional antara lain :

Faktor dari pembuat resep (*prescriber*) antara lain kurangnya bekal pengetahuan dan keterampilan terapeutika petugas semasa pendidikan, kurangnya penyegaran ilmu selama menjalankan tugas, kurangnya latihan tentang pengobatan rasional, lemahnya model yang diacu, rasa tidak aman/kurang percaya diri, dan kurangnya informasi yang didapat. Sebagian besar dokter umumnya lebih banyak mengandalkan pengalaman praktek sehari-hari yang meskipun tidak keliru tetapi tetap memerlukan dasar/alasan ilmiah yang dapat diterima. Aktivitas promosi oleh industri farmasi yang menyebabkan adanya kepentingan pribadi bagi petugas. Tekanan dari pasien dalam bentuk permintaan untuk meresepkan obat-obat tertentu berdasarkan pilihan pasien sendiri. Sering timbulnya kekurangyakinan dan kurang percaya pada diri dokter terhadap diagnosis yang kadang justru tidak diperlukan pasien. Generalisasi yang keliru terhadap pengobatan penyakit-penyakit tertentu atas dasar pengalaman praktek, misalnya memberikan terapi suntik kepada pasien yang sebenarnya tidak perlu. Terbatasnya waktu bagi dokter untuk melakukan pemeriksaan secara seksama karena banyaknya pasien.

Faktor dari sistem *supply*, antara lain stok obat yang terbatas sehingga pengobatan dilakukan dengan menggunakan obat seadanya, sistem *supply* yang buruk misalnya keterlambatan pendistribusian, dan adanya obat yang rusak atau kadaluarsa akibat penyimpanan yang buruk atau sistem pendistribusian yang tidak baik.

Faktor dari pasien/masyarakat, antara lain kekurangtahuan pasien terhadap praktek-praktek pengobatan sering menimbulkan persepsi yang keliru terhadap pelaksanaan penggunaan obat secara rasional, sehingga mereka meminta kepada dokter untuk diberikan tindakan pengobatan yang tidak sesuai dengan Pedoman Pengobatan. Selain itu adanya kepercayaan dan kebudayaan masyarakat serta kurangnya waktu konsultasi juga menjadi faktor penyebab dari sisi pasien.

Kebiasaan penggunaan obat tidak rasional merupakan masalah kompleks dan meluas di seluruh dunia baik di Negara maju ataupun Negara berkembang. Kebiasaan ini merupakan masalah kompleks dengan berbagai faktor penyebab dan faktor pendorong yang saling mempengaruhi, termasuk didalamnya adalah faktor yang berasal dari para pelaku atau pemberi pelayanan kesehatan (*prescribing writing behavior*), system pelayanan itu sendiri, faktor pasien dan faktor sosiokultural masyarakat. Faktor lain yang cukup dominan pengaruhnya yaitu tersedianya obat di pasaran dalam jumlah dan jenis yang melimpah ruah. (Santoso, 1995, American college of Physician,1998). Bersamaan dengan peningkatan jumlah obat tersebut, jumlah obat yang diresepkan meningkat pula secara dramatis dengan konsekuensi kemungkinan peresepan obat yang tidak bermanfaat atau dosis dan aturan pakai yang tidak sesuai. Dampak yang mungkin timbul ialah peningkatan timbulnya efek samping obat serta peningkatan biaya pengobatan.

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 1333/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari system pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

Penggunaan obat pada anak lebih kompleks dibandingkan dengan dewasa karena bayi dan anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan, sehingga pengobatan pada anak tidak dapat disejajarkan begitu saja dengan pengobatan pada orang dewasa berdasarkan ukuran atau perhitungan matematik. Untuk itu diperlukan profesionalisme dalam pemakaian obat pada anak mencakup cara-cara pengobatan yang lege-artis oleh pelaku profesi kesehatan. Profesionalisme merupakan sikap dan perilaku yang tepat untuk menangani pasien agar diperoleh diagnosis yang lebih tepat, prognosis yang lebih akurat serta pengobatan yang lebih efektif aman dan rasional. (Tambunan, 2002).

### 2.3.3. Dampak Penggunaan Obat Tidak Rasional

Penggunaan obat dikatakan tidak rasional jika kemungkinan dampak negatif yang diterima pasien lebih besar dibanding manfaatnya. Dampak negatif disini dapat berupa:

- a. Dampak klinik (misalnya terjadinya efek samping dan resistensi kuman).
- b. Dampak ekonomi (biaya tak terjangkau).
- c. Dampak sosial (Ketergantungan pasien terhadap intervensi obat).

Penggunaan obat yang tidak rasional dapat berdampak pada mutu pengobatan dan pelayanan, yaitu secara langsung maupun tidak langsung akan menghambat upaya penurunan angka morbiditas dan mortalitas penyakit tertentu. Misalnya penggunaan antibiotika yang tidak rasional akan menyebabkan resistensi bakteri sehingga pada pengobatan berikutnya antibiotik yang sudah digunakan tadi sudah tidak ampuh lagi (Saleh, 2001).

Selain itu menurut Departemen Kesehatan (2007) dampak lain penggunaan obat yang tidak rasional adalah terhadap biaya pengobatan, ketidakrasionalan dalam bentuk pemakaian obat tanpa indikasi yang jelas, ataupun pemberian obat untuk keadaan yang sama sekali tidak memerlukan terapi obat merupakan pemborosan yang sangat membebani pasien. Disini termasuk pula peresepan obat yang mahal padahal obat lain dengan manfaat dan keamanan sama dan harga lebih murah tersedia.

Kemungkinan efek samping dan efek lain yang tidak diharapkan dapat pula terjadi. Penggunaan obat secara rasional maupun tidak rasional secara langsung maupun tidak langsung akan meningkatkan resiko terjadinya efek samping serta efek lain yang tidak diharapkan, baik untuk pasien maupun populasi. Pemakaian obat yang sembarangan dapat menimbulkan kelainan kulit antara lain alergi berupa eritema, yaitu kemerahan pada kulit akibat melebarnya pembuluh darah (Atmaprawira, 2003). Selain itu bahaya efek samping dari antibiotik adalah berupa alergi baik ringan maupun berat, mual, muntah, bahkan kadang diare (Leman M, 2004).

Dampak terhadap mutu ketersediaan obat, salah satu contoh misalnya ketidakrasionalan penggunaan obat di Puskesmas adalah pemakaian antibiotik

kepada setiap pasien diare sehingga persediaan antibiotika cepat habis. Jika suatu saat ada kasus diare spesifik yang memerlukan antibiotika tersebut stoknya sudah tidak ada lagi, dan akhirnya diganti dengan antibiotika lain yang bukan menjadi *drug of choice* dari infeksi tersebut (Depkes, 2000b).

Ketidakrasionalan pemberian obat oleh dokter juga sering memberi pengaruh buruk bagi pasien maupun populasi berupa dampak psikososial. Pengaruh buruk ini dapat berupa ketergantungan terhadap intervensi obat maupun persepsi yang keliru terhadap pengobatan. Salah satu contohnya adalah, sebagian besar masyarakat telah mengetahui bahwa jika kena diare harus diberi oralit, namun mereka menganggap bahwa oralit bukanlah obat maka biasanya bila diarenya belum sembuh si anak di bawa ke dokter untuk minta disuntik (Depkes, 2000b).

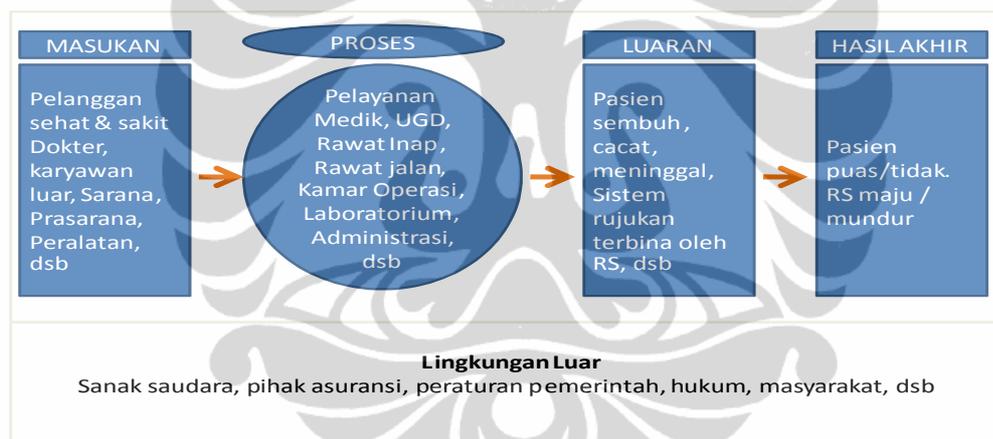
#### **2.4. Rumah Sakit**

Siagian (1992) menyebutkan ada sedikitnya empat sudut pandang yang dapat dikupas dari definisi manajemen. Pertama, penerapan teori manajemen harus tetap bersifat situasional, dimana “seni” menggerakkan orang lain berperan disini. Kedua, manajemen selalu berkaitan dengan organisasi dimana ada yang memimpin/mengatur dan ada yang harus menjalankan kegiatan operasional. Ketiga, keberhasilan organisasi merupakan gabungan antara kemahiran manajerial pimpinan dan ketrampilan teknis pelaksana. Keempat, kelompok manajerial dan kelompok pelaksana secara operasional harus menyatu dalam berbagai tindakan nyata dalam rangka pencapaian tujuan yang telah di tetapkan.

Rumah sakit itu sebuah tempat, tetapi juga sebuah fasilitas, sebuah institusi, sebuah organisasi. Definisi yang paling klasik hanya menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi (atau fasilitas) yang menyediakan pelayanan pasien rawat inap. American Hospital Association (1978) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kepada pasien-diagnostik dan terapeutik-untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah. Di pihak lain, Rowland & Rowland dalam buku *Hospital Administration Handbook* (1984) menyampaikan bahwa

rumah sakit adalah suatu sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif di dunia.(Aditama, 2002)

Menurut Alkatiri, dkk, 1997 salah satu pokok kegiatan rumah sakit dalam melaksanakan misinya ialah keharusan untuk mampu bertahan dan sekaligus berkembang. Ini dimaksudkan agar rumah sakit mampu menjawab perubahan lingkungan dan tuntutan para pelanggan baik internal maupun eksternal. Dalam RS pendekatan secara sistem memberikan suatu bahasa yang dapat dimengerti dalam memahami berbagai pola hubungan yang kompleks dan pola perubahan yang sedang maupun yang akan terjadi terhadap atau di dalam rumah sakit. Cara berpikir seperti ini memudahkan kita untuk memahami secara lebih mendalam pola-pola yang mendasari berbagai kejadian dan peristiwa yang tengah kita alami. Pendekatan sistem dalam rumah sakit dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3 Rumah Sakit sebagai Sistem

Sumber : Alkatiri, Soejitno, Ibrahim, 1997

Permenkes RI No. 159b/Menkes/Per/1998, menyatakan bahwa fungsi rumah sakit adalah:

- Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medik, penunjang medik, rehabilitas, pencegahan dan peningkatan kesehatan.
- Menyediakan tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan paramedik.

- c. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

Manajemen Rumah Sakit adalah koordinasi antara berbagai sumber daya melalui proses perencanaan, pengorganisasian dan kemampuan untuk pengendalian untuk mencapai tujuan (Schulz R, 1983).

Dalam hal mutu pelayanan kesehatan, Donabedian memperluas tidak saja segi manajemen teknis, tetapi juga manajemen hubungan antar manusia, kemudahan dan kesinambungan pelayanan. (Decker P.J., 1996)

Dalam *Donabedian's Aspects of Quality* dinyatakan bahwa dalam pelayanan kesehatan terdiri atas 3 unsur penting yaitu:

- a. *Structure*, kesediaan sumber daya yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan.
- b. *Process*, menunjukkan bagaimana kinerja profesional dalam melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar-standar yang telah disepakati.
- c. *Outcome*, perubahan pada kondisi pasien setelah menerima pelayanan kesehatan.

#### **2.4.1. Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit**

Dengan meningkatnya pengetahuan dan ekonomi masyarakat menyebabkan makin meningkat pula kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kefarmasian. Aspek terpenting dari pelayanan farmasi adalah mengoptimalkan penggunaan obat, dalam hal ini termasuk perencanaan untuk menjamin ketersediaan, keamanan dan keefektifan penggunaan obat.

Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal tersebut diperjelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi

semua lapisan masyarakat. Farmasi rumah sakit bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut.

Dengan meningkatnya pengetahuan dan ekonomi masyarakat menyebabkan makin meningkat pula kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kefarmasian. Aspek terpenting dari pelayanan farmasi adalah mengoptimalkan penggunaan obat, dalam hal ini termasuk perencanaan untuk menjamin ketersediaan, keamanan dan keefektifan penggunaan obat.

Pengaturan pemakaian obat yang sesuai di rumah sakit merupakan tanggung jawab multidisiplin, yaitu :

- a. Penulisan resep oleh dokter  
Dokter mempunyai tanggung jawab menyeluruh untuk mengobati pasien, meningkat pemberian resep atau perintah pengobatan merupakan bagian dari rencana pengobatan. Mekanisme untuk meyakini obat yang sesuai dalam rumah sakit berada pada staf komite medis, biasanya termasuk komite farmasi dan terapi.
- b. Penyediaan dan penyaluran oleh instalasi farmasi.  
Instalasi farmasi dibawah pengawasan langsung apoteker, bertanggung jawab menyediakan dan menyalurkan obat-obatan. Kebijakan dan prosedur untuk fungsi ini harus disetujui oleh komite farmasi dan terapi.
- c. Pemberian obat oleh perawat atau tenaga professional lainnya  
Pemberian obat secara umum menjadi tanggung jawab staf keperawatan. Kepala ruangan mengawasi seluruh fungsi perawatan. Pada beberapa kasus, kemungkinan dokter yang harus memberikan obat-obat seperti obat anestesi.
- d. Pemantauan efek obat pada pasien oleh tenaga professional.  
Aktifitas pemantauan secara primer adalah tanggung jawab dokter, walaupun demikian diperlukan observasi dan laporan dari personel yang memberikan obat, dalam hal ini adalah perawat dan dari anggota tim kesehatan lainnya yang terlibat dalam pengobatan pasien.

Proses penggunaan obat di rumah sakit meliputi serangkaian tindakan, dimulai dari proses persiapan, penyaluran sampai penggunaan obat oleh pasien.

Selain itu perlu peran lintas terkait dalam pelayanan farmasi rumah sakit, yaitu;

a. Panitia Farmasi dan Terapi

Panitia farmasi dan terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Dengan tujuan menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya dan melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan.

b. Panitia Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

Panitia pengendali infeksi rumah sakit adalah organisasi yang terdiri dari staf medis, apoteker yang mewakili farmasi rumah sakit dan tenaga kesehatan lainnya, yang bertujuan; menunjang pembuatan pedoman pencegahan infeksi, memberikan informasi untuk menetapkan desinfektan yang akan digunakan di rumah sakit, melaksanakan pendidikan tentang pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit, melaksanakan penelitian (surveilans) infeksi nosokomial di rumah sakit.

c. Panitia lain yang terkait dengan tugas Farmasi Rumah Sakit

## **2.5. Promosi Penggunaan Obat Rasional**

Langkah utama menuju penggunaan obat yang rasional dilakukan pada tahun 1977, dimana WHO menetapkan model pertama daftar obat esensial untuk membantu negara lain memformulasikan daftar obat esensial yang akan digunakan di negaranya. Definisi terbaru penggunaan obat rasional disepakati pada Konferensi Internasional di Kenya tahun 1985.

Tahun 1989, International Network for The Rational use of Drugs (INRUD) dibentuk untuk melakukan penelitian intervensi multi disiplin untuk meningkatkan penggunaan obat lebih rasional. Tinjauan dari semua publikasi studi intervensi dengan desain studi yang adekuat dipresentasikan dalam

International Conference for Improving the use of Medicine (ICIUM) yang pertama di Thailand tahun 1997.

WHO membuat kebijakan utama yang diadaptasi oleh KONAS (2006) yaitu 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat lebih rasional, yaitu:

1. Pembentukan komite nasional multidisiplin untuk mengkoordinasi langkah kebijakan penggunaan obat.
2. Penyusunan pedoman terapi standar berdasarkan bukti ilmiah terkini yang di revisi secara berkala.
3. DOEN sebagai acuan pemilihan obat.
4. Pemberdayaan Komite Farmasi dan Terapi di rumah sakit.
5. Pembelajaran farmakoterapi berbasis masalah dalam kurikulum S<sub>1</sub> tenaga profesi kesehatan.
6. Pendidikan berkelanjutan sebagai persyaratan izin menjalankan kegiatan profesi.
7. Pengawasan, audit dan umpan balik dalam penggunaan obat.
8. Penyediaan informasi yang jujur dan benar.
9. Edukasi dan pemberdayaan masyarakat untuk menggunakan obat secara tepat dan benar.
10. Langkah regulasi dan penerapannya untuk menghindarkan insentif pada penggunaan dan penulisan resep obat tertentu.
11. Regulasi untuk menunjang penerapan berbagai langkah kebijakan penggunaan obat secara rasional.
12. Alokasi anggaran pemerintah yang memadai untuk memastikan ketersediaan obat esensial serta untuk pelatihan tenaga profesi kesehatan.

### **2.5.1. Sumber Daya Manusia**

Van Metter dan Van Horn yang dikutip oleh Agustino (2006) menyatakan keberhasilan proses implementasi tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas. (p.142)

### 2.5.2. Ketersediaan Obat

Ketersediaan obat menjadi faktor yang cukup penting dalam POR. Kebijakan Obat Nasional (KONAS) sebagai komitmen dan pedoman dalam pelaksanaan kegiatan di bidang obat merupakan kebijakan yang menyeluruh, mencakup berbagai unsur meliputi sumber daya, infrastruktur, serta aspek lainnya yang sejalan dengan tujuan KONAS yang mencakup antara lain menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat terutama obat esensial. Menjamin keamanan, khasiat dan mutu semua obat yang beredar serta melindungi masyarakat dari penggunaan dan penyalahgunaan obat, serta menjamin penggunaan obat yang rasional. Menurut Saleh (2001) faktor dari sistem *supply*, antara lain stok obat yang terbatas sehingga pengobatan dilakukan dengan menggunakan obat seadanya, sistem *supply* yang buruk misalnya keterlambatan pendistribusian, dan adanya obat yang rusak atau kadaluarsa akibat penyimpanan yang buruk atau sistem pendistribusian yang tidak baik. Hasil penelitian lain oleh Wentri A (2001) dan Utomo S (2000) juga membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kecukupan obat dengan penggunaan obat rasional.

### 2.5.3. Panduan Klinis

Panduan klinis disebut juga sebagai pedoman pengobatan, menurut Departemen Kesehatan (2007) bahwa Pedoman Pengobatan adalah petunjuk terapi yang mengacu pada berbagai penelitian mengenai masing-masing penyakit, dan hanya memuat pilihan-pilihan terapi yang paling dianjurkan untuk masing-masing penyakit tersebut, serta kemungkinan terapinya. Sehingga Pedoman Pengobatan mengandung pengertian sebagai petunjuk pengobatan (baik farmakoterapi maupun non-farmakoterapi) yang paling dianjurkan untuk masing-masing penyakit dan telah terbukti secara ilmiah memberi manfaat terapi yang maksimal untuk sebagian besar masyarakat serta yang paling ekonomis.

Saat ini RS juga diwajibkan mempunyai Standar Pelayanan Medis (SPM) dalam memberikan pelayanan kesehatan. Standar Pelayanan Medis tidak identik dengan buku ajar, *textbook* ataupun catatan kuliah yang digunakan di perguruan tinggi, karena SPM merupakan alat/bahan yang diimplementasikan pada pasien,

sedangkan buku ajar, *textbook*, jurnal, bahan seminar maupun pengalaman pribadi adalah sebagai bahan rujukan / referensi dalam menyusun SPM.

SPM di rumah sakit pada umumnya dapat diadopsi dari pedoman/SPM yang telah dibuat oleh organisasi profesi masing-masing, tinggal dicocokkan dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit, maka tinggal disepakati oleh anggota profesi (SMF) terkait dan disahkan penggunaannya oleh direktur rumah sakit tersebut. Dalam menyusun SPM untuk rumah sakit, profesi medis memberikan pelayanan keprofesiannya secara efektif (*clinical effectiveness*) dalam hal menegakkan diagnosis dan memberikan terapi berdasarkan pendekatan *evidence-based medicine*. (Firmanda, 2009)

Penggunaan Pedoman Pengobatan secara langsung juga bertujuan untuk mengoptimalkan alokasi biaya pengobatan, sehingga dengan demikian juga menekan beban biaya obat yang sebenarnya tidak perlu dikonsumsi karena tidak pernah dianjurkan dalam pedoman yang ada. (Depkes, 2007)

#### **2.5.4. Penggunaan Daftar Obat Esensial Nasional Berdasarkan Pilihan Pengobatan**

Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) merupakan daftar obat terpilih yang paling dibutuhkan dan yang harus tersedia di Unit Pelayanan Kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. Penerapan DOEN dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan dan pengelolaan obat yang sekaligus meningkatkan daya guna dan hasil guna biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah untuk memperluas, pemeratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. (Depkes, 2008)

DOEN telah disusun sejak tahun 1980 dan direvisi secara berkala oleh Departemen Kesehatan. DOEN yang terakhir dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan yaitu pada tahun 2008.

#### **2.5.5. Pemberdayaan Komite Obat dan Terapi RS**

Komite Obat dan Terapi atau disebut juga dengan Panitia farmasi dan terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili

spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Dengan tujuan menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya dan melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan. (Depkes, 2009)

Menurut lampiran Kepmenkes R.I. No. 1197/MENKES/SK/2004 tentang *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah sakit*, susunan kepanitiaan Panitia Farmasi dan Terapi serta kegiatan yang dilakukan dapat bervariasi sesuai dengan kondisi rumah sakit setempat:

- a. Panitia Farmasi dan Terapi untuk Rumah Sakit yang besar terdiri dari Dokter, Apoteker dan Perawat, tenaga dokter bisa lebih dari 3 orang yang mewakili semua SMF yang ada.
- b. Ketua Panitia farmasi Terapi dipilih dari dokter yang ada di dalam kepanitiaan dan jika rumah sakit tersebut mempunyai ahli farmakologi klinik, maka ketua adalah Farmakologi. Sekretarisnya adalah apoteker dari instalasi farmasi.

Fungsi dan ruang lingkup Panitia Farmasi Terapi:

- a. Mengembangkan formularium di Rumah Sakit dan merevisinya.
- b. Mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis.
- c. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji medical record dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi.

Kewajiban Panitia Farmasi dan Terapi:

- a. Memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- b. Mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika dan lain lain.
- c. Melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian tersebut.

Menurut Thapa HS, Shrestha RK, Shankar PR. (2009), farmasi rumah sakit memegang peranan penting untuk memastikan POR di Rumah Sakit, dengan

menjalankan farmasi oleh manajemen rumah sakit dibawah supervisi komite farmasi dan terapi banyak keuntungannya seperti pengawasan promosi nonethic, pembuatan regulasi untuk pelayanan obat dengan criteria yang objektif sehingga pemakaian obat paten hanya terbatas.

#### **2.5.6. Pelatihan Berkelanjutan Untuk Dokter**

Menurut Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, menyatakan bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran yang merupakan inti dari berbagai kegiatan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh dokter dan dokter gigi yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus-menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006), setiap dokter yang berpraktek wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan kedokteran yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan atau lembaga lain yang terakreditasi oleh organisasi profesi dalam rangka penyerapan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Pelatihan berkelanjutan ini dimaksudkan agar tenaga medis selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan terkini serta memenuhi standar kompetensi profesi masing- masing.

#### **2.5.7. Pengawasan, Audit dan Umpan Balik**

Pengawasan dan pengarahan adalah suatu proses untuk mengukur penampilan kegiatan atau pelaksanaan kegiatan suatu program yang selanjutnya memberikan pengarahan-pengarahan sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Tugas pokok dan fungsi pengawasan dan pengarahan adalah agar kegiatan-kegiatan dan orang-orang yang melakukan kegiatan yang telah direncanakan tersebut dapat berjalan dengan baik, dan tidak terjadi penyimpangan-penyimpangan yang kemungkinan tidak akan tercapai tujuan yang telah ditetapkan. (Notoatmojo, 2003).

Menurut Nawawi, (1992:6), pengawasan merupakan salah satu fungsi manajemen walaupun ditempatkan pada akhir kegiatan tapi dapat dilakukan setiap saat, baik selama proses maupun sesudah kegiatan berlangsung. Pengawasan merupakan salah satu fungsi manajemen yang dilakukan oleh pimpinan unit untuk menyelenggarakan suatu kegiatan.

Menurut Azwar (1996), menyatakan bahwa pengawasan adalah adanya kegiatan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap penampilan karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah direncanakan sebelumnya. Jadi pengawasan merupakan proses untuk mengukur keberhasilan program kemudian dilanjutkan dengan pengarahannya mungkin juga koreksi sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Muninjaya (2004) mengemukakan bahwa tujuan dari pengawasan dasarnya adalah tanggung jawab pimpinan untuk menjamin semua peraturan, ketentuan, kebijakan rumah sakit telah dilaksanakan dengan sesuai dengan standar dan tujuan perencanaan sebelumnya (uraian tugas, program kerja, hasil kerja yang telah dilaksanakan) dan dilakukan secara terus menerus.

#### **2.5.8. Edukasi Publik Mengenai Obat**

Kerasionalan penggunaan obat tidak terbatas pada penggunaan obat oleh tenaga kesehatan (*health provider*) tetapi juga pada pengobatan sendiri. Dari data tahun 2001 memperlihatkan bahwa proporsi penduduk yang mengobati sendiri sebesar 83,88% menggunakan obat. Penduduk di perkotaan lebih banyak menggunakan obat yaitu 85,04% dibandingkan penduduk pedesaan sebesar 83,02% (2001). Oleh karena itu komunikasi, informasi dan edukasi yang efektif dan terus-menerus merupakan suatu keharusan dalam rangka penggunaan obat rasional. Apoteker dan tenaga farmasi lainnya memegang peran penting agar tujuan penggunaan obat secara rasional dapat tercapai. (Konas, 2006)

Menurut Dharma BS (2009), lepas dari aman atau tidaknya setiap obat maka harus disadari setiap obat dapat menjadi racun yang amat berbahaya bilamana pemakaiannya tidak didukung oleh cara pemakaian yang benar. Oleh sebab itu bagi orang awam perlu diberikan informasi tentang hal apa saja yang diperlukannya dalam usaha untuk memperoleh pengobatan secara optimal.

### **2.5.9. Menghindari Insentif Finansial**

Hambatan terbesar penerapan penggunaan obat rasional berdasarkan survey WHO adalah intervensi promosi pabrik obat. Didalam Kode Etik Pemasaran Usaha Farmasi Indonesia masih dibenarkan untuk memberikan dukungan dana untuk menghadiri pertemuan ilmiah, walaupun tidak boleh mensyaratkan/mengkaitkan dengan kewajiban untuk mempromosikan atau meresepkan suatu produk. Disebutkan juga bahwa pemasaran farmasi tidak boleh menawarkan hadiah/penghargaan, insentif, donasi, finansial dan bentuk lain yang sejenis kepada profesi kesehatan dikaitkan dengan penulisan resep atau anjuran penggunaan obat/produk perusahaan yang bersangkutan.

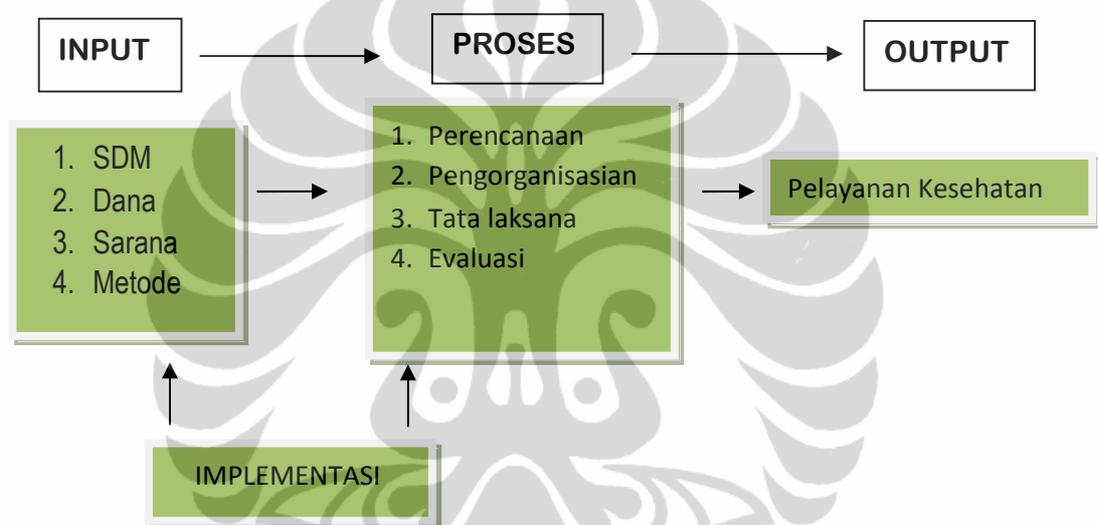
Hal yang sama juga dinyatakan dengan SK Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan No. Hk.00.05.3.02706 Tahun 2002 pada bab 4 pasal 7 ayat 1, promosi obat berupa sponsor kegiatan untuk penyebaran informasi obat hanya dibenarkan sebagai kegiatan ilmiah.

## BAB III

### KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIRAN DAN DEFINISI ISTILAH

#### 3.1 Kerangka Teori

Berikut kerangka teori yang dihubungkan dengan penyelenggara kebijakan Penggunaan obat rasional pada PPK RS :



Gambar 3.1 Kerangka Teori

Sumber : Dunn, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, 2003 dan Anwar, Administrasi Kesehatan Masyarakat, 1996.

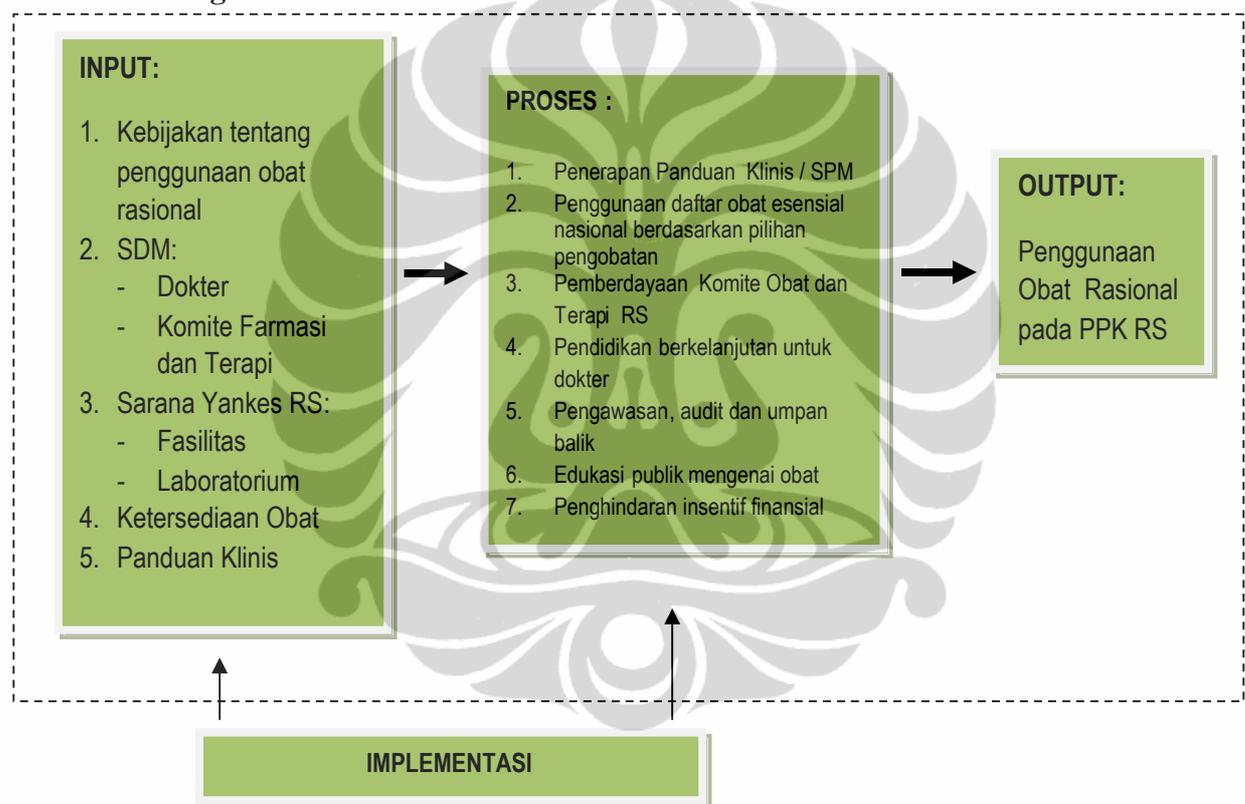
Berdasarkan referensi yang telah dikumpulkan menyangkut pelayanan kesehatan, peneliti menyimpulkan hal tersebut dengan pendekatan sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan yang baik. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan seperti penggunaan obat secara rasional, maka yang dimaksud elemen-elemen atau bagian-bagian sistem tersebut, antara lain :

- a. Masukan adalah perangkat administrasi yaitu tenaga, dana, sarana dan metode atau dikenal pula dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.

- b. Proses adalah fungsi administrasi yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi.
- c. Keluaran adalah pelayanan kesehatan yaitu yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat. (Azwar, Azrul, 1996)

Selain itu, sebagai upaya untuk menghasilkan informasi yang relevan tentang kebijakan terutama berhubungan dengan penyelenggaraan penggunaan obat secara rasional dilakukan dengan prosedur analisis tertentu. (Dunn, 2003).

### 3.2 Kerangka Pikir



Gambar 3.2 Kerangka Pikir

Sumber: Diubah dari Dunn, pengantar Analisis kebijakan Publik dan Anwar, Administrasi Kesehatan Masyarakat, 1996

Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem yang dipandang sebagai upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan. Hasil dari upaya pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah pelayanan penggunaan obat secara

rasional. Elemen-elemen untuk menghasilkan pelayanan penggunaan obat rasional antara lain terdiri dari elemen input dan proses. Elemen input antara lain Kebijakan khusus RS tentang POR, Sumber Daya Manusia (Dokter Penanggung Jawab, pembentukan Komite Farmasi Terapi), Sarana (fasilitas yankes dan penunjang laboratorium) dan Ketersediaan obat dan Panduan Klinis. Sedangkan elemen proses antara lain penerapan panduan klinis /SPM, penggunaan DOEN berdasarkan pilihan pengobatan, Kegiatan Komite Obat Dan Terapeutik RS, pelatihan berkelanjutan untuk dokter, supervisi, audit dan umpan balik, edukasi publik mengenai obat.

Kesemua hal tersebut diatas adalah rangkaian upaya untuk menghasilkan informasi yang relevan mengenai implementasi dari suatu kebijakan, dalam hal ini kebijakan yang dimaksud adalah Kebijakan Obat Nasional khususnya penggunaan obat rasional.

### **3.3 Definisi Istilah**

1. Kebijakan POR adalah keputusan manajemen rumah sakit untuk berkomitmen menerapkan POR di RSUP Persahabatan  
Cara ukur : Pedoman wawancara dan telaah dokumen  
Informan : Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)
2. SDM (Dokter Perina) adalah pemahaman dokter pelaksana tentang pengertian POR dan kebijakan khusus POR di Bagian Perina.  
Cara ukur : Pedoman wawancara dan Observasi  
Informan : Dokter Pelaksana bagian Perina, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Komite Mutu.

3. SDM (Komite Farmasi dan Terapi) adalah adanya suatu panitia atau komite khusus yang di bentuk oleh RS untuk melaksanakan kebijakan POR.

Cara ukur : Pedoman wawancara dan Observasi

Informan : Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

4. Sarana (Fasilitas dan Alat Kesehatan) adalah ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan di bagian Perina dalam melaksanakan POR.

Cara Ukur : Pedoman wawancara, observasi dan telaah dokumen.

Informan : Dokter Pelaksana bagian Perina, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Komite Mutu.

5. Sarana (penunjang laboratorium) adalah adanya fasilitas laboratorium yang memadai dan menunjang pelaksanaan POR di Bagian Perina.

Cara Ukur : Pedoman wawancara, observasi dan telaah dokumen.

Informan :Dokter Pelaksana bagian Perina, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Komite Mutu.

6. Ketersediaan obat adalah kecukupan dan kesesuaian pemakaian obat dengan formularium di bagian Perina untuk menunjang pelaksanaan POR.

Cara Ukur : Pedoman wawancara dan observasi

Informan : Dokter Pelaksana bagian Perina, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Komite Mutu.

7. Panduan Klinis adalah adanya pedoman atau SPO atau SPM yang disahkan oleh direktur utama RS.

Cara Ukur : Pedoman wawancara dan observasi

Informan : Dokter Pelaksana bagian Perina, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Komite Mutu.

8. Penerapan Panduan Klinis adalah penerapan pedoman atau standar pelayanan medik dalam menjalankan terapi pengobatan.

Cara ukur: Pedoman wawancara telaah dokumen dan observasi.

Informan: Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

9. Penggunaan daftar obat esensial nasional berdasarkan pilihan pengobatan adalah kesesuaian pemakaian obat esensial di rumah sakit, baik yang mengacu pada DOEN, maupun formularium yang telah ditetapkan penggunaannya di RSUP Persahabatan.

Cara Ukur : Pedoman wawancara, dan telaah dokumen.

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

10. Pemberdayaan Komite Obat dan terapi RS adalah adanya program kerja, kegiatan-kegiatan dan evaluasi Komite Obat dan Terapi RS.

Cara ukur: Pedoman wawancara, observasi dan telaah dokumen.

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

11. Pendidikan berkelanjutan untuk dokter adalah pendidikan lanjut yang diikuti oleh seluruh dokter dalam rangka untuk meningkatkan kompetensi dan pengetahuan tentang pengobatan terkini.

Cara ukur: Pedoman wawancara dan telaah dokumen.

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

12. Pengawasan, audit dan umpan balik adalah adanya pengawasan atau monitoring dan evaluasi yang dijalankan oleh pihak yang terkait baik dari internal maupun eksternal rumah sakit untuk pemantauan penggunaan obat secara rasional.

Cara ukur: Pedoman wawancara dan telaah dokumen.

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

13. Edukasi publik mengenai obat adalah pemberian keterangan / edukasi khusus yang diberikan oleh bagian terkait.

Cara ukur: Pedoman wawancara dan telaah dokumen.

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

14. Menghindari insentif finansial adalah masih ada tidaknya bantuan dari industri farmasi untuk dokter dalam bentuk kegiatan ilmiah.

Cara ukur: Pedoman wawancara

Informan: Direktur Medik dan Keperawatan, Ketua Komite Medik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan, Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Instalasi Farmasi, Ketua Tim Pemantauan dan Pengendalian Infeksi, Ketua Tim Penanggulangan Resistensi Anti Mikroba, Ketua Sub Komite Farmasi dan Terapi, Dokter pelaksana pada bagian Perina (1 Orang)

## BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Disain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif yang bermaksud untuk menggali lebih dalam penerapan kebijakan RS terhadap 8 dari 12 langkah intervensi dari WHO untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional dan variabel akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi masalah atau informasi baru.

### 4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Persahabatan Jakarta pada bulan Maret – September 2010.

### 4.3 Informan Penelitian

Informan Penelitian adalah orang – orang terkait dengan data yang dibutuhkan seperti:

1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Bidang Pelayanan. Medik
3. Komite Medik
4. Komite Mutu
5. Komite Farmasi Terapi
6. Instalasi Farmasi
7. Tim Pengendali Infeksi
8. Tim Pencegahan Resistensi Antimikroba
9. Dokter Penanggung Jawab Bagian Perina

Pemilihan *key informan* dilakukan berdasarkan kesesuaian dan ketepatan sebagai pengambil keputusan.

## **4.4 Pengumpulan data**

### **4.4.1. Sumber Data**

Dalam pengumpulan data pada penelitian jenis kualitatif dilakukan dengan menggunakan metoda:

- 1) Pengamatan pasif. Pengamatan dilakukan terhadap proses dan peneliti terlibat seadanya sebagaimana layaknya "orang dalam" dengan kegiatan sehari-hari dari orang yang sedang diamati atau yang menjadi sumber data penelitian. Pengambilan data tidak langsung tetapi dilakukan pengamatan secara bertahap (tahapan observasi) sampai keadaan tempat memungkinkan untuk pengambilan data tanpa diketahui mempunyai maksud untuk dilakukan penelitian
- 2) Telaah Dokumen. Telaah dokumen dengan melihat dokumen lain yang terkait dengan permasalahan
- 3) Wawancara mendalam tentang variabel yang ada dan data yang diterima dari RS secara menyeluruh. Pemilihan dilakukan berdasarkan kesesuaian dan ketepatan sebagai pengambil keputusan.

### **4.4.2. Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut; Meminta ijin penelitian dahulu di Bagian Pendidikan dan Penelitian RSUP Persahabatan di awal tahun Januari 2010, Setelah ijin didapatkan, penelitian dimulai dengan mendapatkan data sekunder audit kualitas penggunaan antibiotika di ruang bayi tahun 2009. Kemudian dilanjutkan dengan observasi kegiatan beserta data-data sekunder di Bagian Perina. Setelah itu penulis mengambil data primer berupa hasil wawancara mendalam pada beberapa informan yang terpilih.

## **4.5. Pengolahan Data**

Dalam pengolahan data yang dikumpulkan, penelitian menggunakan bantuan komputer. Data yang telah dikumpulkan baik dari alat perekam maupun dokumen kemudian dilakukan reduksi (*data reduction*) dengan membuat

transkrip. Setelah itu, hasil dari reduksi data tersebut diorganisasikan ke dalam bentuk matriks (*data display*). (Bungin 2007, p.69-70)

#### 4.6. Validitas Data

Validitas data dalam penelitian ini di uji dengan melakukan triangulasi (Kresno, 1999) yang terdiri dari 3 aspek:

- a) Triangulasi sumber: dilakukan dengan cara mengambil informasi dari informan yang berbeda untuk dilakukan *check cross* data sehingga data yang didapat akan memperkuat atau tidak adanya kontradiksi satu dengan yang lain.
- b) Triangulasi metode: dengan menggunakan metode teknik wawancara mendalam dan melakukan telaah dokumen yang berupa data dari rekam medis, data laporan, protap, daftar formularium obat dan dokumen- dokumen lainnya.
- c) Triangulasi analisis; analisa data yang ada dalam penelitiann ini dilakukan oleh peneliti dengan meminta pendapat pakar mengenai interpretasi data dengan tujuan menghindari subjektivitas dalam analisa data.

#### 4.7. Analisis Data

Setelah semua data telah terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Teknik analisis yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik Analisis Isi (*content Analysis*). Analisis ini dimulai dengan menemukan simbol-simbol yang dipakai dalam komunikasi dari data yang telah berbentuk matriks sesuai dengan variabel yang diteliti, kemudian mengklasifikasikan sesuai dengan variabel dan kemudian dilakukan analisis. (Bungin, 2007)

Untuk analisa evaluasi penerapan kebijakan POR dilakukan pembobotan dari 12 variabel penelitian pada input maupun proses, dengan penilaian, bila hasil wawancara mendalam dan telaah dokumentasi/observasi sudah ada/sesuai maka akan dinilai 2 (dua), sehingga nilai bobot keseluruhan berjumlah 24 (duapuluh empat).

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta

##### 5.1.1 Sejarah singkat Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan

Dibangun tahun 1961 atas bantuan Pemerintah Rusia kepada Pemerintah Indonesia. Penyerahan secara resmi pada tanggal 7 November 1963 yang kemudian dikenal sebagai hari jadi RSUP Persahabatan. RSUP Persahabatan ditetapkan menjadi RS Swadana sejak tanggal 2 September 1992 dengan SK Menkes RI No. 747/Men.Kes/SK/IX/1992. Tahun 2002 dengan Peraturan Pemerintah No. 118 tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan, status RSUP Persahabatan berubah menjadi Perusahaan Jawatan. Tahun 2006 dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI, nomor : 1679/MENKES/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Persahabatan, menyebutkan bahwa RSUP Persahabatan adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Jenderal Bina Pelayanan Medik. Pola pengelolaan keuangan adalah Badan Layanan Umum (BLU) yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Departemen Keuangan.

##### 5.1.2 Visi Dan Misi

Mengacu pada visi dan misi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, maka dirumuskan falsafah, moto, visi dan misi RSUP Persahabatan sebagai berikut :

1. Visi :  
Menjadi rumah sakit terdepan dalam menyetatkan masyarakat dengan unggulan respirasi kelas dunia.
2. Misi:  
Menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian dalam bidang kesehatan secara professional dan berorientasi pada pasien.

### 3. Tujuan:

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan prima dengan menerapkan upaya menjaga mutu dan keselamatan berkelanjutan.
- 2) Menjadi rujukan utama dalam pelayanan kesehatan respirasi di Indonesia.
- 3) Memimpin dalam pendidikan dan penelitian bidang kesehatan respirasi di Indonesia.

### 4. Untuk mendukung visi dan misi, RSUP Persahabatan mempunyai motto “*Caring with friendship*” (Melayani secara bersahabat).

Motto ini mengandung nilai-nilai:

- a. **Jujur;** setiap karyawan RSUP Persahabatan senantiasa menjunjung tinggi perilaku jujur yang berdasarkan atas nilai moral, etika dan agama,
- b. **Kompeten;** setiap karyawan RSUP Persahabatan memiliki kompetensi yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku secara professional serta meningkatkan kompetensi sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi,
- c. **Kerjasama tim;** setiap karyawan RSUP Persahabatan senantiasa melaksanakan kerjasama tim dalam mencapai kinerja terbaik, dilandasi sikap saling menghormati, mempercayai, dan melakukan komunikasi yang efektif,
- d. **Caring;** setiap karyawan RSUP Persahabatan senantiasa memberikan perhatian dan pelayanan yang tulus bagi keselamatan, kepuasan dan kenyamanan pelanggan,
- e. **Loyal;** setiap karyawan RSUP Persahabatan senantiasa memiliki komitmen dan kesetiaan kepada RSUP Persahabatan.

#### 5.1.3 SDM RSUP Persahabatan Jakarta

Data kepegawaian yang ada di RSUP Persahabatan tahun 2010 adalah sebagai berikut :

Tabel. 5.1 Ketenagaan RSUP Persahabatan per 1 Desember Tahun 2010

NO.	JENIS TENAGA	P N S	HONOR/ KONTRAK	LAIN- LAIN	MAGANG	JUMLAH
1	MEDIS					
	a. Dokter Umum	32	5	0	0	37
	b. Dokter PPDS	0	0	84	0	84
	c. Dokter Ahli	110	2	0	5	117
	d. Dokter Gigi	9	0	0	0	9
	e. Dokter BSB	0	0	1	0	1
	Sub Total (1)	151	7	85	5	248
NO.	JENIS TENAGA	P N S	HONOR/ KONTRAK	LAIN- LAIN	MAGANG	JUMLAH
2	PERAWAT	481	164	0	1	646
3	PENUNJANG MEDIS	155	61	0	0	216
4	NON MEDIS	459	237	0	6	702
	Sub Total (2-4)	1095	462	0	7	1564
	TOTAL	1246	469	85	12	1812

Sumber: Bagian SDM RSUP Persahabatan, 2010

#### 5.1.4 Pelayanan Unggulan

Sebagai Rumah Sakit rujukan nasional kesehatan respirasi, RSUP Persahabatan terus mengembangkan mutu layanan maupun fasilitasnya dibidang medis dan penunjang medis. Pelayanan unggulan di RSUP Persahabatan merupakan pelayanan paripurna tersier penyakit paru dan pernapasan, yang dilengkapi dengan peralatan canggih dan mutakhir (Bronkoskopi, TBLB, *sleep laboratory*, *video assisted thoracic surgery*, Laboratorium Tuberkulosis, *New Emerging Diseases* dan lain-lain).

Saat ini RSUP Persahabatan mengembangkan empat program unggulan (*center of excellence*), antara lain :

1. Institut Kesehatan Respirasi (*Institute of Respiratory Diseases*)

Sesuai visinya sebagai *center of excellence* yang memberikan dan mengembangkan pelayanan, pendidikan dan riset di bidang kesehatan respirasi nasional bertaraf dunia yang ramah lingkungan (*green environment*), maka institut ini akan menjadi pusat riset kesehatan respirasi dan pusat keilmuan dan pendidikan dengan pendekatan terpadu dalam bidang kesehatan respirasi, yang memfasilitasi dan melaksanakan berbagai jenjang pendidikan

di bidang kesehatan respirasi dan menghasilkan ilmuwan dan praktisi di bidang kesehatan respirasi.

2. Pusat pelayanan dan kajian diagnostik respirasi terpadu (*Integrated Respiratory Diagnostic Center*), meliputi pelayanan diagnostik respirasi terintegrasi dan terpadu, baik invasif maupun noninvasif.
3. Pusat pelayanan kardiorespirasi terpadu (*Integrated Cardiorespiratory Center*) meliputi pusat pelayanan terintegrasi untuk transplantasi paru.
4. Pusat pelayanan infeksi paru (*Respiratory Infectious Disease Center*) khususnya dalam menghadapi kasus infeksi paru khusus (*emerging & reemerging respiratory diseases*), seperti avian influenza, MDR-XDR TB, dan HIV/AIDS).

#### 5.1.5 Fasilitas dan jenis pelayanan

Hingga saat ini, fasilitas dan jenis pelayanan kesehatan yang ada di RSUP meliputi :

1. Layanan GAWAT DARURAT
2. Layanan RAWAT INAP

Pelayanan Rawat Inap memiliki 539 tempat tidur (termasuk Griya Puspa) dan 50 box bayi.

- |                    |   |        |
|--------------------|---|--------|
| 1) Kelas III       | : | 320 TT |
| 2) Kelas II        | : | 137 TT |
| 3) Kelas I         | : | 54 TT  |
| 4) Kelas VIP II    | : | 12 TT  |
| 5) Kelas VIP I     | : | 27 TT  |
| 6) Kelas Super VIP | : | 2 TT   |
| 7) ICU / ICCU/HCU  | : | 15 TT  |
| 8) NICU            | : | 2 TT   |
| 9) Isolasi         | : | 12 TT  |
| 10) Intermediate   | : | 10 TT  |

3. Layanan RAWAT JALAN SPESIALISTIK terdiri dari :

- 1) Klinik Bedah : Umum, Digestif, Tulang, Plastik, Onkologi, Tumor, Thoraks, Syaraf, Anak, Urologi.

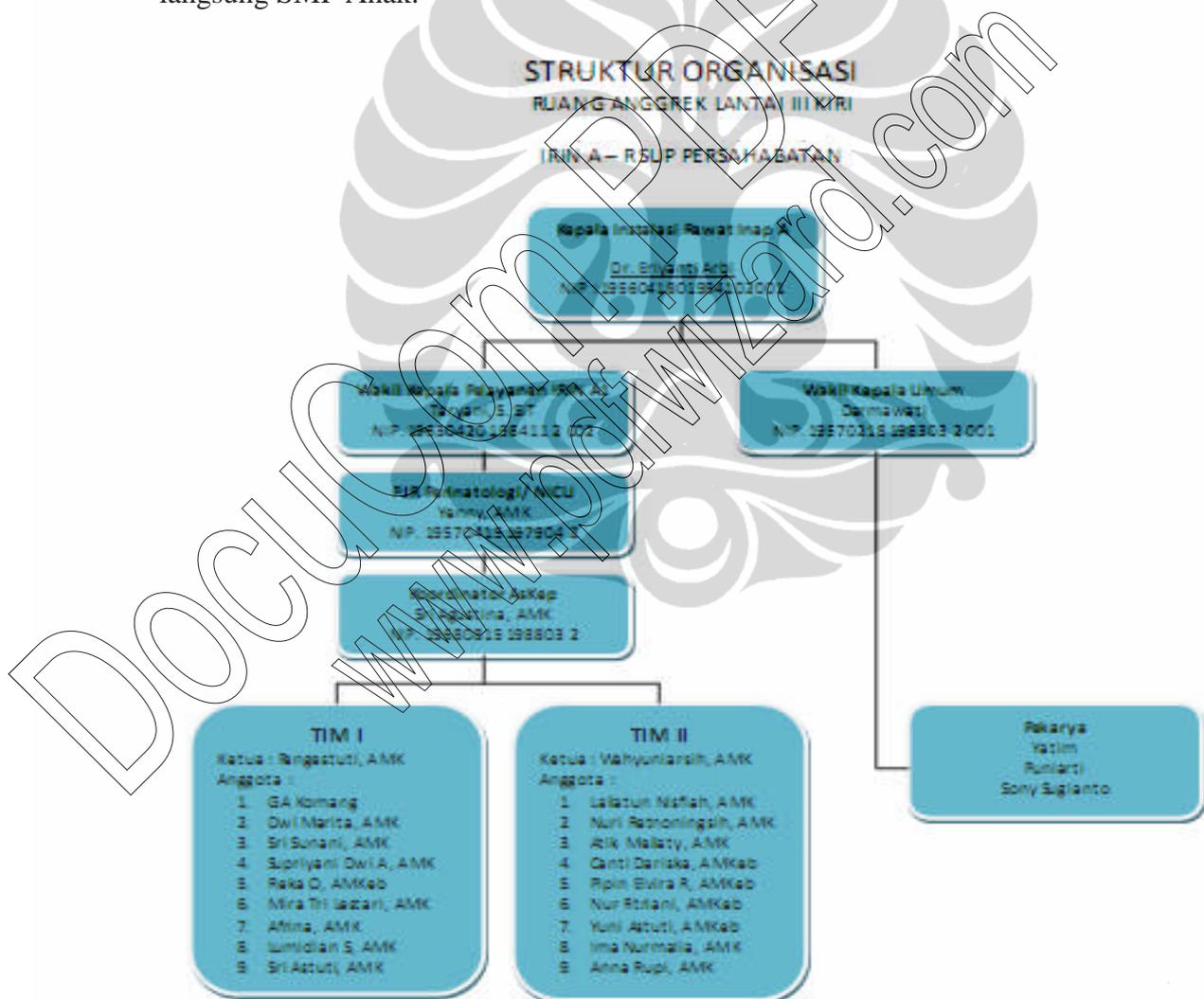
- 2) Klinik Penyakit Dalam : Tropik, Endokrin, Gastro Enterologi, Reumatik, Hematologi
  - 3) Klinik Kesehatan Anak dan Imunisasi
  - 4) Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan : Obstetri, Ginekologi, Onkologi, KB
  - 5) Klinik Mata
  - 6) Klinik THT
  - 7) Klinik Syaraf
  - 8) Klinik Jantung
  - 9) Klinik Kulit dan Kelamin
  - 10) Klinik Gigi dan Mulut, Bedah Mulut, Gigi Anak
  - 11) Klinik Kesehatan Jiwa, Psikologi, Detoksikasi Narkoba
  - 12) Klinik Paru, Asma
  - 13) Klinik Konsultasi Gizi
  - 14) Klinik Akupunktur
  - 15) Klinik Rehab Medik
  - 16) Klinik Anestesi.
4. Pusat Kesehatan Respirasi Nasional dan Layanan Spesialistik Terpadu "GRIYA PUSPA", terdiri dari :
- 1) Rawat Jalan kelas Eksekutif
  - 2) Rawat Inap kelas Eksekutif :
    - Griya Puspa IV (VIP I dan VIP II) : 15 TT
    - Griya Puspa V (Super VIP) :
      - VVIP : 2 TT
      - VIP I& II : 10 TT
5. Layanan PEMERIKSAAN MEDIK TERPADU (*MEDICAL CHECK UP*)
- 1) *Simple Medical Check Up*
  - 2) *Basic Medical Check Up*
  - 3) *Executive Medical Check Up*
  - 4) *Coronary Risk Medical Check Up*
  - 5) *Pre Employment Medical Check Up*
  - 6) Pemeriksaan Kesehatan Pra Nikah

## 6. Layanan KAMAR BEDAH dan PERAWATAN INTENSIF

- 1) Kamar Bedah : 10 Kamar & 10 TT (Ruang Pulih)
- 2) ICU : 5 TT
- 3) ICCU : 8 TT
- 4) HCU : 2 TT
- 5) Haemodialisa : 7 TT

### 5.1.6. Bagian Perinatologi

Bagian Perinatologi RSUP Persahabatan berlokasi di lantai 3 Ruang Anggrek dibawah naungan Instalasi Rawat Inap A dan di bawah pengawasan langsung SMF Anak.



Gambar 5.1. Struktur Organisasi Ruang Perinatologi

Sumber: Profil Bagian Perinatologi, 2010

## Ketenagaan Bagian Perina:

- Jumlah dokter perinatologi : 2 orang (total dokter anak 9 orang)
- Jumlah dokter (sertifikat perina) : 1 orang ( 1 sedang *fellow* )
- Jumlah dokter umum : 2 orang
- Jumlah perawat : 22 ( pelatihan NICU = 3 ).

Tabel. 5.2 Ketenagaan Perawat Ruang Perinatologi

No	Kode Perawat	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Pelatihan
1	A	PJR Perinatologi	D3 Keperawatan	
2	B	Koordinator Askep	D3 Keperawatan	Pelatihan NICU
3	C	Ketua Tim I	D3 Keperawatan	Pelatihan NICU
4	D	Anggota Tim I	SPK	
5	E	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	Pelatihan ICU
6	F	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
7	G	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
8	H	Anggota Tim I	D3 Kebidanan	
9	I	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
10	J	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
11	K	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
12	L	Anggota Tim I	D3 Keperawatan	
13	M	Ketua Tim II	D3 Keperawatan	
14	N	Anggota Tim II	D3 Keperawatan	Pelatihan NICU
15	O	Anggota Tim II	D3 Keperawatan	Pelatihan ICU
16	P	Anggota Tim II	D3 Keperawatan	Pelatihan NICU
17	Q	Anggota Tim II	D3 Kebidanan	
18	R	Anggota Tim II	D3 Kebidanan	
19	S	Anggota Tim II	D3 Kebidanan	
20	T	Anggota Tim II	D3 Kebidanan	
21	U	Anggota Tim II	D3 Keperawatan	
22	V	Anggota Tim II	D3 Keperawatan	

Sumber : Bagian Perinatologi IRIN A ( diolah), 2010

Saat ini fasilitas alat kesehatan yang tersedia di rumah sakit adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3 Alat Elektromedik Ruang Perinatologi Tahun 2009

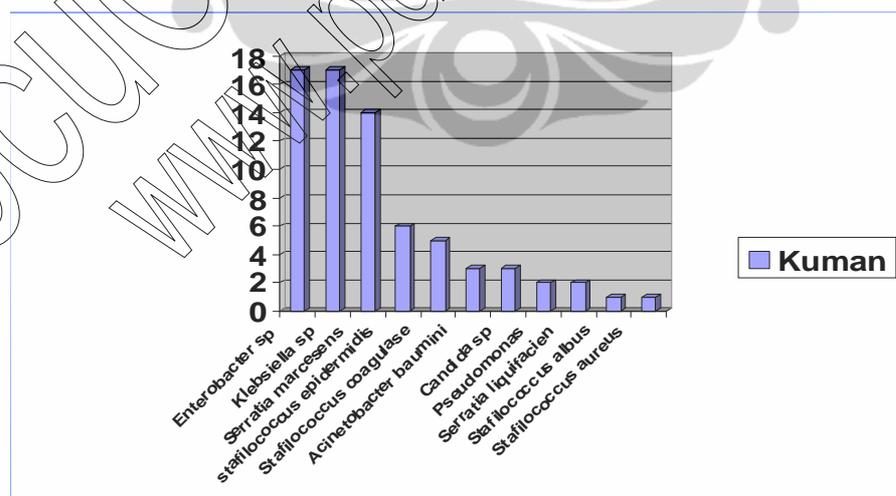
NO	NAMA	MERK	JUMLAH
1	Inkubator Kotak Sabun	Bag. Instrumen FKUI	3 Unit
2	Lampu Blue Light	Bag. Instrumen FKUI	3 Unit
3	Inkubator Transport	TI. 2000	2 Unit
4	Inkubator Tesena	Tesena	1 Unit
5	Inkubator	YP 90 A	5 Unit
6	Inkubator	NCYSB	1 Unit
7	Inkubator Drager	Isolette	1 Unit
8	Photo Therapy 4000	Drager	1 Unit
9	Radiant Warmer Drager	Baby Therm 8004	1 Unit
10	Suction Drager	EVAC 40	1 Unit
11	Ventilator Drager	Babylog 8000 Plus	1 Unit
12	Monitor Drager	Infinity Gamma	2 Unit
13	Monitor Saturasi Elektrik Suction	PM 600	2 Unit
14	Aparatus	Saphira	1 Unit
15	Syringe Pump	Terumo	6 Unit
16	Infus Pump Terumo	TE 112	3 Unit
17	Suction	Medi-Pump	2 Unit
18	Monitor Saturasi Drager	Oxytrend	1 Unit
19	Manometer O <sub>2</sub>	CIG	6 Buah
20	Manometer O <sub>2</sub>	Sharp	9 Buah
21	Cpap/ Nasal Cpap	Medisa/ Blender	1 Unit
22	HFO	Catalog	1 Unit
23	Cpap Complei	Viasys	1 Unit
24	Standart Infus	Madesa/ Scrist	1 Unit
25	Standart Infus Kaki 4	-	8 Unit
26	Lampu Sorot	-	2 Unit
27	Timbangan Bayi	-	4 Unit
28	Head Box	-	3 Unit
			4 Unit

Sumber: Daftar Inventaris Bagian Perinatologi, 2010

Tabel 5.4. Data Kasus Bayi Periode Januari – Desember 2009

Keterangan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Total
Jumlah bayi	176	157	229	254	208	216	179	155	189	151	145	160	2219
Jumlah bayi dirawat (level 2,3)	17	14	25	23	12	22	27	25	28	19	17	28	257 (11.8%)
Jumlah sepsis	15	12	21	21	8	18	25	22	21	18	12	20	213 (9.6%)
Jumlah Kematian total	5	6	12	4	6	6	4	8	12	4	6	4	77 (3.47%)
Jlh kematian akibat sepsis	3	4	8	2	2	2	3	5	5	3	1	1	39
Jlh kematian akibat lain :	2	2	4	2	4	4	1	3	7	1	5	3	38
- HMD	0	1	3	2	1	2	0	1	2	0	2	1	15
- MAS	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	6
- Kel . Kongenital	1	1	0	0	1	1	0	0	4	0	1	0	9
- Asfiksia Berat	1	0	0	0	1	0	1	2	0	1	1	1	8

Sumber: Laporan Bagian Perinatologi, 2010



Gambar 5.2 Grafik Peta Kuman Periode Januari – Desember 2009

Sumber: Laporan Bagian Perinatologi, 2010

## 5.2 Pelaksanaan Penelitian

### 5.2.1 Pelaksanaan

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUP Persahabatan pada bulan September – Oktober 2010. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder. Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam dengan informan yang dipilih, data sekunder didapatkan dari dokumen rumah sakit. Data yang terkumpul kemudian diolah, dibuat transkripnya, diberi kode kemudian di kategorikan. Data yang telah dikategorikan ini disandingkan kemudian dilakukan triangulasi antara sumber data dengan sumber data lainnya untuk diambil menjadi kesimpulan akhir.

### 5.2.2 Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 9 orang dengan jenis kelamin informan 6 orang perempuan dan 3 orang laki-laki. Umur informan bervariasi antara 40-58 tahun. Latar belakang pendidikan informan yang hampir sama yaitu, S1, S2 dan Spesialis. Masa kerja informan antara 3 sampai 20 tahun dan lama jabatan sekarang berkisar antara 8 bulan sampai 3 tahun.

Tabel 5.5. Karakteristik Informan

No	Informan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja	Lama Jabatan
1	Direktur Medik & Keperawatan	P	50	Spesialis	13 tahun	8 bulan
2	Bidang Yan Med	P	41	S2	12 tahun	1 tahun
3	Komite Medik	L	58	Spesialis	20 tahun	1 tahun
4	Komite Mutu	L	43	S2	5 tahun	1 tahun
5	SKFT	P	58	Spesialis	20 tahun	1 tahun
6	Instalasi Farmasi	P	47	Apoteker	17 tahun	1,5 tahun
7	Tim PPIRS	P	54	Spesialis	5 tahun	3 tahun
8	Tim PRA	L	40	Spesialis	3 tahun	1 tahun
9	Dokter PJ Perinatologi	P	41	Spesialis	4 tahun	3 tahun

Sumber: Data primer diolah, 2010

### 5.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional (Studi Kasus Penggunaan Antibiotik Di Bagian Perina) RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2010 telah dapat mengidentifikasi dan menganalisis 8 dari 12 langkah intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat rasional. Namun demikian, dirasakan dan didapatkan beberapa kekurangan yang kemudian membatasi cakupan dan kedalaman pengkajian penggunaan obat rasional di organisasi rumah sakit.

Konsep yang menjadi acuan dasar dalam pengkajian penerapan kebijakan ini didasarkan pada teori sistem (Anwar, 1996) dan hanya mengkaji sejauh mana penerapan kebijakan Penggunaan Obat Rasional ini berdasarkan rekomendasi yang sudah dikeluarkan oleh WHO pada tahun 2002.

Disamping itu, pengkajian akan menjadi lebih baik bila penelitian ini juga mengkaji keseluruhan dari 12 langkah intervensi untuk meningkatkan POR dengan melibatkan badan nasional dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan RI untuk dapat mengetahui kebijakan POR itu mengikat untuk rumah sakit. Perbandingan penerapan kebijakan tentang POR antara rumah sakit pemerintah dan swasta juga bisa dikembangkan untuk diteliti lebih lanjut.

Metode penelitian yang dipergunakan adalah metode kualitatif, dengan melakukan wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi. Penulis kesulitan melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) dikarenakan informan memiliki kesibukan masing-masing yang cukup padat.

Keterbatasan penelitian ini sekaligus diharapkan menjadi masukan bagi peneliti yang lain yang tertarik dengan topik yang sama untuk menyempurnakan aspek-aspek yang kami sebutkan.

### 5.4. Hasil Dan Pembahasan

#### 5.4.1 Kebijakan tentang Penggunaan Obat Rasional di RSUP Persahabatan

Kebijakan penggunaan obat oleh Departemen Kesehatan RI dituangkan dalam beberapa kebijakan seperti Permenkes RI No. 085/Menkes/Per/1989 tentang kewajiban menuliskan resep dan atau menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, Keputusan Direktur jenderal Pelayanan

Medik No HK. 00.06.3.3 Tahun 1998 tentang Pedoman Kerja untuk Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit, Kepmenkes RI No. 189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional dengan salah satu tujuannya yaitu penggunaan obat yang rasional. Kebijakan ini termasuk kebijakan publik yang juga mempengaruhi kumpulan lembaga, organisasi salah satunya RSUP Persahabatan dalam membuat kebijakan penggunaan obat diorganisasinya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Walt (1994), Buse, Mays, Walt (2006) bahwa kebijakan publik adalah apa yang dipilih oleh pemerintah untuk dikerjakan atau tidak dikerjakan.

RSUP Persahabatan sebagai salah satu unit teknisnya menuangkan kebijakan tersebut dengan surat keputusan Direktur Utama RSUP Persahabatan Nomor: HK. 00.06.00.129A Tahun 2006 tentang Kebijakan Penggunaan Obat di RSUP Persahabatan serta program Keselamatan Rumah Sakit dan Keselamatan Pasien yang juga dicanangkan pada peringatan HUY RSUP Persahabatan pada tanggal 7 November 2006. Seperti diungkap oleh salah satu informan;

*“Di kita ya, sebetulnya kalau kebijakan sudah sejak direktur yang lama itu sudah sekitar 2006...” (Informan 7)*

Adapun isi kebijakan penggunaan obat di RSUP Persahabatan adalah sebagai berikut;

- 1) Kebijakan penggunaan obat di RSUP Persahabatan atas usulan Panitia Farmasi dan Terapi setelah disetujui dan ditetapkan oleh Direktur Utama RSUP Persahabatan
- 2) Obat-obatan yang dipakai harus mengacu pada formularium
- 3) Formularium di buat oleh Panitia Farmasi Terapi atas usulan SMF kemudian ditetapkan oleh Direktur Utama
- 4) Instalasi Farmasi/Apotik harus menyediakan obat-obatan sesuai formularium yang telah disepakati
- 5) Semua SMF harus mengutamakan obat generik
- 6) Semua dokter yang bekerja di lingkungan RSUP Persahabatan wajib menggunakan formularium
- 7) Instalasi Farmasi/ Apotik dapat mengganti peresepan dokter sesuai dengan formularium dengan pemberitahuan lebih dahulu kepada dokter yang bersangkutan

- 8) Evaluasi terhadap obat-obatan dalam formularium jika diperlukan dilakukan minimal setiap 6 (enam) bulan
- 9) Jika ada perubahan indikasi, efek samping, kebijakan pemerintah tentang obat tertentu atau klasifikasi obat baru dapat diusulkan perubahan melalui SMF ditujukan ke Panitia Farmasi Terapi.
- 10) SMF yang menulis resep di luar formularium akan diperingkatkan secara lisan sampai tertulis oleh Direktur atas usulan PFT dan Komite Medik
- 11) Masa berlaku formularium 3 tahun sejak tanggal dikeluarkan.

Kebijakan ini diperkuat dengan adanya Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) yang dituangkan dalam bentuk Tim berdasarkan SK. No. HK. 00.06.00.109A tertanggal 20 Juni 2007 tentang Pembentukan Tim PRA RSUP Persahabatan, menggantikan SK yang lama No. HK.00.07.0073A tahun 2005 tentang Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba dan Infeksi di RS Persahabatan di dalam SK ini tertuang uraian tugas tim PPRA sebagai berikut;

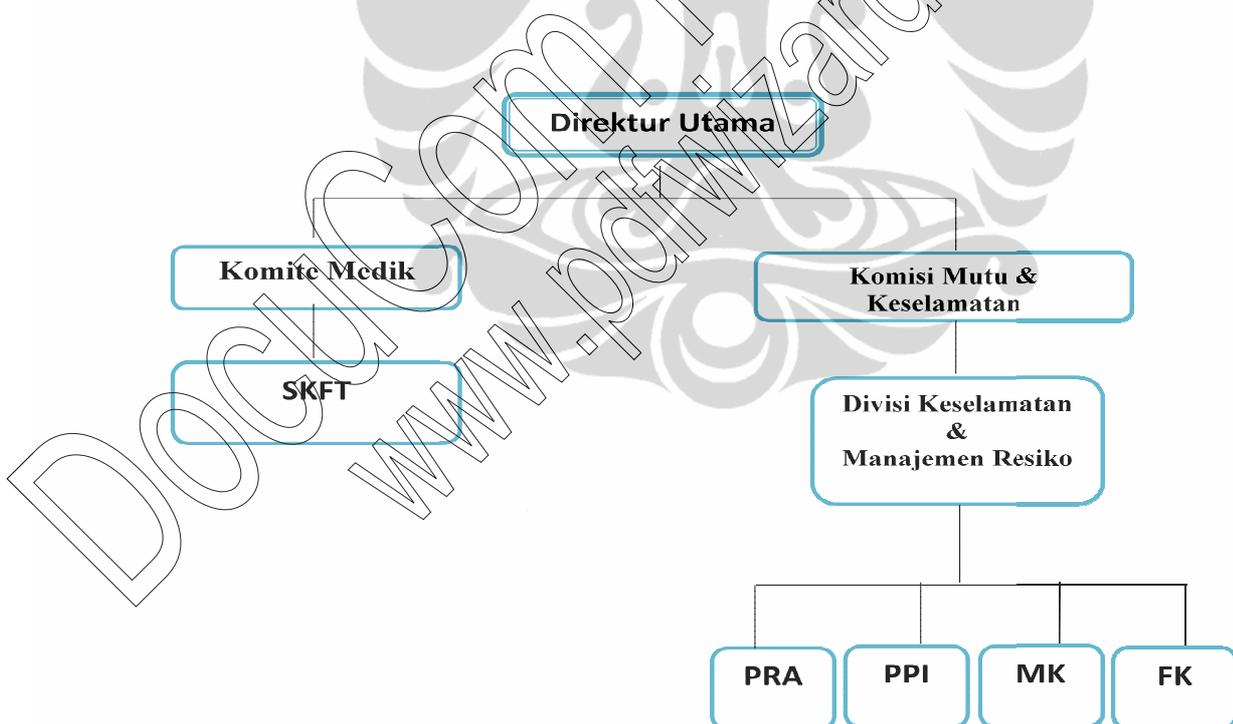
- a) Menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba dengan mengintegrasikan program Komite Medik, SKFT, PPI, KRSKP, Mikrobiologi Klinik dan pelayanan farmasi.
- b) Membantu pimpinan RS dalam menetapkan kebijakan pengendalian antibiotik dan pedoman penggunaan antibiotik di RS
- c) Membantu pimpinan RS dalam mengimplementasikan program PRA
- d) Membantu pimpinan RS dalam memonitor dan mengevaluasi program PRA
- e) Menyelenggarakan forum diskusi /kajian pengelolaan penderita penyakit infeksi
- f) Menyebarkan dan meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip-prinsip pengendalian resistensi antimikroba yang terkait dengan penggunaan antibiotik secara bijak (*prudent use of antibiotics*) dan pengendalian infeksi secara benar melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan.
- g) Mengembangkan penelitian yang terkait dengan program pengendalian resistensi antimikroba.

Dari hasil wawancara mendalam dengan adanya program PRA maka ada 4 (empat) pilar yang mendukung Tim PPRA, yaitu, SKFT, PPI, Mikrobiologi Klinik, dan Farmasi Klinik. Berikut informasi yang disampaikan;

*“Ada PRA, tim Pencegahan Resistensi Antibiotik. Pilarnya PRA itu ‘Mikrobiologi klinik, Farmakologi klinik, PPI dan SKFT. (Penerapan POR-nya?)Tergantung pedoman ya, (di) masing-masing SMF. Yang utama adalah antibiotik.bahwa penggunaan antibiotik rasional itu memang benar-bener diterapkan di rumah sakit Persahabatan.” (Informan 1)*

*“... Penerapan obat secara rasional di rumah sakit Persahabatan, dari segi program, mungkin ada, ya.. Buktinya adanya tim Farmakologi dan Terapi. Tentu tim ini sudah mempunyai program-program dan pencapaian ... Kemudian di RS ini ada juga tim PPRA, itu berkaitan juga dengan penggunaan obat secara rasional. Kemudian ada juga tim Farmasi Klinis ya, walaupun itu sampai sekarang SK-nya belum terbit...” (Informan 4)*

*“.. Karena sekarang sudah ada PRA itu, sekarang sih aktif untuk memantau obat, operasional mereka datang, tapi mereka mantau obat, protapnya juga...” (Informan 9)*



Gambar 5.3 Diagram Antar TIM

Sumber: SOTK RSUP Persahabatan diolah, 2010

Hasil wawancara dan penelusuran dokumen seperti disebutkan diatas, menjawab banyak kebijakan yang sudah dibuat RSUP Persahabatan untuk mendukung pelaksanaan POR dan menjadi tujuan penggunaan obat di RSUP Persahabatan, terutama dalam hal pemberian antibiotik.

Hal ini sesuai dengan Barkel, 1996; Anderson Dalam Agustino, 2006, bahwa kebijakan adalah serangkaian kegiatan, pernyataan, regulasi, hasil dari suatu keputusan yang mempunyai garis besar dan dasar rencana yang menjadi pedoman dengan tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang atau sekelompok aktor dalam usaha mencapai sasaran.

#### 5.4.2 SDM

Dalam menjalankan kebijakan POR, semua informan menyatakan penting melaksanakan POR dalam memberikan pelayanan kesehatan, berikut pernyataannya;

*“Penting , penting sekali..”* (Informan 1,2,3,4,5,9)

*“Pentingnya untuk data,..”* (Informan 6)

*“Sangat penting itu karena supaya menghindari resistensi terhadap ini ya antibiotiknya..”* (Informan 7)

*“... Sangat penting sekali, karena banyak pihak yang berkepentingan. Yang pertama yaitu pasien sendiri, Yang kedua adalah kepentingan dari dokter, Yang ketiga adalah kepentingan rumah sakit,..”* (Informan 8)

Pemahaman manajemen level 2 di RSUP Persahabatan tentang POR yaitu sebanyak 7 informan menyatakan POR adalah penggunaan obat yang tepat indikasi (sesuai diagnosis), 6 informan menyatakan tepat dosis, 5 informan menyatakan tepat pasien, 3 informan menyatakan tepat pemberian, 3 informan menyatakan tepat rute pemberian dan seorang informan menyatakan POR harus sesuai empiris dan laboratoris, berikut pernyataannya:

*“Rasional itu tepat dosis, tepat diagnosis kan, terus tepat cara pemakaian, tepat pasien. Kalau nggak salah ada 5 tepat itu.... Terutama, yang kita takutkan kan biasanya antibiotik ya..”* (Informan 1)

*“Kalau menurut saya kita memberikan terapi itu ya yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien. Sesuai penegakan diagnosa yang dilakukan oleh seorang dokter..” (Informan 2)*

*“Pengobatan Rasional, adalah pengobatan yang menggunakan obat-obatan sesuai dengan pola kuman baik secara pemeriksaan laboratis maupun secara empiris...” (Informan 3)*

*“... pemberian obat Rasional itu musti harus sesuai dengan indikasinya, kemudian obat rasional harus sudah diberikan dengan tepat dosis, tepat pasiennya dari segi umur, obat itu tidak terjadi saling berinteraksi, baik itu bersifat bersinergisme ataupun berlawanan, atau efek obat tersebut bisa memberikan manfaat yang kurang...” (Informan 4)*

*“... Yang sesuai dengan diagnosis, sesuai dengan lama (pakaian) makainya...” (Informan 5)*

*“Tepat obat, tepat dosis, tepat pasien, tepat cara pemberian, tepat diagnosa..” (Informan 6)*

*“Penggunaan obat rasional, secara praktis dilapangan yang seharusnya adalah, pertama sesuai dengan indikasi, setelah indikasi jelas harus tepat sasaran, harus tepat juga dosis yang akan diberikan kepada pasien, kemudian rute pemberian...” (Informan 8)*

*“...sesuai indikasi, ... tidak aku takut pakai ini-ini, enggak. Jadi ada indikasinya, kalau terjadi di bayi ya ada faktor resiko mayor minor dan dapat labnya.” (Informan 9)*

Hal ini sesuai dengan POR yang dirumuskan oleh WHO tahun 1987, yaitu pengobatan yang sesuai indikasi, diagnosis, tepat dosis obat, cara dan waktu pemberian, tersedia setiap saat dan harga terjangkau.

Dengan adanya kesamaan persepsi dan komitmen yang cukup kuat dari pimpinan puncak dalam kebijakan POR, sehingga kebijakan POR bisa diterapkan di RSUP Persahabatan, seperti diungkap oleh Dunn (2003) bahwa pelaksanaan kebijakan bisa berjalan efektif diperlukan komitmen berbagai pihak. Pendekatan yang efektif untuk mendukung berjalannya suatu kebijakan adalah pendekatan dari bawah ke atas. Target sasaran, pelaksana dan penilai kebijakan adalah orang yang terkena dampak langsung dari suatu kebijakan. Mereka yang lebih mengetahui masalah serta pemecahan masalahnya. Mereka itulah orang-orang yang akan memberikan komitmen bagi suksesnya pelaksanaan kebijakan.

Panitia farmasi dan terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Dengan tujuan menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya dan melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan..

Panitia Farmasi Terapi (PFT) di RSUP Persahabatan telah terbentuk sejak tahun 1985, beberapa surat keputusan yang kami temukan sehubungan dengan SKFT adalah:

- 1) SK No. 432/SK-Dir/KFT-RSP/IV/1991 Tahun 1991 tentang Pembubaran dan Pembentukan Baru Komite Farmasi dan Terapi RSUP Persahabatan,
- 2) SK No. 047/SK-Dir/KFT-RSUP/VIII/1996 Tahun 1996
- 3) SK No. HK.00.06.00.16 Tahun 2000
- 4) SK No. HK.00.07.00.66 Tahun 2003
- 5) SK No. HK. 00.07.00.285 Tahun 2006
- 6) SK No. HK.00.06.00.70 Tahun 2009

Hasil penelitian didapatkan bahwa Komite Farmasi dan Terapi telah lama terbentuk di Rumah Sakit tersebut, dokumentasi terawal yaitu adanya SK Direktur RSUP Persahabatan No. 432/SK-Dir/KFT-RSP/IV/1991 tentang Pembubaran dan Pembentukan Baru Komite Farmasi dan Terapi RSUP Persahabatan dengan tugas menyusun formularium, merencanakan obat dan anggarannya dan menyempurnakan tata kerja farmasi.

Akan tetapi ada keganjilan pada SK terakhir no. HK.00.06.00.70 tertanggal 1 September 2009 tentang Keanggotaan Sub Komite di Lingkungan Komite Medik RSUP Persahabatan, seharusnya di dalam SK menguraikan uraian tugas dari masing masing Sub Komite dan ada ketidaksesuaian narasi pada SK dan lampiran SK. Dengan adanya surat keputusan tersebut membuktikan bahwa Komite Farmasi Terapi telah terbentuk dan telah menyusun formularium sejak tahun 1991.

### 5.4.3 Sarana Pelayanan Kesehatan di Bagian Perina

Sarana Pelayanan Kesehatan di bagian Perina Rumah Sakit Persahabatan yang berupa alat dan fasilitas kesehatan sementara ini masih dianggap dibawah standar dan jumlahnya belum mencukupi, hal ini berdasarkan pernyataan informan dibawah ini :

*“....dari segi fasilitas pun masih tidak memenuhi standar, ada TT bayi yang karatan, masih ada yang digabung-gabung, satu TT untuk berdua.. belum lagi tidak ada pengatur suhu yang jelas, harusnya suhu kamar terukur, bisa kedinginan atau kepanasan. Dari segi obat, disana juga belum ada kartu kendali.. belum bisa diukur.. (Informan 4)*

Akan tetapi menurut informan lain fasilitas alat kesehatan sebenarnya sudah mencukupi, akan tetapi bila bayi yang masuk banyak, alat kesehatan tersebut menjadi tidak mencukupi dari segi jumlah. Sebagaimana yang disampaikan oleh informan berikut ini:

*“... fasilitas alkes sih sudah cukup ya...” (Informan 2)*

*“Nggak sih... semua nya ada, syringe pump, infuse pump, semua ada Cuma jumlahnya yang tidak mencukupi karena BOR bayi yang masuk banyak, ya jumlahnya menjadi gak cukup, Sarana ada, tapi karena menyangkut kuantitas, alat itu menjadi tidak cukup...” (Informan 9)*

Sarana penunjang lain contohnya laboratorium dianggap masih kurang maksimal karena di NICU harus ada AGD cito tapi ini belum ada sehingga apabila ada AGD cito harus dikirim ke laboratorium induk yang terkadang hasilnya belum bisa cito, seperti disampaikan informan dibawah ini :

*“Lab ini kan memang sudah di fasilitasi oleh RS, tapi untuk sebuah NICU harus ada AGD cito nah ini yang belum ada, jadi AGD harus dikirim ke Lab induk , kalau kita bilang cito tapi terkadang hasilnya juga belum cito. Untuk CRP , IT Ratio , mungkin sistem di Lab juga ya, mereka tidak tahu kepentingan kita ya, kita maunya pagi di periksa dan hasil sudah diharapkan sudah jadi, kadang lab sudah jadi tapi belum di print.. ya masih banyak yang mis mis lah.. tapi kita sendiri sudah terbiasa menghubungi Lab sendiri dan mencatat hasilnya bila belum sampai.” (Informan 9)*

Masalah keterlambatan ini diungkap oleh informan lain karena sistem laboratorium sendiri yang masih perlu diperbaiki, karena masih ada sampel darah yang harus diantar oleh keluarga pasien, berikut pernyataannya:

*“...Jawabannya masalah sistem.. apakah sudah ada sistem pengambilan sampel darah oleh tenaga yang kompeten, apakah waktu pengantaran sampel itu sudah diukur? Selama ini masih ada keluarga juga yang mengantar sampel ke laboratorium...”* (Informan 2)

Pada saat observasi lapangan, peneliti menemukan sampel laboratorium yang belum diantar oleh keluarga pasien untuk segera dilakukan tes laboratorium. Permintaan penyediaan jenis pemeriksaan AGD cito belum dapat dipenuhi oleh fasilitas laboratorium yang ada, sementara hasil laboratorium mempengaruhi pemberian jenis obat. Sistem laboratorium saat ini masih perlu diperbaiki karena masih ditemukan sampel darah yg harus diantar oleh keluarga pasien.

#### 5.4.4. Ketersediaan Obat

Ketersediaan obat di RSUP Persahabatan sudah banyak jenisnya, malah ada obat yang diapotik lain tidak ada tapi di Depo RSUP Persahabatan ada. Tetapi informan lain berkomentar bahwa banyak antibiotik yang diminta oleh dokter tapi pemakaiannya tidak sampai habis sehingga obat tersebut menumpuk. Hal itu sesuai dengan pernyataan informan seperti dibawah ini “

*“Udah.. banyak. Jenisnya kan banyak sekali, malah tadi kan rapat. Ada obat di kita yang diapotik lain nggak ada. Di kita di Depo itu ada ..”* (Informan 1)

*“Sudah, sudah kebutuhan obat sebagian disediakan oleh farmasi dan dilengkapi oleh apotik, ini sudah siapkaneh rumah sakit. Tapi kadang kadang pasien gak ada duit, padahal dokter memberikan resep harus obat dg golongan ini tapi karena masalah pembiayaan ya, itu diluar kendali kita ya..”* (Informan 2)

*“Kalau "petugasnya" waktu itu pernah cerita ke saya ya, waduh ini banyak antibiotik dokternya minta, tahunya hanya pakai sekian, habis itu numpuk..”* (Informan 7)

Sementara itu dari farmasi untuk ruang Perina obat yang disediakan adalah obat dasar sedangkan obat-obat khusus itu diresepkan. Ruang Perina sendiri merasa kesulitan karena belum adanya satelit farmasi diruang Perina sehingga

kesulitan terutama malam hari, walaupun sudah ada apotik 24 jam di Rawat inap, sebagaimana disampaikan informan berikut :

*“Kalau untuk perina kalau dari instalasi farmasi itu obat dasar, jadi kalau obat khusus itu diresepin.”* (Informan 6)

*“Kan kita semua disini itu kesulitannya adalah tidak ada satelit (farmasi), kita sudah NICU ni sudah lengkap kan, harapan kita Perina ini supaya lebih gampang terus supaya 24 jam ada, karena bayi masuk jam berapa aja itu ada satelit farmasi, satelit apotik ya disini. Dia nyediakan disini. Kalau enggak ini semua yang bertanggung jawab perawat semua.. Itu yang belum ada disini, ya ada apotik 24 jam ada di kita Rawat inap tetapi kalau malam nggak mesti orang tuanya ada disitu to. Kalau ada kita tinggal ngambil to. Kalau ada kasus kita kasih sisa punyanya ini kita barengan dulu kayak gitu akhirnya.”* (Informan 9)

Untuk menjaga ketersediaan obat tersebut maka mekanisme yang terpenting adalah perencanaan, seperti disampaikan oleh informan dibawah ini:

*“Iya, perencanaan yang penting. Perencanaan diawasi, terus pemakaian juga begitu.. setiap bulan ada di breakdown, per tribulan RAB nya.. Dan selalu saya minta untuk perencanaan ada laporan penggunaan..”* (Informan 1)

*“Kalau perencanaannya setiap bulan masuk ke farmasi. Jadi dikirim permintaannya apa nanti kita telaah kita ajuin ke komite medik”.* (Informan 6)

*“... obat yang saya kasih sudah ada kok di formularium, karena dulu sudah dimasukkan oleh dokter (penanggung jawab) yang lama..”* (Informan 9)

Informan lain menyebutkan bahwa mekanisme untuk menjaga ketersediaan obat itu akan mudah apabila dokternya meminta terus.

*“Ketersediaannya mungkin akan mudah kalau misalnya dokternya minta terus.”* (Informan 7)

Ditinjau dari kesesuaian perencanaan pengadaan obat dengan penggunaan obat oleh SMF maka ada 2 pendapat yang bertolak belakang yaitu satu sisi menyatakan bahwa obat yang direncanakan itu dipakai oleh SMF karena itu permintaan dan sekarang memang lebih diperketat dalam hal pemesanan obat sehingga tidak ada *overstock*. Namun dilain pihak menyatakan bahwa obat yang direncanakan itu masih ada yang tidak dipakai ada obat yang direncanakan A

tetapi yang dipakai B. Dikaitkan dengan keluhan farmasi bahwa obat yang dipesan ternyata hanya dipakai beberapa, menunjukkan bahwa perencanaan obat itu belum sesuai dengan pemakaian obat oleh SMF. Hal ini diungkapkan oleh informan sebagai berikut :

*“Dipakai, karena itu permintaan. Saya sekarang lebih ketat ke arah begitu ya, saya nggak mau over stock. Kenapa sekarang semua saya ketatin, dari mulai reagen, obat-obatan, semua saya nggak mau over stock. Over stock kan akhirnya kebocoran pendapatan kan..”* (Informan 1)

*“Masih ada ...”* (Perencanaan obatnya A, dalam resepnya obat B) (Informan 5)

*“Jadi kelihatannya ya, mungkin kalau sampai dikeluhkan begitu saya rasa penggunaannya masih (seperti) itu ya..”* (Informan 7)

Dari hasil penelitian ini, komitmen dari pimpinan puncak dalam memenuhi kebutuhan obat-obatan dasar difasilitasi oleh instalasi farmasi dan untuk obat khusus melalui apotik rumah sakit. Ketersediaan obat akan ada apabila perencanaan obat tersebut masuk setiap bulannya yang dievaluasi dan ditelaah kembali oleh farmasi. Ini dilakukan untuk menjaga *overstock* obat-obatan dan kebocoran pendapatan. Untuk di bagian Perina RSUD Persahabatan obat yang biasa digunakan sudah ada didalam daftar formularium rumah sakit sehingga dokter dapat meresepkan obat tersebut sesuai dengan formularium. Walaupun di bagian Perina masih terkendala tidak adanya satelit farmasi di bagian Perina.

Hasil penelitian lain oleh Saleh (2001), faktor yang mempengaruhi penggunaan obat yang tidak rasional antara lain faktor dari sistem *supply*, antara lain stok obat yang terbatas sehingga pengobatan dilakukan dengan menggunakan obat seadanya, sistem *supply* yang buruk misalnya keterlambatan pendistribusian, dan adanya obat yang rusak atau kadaluarsa akibat penyimpanan yang buruk atau sistem pendistribusian yang tidak baik. Wentri (2001) dan Utomo (2000) juga membuktikan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kecukupan obat dengan penggunaan obat rasional

#### **5.4.5. Panduan Klinis**

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Panduan Klinis merupakan prosedur penatalaksanaan klinis atau dikenal juga dengan standar pelayanan medis

(SPM). SPM ini di RSUP Persahabatan sudah disusun oleh masing-masing SMF yang di daptasi dari standar profesi masing-masing dan di setuju, kemudian di ajukan ke Komite Medik untuk selanjutnya di sah kan oleh Direktur Utama, seperti: kebidanan yang diambil dari Surabaya atau Semarang yang disesuaikan dengan kondisi di RSUP Persahabatan, sedangkan untuk bagian Perina diadaptasi dari referensi, jurnal dan center tertinggi. Berikut keterangan dari informan:

*“Kebijakannya, mereka harus berdasarkan standarnya dari profesi masing-masing yang kita adopt, kemudian disetujui oleh ‘peer group’ nya, ya udah kita pakai ... Kebijakannya seperti itu. Dibicarakan dalam Komite Medik ya..”* (Informan 1)

*“Itu tergantung SMF nanti kan SMF itu punya ini sendiri ya, kayak pada anak kasus pneumoni pada anak punya protap sendiri jadi beda karena mungkin pada pola kumannya yang paling sering itu ini. Begitu juga penyakit dalam, paru itu berbeda-beda.”* (Informan 2)

*“Jadi disini ada yang namanya SPM, standar Pelayanan Medis.. dan sekarang dirubah menjadi Pedoman Pelayanan Medis. Jadi setiap SMF punya itu, dari bidang disiplinnya masing-masing. Dan itu yang diterjemahkan oleh formularium...”* (Informan 3)

*“Pedoman pengobatan itu kan prosedur dari penatalaksanaan klinis, nah salah satu isi dari penatalaksanaan itu ada pengobatan kan, ada treatment... (untuk itu) salah satu kebijakannya adalah adanya formularium...”* (Informan 4)

*“... ada, Pedoman pengobatan (oleh) masing-masing SMF. Kalau formularium baru (oleh) SKFT..”* (Informan 5)

*“Mungkin dari medis ada SPM kali ya. Standar Pelayanan Medis jadi bukan Standar Pelayanan Minimal. Didalam Standar Pelayanan Medis ini, pelayanan medis ini kan ada obatnya kan. Jadi pelayanan ini obatnya ini-ini, masing-masing SMF itu punya SPM..”* (Standar Pelayanan Medis) (Informan 6)

*“Itu ada kalau kebidanan saya tahu ngambilnya dari Surabaya atau Semarang tapi tentunya ada juga dari luar. Nah dasarnya itu, kalau anak itu dari mana gitu. Jadi dari yang sudah membuat kemudian disesuaikan dengan kondisi kita...”* (Informan 7)

*“... berdasarkan referensi, jurnal kemudian center tertinggi karena semuanya protap istilahnya bukan nasional saja ya tapi internasional, hanya jenis antibiotik yang dipakai itu berbeda-beda sesuai dengan institusi, karena pola kuman dimasing-masing tempat berbeda.”* (Informan 9)

Menurut Departemen Kesehatan (2007), panduan klinis atau pedoman pengobatan adalah petunjuk terapi yang mengacu pada berbagai penelitian mengenai masing-masing penyakit, dan hanya memuat pilihan-pilihan terapi yang paling dianjurkan untuk masing-masing penyakit tersebut, serta kemungkinan terapinya. SPM di rumah sakit pada umumnya dapat diadopsi dari pedoman/SPM yang telah dibuat oleh organisasi profesi masing-masing, tinggal di cocokkan dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit, maka tinggal di sepakati oleh anggota profesi (SMF) terkait dan disahkan penggunaannya oleh direktur rumah sakit tersebut. Dalam menyusun SPM untuk rumah sakit, profesi medis memberikan pelayanan keprofesiannya secara efektif (*clinical effectiveness*) dalam hal menegakkan diagnosis dan memberikan terapi berdasarkan pendekatan *evidence-based medicine*. (Firmanda, 2009)

Dalam rangka penggunaan antibiotik yang benar dapat membantu pengobatan penyakit, mencegah resistensi dan menurunkan biaya pengobatan, maka Rumah sakit telah menyusun Pedoman Penggunaan Antibiotik (PPAB) penyusunannya didasarkan dari mikrobiologi, jenis kuman yang ditemukan di Rumah Sakit ini dan jenis antibiotik yang masih sensitif untuk membunuh kuman tersebut. PPAB ini disusun oleh TIM Penyusun Pedoman Penggunaan Antibiotik yang anggotanya sebagian dari TIM PRA ditambah anggota SMF. Berikut keterangan dari informan:

*“Itu tergantung SMF nanti kan SMF itu punya ini sendiri ya, kayak pada anak kasus pneumoni pada anak punya protap sendiri jadi beda karena mungkin pada pola kumannya yang paling sering itu ini. Begitu juga penyakit dalam, paru itu berbeda-beda.”* (Informan 2)

*“Ada... pedoman penggunaan antibiotik itu ada, formularium ada.. Pedoman pengobatan (oleh) masing-masing SMF. Kalau formularium baru (oleh) SKFT..”* (Informan 5)

*“... Kita sudah punya PPAB, dan itu disusun dalam bentuk buku yang dijadikan pedoman.... Dasarnya dari mikrobiologi.., jenis kuman apa yang ditemukan di RS ini, dan jenis antibiotik apa yang masih sensitif untuk membunuh kuman tersebut...”* (Informan 8)

*“... berdasarkan referensi, jurnal kemudian center tertinggi karena semuanya protap istilahnya bukan nasional saja ya tapi internasional, hanya jenis antibiotik yang dipakai itu berbeda-beda sesuai dengan*

*institusi, karena pola kuman dimasing-masing tempat berbeda.”*  
(Informan 9)

Untuk penggunaan antibiotik di rumah sakit, maka disusun Pedoman Penggunaan Antibiotik (PPAB) dan dalam rangka penilaian akreditasi PRA yaitu tahun 2008 dan pada bulan Juli 2009 dilakukan revisi, sedangkan untuk tahun 2010 revisi belum direvisi. Pengesahan PPAB dilakukan oleh Direktur Utama, sesuai dengan ungkapan informan berikut ini :

*“Sebelum akreditasi PRA.. tahun 2008, kemudian disahkan oleh Direktur Utama, bahwa itu dipakai disini ..harusnya setiap tahun direvisi..(revisi terakhir) Juli tahun 2009...” (tahun 2010 belum direvisi)..”* (Informan 1)

*“Direktur Utama.”* (Informan 4, Informan 5, Informan 7)

*“mensyahkan dari panitia PRA itu karena masing-masing itu terus direktur manajemen kan..”* (Informan 9)

*“Jadi kembali ke penggunaan antibiotik, PPAB itu memang bagian tugas dari PRA... Kegiatan PRA, tujuannya adalah mengendalikan pola resistensi anti mikroba, jangan sampai semua mikroba itu resisten terhadap antibiotika..”* (Informan 8)

Hasil telaah dokumen, PPAB yang disusun oleh Tim Penyusun Pedoman Antibiotika sementara baru menghasilkan untuk 5 SMF besar, yaitu Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Paru, Kebidanan dan Bedah, PPAB yang pertama di keluarkan tahun 2008 dan di revisi tahun 2009, sedangkan untuk tahun 2010 belum ada revisi kembali. PPAB ini di sahkan dengan surat keputusan Direktur Utama RSUP Persahabatan dengan SK No. 00.06.00.72d tanggal 3 Juni 2008

#### **5.4.6. Penggunaan Daftar Obat Essensial Nasional Berdasarkan Pilihan Pengobatan**

Hasil wawancara mendalam menunjukkan semua informan mengetahui keberadaan DOEN yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Empat dari informan menyatakan DOEN hanya bersifat umum dan sebagai obat dasar saja yang masih harus diolah rumah sakit setempat untuk dapat dipergunakan, seperti disampaikan informan berikut :

*“... DOEN itu adalah produk dari Kementerian Kesehatan, dan Nasional ya, DOEN itu sifatnya kan general, berlaku untuk seluruh Indonesia..”*  
(Informan 4)

*“... DOEN nya cukup, itukan obat-obat dasar...”* ( Informan 6)

*“.. DOEN itu esensial yang diperlukan, ya.. Jadi itu (DOEN) tidak bisa dibikin oleh Kemenkes tanpa konfirmasi atau asupan dari Rumah Sakit setempat..”* ( Informan 8)

Pernyataan lain menyebutkan bahwa DOEN jarang atau bahkan tidak dipergunakan karena tidak semua obat tersebut diperlukan dan dapat digunakan di rumah sakit sehingga perlu disusun formularium rumah sakit, agar obat-obat tersebut dapat dipakai. Formularium ini tidak berpatokan pada DOEN saja tetapi juga pada jurnal-jurnal, berikut informasinya;

*“Masih ya, Farmasi Terapi kayaknya masih pakai itu (DOEN) (tetapi) guide-line itu sekarang nggak hanya DOEN aja. Disamping itu ada jurnal-jurnal..”* (Informan 1)

*“... Oh, nggak itu. disesuaikan dengan SPM yang ada disini....”* (Informan 3)

*“... DOEN hanya sebagai pedoman panduan sifatnya tidak diwajibkan., karena hanya berisi sederetan nama-nama, obat-obat generik yang untuk di pakai di RS.. yang membedakan apakah rumah sakit itu memerlukan obat itu atau tidak... tentu kan tidak semua obat itu bisa dipakai, maka RS harus membuat formularium lagi, agar obat itu dapat dipakai di RS tersebut..”* (Informan 4)

*“Kayaknya jarang deh dokter yang ngikutin (DOEN) itu..”* (Informan 5)

*“Jadi formularium yang di pakai di Rumah Sakit ini selain mengacu ke DOEN juga usulan dari SMF-SMF..”* (Informan 6)

*“Kalau kita nggak pakai dari DOEN ya, yang kita pakai jurnal itu, jurnal terbaru..”* (Informan 9)

Formularium adalah serangkaian daftar nama obat-obat yang diberlakukan rumah sakit berdasarkan usulan dari semua SMF dan dikumpulkan oleh Sub Komite Farmasi Terapi (SKFT) untuk diberlakukan di RS, sebagaimana ungkapan informan dibawah ini :

*“Jadi formularium itu isinya serangkaian daftar nama obat-obat yang diberlakukan rumah sakit untuk digunakan gitu, Setelah mendapatkan masukan dari semua SMF kemudian ditampung oleh tim. Kemudian tim (SKFT) mengusulkan agar sederetan nama obat ini untuk diberlakukan di*

*rumah sakit.. Kalau formularium itu wajib karena itu memang aturan internal rumah sakit sendiri. Itu produk internal. (Informan 4)*

*“Ada formularium. (Yang membuat) ; Tim Farmasi dan Terapi. Yang terdiri dari beberapa SMF, anggota SMF, dari farmasi, dari orang apotik, perawat.” (Informan 1)*

*“Jadi, didalam sub komite Farmasi Terapi, itu juga terlibat semua SMF.. Jadi SMF yang membuat, dihimpun oleh sub komite itu..” (Informan 3)*

*“Kalau formularium dibuat (oleh) SKFT..., berdasarkan masukan dari masing-masing SMF..” (Informan 5)*

*“Jadi penyusunan formularium itu farmasi sebagai sekretaris, ketuanya dokter, anggota ada dokter dan wakil dari beberapa SMF. Untuk menyusun formularium itu kan usulan masing-masing SMF nanti dikumpulkan ke Sub Komite farmasi itu diolah baru itu dijadikan formularium..” (Informan 6)*

*“Ya, RS membuat formularium, obat-obat apa saja yang esensial yang dibutuhkan di rumah sakit..” (Informan 8)*

*“Ada formularium. Formularium pasien harus ada, kalau nggak ada (obat) nggak akan tersedia kan.” (Informan 9)*

Formularium yang telah ditetapkan oleh rumah sakit seharusnya di patuhi oleh semua dokter. Bila formularium rumah sakit tersebut dipatuhi dengan baik, maka tidak akan banyak macam-macam obat dan tidak akan terjadi *expired* obat. Kesesuaian penggunaan formularium tersebut sebenarnya tergantung dari etika dokter karena formularium tersebut bersumber dari usulan dokter sendiri. Menurut informan, kesesuaian penggunaan formularium selama ini di rumah sakit, 2 orang informan menyatakan sesuai, 2 orang menyatakan masih dibawah standar dan 4 orang menyatakan keraguannya, berikut pernyataannya;

*“Selama ini sih kenyataannya sesuai ya...(Besarnya kesesuaian) Nah itu belum dites, belum dievaluasi, bahwa berapa persen sih ..” (Informan 1)*

*“Kayaknya kita, nggak tahu yang sekarang ya, kalau yang dulu ya yang bikin siapa yang pakai siapa gitu.... Itu formularium kalau jalan tidak akan banyak macam-macam obat, hanya dua-tiga macam terus nggak ada expired segala macam. Jadi implementasinya beda. Dulu-dulu gitu nggak tahu yang sekarang ya..” (Informan 2)*

“Wallahu a’lam, ..Jadi..itu yang sedang kita ‘hayo’kan, sedang diupayakan ya.. Sejauh ini.. kalau ternyata masih ada obat yang harus mengambil di luar, kan berarti tidak sesuai formularium.. tapi tidak banyak..” (Informan 3)

“Tergantung dokter itu sendiri.. Jadi itu persoalan etika.. Karena formularium itu di buat atas usulan dia sendiri.. selama ini kan menggunakan formularium belum berjalan dengan baik. Lah terus, saya kan sekarang belum bisa menjawab, sejauh mana itu tidak baiknya, karena evaluasi secara komplit kan belum ada, masih direncanakan.. Di SPM, kepatuhan penggunaan formularium itu standarnya 100%.” (Informan 4)

“Formularium.. begitu juga (kurang efektif ). Berlakunya 3 tahun sesuai dengan SK Direktur .. jadi mungkin ada revisi-revisi.. Cuman yang sesuai formularium.. 80 %, 90 %.. tapi kan seharusnya 100%. Untuk rumah sakit pemerintah kan seharusnya pakai obat generik.” (Informan 5)

“Yaa, itu sih .. terlalu.. susah untuk dijawab.. Karena kembali ke monitoring, tentunya sudah sesuai atau tidak, itu kan harus ada suatu monitor ya, tanpa ada suatu monitor, tidak ada laporan yang bisa dipercaya.. “ (Informan 8)

“Kalau yang kita bikin sendiri sesuai..” (Informan 9)

Tabel. 5.6. Kesesuaian penggunaan Formularium

No	Kesesuaian formularium	$\Sigma$ Informan	Persentase
1	Sesuai	2	25
2	Masih dibawah standar	2	25
3	Ragu-ragu	4	50
	Jumlah	8	100

Sumber: Data primer diolah, 2010

Dari hasil wawancara tidak semua informan mengetahui hasil evaluasi kesesuaian penulisan resep terhadap formularium yang selama ini dilakukan oleh Instalasi Farmasi dan SKFT.

Hasil telaah dokumen berupa laporan evaluasi penulisan resep periode Januari - September 2010 yang di dapat dari apotik rawat inap, adalah sebagai berikut:

Tabel. 5.7 Evaluasi Penulisan Resep Januari - September 2010

Bulan	Kesesuaian Terhadap Formularium RSP (%)	Kepatuhan Menulis Resep Generik (%)	Penulisan Antibiotika (%)	Antibiotika Sesuai Formularium (%)	Antibiotika Generik (%)
Januari	86.79	65.62	18.23	93.47	85.46
Februari	89.8	64.43	16.76	97.61	82.67
Maret	93.72	67.44	16.63	97.90	94.82
April	97.10	74.36	19.86	98.88	93.44
Mei	97.04	73.88	21.98	99.51	94.03
Juni	97.21	76.27	20.63	97.91	93.22
Juli	98.23	86.11	24.33	98.59	94.95
Agustus	95.30	81.98	16.52	98.96	96.15
September	92.68	74.46	14.00	98.84	92.16
<b>Rata - Rata</b>	<b>94.21</b>	<b>73.84</b>	<b>18.77</b>	<b>97.96</b>	<b>91.88</b>

Sumber: Laporan Instalasi Farmasi, 2010

Hasil penelusuran dokumen menunjukkan bahwa kesesuaian penulisan resep terhadap formularium RS rata-rata 94,32%, jadi masih di bawah standar pelayanan minimal RS yang ditentukan yaitu sebesar 100%. Akan tetapi evaluasi ini masih ada keterbatasan karena yang resep yang di evaluasi adalah resep yang masuk ke apotik saja, mengingat sistem peresepan obat yang belum menggunakan sistem IT, masih ada kemungkinan resep keluar dari rumah sakit.

#### 5.4.7. Pemberdayaan Komite Obat dan Terapi Rumah Sakit

Dari penelusuran dokumen, Panitia Farmasi Terapi (PFT) di RSUP Persahabatan telah terbentuk sejak tahun 1985, beberapa surat keputusan yang kami temukan sehubungan dengan SKFT adalah:

- 1) SK No. 432/SK-Dir/KFT-RSP/IV/1991 Tahun 1991 tentang Pembubaran dan Pembentukan Baru Komite Farmasi dan Terapi RSU Persahabatan,
- 2) SK No. 047/SK-Dir/KFT-RSUP/VIII/1996 Tahun 1996
- 3) SK No. HK.00.06.00.16 Tahun 2000
- 4) SK No. HK.00.07.00.66 Tahun 2003
- 5) SK No. HK. 00.07.00.285 Tahun 2006
- 6) SK No. HK.00.06.00.70 Tahun 2009

Didalam SK tersebut disebutkan PFT berfungsi membantu pimpinan dalam pengelolaan obat dan di RS dengan memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit, serta mempunyai tugas sebagai berikut:

- 1) Menyusun formularium obat di RSUP Persahabatan
- 2) Merencanakan obat dan barang farmasi serta anggarannya
- 3) Mengawasi dan menyempurnakan tata kefarmasian di RSUP Persahabatan.

Dari hasil wawancara menunjukkan bahwa tujuan dibentuknya Panitia Farmasi Terapi Komite Obat dan Terapi (SKFT) adalah untuk memberikan masukan dan menyusun formularium, memantau *side effect* atau komplikasi obat, membuat pedoman penggunaan obat yang rasional bekerja sama dengan PRA, beserta SMF untuk mengawasi pemakaian obat sehingga pemakaian obat-obatan yang sudah ada tersebut dapat maksimal, seperti pernyataannya sebagai berikut :

*“Yaitu, fungsinya sama, nanti kan juga kerjasama dengan PRA..”*  
(Informan 2)

*“Jadi SKFT ini memberikan masukan dan menyusun formularium rumah sakit. Yang kedua menentukan bersama-sama dengan SMF obat yang dipergunakan di RS, kemudian memantau side efek atau komplikasi obat. Kemudian updating formularium, terus.. mengawasi ketaatan penggunaan formularium.”* (Informan 3)

*“Tujuannya, salah satunya dia harus membuat pedoman penggunaan obat rasional.. Kedua agar pemakaian obat-obatan itu bisa dimaksimalkan. Kemudian itu sebagai salah satu bentuk upaya .. ee untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit. Salah satunya itu, dengan adanya formularium juga..”* (Informan 4)

*“Kalau SKFT kan dibawah Komite Medis..(dibentuk) tahun 2009.”*  
(Informan 5)

*“Salah satunya membuat formularium ini, mengawasi pemakaian obat Rumah Sakit, pemilihan obat di Rumah Sakit yang dituangkan dalam formularium.”* (Informan 6)

*“Itu dibawah Komite Medik . Tujuannya sebenarnya sama, sama-sama nanti akhirnya kembali ke pengobatan rasional gitu-gitu lah.”*  
(Informan 7)

*“Tujuannya yaitu untuk memperoleh pengobatan yang rasional. Karena untuk penggunaan antibiotik di lapangan, itu adalah klinisi. Nah klinisi itu kan adanya di bawah SMF, SMF dibawah komite medik. Makanya disana dikendalikan oleh Sub Komite Farmasi dan Terapi. Tidak boleh berjalan*

*sendiri, tetapi mengikuti guide-line yang dikeluarkan oleh SKFT..”*  
(Informan 8)

Hal ini sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit, Panitia farmasi dan terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari farmasi rumah sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Dengan tujuan menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya dan melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan.

Ditinjau dari tugas dan fungsi SKFT dalam penggunaan obat rasional di rumah sakit ini seharusnya mempunyai peranan yang sangat penting untuk melakukan monitoring dan evaluasi pemakaian obat, namun hal itu belum berjalan maksimal karena belum diperbaikinya SK terakhir, sesuai dengan ungkapan informan sebagai berikut:

*“Kalau untuk formularium sudah dijalankan ya perannya.. (kelemahannya) tapi kalau untuk melakukan evaluasi, .. monitoring dan evaluasinya, kayaknya belum.. Kan harusnya dia menilai itu.. Tapi kemaren dia hanya menilai tentang penggunaan obat generik ya, .. Kita baru sedikit aja, evaluasi tentang penggunaan obat generik.”* (Informan 1)

*“Harusnya iya, .. saat ini belum maksimal ya ..”* (Informan 3)

*“Harusnya iya (berperan penting).., dalam berupaya tanpa henti-hentinya mengajak para dokter untuk bisa memakai formularium itu.. namun dalam pelaksanaannya seperti saya katakan diawal, sampai sekarang belum tahu evaluasinya. Jadi belum tahu sampai sejauh mana ini bisa efektif, apakah terjadi peningkatan, ataukah berkurang, kita belum tahu..”*  
(Informan 4)

*“Harusnya iya.. kenyataannya ... karena nggak ada SK-nya jadi (tidak bisa bekerja optimal).. (Kalau rapat dalam lingkup PPAB ?) Kalau mereka menganggap perlu, baru kita diundang..beberapa kali sih kita ikut rapat dengan mereka, sebagai wakil SKFT..”* (Informan 5)

*“Kalau besar tapi buktinya belum 100% ya, harusnya kalau semua patuh 100% kan ini masukan dari semua SMF. Resep yang masukan seharusnya sesuai formularium ternyata masih ada 15 % yang belum. .”* (Informan 6)

*“ SKFT itu untuk di RS ini, di komite medik saya belum tahu ya, apakah itu ada, dan siapa koordinatornya, tetapi bisa juga..itu dari komite medik dilimpahkan ke masing-masing SMF ..*

*Sehingga masing-masing SMF bertanggungjawab terhadap pemakaian farmasi, dalam bentuk terapi terhadap antimikroba, begitu..*

*Jadi SMF sendiri kan juga merupakan bagian dari Komite Medis. Kalau secara khusus SKFT itu ada, kog saya belum lihat di RS ini..”*

(Informan 8)

*“.. seharusnya monitoring dan evaluasi..”* (Informan 9)

Berdasarkan penelusuran dokumen, laporan Tim Farmasi dan Terapi periode Oktober 2006 - Juni 2008 telah melaksanakan rapat dengan anggota sebanyak 11 (sebelas) kali, dengan hasil pelaksanaan kegiatan sebagai berikut:

1. Program kerja sudah tersusun, namun belum terlaksana seluruhnya.
2. Belum semua SMF mengirimkan usulan revisi formularium, baru beberapa saja.
3. Pengumpulan usulan standarisasi alat kesehatan kepada direktur.
4. Penyusunan Pedoman Penggunaan Antibiotik bersama SMF.
5. Penyusunan Pedoman standar terapi bersama SMF Penyakit Dalam, Kesehatan Anak dan SMF Bedah.
6. Melaksanakan sistem distribusi UDD untuk Griya Puspa, Mawar dan IBS telah dilaksanakan bersama Instalasi Farmasi.
7. Evaluasi kepatuhan penulisan resep terhadap formularium sudah dilaksanakan bersama Instalasi Farmasi, dengan hasil sebagai berikut:
  - a. Untuk resep yang masuk di apotek rawat inap kesesuaian terhadap formularium selama tahun 2007 diperoleh hasil rata-rata sebesar 82.13%
  - b. Penulisan untuk resep antibiotika terhadap formularium diperoleh hasil rata-rata sebesar 87.32%, antibiotik generik rata-rata 59.77%
  - c. Penulisan resep obat generik diperoleh hasil rata-rata sebesar 41.27%.

Sedangkan laporan SKFT untuk tahun 2009 dan 2010 tidak kami dapatkan, dan adanya kendala pada SK SKFT tahun 2009 yang belum juga diperbaiki menyebabkan SKFT enggan bergerak. SKFT tetap menjadi salah satu pilar PPRA, kegiatan PPRA yang mengintegrasikan SKFT, PPI,

Mikrobiologi Klinik dan Farmasi Klinik membantu pelaksanaan kebijakan POR, walaupun SKFT stagnan.

*“Ada sebetulnya.., kita waktu masih pertama-pertama kan masih sering rapat, seminggu sekali.. karena nggak jelas SK-nya, jadi males, sebulan sekali,, terus males beneran deh sekarang..(Rapat bulanan terakhir ?) Dua bulan yang lalu... (Informan 5)*

*“Yang banyak berperan itu kan SKFT harusnya minimal sebulan sekali itu kan ada, tapi saat ini kan timnya baru dan SKnya mau diubah-ubah jadi kita rapatnya itu incidental aja. (Informan 6)*

*“... kasus-kasus yang ada problem dengan infeksi, dan penggunaan antibiotika yang dimana-mana, kog resisten, itu dibahas dalam suatu tim khusus yang melibatkan ke 4 komponen tadi, ya 4 pilar dalam menyangga PRA. (Informan 8)*

*“... PRA rutin sebulan sekali (Informan 9)*

Menyoroti Fungsi dan ruang lingkup Panitia Farmasi Terapi, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, yaitu :

- a. Mengembangkan formularium di Rumah Sakit dan merevisinya.
- b. Evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis.
- c. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji *medical record* dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi.

Adapun kewajiban Panitia Farmasi dan Terapi adalah :

1. Memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
2. Mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika dan lain lain.
3. Melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian tersebut.

SKFT memiliki peranan yang cukup penting dalam kebijakan POR, uraian tugas serta kedudukan SKFT perlu diperjelas, agar fungsi dan kewajiban SKFT dapat segera dipenuhi. Kendala lain yang dihadapi adalah adanya *overlapping* tugas dengan Tim PPRA. Selain itu juga tidak adanya *backing* dari atasan

sehingga mengurangi keberanian SKFT untuk bergerak menghadapi dokter-dokter yang garang, seperti ungkapan informan berikut ini :

*“SK baru nanti, kan SKFT akan beralih menjadi sub komite pada Komite Mutu. Tidak lagi pada Komite Medik, (masalahnya), Saat ini Pedoman Komite Medik itu draftnya lagi dibikin.. (belum jadi) (Informan 1)*

*“.. evaluasinya itu kan sampai sekarang belum ada, karena tim ini kan tidak berjalan dengan efektif, Jadi tentu, sejauh mana program itu, secara pastinya sih belum bisa kita dapatkan.., belum kita ketahui. (selain itu) sampai sekarang SK-(revisi) nya belum terbit. (Informan 4)*

*“SK-nya nggak jelas. Jadi kita mau ngapain-ngapain jadi nggak legal gitu... karena nggak ada SK-nya (Perubahan SK lambat ?) Nggak ngerti ah, SK kog berbulan-bulan.. padahal kan, SK salah, dibenerin aja kenapa sih.. Iya harusnya kan seminggu jadi .. Jadi semua Sub Komite memang nggak ada SK-nya sekarang. Dulu kan ada. (Pernah ditanyakan ke manajemen ?) : Iya, pernah. Kalau ditanya Jawabnya ..”Iya bentar lagi..”, sebulan lagi tanya, “iya bentar lagi..”.. (Bentar lagi, Dok ya.. (Ada lagi ?) Kadang-kadang tumpang tindih dengan PRA itu ya, nggak jelas batasnya wewenangnya mana. Di SK juga nggak ada tugasnya apa, fungsinya apa, wewenangnya apa, ini nggak ada... (Informan 5)*

*“jadi disini pun mba X tidak akan berani melangkah begitu kalau nggak ada yang backing apalagi dokternya garang-garang.” (Informan 7)*

#### **5.4.8. Pendidikan Berkelanjutan untuk Dokter**

Kesempatan untuk dokter dalam mengikuti pendidikan berkelanjutan menurut informan telah difasilitasi oleh rumah sakit walaupun sifatnya baru insidental belum secara kontinyu dan pelatihan tersebut tercatat dibagian diklat, namun informan lain berpendapat bahwa masing-masing SMF atau perhimpunan dokter-dokter yang memfasilitasi pertemuan rutin atau kegiatan pendidikan tersebut bukan rumah sakit, sebagaimana penuturan dari informan dibawah ini :

*“... (pendidikan) Yang kontinyu belum ya, kita baru insidental sifatnya..” (Informan 1)*

*“Kalau kita di perumhaskitan nggak ada karena itu di masing-masing SMF atau perhimpunan dokter-dokter itu kan biasanya punya. Dia kan ada pertemuan rutin kan ada kegiatannya apa yang diacu oleh bidang mereka. Kalau Rumah Sakit enggak.” (Informan 2)*

*“dari rumah sakit, untuk pendidikan berkelanjutan ya ....” (Informan 3)*

*“Iya ada, ada. Justifikasinya ada juga. Informasi itu ada di Diklat ya...”*  
(Informan 4)

*“Pendidikan yang seperti apa, kalau seminar gitu iya.. Mengenai pemakaian obat generik.. waktu itu diadakan oleh Kemenkes.. Kementerian Kesehatan.. Artinya rumah sakit yang ngirim ya..”*  
(Informan 5)

*“Kayaknya iya, mba X (nama dokter) suka keluar masuk diikuti pelatihan..”* (Informan 7)

*“Terus, karena kalau di SMF itu ada kewajiban-kewajiban (pelatihan) yang memang harus diikuti oleh dokternya..”* (Informan 9)

Sementara itu pelatihan khusus mengenai POR untuk dokter pernah dilaksanakan dengan mengirim peserta dari Tim PRA dan PPI TB. Untuk pelatihan secara internal mengenai POR belum ada, yang ada hanya sosialisasi saja, berikut informasinya;

*“Ada., saya pernah ngirim ya, yaitu PRA itu.. Penggunaan antibiotik, ya. Terus ..termasuk PPI TB segala macam itu kan ...pernah ..”* (Informan 1)

*“Pernah ada, lupa saya namanya, tapi pernah ada..”* (Informan 3)

*“Komisi Mutu belum, karena kita baru tahun (2010) ini ada”* (Informan 4)

*“Ini ya, pemakaian antibiotik rasional. Tapi khusus antibiotik..itu ada. Ada rapatnya.. ada pagi klinik ..”* (Informan 5)

*“Sampai sekarang belum, kita hanya memberikan sosialisasi-sosialisasi saja...”* (Informan 8)

Menurut salah satu informan, pendidikan khusus mengenai POR belum pernah diikuti, tetapi informan pernah mengikuti simposium atau seminar yang isinya penggunaan antibiotik terutama untuk bayi.

*“Kita enggak mengikuti pendidikan khususnya, tetapi ketika ada simposium, seminar yang isinya penggunaan antibiotik terutama untuk bayi kita ikut..”* (Informan 9)

Dalam mengikuti pendidikan berkelanjutan menurut informan biasanya diundang oleh Departemen Kesehatan, bisa juga melalui kolegium dan dari

profesinya walaupun dana itu dari usaha atau biaya sendiri dari dana rumah sakit sendiri belum ada realisasinya. Seperti dikatakan informan berikut :

*“Ada dari Depkes., kadang dari kolegiumnya, dari profesinya.., (Kalau internal) Internal ya kita rapat-rapat rutin aja... (Informan 1)*

*“Dari rumah sakit sendiri, belum ada ya realisasinya... Yang ada usaha sendiri-sendiri dari masing individu dokter, dan SMF yang merasa memerlukan.. (Informan 3)*

*“Enggak.. kita ini (bayar) sendiri, Rumah Sakit itu jarang. (Informan 9)*

Tapi infoman lain menyatakan bahwa rumah sakit pun telah memfasilitasi pendidikan berkelanjutan untuk dokter, dan data tersebut dapat diperoleh di bagian Diklat RSUP Persahabatan.

*“Iya ada, ada. Justifikasinya ada juga. Dokumennya ada di bagian Diklat ya... Ada itu, kita pakai dana rumah sakit sendiri ada ..” (Informan 4)*

Hasil penelusuran dokumen tentang pelatihan untuk tenaga medis dari bagian Diklit, untuk periode Januari-November 2010 untuk pelatihan internal sejumlah 346 orang dan pelatihan di luar 80 orang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Dokter di Rumah Sakit menyadari kewajiban mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk menjaga standar profesi, walaupun harus mengeluarkan biaya sendiri. Rumah Sakit pun mendukung adanya pendidikan berkelanjutan untuk tenaga dokter dengan menganggarkan dana untuk kegiatan pendidikan berkelanjutan seperti simposium, seminar ataupun dengan kegiatan internal Rumah Sakit. Tentu saja karena biaya yang dibutuhkan tidak sedikit, untuk itu dana yang disediakan terbatas mengikuti anggaran yang ada.

Hal ini sesuai dengan Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dan himbuan dari Konsil Kedokteran Indonesia, dokter secara terus-menerus wajib mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, untuk menyerap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka memenuhi standar profesi.

#### **5.4.9. Pengawasan, Audit dan Umpan Balik**

Pengawasan merupakan salah satu fungsi manajemen walaupun ditempatkan pada akhir kegiatan tapi dapat dilakukan setiap saat, baik selama

proses maupun sesudah kegiatan berlangsung Pengawasan adalah adanya kegiatan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap penampilan karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah direncanakan sebelumnya. Jadi pengawasan merupakan proses untuk mengukur keberhasilan program kemudian dilanjutkan dengan pengarahan mungkin juga koreksi sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. ( Nawawi,1992; Azwar, 1996)

Pelaksanaan pengawasan atau monitoring POR di rumah sakit secara keseluruhan belum dilaksanakan tetapi sudah dilakukan beberapa *pilot project* pada bagian Paru, Perina, Penyakit Dalam dan ICU. Audit yang dilakukan masih mengenai pemakaian obat antibiotik yang sesuai dengan kumannya, sesuai dengan formularium, dan mengenai pemakaian obat generik. Selanjutnya untuk pengkajian apakah resep tersebut rasional atau tidak belum dilaksanakan.

*“Kita setahun udah 2 kali ya, Sectio, TB. TB setahun sekali kemaren... Cuman ini kan masih mau yang lain-lain, mau pelatihan internal... (untuk Perina ?) Perina kita ini.. Untuk PRA sih kemaren Perina dan Penyakit Dalam, dan ICU .. itu yang diutamakan untuk ujicoba.. Sekarang saya bukan ketuanya lagi..” (Informan 1)*

*“Sudah mulai ada sih untuk antibiotik karena kita ada PRA ini sudah ada audit yang di bikin di ICU.” (Informan 2)*

*“Sudah.. kan dilakukan oleh pihak farmasi kan..” (Informan 3)*

*“... Supervisi sekali-sekali ada saya lihat. (untuk audit di bagian perina ?) kalau tidak salah dulu itu kan ketua SKFT itu kan dari dokter anak. Kebetulan dia pegang Perina, jadi dia lakukan ujicoba audit di bagian Perina, karena dia bisa langsung mengawasi.... Yang lain belum.. , sementara ini baru mau kita garap..kita mau garap. Saya baru saja berbicara dengan Kepala Farmasi untuk membahas tentang sampai sejauh mana pemakaian obat-obat di rumah sakit sesuai dengan formularium.” (Informan 4)*

*“... jadi ada evaluasi per bulan mengenai pemakaian obat antibiotik, yang sesuai dengan kumannya. Sesuai dengan formularium ada, terus pemakaian obat generik, itu ada ya.. Nggak ada khusus Perina .., jadi ya semua...” (Informan 5)*

*“Baru pada evaluasi resep itu kita. Tapi kalau pengkajian resep ini rasional apa tidak kita belum..” (Informan 6)*

*“Itu sudah dilakukan ..., tapi baru yang di ICU kalau nggak salah..”*  
(Informan 7)

*“Secara global di Rumah sakit belum. Ya itu tadi, bahwa kelemahan dalam suatu organisasi itu adalah sistem evaluasi. Tetapi secara khusus, pada kasus-kasus tertentu, itu sudah.... Itu sering sekali pasien-pasien yang ada di NICU dan ICU.”* (Informan 8)

*“Terakhir sebelum saya sekolah itu ada audit.”* (Informan 9)

Dalam melakukan pengawasan POR ini ada 3 pendapat dari informan siapa yang seharusnya melakukan pengawasan tersebut yaitu yang pertama adalah SKFT yang hasilnya dilaporkan ke Komite Medik dan selanjutnya disampaikan ke Direktur. Kedua, Farmasi pun mempunyai tupoksi untuk melaksanakan pengawasan tersebut. Sedangkan yang ketiga adalah bagian dari tanggung jawab PRA karena PRA merupakan suatu wadah untuk menampung ke-4 pilar, jadi harus ikut mengawasi, sebagaimana ungkapan informan berikut :

*“Kita masukkan dalam komite medik ..”* (Informan 1)

*“Harusnya SKFT dan farmasi..jadi itu”* (Informan 3)

*“itu SKFT”* (Informan 4)

*“Itu SKFT yang bikin, SKFT melaporkannya ke Komite Medik . Mungkin nanti Komite Medik yang melaporkan ke Direktur..”*(Informan 5)

*“Salah satu tugasnya farmasi juga ada itu.”* (Informan 6)

*“... Itu yang kita (PRA) seharusnya dibikin jadwal terus ada penggerakannya kita ini-ini. Karena masing-masing sibuk sendiri-sendiri, memang seharusnya ketuanya kali..”* (Informan 7)

*“Yang bertanggungjawab ya PRA, karena PRA itu merupakan suatu wadah untuk menampung ke-4 pilar tadi, jadi harus ditopang. Kadang menjadi wadah, sehingga berada di bawah , dia harus memfasilitasi dari pilar-pilar tersebut..”* (Informan 8)

*“Ketua PRA nya...”* (Informan 9)

Tabel. 5.9. Pengawasan POR

No	Pengawas POR	$\Sigma$ Informan	Persentase
1	Komite Medik	1	11.1
2	SKFT	3	33.35
3	SKFT dan Farmasi	1	11.1
4	Farmasi	1	11.1
5	PRA	3	33.35
	Jumlah	9	100

Sumber: Data primer diolah, 2010

Penjenjangan supervisi/audit di dalam Rumah Sakit ini berawal dari PRA yang kemudian diserahkan ke ketua PRA. Selanjutnya Ketua PRA melaporkan ke Direktur. Sedangkan kalau dari SKFT sendiri dilaporkan ke Komite Medik, sebagaimana pernyataan informan berikut :

*“PRA, ketua PRA, ketua PRA itu Direktur. Kalau Farmasi Terapi itu Komite Medik. .... Supervisi/audit (dilakukan) secara berjenjang di dalam RS..”* (Informan 1)

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit, menyebutkan bahwa aspek terpenting dari pelayanan farmasi adalah mengoptimalkan penggunaan obat, dalam hal ini termasuk perencanaan untuk menjamin ketersediaan, keamanan dan keefektifan penggunaan obat, selain itu perlu peran lintas terkait dalam pelayanan farmasi rumah sakit, yaitu Panitia Farmasi Terapi dengan tujuan menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya dan melengkapi staf profesional dibidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan berdasarkan pedoman penyusunan formularium RS (2010), salah satu fungsi utama SKFT adalah (1) sebagai penasehat, KFT memberikan rekomendasi kepada pimpinan RS mengenai rumusan kebijakan dan prosedur untuk evaluasi, pemilihan dan penggunaan obat di RS.

Dengan demikian dari hasil wawancara mendalam belum menunjukkan kesesuaian peran SKFT dalam melakukan evaluasi penggunaan obat yang dipakai. PPRA sebagai sebagai salah satu program pengendalian resistensi antimikroba

tetap harus memberikan tugas evaluasi penggunaan obat kepada SKFT. Surat Keputusan Direktur Utama tentang Pembentukan dan Pembubaran SKFT perlu memperjelas uraian tugas, fungsi dan ruang lingkup SKFT sesuai dengan kebijakan yang sudah ditetapkan oleh Menteri, dengan demikian peran SKFT lebih jelas dan SKFT lebih optimal dalam menyusun program kerjanya.

Pengawasan yang dilaksanakan oleh lembaga/instansi di luar Rumah Sakit dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI dan BPK. Supervisi yang sudah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah mengenai program pengendalian resistensi antimikroba dan penggunaan obat generik. Selain itu ada pelatihan-pelatihan tentang penggunaan obat antibiotik rasional dan evaluasi terapi yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, sebagaimana penuturan informan berikut :

*“Nggak ada dari lain, cuman Kemenkes aja..” (Informan 1)*

*“Di dalam rumah sakit ini ? belum, selama ini belum. Cuman pernah kita dipanggil diajak.. Diundang untuk menghadiri pertemuan penggunaan obat antibiotik rasional. Yang ngadain Kemenkes, tapi tidak dilaksanakan di Kemenkes,.. di hotel apa gitu..” (Informan 3)*

*“Oleh BPK, sebagai instansi lain kan.. itu sudah pasti, itu rutin setiap tahun dia periksa. Jadi pemeriksaan BPK juga bisa masuk dalam salah satu bagian dari audit, sebenarnya..” (Informan 4)*

*“Kemarin itu penggunaan obat generik jadi dari Depkes itu datang kesini ada waktunya menghitung kesesuaian dengan resep generik. Generik, generik baru mereka lihat datanya. Baru sebatas itu..” (Informan 6)*

*“Ya..ada .... Karena PRA ini masuk dalam wilayah.. Dirjen tentang perumahsakit, Yan Med.. Itu ada program dari Kemenkes untuk implementasi PRA di RS. Sebetulnya hanya untuk merangsang saja tujuannya, bukan program Kemenkes yang terus menerus.....Seperti tahun kemaren, ada penilaian akreditasi PRA di RS. Dari 24 RS yang di bawah Kemenkes, yang dinilai ya syukur, di Persahabatan ini dapat poin juara III. “ (Informan 8)*

*“Kalau sampai sekarang belum ya, cuma melalui Depkes itu pernah ada pelatihan untuk evaluasi terapi. Nah itu belum seragam juga, ketika ditanya waktu itu yang berangkat orang PRA, si X itu waktu saya ada pertanyaan-pertanyaan evaluasi terapi itu kan ada sub-sub judulnya jadi ada yang membingungkan, itu ternyata ada juga yang belum terjawab. Itu*

*yang mengadakan Depkes. Itu kan baru disebut wacana evaluasi.”*  
(Informan 9)

Mekanisme umpan balik hasil supervisi yang sudah dilaksanakan adalah berupa rekomendasi yang disampaikan ke SMF-SMF oleh Komite Medik berupa paparan untuk ditindaklanjuti, sebagaimana ungkapan informan dibawah ini :

*“Dapat.. Rekomendasi ya.. Waktu itu setelah dinilai, kita dapat rekomendasi .. isinya ada beberapa, banyak nggak hapal ... Ya termasuk perluasan area penelitian kita.. Kan kita waktu itu baru ajang ujicoba ya untuk Perina, ICU dan penyakit dalam.. Mereka minta perluasan.. Makanya kenapa mikrobiologi itu harus nambah waktu itu, sesuai rekomendasi mereka. Karena kalau cuman satu itu nggak mungkin untuk rumah sakit sebesar ini, gitu. Makanya kita terima lagi orang ahli mikrobiologi klinik.. (Disampaikan ke SMF-SMF) Iya, disampaikan, makanya kemaren difeedback-kan, akhirnya mereka minta, kumannya ketemu ini. Terus mereka dari SMF menyurati saya bahwa minta dilakukan fumigasi...jadi langsung ada tindak lanjutnya.. Udah jalan koq, bagus...”* (Informan 1)

*“... dan dari farmasi feedback yang dikasihkan juga sudah ada..”*  
(Informan 2)

*“Feed back dari BPK pasti ada, tapi saya tidak lihat dokumennya, karena itu langsung ke Direktur Utama..”* (Informan 4)

*“Komite medik yang melakukan... makanya kita memberikan laporan ke Komite Medik.. Nanti komite medik yang menyampaikan ke SMF-SMF.”*  
(Informan 5)

*“Yang saya tahu baru kua paparan. Komite medik menghimbau hasilnya begini tolong dong begini, begini. Yang paparan juga komite medik bukan farmasi.”* (Informan 6)

Hasil penelusuran dokumen, Farmasi sudah melakukan secara rutin dengan waktu satu bulan sekali, yaitu evaluasi kesesuaian resep dengan formularium; kepatuhan menulis resep generik; penulisan antibiotik; antibiotik sesuai formularium dan antibiotik generik yang dipakai, walaupun dengan keterbatasan resep yang masuk di apotik. Sedangkan untuk Program PRA, Kemenkes sudah melakukan pengawasan penilaian Program PRA sebanyak 2 kali dengan melakukan kunjungan di tahun 2005 dan 2010. Hasil penilaian tersebut berupa rekomendasi untuk masing-masing pilar.

Evaluasi masing-masing tim secara garis organisasi, SKFT dibawah pengawasan Komite Medik, sedangkan PPRA dibawah Komisi Mutu. Laporan SKFT ditinjaulanjuti oleh Komite Medik dengan memberikan umpan balik kepada seluruh SMF. Sedangkan mekanisme teguran untuk SMF yang tidak mematuhi formularium sampai saat ini belum pernah ada.

#### 5.4.10. Edukasi Publik Mengenai Obat

Dari hasil wawancara mendalam, upaya penyebaran informasi edukasi penggunaan obat kepada masyarakat, 3 dari 5 informan menyatakan sudah dilaksanakan tetapi ada pula yang mengatakan belum dilaksanakan.

Tabel. 5.9. Pemberian Edukasi Publik tentang Obat

No	Pemberian Edukasi	$\Sigma$ Informan	Persentase
1	Sudah dilakukan	3	60
2	Belum dilakukan	2	40
	Jumlah	5	100

Sumber : Data primer diolah, 2010

Sebagai pelaksana baik itu dari farmasi maupun ruang Perina sendiri menyatakan penyebaran informasi penggunaan obat kepada masyarakat sudah dilaksanakan. Cara penyebaran tersebut dapat dilakukan secara individu oleh dokter pada waktu pengobatan. Secara kolaborasi ada berupa spanduk dan leaflet. Sedangkan dari farmasi sendiri melakukan edukasi publik mengenai obat dengan cara sebulan sekali mengumpulkan pasien di poli kemudian dilakukan paparan, misalnya mengenai obat TB anak dan paparan tersebut lebih ditekankan ke obat bukan ke penyakitnya. Selain itu farmasi juga melakukan konseling di lingkungan Rumah Sakit.

Diruang Perina sendiri setiap pemberian obat harus ada bukti tertulisnya untuk diketahui orang tua bayi disertai dengan penerapan setingkat pengetahuan yang bersangkutan.

*“Kalau per obat, dokter sudah memberikan. Edukasi itu dilakukan pada waktu dokter melakukan pengobatan. Itu secara individu  
Secara kolaborate, ada spanduk-spanduk, seperti obat TB, obat yang rasional, .. atau di leaflet-leaflet itu kan ada.. “ (Informan 3)*

*“Sebulan sekali, jadi di poli kita kumpulin pasien terus kita paparan.*

*Topik apa, misalnya obat Tb anak, ya kita lebih stress ke obat bukan ke penyakitnya .*

*Terus kita konseling juga, di farmasi itu setiap hari ni kalau di poli paru kita ada konseling disitu jadi pasien baru, pasien bermasalah yang berubah-ubah jadi kita kasih konseling disitu, kenapa sih ibu tidak mematuhi obat, begini gini...” (Informan 6)*

*“Kita ada semua, istilahnya kita menggunakan obat ini kan harus ada hitam diatas putih. Kita kasih obat apa kita kasih ke orang tuanya, tapi kita menerangkan setingkat pengetahuan dia.” (Informan 9)*

*“Belum, seharusnya ada tapi ya mungkin keterbatasan tenaga tadi ya. Dan bisa juga karena dari pasien karena pasien itu kadang tidak care mau dikasih obat apa aja dia terima, tidak dilihat itu obat apa.” (Informan 2)*

*“Sampai saat ini belum, mustinya memang ..(harus ada).... Masyarakat di rumah sakit itu ada dua, yaitu masyarakat pelayan, mulai dari dokter klinisi, perawat sampai pekary yang terlibat dalam proses infeksi... Yang kedua, masyarakat yang dilayani, itu ada dua yaitu pasien dan keluarga pasien. Jadi masyarakat yang dilayani itu juga harus mengerti, bahwa kuman itu bisa ditularkan antar mereka..” (Informan 8)*

Dari hasil penelusuran dokumen, Farmasi menyelenggarakan kegiatan penyuluhan untuk masyarakat tentang penggunaan obat, kegiatan ini biasanya dilakukan setiap bulannya dengan metode ceramah, diskusi dan tanya jawab langsung, yang diadakan di ruang tunggu poliklinik rawat jalan mengikuti materi yang akan dibawakan.

Tabel. 5.9. Jadwal PKRS

No	Waktu	Pembicara	Materi
1	18-Jan-10	TK	Pengobatan Asma
2	9-Feb-10	TK	Penggunaan Obat pada Bumil dan Menyusui
3	25-Mar-10	TK	Pengobatan Tuberkulosis
4	29-Apr-10	EM	Pengobatan Tuberkulosis
5	29-Jun-10	FN	Informasi Penting Seputar Obat
6	14-Jul-10	CW	Mengenali Penyakit & Obat pada anak
7	22-Jul-10	TK	Pengobatan TB pada Anak
8	16-Agust-10	EM	Cara Minum Obat di Bulan Puasa
9	28-Sep-10	FN	Penggunaan Obat pada Bumil dan Menyusui
10	20-Okt-10	TK	Yang Perlu Anda Ketahui tentang Obat
11	28 -Okt-10	FN	Yang Perlu Anda Ketahui tentang Obat
12	29-Nov-10	FN	Diabetes Melitus

Sumber: Laporan PKRS Instalasi Farmasi diolah, 2010

#### 5.4.11. Penghindaran Insentif Finansial

Disinggung mengenai insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di Rumah Sakit ini, hasil wawancara mendalam ada yang mengatakan hal seperti itu tidak ada dan harus dihindari karena rumah sakit ini adalah instansi pemerintah yang tidak dibolehkan untuk menerima sesuatu yang tidak ada dasarnya. Namun pendapat lain menyatakan bahwa kalau insentif dari rumah sakit memang tidak ada tetapi karena masih ada obat-obat pendamping yang bermerk maka dapat dikatakan masih ada insentif khusus tersebut yang misalnya dapat berupa akomodasi untuk seminar, simposium dan pendidikan berkelanjutan.

*“Kita harus menghindari ini. Karena kan kalau kita memberikan sesuatu harus ada dasarnya. Nah kita di instansi milik pemerintah kan nggak boleh...” (Informan 1)*

*“Bukan dari Rumah Sakit nggak ada, ya saya bilang tadi karena dibikin formularium tapi mereka masih kerjasama dengan yang lain-lain kan. Karena masalah itu apanya mereka mau pergi seminar segala macam siapa yang membiayai dari individu masing-masing. Itu kayaknya yang saya lihat...” (Informan 2)*

*“Selama ini, masih disetujui penggunaan obat-obatan yang generik, ada obat-obatan pendamping, istilahnya. ‘mitu’ atau apa itu.. Jadi boleh obat-obatan bermerk. Jadi, saya mengatakan masih ada...” (Informan 3)*

*“Insentif khusus, sebenarnya kita tidak ada ya. Secara sistem tidak ada.. (Kalau) secara pribadi, saya tidak bisa memberikan gambaran. Bukan persoalan susah dibuktikan. Tidak ada data yang kita punya, jadi kita tidak bisa memberikan informasi, bahwa itu ada atau tidak...” (Informan 4)*

*“Untuk dokternya? Aduh, kalau untuk itu aku nggak tahu ya... (Kalau misalnya pakai produknya,, MedRep nya.. memfasilitasi pelaksanaan seminar-seminar gitu ?) Nah itu kan yang suka menyebabkan jadi 80 %, tidak 100 % tadi.. Pindah ke lain hati lah, gitu...” (Informan 5)*

*“Kalau kedokter saya tidak tahu. Kalau di kita pengadaan melalui tender...” (Informan 6)*

*“Nggak tahu ya apa itu farmasi itu kali yang lebih tahu kalau dari farmasi atau klinisi salah satu pengguna itu. Kalau kita mungkin timnya enggak. Nggak ada...” (Informan 7)*

*“Itu tidak ada sebetulnya.., tapi farmasi itu kan mempunyai suatu program pendidikan. Nah jadi dokter-dokter itu mendapat suatu support untuk pendidikan berkelanjutan, semacam seminar, simposium ditempat lain, ya...”* (Informan 8)

*“(insentif dari)Obat enggak (ada), (obat yang dipakai) kan generik. Kan kita kalau insentif nggak ada, kan kalau yang dimaksud insentif resmi ni kalau dulu yang pernah berjalan menurut aku apotik, apotik punya keuntungan ya kan, dari itu seharusnya tapi nggak dipakai ..”*  
(Informan 9)

Insentif khusus yang didapat dari farmasi dipergunakan untuk pertemuan ilmiah, seminar dan simposium dan hal itu memang sudah disepakati oleh Kemenkes RI, persatuan farmasi dan IDI bahwa pemberian “support” dari farmasi ke dokter tidak boleh dalam bentuk barang, material apalagi dalam bentuk uang, tetapi hanya boleh untuk menunjang pendidikan, sebagaimana ungkapan informan berikut ;

*“Untuk pertemuan-pertemuan ilmiah,.. gratifikasi ... he he..”* (Informan 3)

*“tapi kan kalau untuk penggunaan seminar-seminar, simposium gitu, masih boleh kan..”* (Informan 5)

*“Dan itu memang sudah disepakati oleh Kemenkes waktu itu, kemudian dari persatuan farmasi dan IDI, bahwa pemberian “support” dari farmasi ke dokter, tidak boleh dalam bentuk barang, dan material apalagi dalam bentuk uang, tetapi hanya boleh untuk menunjang pendidikannya, jadi fasilitas-fasilitas untuk KIE.., (karena) untuk akreditasi selama 5 tahun sekali, dan dia harus mengumpulkan suatu kredit poin, untuk pengurusan STR (Surat Tanda Registrasi) berikutnya. Sehingga keterkaitannya sangat kuat sekali. Dan dokter untuk mengeluarkan uang sendiri itu susah, apalagi di rumah sakit pemerintah, pendapatannya tidak seberapa, dan dia harus mengeluarkan sendiri biaya pendidikan,..”* (Informan 8)

Dari pernyataan informan tersebut mengindikasikan bahwa, disatu sisi dokter memerlukan dana untuk *support* peningkatan keahliannya secara berkesinambungan, sementara disisi lain ada kekhawatiran juga, bahwa *support* dari farmasi tersebut menyalahi ketentuan yang berlaku.

Sesuai dengan Kode etik pemasaran perusahaan farmasi serta SK Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan No. HK.00.05.3.02706 Tahun 2002, tidak dibenarkan dokter mendapatkan donasi dari obat yang diresepkannya. Adapun dukungan dana untuk kegiatan pertemuan ilmiah sebagai salah satu sarana untuk

menunjang pendidikan berkelanjutan dokter itu sendiri maka masih dibenarkan. Hal ini juga terjadi di RSUP Persahabatan dimana dana untuk memperoleh pendidikan dan pelatihan khususnya untuk meningkatkan kompetensi/pendidikan berkelanjutan masih terbatas, maka masih banyak dukungan dari perusahaan farmasi dalam kegiatan tersebut.

#### 5.4.12. Penerapan 8 dari 12 langkah Rekomendasi WHO

Dari hasil penelitian yang dilakukan mengenai penerapan kebijakan RS terhadap 8 dari 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat rasional, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel. 5.11. Evaluasi Penerapan Kebijakan RSUP Persahabatan terhadap 8 dari 12 Langkah Rekomendasi WHO melalui Metode Wawancara dan Metode Telaah Dokumen/Observasi

No	Item	Wawancara	Telaah Dokumen/oby	Penerapan	Bobot	%
	<b>Input</b>					
1	Kebijakan tentang penggunaan obat rasional	ada	ada	sudah diterapkan	2	8.33
2	SDM	ada	belum maksimal	Sebagian diterapkan	1	4.12
3	Sarana Yankes RS	belum maksimal	belum maksimal	sebagian diterapkan	1	4.12
4	Ketersediaan Obat	ada	ada	sudah diterapkan	2	8.33
5	Panduan Klinis	ada	ada	sudah diterapkan	2	8.33
	<b>Proses</b>					
1	Penerapan Panduan Klinis / SPM	sesuai	belum maksimal	sebagian diterapkan	1	4.12
2	Penggunaan DOEN berdasarkan pilihan pengobatan	belum sesuai	dibawah standar	sebagian diterapkan	1	4.12
3	Pemberdayaan Komite Obat dan Terapi RS	belum maksimal	belum tepat	sebagian diterapkan	1	4.12
4	Pendidikan berkelanjutan untuk dokter	ada	ada	sudah diterapkan	2	8.33
5	Pengawasan, audit dan umpan balik	belum maksimal	belum maksimal	sebagian diterapkan	1	4.12
6	Edukasi publik mengenai obat	ada	ada	sudah diterapkan	2	8.33
7	Penghindaran insentif finansial	dihindari	masih ada	sebagian diterapkan	1	4.12
					17	70.49

Sumber: Data primer diolah, 2010

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa beberapa langkah yang sudah diterapkan RSUP Persahabatan adalah adanya kebijakan tentang POR, ketersediaan obat, adanya panduan klinis, adanya program pendidikan berkelanjutan untuk dokter dan adanya program edukasi untuk publik mengenai obat. Hasil penelitian ini menunjukkan RSUP Persahabatan telah menerapkan 8 dari 12 langkah rekomendasi WHO sebesar 70,49 %.

DocuCom PDF Trial  
www.pdfvizard.com

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan, maka, dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut;

1. Kebijakan POR dinyatakan sangat penting untuk dilaksanakan, dan dipahami secara keseluruhan oleh provider. Adanya komitmen yang cukup kuat dari pimpinan puncak dan kesamaan persepsi antar pelaksana, menyebabkan kebijakan POR bisa diterapkan di RSUP Persahabatan,
2. RSUP Persahabatan telah menerapkan 8 dari 12 langkah rekomendasi WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat rasional sebesar 70,49%. Beberapa langkah yang sudah diterapkan RSUP Persahabatan adalah adanya kebijakan tentang POR, ketersediaan obat, adanya panduan klinis, adanya program pendidikan berkelanjutan untuk dokter dan edukasi untuk publik mengenai obat.
3. Sarana pelayanan kesehatan di bagian Perina jumlahnya belum mencukupi, sementara sarana penunjang khususnya laboratorium belum bisa memfasilitasi untuk AGD cito, yang dapat mempengaruhi pemberian obat.
4. Komitmen dari pimpinan puncak dalam memenuhi kebutuhan obat-obatan dasar difasilitasi oleh instalasi farmasi dan untuk obat khusus melalui apotik rumah sakit. Ketersediaan obat akan ada apabila perencanaan obat tersebut masuk setiap bulannya yang dievaluasi dan ditelaah kembali oleh farmasi. Ini dilakukan untuk menjaga *overstock* obat-obatan dan kebocoran pendapatan. Di bagian Perina RSUP Persahabatan obat yang biasa digunakan sudah ada di dalam daftar formularium rumah sakit sehingga dokter dapat meresepkan obat tersebut sesuai dengan formularium.
5. Panduan Klinis atau SPM di RSUP Persahabatan sudah disusun oleh masing-masing SMF yang diadaptasi dari standar profesi masing-masing dan disetujui, kemudian diajukan ke Komite Medik untuk selanjutnya disahkan oleh Direktur

Utama. Rumah sakit pun telah menyusun Pedoman Penggunaan Antibiotik (PPAB) didasarkan dari mikrobiologi, jenis kuman yang ditemukan di Rumah Sakit ini dan jenis antibiotik yang masih sensitif untuk membunuh kuman tersebut.

6. DOEN yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan disusun kembali menjadi formularium rumah sakit. Formularium adalah serangkaian daftar nama obat-obat yang diberlakukan rumah sakit berdasarkan usulan dari semua SMF dan dikumpulkan oleh Sub Komite Farmasi Terapi (SKFT) untuk diberlakukan di RS. Hasil evaluasi kesesuaian penulisan resep terhadap formularium RS rata-rata 94,32%, jadi masih di bawah standar pelayanan minimal RS yang ditentukan yaitu sebesar 100%.
7. Panitia Farmasi Terapi (PFT) di RSUP Persahabatan telah terbentuk sejak tahun 1985 dengan uraian tugas menyusun formularium obat di RSUP Persahabatan, merencanakan obat dan barang farmasi serta anggarannya, mengawasi dan menyempurnakan tatakefarmasian di RSUP Persahabatan. Kegiatan SKFT belum berjalan maksimal terutama dua tahun terakhir, karena adanya kendala SK terakhir yang belum direvisi sampai saat ini dan wacana pemindahan struktur SKFT, yang sekarang masih dibawah Komite Medik menjadi dibawah Komisi Mutu.
8. Dokter di RSUP Persahabatan menyadari kewajiban mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk menjaga standar profesi, walaupun harus mengeluarkan biaya sendiri. Rumah Sakit pun mendukung adanya pendidikan berkelanjutan untuk tenaga dokter dengan menganggarkan dana untuk kegiatan pendidikan seperti simposium, seminar ataupun dengan kegiatan internal Rumah Sakit. Tentu saja karena biaya yang dibutuhkan tidak sedikit, untuk itu dana yang disediakan terbatas mengikuti anggaran yang ada.
9. Pelaksanaan pengawasan atau monitoring POR di rumah sakit secara keseluruhan belum dilaksanakan tetapi sudah dilakukan beberapa *pilot project*, seperti di bagian Perina. Belum ada kesamaan persepsi siapa seharusnya yang melakukan

pengawasan POR tersebut, adanya Program PRA membantu pengawasan POR sekaligus menjadikan ketersinggungan fungsi dengan SKFT.

10. Edukasi penggunaan obat kepada keluarga pasien sudah dilaksanakan, baik oleh farmasi maupun oleh perina sendiri khususnya yang berkaitan dengan obat-obatan yang diberikan oleh dokter.
11. Secara institusi, insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RSUP Persahabatan tidak ditemukan, namun secara individual indikasi tersebut masih ada. Hal ini terkait dengan komitmen dokter untuk memberikan POR.

## **6.2. Saran**

### **6.2.1. Untuk Kementerian Kesehatan RI**

Kebijakan POR sudah menjadi salah satu tujuan dalam Kebijakan Obat Nasional yang dituangkan dalam Surat Kepmenkes RI No. 189/Menkes/SK/III/2006, akan tetapi belum mengatur secara tegas pelaksanaan POR tersebut, untuk itu perlu adanya peraturan khusus tentang penggunaan obat rasional yang diatur dalam bentuk permenkes agar penggunaan obat rasional dapat diterapkan dan menjadi salah satu indikator kinerja di rumah sakit

### **6.2.2. Untuk RSUP Persahabatan**

#### **6.2.2.1. Untuk Pimpinan RS**

1. Perlu segera merealisasikan merevisi keputusan tentang kepengurusan SKFT, agar tim tersebut dapat melanjutkan program kerjanya, dengan memperjelas tugas, fungsi dan ruang lingkup kerjanya sesuai kebutuhan.
2. Perlu adanya pendelegasian kewenangan kepada Komite Medik untuk dapat menegur SMF bila tidak patuh menjalankan POR.

#### **6.2.2.2. Untuk Komite Medik**

1. Perlu ditingkatkannya sosialisasi kebijakan POR secara terus menerus dan mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk tenaga medis agar dapat terus

meningkatkan kompetensi dan wawasannya, terutama untuk pengetahuan tentang penggunaan obat yang rasional.

2. Perlu meningkatkan komitmen dokter (tenaga medis) untuk dapat memberikan terapi sesuai dengan standar pelayanan medis dan formularium yang ada.

#### **6.2.2.3. Untuk Komisi Mutu**

1. Supervisi, audit dan tindak lanjut masih dirasakan belum maksimal, maka perlu adanya pengawasan langsung secara berkala, agar program POR dapat berjalan lebih maksimal.
2. Perlu diadakan audit tentang POR untuk kasus-kasus penyakit yang tidak memerlukan antibiotika, baik dilakukan oleh tim PRA sendiri ataupun independen.

#### **6.2.3 Bagi peneliti lain**

Perlu dilakukan penelitian yang lebih mendalam secara kuantitatif terkait determinan penggunaan obat tidak rasional dan besaran kerugian rumah sakit akibat persepan obat di luar formularium yang tidak disediakan oleh rumah sakit

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Yoga (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Universitas Indonesia Press. Jakarta.
- Agustino L (2006). *Dasar-dasar Kebijakan Publik*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Ali, M.M., et.al.(2006). *Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia. Konsil Kedokteran Indonesia*. Edisi I, Jakarta.
- Alkatiri A, Soejitno S, Ibrahim E, (1997). *Rumah Sakit Proaktif Suatu Pemikiran Awal*, edisi 2, PT. Nimas Multima, Jakarta.
- American Academy of Pediatrics policy statement on the prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*. 2003;112:431-436.
- Annalistha, M. (2007). *Pola Penggunaan Antibiotika Pada Pasien Rawat Inap Dibandingkan Dengan Sensitivitas Kuman Di RSUP Persahabatan Jakarta Periode Januari –Juni 2006*, FMIPA UI, Depok.
- Arthur, J, et all, (2007). *Principles of Clinical Pharmacology*, 2<sup>nd</sup> ed, e book.
- Azwar, A (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Sistem Kesehatan. Edisi ketiga. PT Binarupa Aksara Jakarta.
- Barker C. (1996). *The Health Care Policy Process*, Sage Publications, London.
- Bungin, B. (2003). *Penelitian Kualitatif*. PT Rajagrafindo Persada.Jakarta.
- Buse K., Mays N., Walt G. (2006). *Making Health Policy*, McGraw-Hill, London.
- Departemen Kesehatan R.I. (2004), Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 1197/MENKES/SK/2004 tentang *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah sakit*,  
 ....., 2006. *Penggunaan Obat Rasional*. Direktorat jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Direktorat Bina Penggunaan Obat Rasional, Jakarta.
- ....., 2007, *Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas 2007*. Direktorat jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Direktorat Bina Penggunaan Obat Rasional, Jakarta.
- ....., 2008, *Daftar Obat Esensial Nasional 2008*. Direktorat jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2005, *Kebijakan Obat Nasional*

Dunn, William (2003), *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Penerjemah Samodra Wibawa, Drs, MA, Diah Asitadani, Dra, MA, Agus H, Drs, MS, ErwanAp, Drs, MS. Edisi Kedua. Cetakan Kelima. Gajah Mada University Press. Yogyakarta

Firmanda D (2009, Maret). Penyusunan Standar Pelayanan Medik dan Audit Medik. Makalah presentasi. Balikpapan Kalimantan Timur.

Hogerzeil HV (1995), Promoting rational prescribing; an international perspective. *Br J Clin Pharmac* 1995;39;1-6

Kamal, M (2005). Analisis Penggunaan Obat Tidak Rasional untuk Penyakit Diare Non Spesifik Di Puskesmas Se kabupaten OKU Sumatra Selatan Tahun 2005, Program FKM UI.

Kepmenkes RI No.189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional

Kode Etik Pemasaran usaha Farmasi Indonesia, (2003) dikutip dari [www.gpfarmasi.org.temp.client.org/](http://www.gpfarmasi.org.temp.client.org/) diunduh Desember 2010

Komunikasi, Informasi dan Edukasi dari Apoteker Kepada Pasien. Dari <http://berlysuradharma.blogspot.com/2009/06/komunikasi-informasi-dan-edukasi-dari.html> diunduh Desember 2010

Kresno S, dkk. (1999). Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan. FKMUI Bekerjasama dengan Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan RI Depok.

Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D (2001). Ten Recommendations to Improve the Use of Medicines in Developing Countries. *Health Policy and Planning*, 16(1):13-20.

Medisina. (2007). *Mengembangkan Layanan Farmasi Klinis di Rumah Sakit*. PT. Isfi Penerbitan. Edisi 3/Vol.I/September - November 2007.

Mitchell AL. Challenges (2001). Pediatric Pharmacotherapy: Minimizing Medication Errors. *Medscape Pharmacists*. 2001;2. Dari [www.medscape.com/viewarticle/421220](http://www.medscape.com/viewarticle/421220), diunduh Maret 2010

Munaf, S (2004). Antibiotic prescription Practices in Six Health Centers in South Sumatra. *Journal of Medicine Indonesia*, 14, 44-9.

Muninjaya, G.(2004). *Manajemen Kesehatan*, Edisi ke 2, Penerbit EGC, Jakarta

Nawawi, HH. (1992). *Pengawasan Melekat Di Lingkungan Aparatur Pemerintah*, Cetakan Ke2, PT Gelora Aksara Pratama, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Nelwan, R.H.H, (2006). Pemakaian Antimikrobia Secara Rasional Di Klinik, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI Jakarta. HAI 537-42

Notoadmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat ( Prinsip-Prinsip Dasar)*. PT Rineka Cipta, Jakarta

Promoting rational use of medicines saves lives and money, (<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2004/np9/en/index.html>) diunduh Desember 2009

Rahmayani, D. (2010). *Evaluasi Penggunaan Antibiotik Pada Penderita Diare Ruang Dahlia Dan Melati Di RSUP Persahabatan Tahun 2009*, Fakultas Farmasi Universitas Pancasila, Jakarta.

Setiabudi, R. (2005). Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap FKUI, Prof. DR. Rianto Setiabudi, SpFK.

Siregar CJP. (2003) *Farmasi Klinik Tori dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Bku Kedokteran EGC. Hal 90-91.

SK Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan No. HK.00.05.3.02706 Tahun 2002. Tentang Promosi Obat.

Tambunan T (2002). Profesionalisme di Bidang Pediatri Terapeutik. Hot Topics Pediatrics II. *Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Ilmu Kesehatan Anak XLV*. 1-16. Jakarta

Tangkilisan, M.Si (2004). *Kebijakan dan Manajemen Otonomi Daerah*, Penerbit Lukman Offset. Yogyakarta.

Thapa HS, Shrestha RK, Shankar PR. (2009). Hospital pharmacies in Nepal should be manage by the hospital under the supervision of the Medicine and Therapeutics Commitee. *The Journal of Medicine Use in Developing Countries*; 1(2):52-59

Utomo S, (2000). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan obat yang tidak rasional di Puskesmas se Kabupaten Sambas Kalimantan Barat Tahun 1999*, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI, Depok.

Vance MA & Millington WR (1986), Principle of irrational drug therapy. *International Journal of Health Sciences* 16(3): 355-61

Verbrugh AV (2007, 20 Agustus) Indonesia must be smarter in handing out antibiotic. *The Jakarta Post*. Opinion. Dari <http://www.thejakartapost.com/news/2007/08/20/indonesia-must-be-smarter-handing-out-antibiotics.html>, diunduh Desember 2009.

Walt G. (1994). *Health Policy : An Introduction to Process and Power*, Zed Books, London.

Wattimena JR, Sugiarto NC, Widiyanto MB, et al, editors. (1991). *Farmakodinamik dan terapi Antibiotik*. Yogyakarta, Gadjah Mada University Press; Hal. 1-5.

Wentry A, (2001). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Obat Yang Tidak Rasional untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia Di Puskesmas Se Kota Solok Sumatera Barat Tahun 2001*, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI, Depok.

World Health Organization, (2002). *Promoting Rational Use of Medicine: Core Components*, Geneva



## **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**

Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional (Studi Kasus Potensial Infeksi di Bagian Perina RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2009-2010)

### **I. Petunjuk Umum**

- a. Ucapkan terima kasih atas kesediaan informan
- b. Sebelum melakukan wawancara perkenalkan diri peneliti
- c. Melaksanakan *Inform Consent*
- d. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara secara singkat
- e. Minta izin kepada informan tentang penggunaan alat komunikasi selama wawancara seperti : tape recorder, buku catatan dll
- f. Wawancara langsung dilakukan oleh peneliti dan asisten
- g. Wawancara dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah disiapkan dalam pedoman wawancara mendalam
- h. Pewawancara mencatat suasana wawancara : gambaran umum, tingkah laku, dan ekspresi informan secara tepat dan benar
- i. Gunakan pertanyaan terbuka
- j. Semua pertanyaan yang ada di dalam petunjuk harus diperoleh jawabannya dari informan. Dari jawaban informan gali dan kembangkan pertanyaan lagi sesuai keperluan penelitian.
- k. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat
- l. Jawaban atau tanggapan informan tidak ada yang salah karena hanya bertujuan untuk penelitian
- m. Semua keterangan akan dijamin kerahasiaannya

### **II. Pelaksanaan Wawancara Mendalam**

Pedoman Wawancara Mendalam ini digunakan untuk sasaran informan sebagai berikut :

1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Bidang Pelayanan. Medik
3. Komite Medik
4. Komite Mutu
5. Komite Farmasi Terapi
6. Instalasi Farmasi
7. Tim Pengendali Infeksi
8. Tim Pencegahan Resistensi Antimikroba
9. Dokter Penanggung Jawab Bagian Perina

## LEMBAR INFORMASI

### **Judul Studi / Tesis**

Penerapan Sistem dan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional Studi Kasus Potensial Infeksi di Bagian Perina RS XYZ Jakarta Tahun 2009-2010)

### **Peneliti / Mahasiswa**

Rani Dwiharjanti, Mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

### **Apa Tujuan dari Studi ini?**

Diketahui pemahaman penggunaan obat rasional serta penerapan sistem dan kebijakan RS terhadap 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat yang rasional di RS.

### **Apakah keikutsertaan dalam Studi ini bersifat sukarela dan apa risikonya ?**

Keikutsertaan bapak/ibu dalam studi ini bersifat sukarela dan tidak akan menimbulkan risiko apapun, baik dari segi kesehatan ataupun hal – hal lain yang bisa membahayakan. Jawaban dari bapak/ibu akan kami jaga kerahasiaannya.

### **Apa yang akan terjadi jika seseorang memutuskan untuk ikut serta dalam studi ini ?**

Ikut serta dalam penelitian ini, berarti bapak/ibu perlu meluangkan waktu untuk wawancara selama satu sampai dua jam mengenai pemahaman penggunaan obat rasional serta penerapan sistem dan kebijakan RS terhadap 12 langkah intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk lebih meningkatkan penggunaan obat yang rasional di RS XYZ. Jika Anda merasa ada pertanyaan yang diajukan bersifat sensitif dan tidak nyaman menjawabnya, Anda bisa menolak tanpa harus menjelaskan alasannya kepada pewawancara.

Wawancara akan direkam dengan kaset untuk memudahkan kami mengolah dan menyimpan seluruh informasi yang diperoleh.

### **Apa yang harus saya lakukan jika ada pertanyaan setelah wawancara?**

Bila bapak/ibu mempunyai pertanyaan setelah kita selesai berbicara, bapak/ibu dapat menghubungi: Rani Dwiharjanti, Mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) Kampus Baru Depok, Jawa Barat. Telp/HP: +628129298336, Email: tazkia\_rani@yahoo.com

## KARAKTERISTIK INFORMAN

Nama :  
Jenis Kelamin :  
Umur : tahun  
Jabatan :  
Masa Jabatan : Mulai  
Unit Kerja :  
Pendidikan terakhir :  
Riwayat Pekerjaan :  
a. .... Tahun .....  
b. .... Tahun .....  
c. .... Tahun .....  
d. .... Tahun .....  
No. Telp. /HP :  
Alamat :  
Pelaksanaan Wawancara  
Hari, Tanggal :  
Jam : s/d  
Tempat :

Tanda Tangan Informan

---

## **A. Pedoman Wawancara untuk Direktur Medik dan Keperawatan**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **2. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **3. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah dengan pembentukan badan nasional multidisiplin untuk mengkoordinasikan kebijakan penggunaan obat. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya dan apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

**4. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

**5. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS → utk informan Kom med & KFT:**

- Kebijakan penggunaan obat dan penggunaan DOEN di RS perlu di kawal oleh KFT (Komite Farmasi dan Terapeutik). Berdasarkan informasi yang Bapak/Ibu ketahui bagaimana awal pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Apakah tujuan dari pembentukan komite tsb?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

**6. Pelatihan berkelanjutan untuk dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

**7. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?

- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?
- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**8. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

**9. Ketersediaan obat :**

- Bagaimana kontinuitas ketersediaan obat apapun untuk kebutuhan pasien ?
- Bagaimana mekanisme menjaga ketersediaan obat tersebut ?

**10. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## **B. Pedoman Wawancara Untuk Kepala Komisi Mutu dan Keselamatan**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **2. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **3. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah dengan pembentukan badan nasional multidisiplin untuk mengkoordinasikan kebijakan penggunaan obat. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya dan apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

#### **4. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

#### **5. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Kebijakan penggunaan obat dan penggunaan DOEN di RS perlu di kawal oleh KFT (Komite Farmasi dan Terapeutik). Berdasarkan informasi yang Bapak/Ibu ketahui bagaimana pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tujuannya?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

#### **6. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

#### **7. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?
- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?

- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**8. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

**9. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Adakah upaya RS penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat ? Bagaimana caranya ?
- Bagaimana tanggapan (pemanfaatan) oleh masyarakat terhadap unit/wadah informasi penggunaan obat tersebut ?

**10. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## C. Pedoman Wawancara Untuk Kepala Bidang Pelayanan Medik

### 11. Penggunaan Obat Rasional (POR) :

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### 12. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### 13. Pedoman Pengobatan :

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah dengan pembentukan badan nasional multidisiplin untuk mengkoordinasikan kebijakan penggunaan obat. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya dan apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

**14. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

**15. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Kebijakan penggunaan obat dan penggunaan DOEN di RS perlu di kawal oleh KFT (Komite Farmasi dan Terapeutik). Berdasarkan informasi yang Bapak/Ibu ketahui bagaimana pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tujuannya?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

**16. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

**17. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?
- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?

- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**18. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

**19. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Adakah upaya RS penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat ? Bagaimana caranya ?
- Bagaimana tanggapan (pemanfaatan) oleh masyarakat terhadap unit/wadah informasi penggunaan obat tersebut ?

**20. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## **D. Pedoman Wawancara Untuk Kepala Instalasi Farmasi**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **2. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **3. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah adanya pedoman pengobatan. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya ?
- Apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

#### **4. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

#### **5. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Kebijakan penggunaan obat dan penggunaan DOEN di RS perlu di kawal oleh KFT (Komite Farmasi dan Terapeutik). Berdasarkan informasi yang Bapak/Ibu ketahui bagaimana pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tujuannya?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

#### **6. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

#### **7. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?
- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?

- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**8. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

**9. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Adakah upaya RS penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat ? Bagaimana caranya ?
- Bagaimana tanggapan (pemanfaatan) oleh masyarakat terhadap unit/wadah informasi penggunaan obat tersebut ?

**10. Ketersediaan obat :**

- Bagaimana supply obat khususnya untuk kasus sepsis di RS ini ?
- Sesuikah perencanaan obat khususnya untuk kasus sepsis? Mengapa?

**11. Penggunaan informasi independen mengenai obat :**

- Bagaimana cara pencarian informasi independen mengenai obat tertentu?
- Bagaimanakah sosialisasinya?

**12. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## **E. Pedoman Wawancara Untuk Ketua Tim PPIRS**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **11. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familiar dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **12. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah adanya pedoman pengobatan. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya ?
- Apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

### **13. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

### **14. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Kebijakan penggunaan obat dan penggunaan DOEN di RS perlu di kawal oleh KFT (Komite Farmasi dan Terapeutik). Berdasarkan informasi yang Bapak/Ibu ketahui bagaimana pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tujuannya?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

### **15. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

### **16. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?

- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?
- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**17. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

**18. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Adakah upaya RS penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat ? Bagaimana caranya ?
- Bagaimana tanggapan (pemanfaatan) oleh masyarakat terhadap unit/wadah informasi penggunaan obat tersebut ?

**19. Ketersediaan obat :**

- Bagaimana supply obat khususnya untuk kasus sepsis di RS ini ?
- Sesuaimakah perencanaan obat khususnya untuk kasus sepsis? Mengapa?

**11. Penggunaan informasi independen mengenai obat :**

- Bagaimana cara pencarian informasi independen mengenai obat tertentu?
- Bagaimanakah sosialisasinya?

**12. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## **D. Pedoman Wawancara Untuk Ketua Komite Obat dan Terapeutik**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut Bapak/Ibu apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Seberapa penting penerapan penggunaan obat rasional untuk RS ini?
- Sejauh mana Bapak/Ibu mengetahui tentang kebijakan POR ?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?
- Jika dikaitkan dengan pelayanan farmasi yang bermutu, faktor apa saja yang menurut Bapak/Ibu merupakan prioritas untuk meningkatkan penggunaan obat rasional?

### **2. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Bapak/Ibu cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Apakah Bapak/Ibu mengetahui isi rekomendasi tersebut?
- Bagaimana pendapat Bapak/Ibu mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi RS ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **3. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah adanya pedoman pengobatan. Berdasarkan pengalaman Bapak/Ibu, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya ?
- Apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan ?

#### **4. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu tentang DOEN tersebut ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?
- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

#### **5. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Bagaimana pembentukan Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tujuannya?
- Apakah Komite memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya)

#### **6. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ?

#### **7. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?
- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?

- Apakah ada supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS (dari pelaksana, sampai top manajemen RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Bagaimana mekanisme pelaporan dan umpan balik hasil supervisi ? (Apakah sampai ke pimpinan tertinggi RS ?)

#### **8. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Adakah upaya RS menyebarluaskan informasi penggunaan obat kepada masyarakat ? Bagaimana caranya ?
- Bagaimana tanggapan (pemanfaatan) oleh masyarakat terhadap unit/wadah informasi penggunaan obat tersebut ?

#### **9. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Adakah insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini ?
- Bagaimana pembagiannya ?
- Untuk kegiatan apa saja insentif tersebut digunakan ? Apa alasannya ?

#### **10. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

## **E. Pedoman Wawancara Untuk Dokter Pelaksana**

### **1. Penggunaan Obat Rasional (POR) :**

- Menurut dokter, apakah pengertian penggunaan obat rasional secara praktis ?
- Sejauh mana dokter mengetahui tentang kebijakan POR di RS ini?
- Bagaimana penggunaan obat secara rasional di RS ini? Mengapa?

### **2. Rekomendasi WHO tentang 12 langkah intervensi untuk penggunaan obat lebih rasional :**

- WHO telah mengeluarkan 12 langkah intervensi untuk meningkatkan penggunaan obat rasional. Apakah Dokter cukup familier dengan 12 langkah WHO tersebut ?
- Bagaimana pendapat Dokter mengenai rekomendasi WHO tersebut bagi kerja dokter ? (Probing : menguntungkan, merepotkan)
- Secara umum, bagaimana penerapan rekomendasi WHO tersebut di RS ?

### **3. Pedoman Pengobatan :**

- Salah satu langkah intervensi WHO untuk meningkatkan penggunaan obat rasional adalah adanya pedoman pengobatan. Setahu dokter, bagaimanakah cara penetapan pedoman pengobatan di rumah sakit ini?
- Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan tersebut di RS ?
- Bagaimanakah cara sosialisasinya ?
- Apakah pedoman pengobatan tersebut diketahui oleh seluruh petugas pelayanan kesehatan terutama dokter di RS ini?

### **4. Penggunaan DOEN nasional berdasarkan pilihan pengobatan :**

- Secara nasional, Kemenkes (Depkes saat itu) telah menetapkan DOEN sebagai acuan pengobatan. Bagaimana pendapat dokter tentang DOEN ?
- Bagaimana penggunaan DOEN di rumah sakit ini?

- Adakah rumah sakit juga membuat formularium sendiri? (Probing : mencakup terapi apa saja yang dibuat formularium, bagaimana dengan terapi sepsis neonatorum)
- Bagaimana pelaksanaan formularium tersebut ? (Probing : apa semua pengobatan yang dokter lakukan sudah sesuai formularium, apa kendala pelaksanaan...)

#### **5. Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS:**

- Berdasarkan informasi yang Dokter ketahui apakah ada Komite Obat dan Terapeutik di RS ini? Siapa saja anggotanya? Apakah tugasnya?
- Apakah KFT memiliki peran besar dalam hal penggunaan obat di RS ?
- Adakah pertemuan rutin untuk membahas masalah penggunaan obat di RS (Probing : setiap berapa waktu, siapa saja pesertanya, apakah dokter terlibat dalam komite atau kegiatannya)

#### **10. Pelatihan berkelanjutan untuk Dokter :**

- Langkah intervensi lainnya yang direkomendasikan WHO adalah perlunya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga medis, mendasari hal tersebut, bagaimana kesempatan bagi dokter untuk mendapatkan pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini?
- Apakah pernah diadakan pelatihan khusus mengenai penggunaan obat secara rasional untuk dokter ? Apakah dokter pernah mengikutinya ?

#### **11. Supervisi, Audit dan umpan balik :**

- Bagaimanakah pelaksanaan supervisi / audit rasionalitas penggunaan obat di Rumah Sakit ini? Apakah dilakukan secara berkala?
- Siapa yang bertanggung jawab untuk melaksanakan hal tersebut ?
- Apakah ada supervisi/audit tersebut melibatkan tim di dalam RS (dari pelaksana, sampai pimpinan tertinggi RS) dan lembaga/instansi di luar RS (baik dari Kemenkes RI atau lembaga lain) ?
- Apakah mekanisme umpan balik hasil supervisi juga berjalan ?

**12. Edukasi public mengenai obat:**

- Rekomendasi WHO lainnya adalah adanya wadah edukasi terhadap publik mengenai penggunaan obat di RS. Apakah dokter menyampaikan tata cara penggunaan obat kepada setiap pasien ? Bagaimana caranya ?

**13. Menghindari Insentif financial tanpa alasan :**

- Apakah dokter juga mengikuti petihan/seminar/kursus di luar negeri?
- Biasanya di biyai oleh siapa, apakah oleh rumah sakit, atau sponsor ?

**14. Saran dan masukan Informan**

- Adakah saran atau masukan Bapak/Ibu untuk peningkatan penerapan pengobatan rasional, sesuai dengan 12 langkah rekomendasi WHO di Rumah Sakit ini ?

**Matrik Hasil Wawancara Mendalam "Penerapan Kebijakan POR RSUP Persahabatan Jakarta 2010;  
(Studi Kasus Penggunaan Antibiotika di Bagian Perina)**

No.	Pertanyaan	1	2
<b>A</b>	<b>Penggunaan Obat Rasional (POR)</b>		
1	Pengertian POR secara praktis	<i>Rasional itu tepat dosis, tepat diagnosis kan, terus tepat cara pemakaian, tepat pasien. Kalau nggak salah ada 5 tepat itu.... Terutama, yang kita takutkan kan biasanya antibiotik ya</i>	<i>Kalau menurut saya kita memberikan terapi itu ya yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien. Sesuai penegakan diagnose yang dilakukan oleh seorang dokter.</i>
2	Pentingnya POR	<i>Ya penting sekali..., (terutama) dalam penggunaan antibiotik, kalau nggak nanti resisten semua, bahaya... Kalau udah banyak yang resisten, kan generasinya kan makin berat, yang dipakainya kan antibiotik yang levelnya udah berat-berat.</i>	<i>Penting , penting sekali</i>
3	Kebijakan POR dan Penerapan POR di RS	<i>Ada PRA, tim Pencegahan Resistensi Antibiotik. Pilarnya PRA itu 'Mikrobiologi klinik, Farmakologi klinik, PPI dan SKFT. (Penerapan POR-nya ?) Tergantung pedoman ya, (di masing-masing SMF. Yang utama adalah antibiotik. bahwa penggunaan antibiotik rasional itu memang benar-bener diterapkan di rumah sakit Persahabatan</i>	<i>Kalau pelayanan medic biasanya tergantung dengan kebijakan ya, kebijakan itu tentu dari direktur utama. Terus karena kita dibawah dalam implementasi kita akan membantu. Jadi kebijakan tetap dari atasan, kita membantu pelaksanaan dari kebijakan itu. Sampai kita membantu mungkin monitoring dan evaluasi ya.</i>

	- Upaya pencegahan Resistensi	<i>..Sebelum antibiotik digunakan itu kan harus di tes dulu, kumannya itu apa jenisnya, dikultur .. nah keluar (hasilnya), antibiotik yang sesuai itu apa. Nah itu tim Pencegahan Resistensi Antibiotik (yang) membuat itu, ... dan disahkan untuk dipergunakan di RS Persahabatan... nah termasuk bagian anak, ya Perina... (yang harusnya) memang bener-bener diterapkan di rumah sakit Persahabatan. kita ada 18 standart yang harus dipatuhi. Jadi ada standart-standarnya yang harus kita lakukan,,</i>	
4	Penyebab pengobatan menjadi irasional	<i>Yang pertama kendala biaya, kan dia, pasien itu nggak bisa di-kultur, karena terkendala biaya.. Yang kedua, kendala penyakitnya, kasus kegawatan, misalkan ini pasien cyto .. dia harus mendapatkan segera, nah mau nggak mau kita ngga harus kultur lagi.. nah itu biasanya ya secepatnya dikasih yang “broad-spectroome”, atau spectrum luas. (selain itu,) dari pasiennya, dia nggak patuh juga bisa</i>	<i>Kendala biaya bisa menyebabkan penggunaan obat menjadi tidak rasional, contohnya untuk pasien jaminan separti gakin, shtm, jamkesmas, ada plafon untuk biaya mereka, untuk itu sulit ya bila obat yang harus digunakan tetapi tidak bisa diberikan</i>
5	Faktor yang merupakan prioritas untuk meningkatkan POR?	<i>Ya, pertama pasti sistem lah ...Sistem kita harus betul dulu, ya.. kemudian kita patuhi..</i>	<i>Sebelumnya kebijakan dulu, dalam suatu Rumah Sakit kan kita tentu untuk obat ya secara obat biasanya ada formularium yang diusulkan dari SMF nah nanti dibuatlah formularium, untuk aplikasinya sendiri kan harus ada farmasi klinis</i>
<b>B</b>	<b>Rekomendasi WHO</b>		
6	Pengetahuan tentang isi rekomendasi WHO	<i>... nggak ngerti itu aku, belum pernah baca</i>	<i>Belum, apa isinya aja belum tahu.</i>
7	Pendapat mengenai rekomendasi WHO (menguntungkan/merugikan)	<i>Bagus, tapi ada yang nggak bisa dilaksanakan, masih susah</i>	

8	Penerapan rekomendasi WHO di RSUPP	<i>Ya sebagian udah ada penerapannya lah, tapi banyak yang belum nih .. pedoman pengobatan pasti udah ada,... (kalau supervisi and feedback ini belum ...</i>	<i>Ya mungkin ini sudah ada ya dari farmasi sendiri, kan ada farmasi klinis di kita ya. Ya kalau dilihat kayaknya sudah ada semua dikita ini. Hanya saja kendala kita yang saya bilang tadi proses pelaksanaan karena kan banyak kepala kita sudah ada aturan , tinggal kita mau enggak melaksanakan, padahal itu tergantung tim monitoring, evaluasi.</i>
III	<b>Pedoman Pengobatan (Langkah 1)</b>		
9	Kebijakan/Cara penetapan pedoman pengobatan di RS (PPAB)	<i>Kebijakannya, mereka harus berdasarkan standarnya dari profesi masing-masing yang kita adopt, kemudian disetujui oleh 'peer group'-nya, ya udah kita pakai ... Kebijakannya seperti itu.. dibicarakan dalam Komite Medik ya</i>	<i>Itu tergantung SMF nanti kan SMF itu punya ini sendiri ya, kayak pada anak kasus pneumoni pada anak punya protap sendiri jadi beda karena mungkin pada pola kumannya yang paling sering itu ini. Begitu juga penyakit dalam, paru itu berbeda-beda.</i>
	Tim yang mengelola pedoman pengobatan	<i>Di kita ada di SK-kan di rumah sakit Sub Komite Farmasi dan Terapi (SKFT). Sekarang masih Sub Komite/- a di bawah Komite Medis (mulai tahun 2005), , nantinya tahun 2011..akan dimasukkan ke Komite Mutu.,</i>	
10	Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan	<i>(awalnya) Sebelum akreditasi PRA.. tahun 2008, kemudian disyahkan oleh Direktur Utama, bahwa itu dipakai disini ..harusnya setiap tahun direvisi..(revisi terakhir) Juli tahun 2009... (tahun 2010 belum selesai direvisi)</i>	<i>Setahu saya itu Komite, tapi Tanya aja ya apa disahkan oleh direktur juga. Coba tanya lagi, tapi yang jelas itu dari komite dulu</i>
11	Cara sosialisasinya Pedoman Pengobatan		

12	Apakah pedoman Pengobatan diketahui petugas yankes		<i>Itu saya nggak tahu pasti, harusnya iya... Tapi kayaknya nggak deh.</i>
IV	<b>Penggunaan DOEN dan Formularium</b>		
14	Penggunaan DOEN di RS	<i>Masih ya, Farmasi Terapi kayaknya masih pakai itu.. (tetapi) guide-line itu sekarang nggak hanya DOEN aja. Disamping itu ada jurnal-jurnal</i>	
15	Pembuatan formularium RS	<i>Ada formularium. (Yang membuat) ; Tim Farmasi dan Terapi. Yang terdiri dari beberapa SMF, anggota SMF, dari farmasi, dari orang apotik, perawat</i>	<i>Kayaknya kita, nggak tahu yang sekarang ya, kalau yang dulu ya yang bikin siapa yang pakai siapa gitu.... Itu formularium kalau jalan tidak akan banyak macam-macam obat, hanya dua- tiga macam terus nggak ada expired segala macam. Jadi implementasinya beda. Dulu-dulu gitu nggak tahu yang sekarang ya.</i>
16	Kesesuaian penggunaan formularium di RS	<i>Selama ini sih kenyataannya sesuai ya...(Besarnya kesesuaian) Nah itu belum dites, belum dievaluasi, bahwa berapa persen sih ..</i>	
17	Kendala Penggunaan formularium	<i>Karena selama ini kan masih di Sub Komite Medis. Nantinya di Sub Komite Mutu Rumah Sakit.. (tetapi) belum ada SK yang baru. Karena yang dari Kemenkes kan belum disahkan pedoman Komite medis yang baru, belum jadi. Ini baru yang tahun 2005 kan Sekarang masih masuk dibawah Komite Medis...</i>	
	- Sangsi penggunaan obat yg tidak sesuai formularium	<i>Oh iya dong. Iya, yang menegur ini Komite Medis, melalui Sub Komite Farmasi. Nanti itukan ada program mereka untuk monitoring dan evaluasi, termasuk itu..</i>	
V.	<b>Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS</b>		

18	Proses & Tujuan Pembentukan SKFT		<i>Yaitu, fungsinya sama, nanti kan juga kerjasama dengan PRA.</i>
19	Tugas SKFT	<i>(Di SK) ada koq uraian jabatannya ada, ... uraian tugasnya ada. Ya dia (1) harus membuat formularium, (2) harus mengevaluasi penggunaan obat rasional, (3) kalau guideline-nya sudah nggak tepat, dia yang harus mengingatkan kepada SMF-SMF untuk merevisi, semestinya itu banyak kerjaan dia</i>	
20	Peran penting & kinerja SKFT dalam POR RS	<i>Kalau untuk formularium udah dijalankan ya perannya.. (kelemahannya) tapi kalau untuk melakukan evaluasi, .. monitoring dan evaluasinya, kayaknya belum... Kan harusnya dia menilai itu.. Tapi kemaren dia hanya menilai tentang penggunaan obat generik ya, .. Kita baru sedikit aja, evaluasi tentang penggunaan obat generik.</i>	
21	Pertemuan pembahasan masalah POR oleh SKFT	<i>Wah, kalau itu saya nggak tahu ya, kan di bawah Sub Komite Medik.. Tapi dulu yang saya lihat tu jalan. Karena itu dia ikut akreditasi ya.</i>	
	- Kendala yang dihadapi SKFT	<i>SK baru nanti, kan SKFT akan beralih menjadi sub komite pada Komite Mutu. Tidak lagi pada Komite Medik, (masalahnya), Saat ini Pedoman Komite Medik itu draftnya lagi dibikin.. (belum jadi)</i>	
<b>VI. Pelatihan berkelanjutan untuk dokter</b>			
22	Pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini	<i>Yang kontinyu belum ya, kita baru insidental sifatnya..</i>	<i>Kalau kita di perumahsakitannya nggak ada karena itu di masing-masing SMF atau perhimpunan dokter-dokter itu kan biasanya punya. Dia kan ada pertemuan rutin kan ada kegiatannya apa yang diacu oleh bidang mereka. Kalau Rumah Sakit enggak.</i>

23	Pelatihan khusus mengenai POR untuk dokter	<i>Ada., saya pernah ngirim ya, yaitu PRA itu .. Penggunaan antibiotik, ya. Terus ..termasuk PPI TB segala macam itu kan ...pernah</i>	
	- Pelaksana / pendanaannya	<i>Ada dari Depkes., kadang dari kolegiumnya, dari profesinya., (Kalau internal) Internal ya kita rapat-rapat rutin aja...</i>	
<b>VII. Supervisi, Audit dan umpan balik</b>			
24	Pelaksanaan supervisi / audit POR di RS	<i>Kita setahun udah 2 kali ya, Sectio, TB. TB setahun sekali kemaren... Cuman ini kan masih mau yang lain-lain, mau pelatihan internal... (untuk Perina ?) Perina kita ee ini.. Untuk PRA sih kemaren Perina dan Penyakit Dalam, dan ICU .. itu yang diutamakan untuk ujicoba.. Sekarang saya bukan ketuanya lagi.</i>	<i>Sudah mulai ada sih untuk antibiotic karena kita ada PRA ini sudah ada audit yang di bikin di ICU</i>
25	Yang bertanggung jawab untuk melaksanakan supervisi	<i>Kita masukkan dalam komite medik ..</i>	<i>SKFT ya..</i>
27	Supervisi lembaga/instansi di luar RS	<i>Nggak ada dari lain, cuman Kemenkes aja..</i>	<i>belum ada sepertinya</i>

28	Mekanisme umpan balik hasil supervisi	<p><i>Dapat.. Rekomendasi ya.. Waktu itu setelah dinilai, kita dapat rekomendasi .. isinya ada beberapa, banyak nggak hapal ... Ya termasuk perluasan area penelitian kita.. Kan kita waktu itu baru ajang ujicoba ya untuk Perina, ICU dan penyakit dalam.. Mereka minta perluasan.. Makanya kenapa mikrobiologi itu harus nambah waktu itu, sesuai rekomendasi mereka. Karena kalau cuman satu itu nggak mungkin untuk rumah sakit sebesar ini, gitu. Makanya kita terima lagi orang ahli mikrobiologi klinik.. (Disampaikan ke SMF-SMF) Iya, disampaikan, makanya kemaren difeedback-kan, akhirnya mereka minta, oo kumannya ketemu ini. Terus mereka dari SMF menyurati saya bahwa minta dilakukan fumigasi...,jadi langsung ada tindak lanjutnya.. Udah jalan koq, bagus...</i></p>	<p><i>dan dari farmasi feedback yang dikasihkan juga sudah ada.</i></p>
<b>VIII. Menghindari Insentif financial tanpa alasan</b>			
29	Insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini	<p><i>Kita harus menghindari ini. Karena kan kalau kita memberikan sesuatu harus ada dasarnya. Nah kita di instansi milik pemerintah kan nggak boleh...</i></p>	<p><i>Bukan dari Rumah Sakit nggak ada, ya saya bilang tadi karena dibikin formularium tapi mereka masih kerjasama dengan yang lain-lain kan. Karena masalah itu apanya mereka mau pergi seminar segala macam siapa yang membiayai dari individu masing-masing. Itu kayaknya yang saya lihat.</i></p>

30	Penggunaan insentif tersebut	<i>Nggak.. itu kan nggak boleh.. Jadi itu sudah termasuk jasa pelayanan kita... Rumah sakit nggak nyuruh.. oo kamu pakai antibiotik ini, terus kamu saya kasih jasa tambahan gitu, nggak ada di rumah sakit..Nggak boleh lah, pesan sponsor kan nggak boleh.. Kan justru kita disuruh pakai generik..</i>	<i>Masih ada lah insentif yang pribadi , tapi untuk apa saya gak tahu</i>
<b>IX. Ketersediaan obat (utk informan Farmasi)</b>			
31	Kontinuitas ketersediaan obat untuk kebutuhan pasien	<i>Udah.., banyak. Jenisnya kan banyak sekali, malah tadi kan rapat. Ada obat di kita yang diapotik lain nggak ada. Di kita di Depo itu ada</i>	<i>Sudah , sudah kebutuhan obat sebagian disediakan oleh farmasi dan apotik yang ada di rumah sakit sudah siapkan. Tapi kadang kadang gak ada duit, padahal dokter memberikan harus dg obat dg golongan ini tapi karena masalah pembiayaan ya, itu diluar kendali kita ya..</i>
32	Mekanisme menjaga ketersediaan obat tersebut	<i>Iya, perencanaan yang penting. Perencanaan diawasi, terus pemakaian juga begitu.. setiap bulan ada di breakdown, per tribulan RAB nya.. Dan selalu saya minta untuk perencanaan ada laporan penggunaan..</i>	
33	Kesesuaian perencanaan pengadaan obat dgn penggunaan obat oleh SMF	<i>Dipakai, karena itu permintaan. Saya sekarang lebih ketat ke arah begitu ya, saya nggak mau over stock. Kenapa sekarang semua saya ketatin, dari mulai reagen, obat-obatan, semua saya nggak mau over stock. Over stock kan akhirnya kebocoran pendapatan kan</i>	
	<b>Edukasi public mengenai obat</b>		

34	Cara & upaya penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat		<i>Belum, seharusnya ada tapi ya mungkin keterbatasan tenaga tadi ya. Dan bisa juga karena dari pasien karena pasien itu kadang tidak care mau dikasih obat apa aja dia terima, tidak dilihat itu obat apa.</i>
35	Tanggapan /pemanfaatan masyarakat terhadap informasi penggunaan obat tsb	<i>Ya tentu yang menyangkut masyarakat lah, kalau dia udah pulang ke rumah..itu yang susah</i>	
X.	<b>Saran dan Masukan</b>		
36	Saran atau masukan untuk peningkatan POR sesuai rekomendasi WHO di RSUPP	<i>Continuing services medical education, lha itu masih susah itu... continuing nya yang susah. Itu harus ada monev. Monev nya harus bekerja. Kalau kita mau bener-bener bagus, nah itu harus dilaksanakan. Nah kalau itu di bawah komite mutu, pas sebenarnya.. Karena itu mutu rumah sakit harus dilihat secara keseluruhan dan komprehensif. Sebenarnya dengan pelaksanaan monev itu, sebenarnya pemakaian obat itu bisa diteliti.. Monev itu dengan jalur penelitian juga bisa, makin tajam kan</i>	<i>Kita semua harus melakukan suatu hal itu berdasarkan data yang kita baca atau datang dari rumah sakit kita sendiri. misalnya untuk penggunaan antibiotika, kan kita sudah ada tim PRA yang setiap 6 bulan sekali mengeluarkan data peta kuman, nah itu bisa di pake itu (1), (2) memang penggunaan ab harus memakai kultur, tapi proses kultur kan lama, tapi sebelum nya pengobatannya harus empiris, jadi gak bisa suka suka. Untuk itu pakailah data entah dari jurnal ataupun dari PPAB yang juga sudah dikeluarkan oleh rumah sakit.</i>

**Matrik Hasil Wawancara Mendalam "Penerapan Kebijakan POR RSUP Persahabatan Jakarta 2010;  
(Studi Kasus Penggunaan Antibiotika di Bagian Perina)**

No.	Pertanyaan	3	4
<b>A</b>	<b>Penggunaan Obat Rasional (POR)</b>		
1	Pengertian POR secara praktis	<i>Pengobatan Rasional, adalah pengobatan yang menggunakan obat-obatan sesuai dengan pola kuman baik secara pemeriksaan laboratis maupun secara empiris...</i>	<i>... pemberian obat Rasional itu musti harus sesuai dengan indikasinya, kemudian obat rasional harus sudah diberikan dengan tepat dosis, tepat pasiennya dari segi umur, obat itu tidak terjadi saling berinteraksi, baik itu bersifat bersinergisme ataupun berlawanan, atau efek obat tersebut bisa memberikan manfaat yang kurang</i>
2	Pentingnya POR	<i>Penting ...</i>	<i>Penting donk...</i>
3	Kebijakan POR dan Penerapan POR di RS	<i>Di rumah sakit ini, mustinya sudah.. Tapi saya lihat, masih belum, masih tergantung maunya dokter yang mengobati, gitu .. Tapi dokter sudah mulai menuju ke arah rasional..</i>	<i>Penerapan obat secara rasional di rumah sakit Persahabatan, dari segi program, mungkin ada, ya.. Buktinya adanya tim Farmakologi dan Terapi. Tentu tim ini sudah mempunyai program-program dan pencapaian .. Kemudian di RS ini ada juga tim PPRA, itu berkaitan juga dengan penggunaan obat secara rasional Kemudian ada juga tim Farmasi Klinis ya, walaupun itu sampai sekarang SK-nya belum terbit. Nah, apakah ini berjalan atau tidak di RS ini, tentu evaluasinya itu kan sampai sekarang belum ada, karena tim ini kan tidak berjalan dengan efektif. Jadi tentu, sejauh mana program itu, secara pastinya sih belum bisa kita dapatkan.., belum kita ketahui.</i>

4	Penyebab pengobatan menjadi irasional	<p><i>Menjadi tidak rasional, pertama karena obatnya tidak tersedia. Yang harusnya dipergunakan tapi tidak ada...</i></p> <p><i>Kemudian adanya kecenderungan dokter memang tidak tahu tentang obat yang seharusnya diberikan ..Dia memberikan obat yang secara 'broad spectrum' Kemudian ya dana, kalau yang rasional itu mahal, terpaksa tidak bisa menggunakan itu, ya pakai yang empiris saja...</i></p>	<p><i>Nah itu kembali lagi kepada sistem.. kembali lagi kepada manusianya, ... kepada prosesnya, ... kepada sarana pendukungnya, dan metodenya seperti apa.. Dari segi man (manusianya), si Dokternya.. sejauh mana dokter ini bisa meresepkan itu sesuai dengan indikasi. Kemudian tidak ada interes yang lain, selain untuk kepentingan pasien... Dari segi proses, bila mana obat-obat yang disediakan itu tidak tercantum dalam formularium.</i></p> <p><i>(Kalau di RS ini ?) Yang terjadi adalah lebih banyak ke arah manusia, artinya si dokter itu sendiri. Kemudian belum diberdayakan seorang farmasi klinis dalam hal bagaimana cara dan metode pemberian obat. Kalau dari segi kecukupan (obat), RS bisa kog menyediakan itu</i></p>
5	Faktor yang merupakan prioritas untuk meningkatkan POR?	<p><i>Sosialisasi yang berulang, jadi pemahaman itu menjadi lebih mendalam..</i></p>	<p><i>... lebih banyak ke arah manusia, artinya si dokter itu sendiri. Baru-baru ini, Ibu Menteri Kesehatan, menyampaikan ada di koran. Kepatuhan penggunaan obat yang rasional, termasuk juga generik, itu hanya sekitar 57%. Artinya obat generik itu ada di formularium, udah pasti..Dan ibu Menteri sendiri sudah menyampaikan bahwa, itu akibat karena faktor dokter sendiri..</i></p>
<b>B</b>	<b>Rekomendasi WHO</b>		
6	Pengetahuan tentang isi rekomendasi WHO	<p><i>Mendengar sudah .. tapi membaca sendiri langsung belum .. jujur mengetahui isinya.. belum.</i></p>	<p><i>rekomendasi itu saya belum melihat secara detail sih ya.., kalau mendengar sih sudah.</i></p>
7	Pendapat mengenai rekomendasi WHO (menguntungkan/merugikan)		<p><i>Kalau prinsipnya sih itu sangat bagus sekali, karena itu bukannya merepotkan, malah itu sangat membantu. .. Karena memang seharusnya itulah yang kita kerjakan</i></p>
8	Penerapan rekomendasi WHO di RSUPP		<p><i>sebagian ada, contohnya, sudah ada pedoman, ada formularium, kemudian ada juga beberapa yang sedang.., ya walaupun tidak begitu kelihatan. Supervisi sekali-sekali ada saya lihat</i></p>
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

III	<b>Pedoman Pengobatan (Langkah 1)</b>		
9	Kebijakan/Cara penetapan pedoman pengobatan di RS (PPAB)	<i>Jadi disini ada yang namanya SPM, standar Pelayanan Medis.. dan sekarang dirubah menjadi Pedoman Pelayanan Medis. Jadi setiap SMF punya itu, dari bidang disiplinnya masing-masing. Dan itu yang diterjemahkan oleh formularium...</i>	<i>Pedoman pengobatan itu kan prosedur dari penatalaksanaan klinis, nah salah satu isi dari penatalaksanaan itu ada pengobatan kan, ada treatment.... (untuk itu) salah satu kebijakannya adalah adanya formularium...</i>
	Tim yang mengelola pedoman pengobatan		<i>Ini kan dibuat berdasarkan tim dari farmasi dan terapi ya.. Sesuai dengan kebutuhan perangkat di rumah sakit. Semua ikut..SMF ikut. ketuanya dokter, sekretarisnya apoteker. Sesuai dengan pedoman yang diminta dari SK Menkes</i>
10	Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan		<i>(Disahkan ?) Direktur Utama..</i>
11	Cara sosialisasinya Pedoman Pengobatan	<i>Disosialisasikan di bidang disiplin masih-masing</i>	<i>sosialisasi dalam bentuk, formulir pedoman pengobatan dikirim ke semua SMF, kemudian ke semua tempat pelayanan Termasuk IGD, rawat jalan dan rawat inap.... (kemudian) yang saya dengar ada sosialisasi dalam bentuk forum workshop atau apa, yang diselenggarakan oleh Diklat</i>
12	Apakah pedoman Pengobatan diketahui petugas yankes	<i>Harus..</i>	
IV	<b>Penggunaan DOEN dan Formularium</b>		
13	Pendapat tentang DOEN	<i>Secara garis besar sudah benar.. bahkan mungkin seluruhnya lah..</i>	<i>DOEN itu adalah produk dari Kementerian Kesehatan, dan Nasional ya DOEN itu belum tentu ada di rumah sakit, contoh.. DOEN itu sifatnya kan general, berlaku untuk seluruh Indonesia..</i>

No.	Pertanyaan	3	4
14	Penggunaan DOEN di RS	<i>Oh, nggak itu. disesuaikan dengan SPM yang ada disini..</i>	<i>Jadi DOEN itu tidak musti diterapkan, karena hanya berisi sederetan nama-nama, obat-obat generik yang untuk di pakai di RS.. yang membedakan apakah rumah sakit itu memerlukan obat itu atau tidak.., tentu kan tidak semua obat itu bisa dipakai, maka RS harus membuat formularium lagi, agar obat itu dapat dipakai di RS tersebut</i>
15	Pembuatan formularium RS	<i>Jadi, didalam sub komite Farmasi Terapi, itu juga terlibat semua SMF.. Jadi SMF yang membuat, dihimpun oleh sub komite itu..</i>	<i>Jadi formularium itu isinya serangkaian daftar nama obat-obat yang diberlakukan rumah sakit untuk digunakan gitu, Setelah mendapatkan masukan dari semua SMF kemudian ditampung oleh tim. Kemudian tim (SKFT) mengusulkan agar sederetan nama obat ini untuk diberlakukan di rumah sakit... DOEN hanya sebagai pedoman panduan.sifatnya tidak diwajibkan. Kalau formularium itu wajib karena itu memang aturan internal rumah sakit sendiri. Itu produk internal.</i>
16	Kesesuaian penggunaan formularium di RS	<i>Wallahu a'lam.. ha ha. Jadi..itu yang sedang kita 'hayo'kan, sedang diupayakan ya.. Sejauh ini.. kalau ternyata masih ada obat yang harus mengambil di luar, kan berarti tidak sesuai formularium.. tapi tidak banyak..</i>	<i>Tergantung dokter itu sendiri.. Jadi itu persoalan etika.. Karena formularium itu di buat atas usulan dia sendiri... selama ini kan menggunakan formularium belum berjalan dengan baik. Lah terus, saya kan sekarang belum bisa menjawab, sejauh mana itu tidak baiknya, karena evaluasi secara komplit kan belum ada, masih direncanakan.. Di SPM, kepatuhan penggunaan formularium itu standarnya 100%.</i>
17	Kendala Penggunaan formularium	<i>Satu tidak tersedia obat itu di apotik, yang kedua nakalnya dokter..jadi tidak menghormati formularium yang ada..</i>	<i>Ya, yang jelas kepatuhan. Kemudian masalah etika, sejauh mana dokter punya etika untuk bisa memberikan obat secara rasional, kan tergantung lagi.. Kemudian dari indikasi... (Itu) juga dari 'man'nya yang menentukan. Kalau 'man'-nya kompetensinya bagus, dia akan cepat mendiagnosa dengat tepat, dan pengobatan pasti lebih terarah.</i>
No.	Pertanyaan	3	4

	- Sangsi penggunaan obat yg tidak sesuai formularium		
V.	<b>Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS</b>		
18	Proses & Tujuan Pembentukan SKFT	<i>Jadi SKFT ini memberikan masukan dan menyusun formularium rumah sakit. Yang kedua menentukan bersama-sama dengan SMF obat yang dipergunakan di RS, kemudian memantau side efek atau komplikasi obat. Kemudian updating formularium, terus.. mengawasi ketaatan penggunaan formularium.</i>	<i>Tujuannya, salah satunya dia harus membuat pedoman penggunaan obat rasional.. Kedua agar pemakaian obat-obatan itu bisa dimaksimalkan. Kemudian itu sebagai salah satu bentuk upaya .. ee untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit. Salah satunya itu, dengan adanya formularium juga</i>
19	Tugas SKFT		<i>Jadi tim ini sifatnya mengusulkan kepada pimpinan rumah sakit, agar obat-obat tersebut diberlakukan di RS ini ..... kemudian.., itu saja. Itu cara yang terbaik .</i>
20	Peran penting & kinerja SKFT dalam POR RS	<i>Harusnya iya, .. saat ini belum maksimal ya ..</i>	<i>Harusnya iya (berperan penting).., dalam berupaya tanpa henti-hentinya mengajak para dokter untuk bisa memakai formularium itu.. namun dalam pelaksanaannya seperti saya katakan diawal, sampai sekarang belum tahu evaluasinya. Jadi belum tahu sampai sejauh mana ini bisa efektif, apakah terjadi peningkatan, ataukah berkurang, kita belum tahu</i>
	- Keterkaitan SKFT dengan PPI, Farmakologi klinis dan PRA,		<i>.. tugasnya itu saling terkait sebenarnya. Peran dari seorang farmasi klinis, adalah bagaimana dia bisa memberikan masukan kepada dokter, bahwa apakah obat ini punya potensi obat yang rasional atau tidak.. Peran PRA, apakah obat yang diberikan itu tepat dosis atau tidak, kemudian apakah ada obat yang sifatnya saling overlapping, atau saling berlawanan.. Kemudian perannya PPI, sejauh mana seorang dokter yang mempunyai pasien, mendapatkan informasi dari si tim PPI bahwa .. ini loh peta kuman yang ada</i>
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

	- Kendala yang dihadapi SKFT		<i>.. evaluasinya itu kan sampai sekarang belum ada, karena tim ini kan tidak berjalan dengan efektif. Jadi tentu, sejauh mana program itu, secara pastinya sih belum bisa kita dapatkan..., belum kita ketahui. (selain itu) sampai sekarang SK-(revisi) nya belum terbit.</i>
VI.	<b>Pendidikan berkelanjutan untuk dokter</b>		
22	Pendidikan berkelanjutan untuk dokter di RS ini	<i>dari rumah sakit, untuk pendidikan berkelanjutan ya .bukannya kursus, kursus atau seminar ya.. . itu belum jelas.</i>	<i>Iya ada, ada. Justifikasinya ada juga. Dokumennya ada di bagian perencanaan. Informasi itu ada di Diklat ya...</i>
23	Pelatihan khusus mengenai POR untuk dokter	<i>Pernah ada, lupa saya namanya, tapi pernah ada</i>	<i>Komisi Mutu belum, karena kita baru tahun (2010) ini ada</i>
	- Pelaksana / pendanaannya	<i>Dari rumah sakit sendiri, belum ada ya realisasinya... Yang ada usaha sendiri-sendiri dari masing individu dokter, dan SMF yang merasa memerlukan..</i>	<i>Ada itu, kita pakai dana rumah sakit sendiri ada</i>
VII.	<b>Supervisi, Audit dan umpan balik</b>		
24	Pelaksanaan supervisi / audit POR di RS	<i>Sudah.. kan dilakukan oleh pihak farmasi kan..</i>	<i>... Supervisi sekali-sekali ada saya lihat. (untuk audit di bagian perina ?) .. kalau tidak salah dulu itu kan ketua SKFT itu kan dari dokter anak. Kebetulan dia pegang Perina, jadi dia lakukan ujicoba audit di bagian Perina, karena dia bisa langsung mengawasi.... Yang lain belum.. , sementara ini baru mau kita garap..kita mau garap. Saya baru saja berbicara dengan Kepala Farmasi untuk membahas tentang sampai sejauh mana pemakaian obat-obat di rumah sakit sesuai dengan formularium.</i>
25	Yang bertanggung jawab untuk melaksanakan supervisi	<i>Harusnya SKFT dan farmasi..jadi itu</i>	<i>itu SKFT</i>
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

27	Supervisi lembaga/instansi di luar RS	<i>Di dalam rumah sakit ini ? belum, selama ini belum. Cuman pernah kita dipanggil diajak ... Diundang untuk menghadiri pertemuan penggunaan obat antibiotik rasional. Yang ngadain Kemenkes,tapi tidak dilaksanakan di Kemenkes,.. ee di hotel apa gitu..</i>	<i>Oleh BPK, sebagai instansi lain kan.. itu sudah pasti, itu rutin setiap tahun dia periksa. Jadi pemeriksaan BPK juga bisa masuk dalam salah satu bagian dari audit, sebenarnya..</i>
28	Mekanisme umpan balik hasil supervisi	<i>kalau feedbacknya saya nggak tahu, mungkin farmasi yang tahu.</i>	<i>Feed back dari BPK pasti ada, tapi saya tidak lihat dokumennya, karena itu langsung ke Direktur Utama..</i>
<b>VIII. Menghindari Insentif financial tanpa alasan</b>			
29	Insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini	<i>Selama ini, masih disetujui penggunaan obat-obatan yang generik, ada obat-obatan pendamping, istilahnya.. 'mitu' atau apa itu.. Jadi boleh obat-obatan ber-merk. Jadi, saya mengatakan masih ada</i>	<i>Insentif khusus, sebenarnya kita tidak ada ya. Secara sistem tidak ada.. (Kalau) secara pribadi, saya tidak bisa memberikan gambaran. Bukan persoalan susah dibuktikan. Tidak ada data yang kita punya, jadi kita tidak bisa memberikan informasi, bahwa itu ada atau tidak.</i>
30	Penggunaan insentif tersebut	<i>Untuk pertemuan-pertemuan ilmiah,.. gratifikasi ... he he</i>	
<b>Edukasi public mengenai obat</b>			
34	Cara & upaya penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat	<i>Kalau per obat, dokter sudah memberikan. Edukasi itu dilakukan pada waktu dokter melakukan pengobatan. Itu secara individu Secara kolaborate, ada spanduk-spanduk, seperti obat TB, obat yang rasional, .. atau di leaflet-leaflet itu kan ada..</i>	
<b>X. Saran dan Masukan</b>			
36	Saran atau masukan untuk peningkatan POR sesuai rekomendasi WHO di RSUPP	<i>Jadi salah satu tujuannya adalah efektifitas pengobatan itu dicapai ...dengan biaya yang rendah ...</i>	<i>Yah, sarannya tentu kita memperbaiki yang tadi. Dari 'man'nya kita harus lebih meningkatkan komitmen dokter, dalam hal bisa menggunakan obat-obat sesuai formularium itu.. Dari segi</i>

**Matrik Hasil Wawancara Mendalam "Penerapan Kebijakan Penggunaan Obat Rasional ;  
( Studi Kasus Penggunaan Antibiotika di Bagian Perina RSUP Persahabatan Jakarta,2010)**

No.	Pertanyaan	7	8	9
<b>A</b>	<b>Penggunaan Obat Rasional (POR)</b>			
1	Pengertian POR secara praktis	<i>Sebetulnya obat yang sudah dibuat apa ya, jadi masing-masing SMF itu membuat apa sih istilahnya panduan kalau sakit ini obatnya ini-ini. Tapi namanya apa ya, kita baru punya 5 SMF yang punya.</i>	<i>Penggunaan obat rasional, secara praktis dilapangan yang seharusnya adalah, pertama, sesuai dengan indikasi, setelah indikasi jelas harus tepat sasaran, harus tepat juga dosis yang akan diberikan kepada pasien, kemudian rute pemberian</i>	<i>sesuai indikasi , ... tidak aku takut pakai ini-ini, enggak. Jadi ada indikasinya, kalau terjadi di bayi yaa ada faktor resiko mayor minor dan dapat labnya.</i>
2	Pentingnya POR	<i>Sangat penting itu karena supaya menghindari resistensi terhadap ini ya antibiotic ya</i>	<i>Sangat penting sekali, karena banyak pihak yang berkepentingan. Setidaknya ada tiga pihak yang berkepentingan dalam hal pengobatan rasional. Yang pertama yaitu pasien sendiri, pasien pasti berharap mendapatkan pelayanan yang terbaik. Terbaik itu adalah pelayanan yang tepat. Kalau pasien tidak mendapatkan pelayanan yang tepat, berarti dia sudah kehilangan waktu, kehilangan kesempatan kerja dan kehilangan biaya. Yang kedua adalah kepentingan dari dokter, dokter itu mempunyai kepentingan bahwa, apa yang dia berikan kepada pasien itu manjur, dalam artian sesuai dengan yang diharapkan. Semakin cepat perkembangan yang didapatkan dengan pemberian antibiotika sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman dokter. Dokter tersebut juga mempunyai suatu kepuasan tersendiri, bahwa ilmu dan keterampilan yang dia berikan ke pasien itu sudah sesuai..dan tentunya selalu di-Update, apabila ada kekurangan  <i>Yang ketiga adalah kepentingan rumah sakit, semakin lama "long stay" pasien di rumah sakit, menandakan pelayanan di rumah sakit itu tidak baik. Kemudian secara keseluruhan, ujung-ujungnya adalah biaya. ...</i></i>	<i>Penting</i>

3	Kebijakan POR dan Penerapan POR di RS	<p><i>Di kita ya, sebetulnya kalau kebijakan sudah sejak pak Agung itu sudah sekitar 2006. Hanya pelaksanaannya dilapangan yang tidak mudah. Pak Agung itu sangat-sangat mendukung PRA dulu. Pak Agung dapat dari Depkes terus langsung ditunjuk dokter Hesti.</i></p>	<p><i>Di rumah sakit ini dalam penerapannya itu, dari tim PRA, ada satu unit khusus yang dia secara peeriodik menerbitkan satu 'guidence', yang disebut PPAB ya, Pedoman Penggunaan Anti Biotika yang ada di RS ini. PPAB itu disusun berdasarkan pola kuman dan pola resistensi. Yang juga dirilis secara periodic setiap 6 bulan sekali, berdasarkan data 6 bulan sebelumnya. Yang meneliti ini adalah (bagian) mikrobiologi. Mikrobiologi itu tugasnya adalah melakukan suatu pemeriksaan sampel yang dicurigai infeksius terhadap pasien, disana diteliti kumannya apa, karena ada beberapa jenis kuman. Nah kuman-kuman ini diuji terhadap beberapa macam antibiotika yang biasanya sudah ditetapkan jenis antibiotikanya ini, ini, ini..., Yang sering digunakan dan yang umum di rumah sakit tersebut.. Dari hasil itu kemudian ada umpan balik, dari ahli mikrobiologi ke dokter klinisi, ada saran-sarannya yang ini resisten, ini intermediate, ini sensitif.. Disarankan penggunaannya adalah antibiotika yang masih sensitif..</i></p>	<p><i>khusus di Perina sudah</i></p>
---	---------------------------------------	--	--	--------------------------------------

	<p>- Upaya pencegahan Resistensi</p>	<p><i>Nah jadi panduan itu sangat penting supaya ya itu mengurangi resistensi dan paling tidak resistensinya diperkirakan setahun dua tahun nah ini bisa bakalan panjang tidak resisten gitu lo.</i></p>	<p><i>Nah, SMF yang mempergunakan antibiotic tersebut, memakai pola kuman tersebut, sebagai dasar untuk menentukan penggunaan antibiotika, yang nanti dituangkan dalam PPAB. Di ICU kemudian di NICU, ada satu Chief di ICU yang disebut dengan Chief DPJP di ICU, yang mengkomunikasikan pendapat satu dokter dengan dokter lain... Yang menentukan penggunaan antibiotika di ICU dan NICU..nanti adalah Chief DPJP nya, tentunya didasarkan pada PPAB yang ada di SMF, kemudian jenis dan pola kuman yang ada di ICU dan NICU, dan pengalaman klinis masing-masing dokter, sehingga disana penggunaan antiobiotika menjadi terkontrol. Terkontrol dalam artian, apa yang diberikan itu menjadi rasional. Tepat indikasi, tepat sasaran, tepat dosis dan tepat rute pemberian..</i></p>	<p><i>Kita prinsip pengobatan broadspectrum ketika kultur belum tumbuh, itu broadspectrum. Nah penentuan dan obat double tidak boleh tunggal karena ada tujuannya, kalau pada bayi itu obat double itu kita mengurangi resistensi dan memperkuat sifat potensi antibiotic itu.</i></p>
<p>4</p>	<p>Penyebab pengobatan menjadi irasional</p>	<p><i>Ya seharusnya dia tidak pakai antibiotic generasi sekian dia pakai. Karena dia yakin, misalkan orang yang jarang minum antibiotic tapi dia minum berarti minumannya itu amoksilin aja sudah cukup, tapi sama dokter biar cepat sembuh di kasih apa cipro misalnya. Nah itu jadi tidak rasional lagi. Terus flu tidak perlu antibiotic dikasih, diare ngak perlu antibiotic dikasih misalnya hanya virus dikasih. Nah itu jadinya tidak rasional, penggunaan-</i></p>	<p><i>Kendala obat menjadi irasional, itu karena beberapa factor, yaitu yang sifatnya manusiawi. (1) Berhubungan dengan produk. Sekarang ini banyak sekali produk antibiotika yang baru-baru dirilis, dari generasi ke generasi, bahkan ada varian-variannya, berbagai merk. Kita tidak bisa pungkiri bahwa iming-iming dari farmasi itu besar sekali. Tetapi untuk rumah sakit negeri, saya kira itu tidak, sehingga hanya beberapa klinisi mungkin yang menganggap itu obat baru, yang belum juga ada diteliti di rumah sakit Persahabatan .. Sehingga mencoba berdasarkan evidence based yang dikemukakan produsen tersebut.. Yang (2) kedua nurani. Bisa saja seseorang</i></p>	

5	Faktor yang merupakan prioritas untuk meningkatkan POR?		<i>Karena RS ini besar sekali dan pelayanannya pun tersebar, kita menggunakan pilot project, Kita memilih beberapa ruangan yang: (1) rentan terhadap suatu infeksi, dan dianggap pasien tersebut sudah terkena infeksi, dan (2) penggunaan antibiotika sudah tidak bisa dibendung lagi oleh klinisi, jadi pasti diberikan antibiotika. Contohnya di ICU kemudian di NICU,</i>	
<b>B</b>	<b>Rekomendasi WHO</b>			
6	Pengetahuan tentang isi rekomendasi WHO	<i>Belum sih, ngak tahu mungkin istilah aja ya. Mungkin yang dikasih Depkes sekalian assessment itu kali ya. Hanya istilah aja mungkin itu kali ya. Saya lupa isinya ya.</i>	<i>, saya pernah dengar, ya yang rekomendasi WHO itu</i>	<i>Sudah,</i>
7	Pendapat mengenai rekomendasi WHO (menguntungkan/merugikan)	<i>Sebenarnya itu sudah bagus ya dan kita juga ada kan yang itu dibawah Komite Medik.</i>		<i>Ya diikutilah, bagus kok. Untuk Rumah Sakit se center ini maksudnya yang semuanya ada bisa dilakukan</i>
8	Penerapan rekomendasi WHO di RSUPP	<i>Sudah jalan cuman belum kelihatan</i>	<i>Bahkan di rumah sakit sendiri kan juga diserap, ya 12 langkah itu, salah satunya bahwa di RS itu tidak bisa berdiri sendiri, harus ada 4 pilar itu, yang satu mikrobiologi klinik, farmasi klinik, kemudian yang dulu pengendalian infeksi (PPI), yang ke-empat itu SKFT, yang dibawah Komite Medik,</i>	<i>Sudah.</i>
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
III	<b>Pedoman Pengobatan (Langkah 1)</b>			

9	Kebijakan/Cara penetapan pedoman pengobatan di RS (PPAB)	<i>Itu ada kalau kebidanan saya tahu ngambilnya dari Surabaya atau Semarang tapi tentunya ada juga dari luar. Nah dasarnya itu, kalau anak itu dari mana gitu. Jadi dari yang sudah membuat kemudian disesuaikan dengan kondisi kita. Nah sekarang karena kita punya pola kuman dan resistensi, nah Dr. Riantoko maunya disesuaikan dengan gambaran pola kuman itu dan pola resistensi.</i>	<i>Iya, harus ada guide-line. Kita sudah punya PPAB, dan itu disusun dalam bentuk buku yang dijadikan pedoman.... Dasarnya dari mikrobiologi..., jenis kuman apa yang ditemukan di RS ini, dan jenis antibiotik apa yang masih sensitif untuk membunuh kuman tersebut.. Karena kalau tidak ada guideline itu liar. Saya katakan liar karena, semua memakai dasarnya sendiri-sendiri, bisa dia dari pengalaman seniornya, itu yang paling jelek kan begitu, seniornya pakai apa, apa, gitu. Kemudian berdasarkan evidence based yang ada di teksbook. Di teks book itu berbeda dengan kondisi lokal di RS Persahabatan.</i>	<i>berdasarkan referensi, jurnal kemudian center tertinggi karena semuanya protab istilahnya bukan nasional saja ya tapi internasional, hanya jenis antibiotic yang dipakai itu berbeda-beda sesuai dengan institusi, karena pola kuman dimasing-masing tempat berbeda</i>
	Tim yang mengelola pedoman pengobatan		<i>Jadi kembali ke penggunaan antibiotik, PPAB itu memang bagian tugas dari PRA... Kegiatan PRA, tujuannya adalah mengendalikan pola resistensi anti mikroba, jangan sampai semua mikroba itu resisten terhadap antibiotika.</i>	<i>SMF kita rapatkan ini-ini, bikin PRA kita ajuin terus nanti akhirnya semuanya kan disahkan oleh direktur</i>
10	Kapan dan siapa yang mensahkan pedoman pengobatan	<i>Direktur</i>		<i>mensyahkan dari panitia PRA itu karena masing-masing itu terus direktur manajemen kan</i>
11	Cara sosialisasinya Pedoman Pengobatan	<i>Ya disosialisasikan tapi awalnya disosialisasikan di intern seperti itu. Di intern terutama masing-masing SMF lah.</i>	<i>Sebelum kita sosialisasikan dalam bentuk jadi, mereka sudah tahu. Kemudian kita sosialisasikan juga dalam forum yang lebih besar, yaitu hospital, seperti morning report itu dibawa.</i>	<i>Menurut saya ya iya, cuma terserap apa nggak karena yang memakai ya saya sendiri. Kan Perina aku sama Yuli, berdua.</i>
12	Apakah pedoman Pengobatan diketahui petugas yankes	<i>Harusnya iya. Kita pun juga tim PRA, PPI harusnya tahu.  Kenyataannya diketahui semuanya enggak Dok ? Enggak,</i>	<i>Pasti..., jadi karena itu yang membuat adalah SMF, ya SMF harus tahu. ... Karena, ini (RSUPP) adalah RS pendidikan, yang penggunanya selalu berganti. Dokternya bisa tetap, tetapi disini ada residennya yang selalu berganti-ganti. Residen itu harus mempelajari PPAB yang ada di RS ini ...Sehingga ada satu kesamaan persepsi dalam melayani pasien.. ada kontinuitas.</i>	<i>Iya, sampai ini aja yang ambil darah mereka sendiri baru lapor aku dan jalan. Jadi lapor sudah ada hasil, mereka sudah tahu. Samapi sak dosis-dosis sudah tahu.</i>
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
IV	<b>Penggunaan DOEN dan Formularium</b>			

13	Pendapat tentang DOEN		<i>DOEN itu esensial yang diperlukan, ya.. Jadi yang diperlukan itu tergantung siapa yang memerlukan ... Kalau Kemenkes itu mau membikin suatu DOEN untuk rumah sakit. harus tanya rumah sakit tersebut.</i>	<i>DOEN kan umum ya, coba lihat obat-obat bayi. disini sudah lebih advent daripada DOEN.</i>
14	Penggunaan DOEN di RS		<i>Tentunya DOEN-nya untuk RS Jantung akan berbeda dengan DOEN RS yang mempunyai prioritas penyakit paru seperti RS Persahabatan, mungkin beda juga dengan RS yang unggulannya adalah ortopedik.</i>	<i>Kalau kita nggak pakai dari DOEN ya, yang kita pakai jurnal itu, jurnal terbaru.</i>
15	Pembuatan formularium RS		<i>Ya, RS membuat formularium, obat-obat apa saya yang esensial yang dibutuhkan di rumah sakit.</i>	<i>Ada formularium. Formularium pasien harus ada, kalau nggak ada nggak akan tersedia kan</i>
16	Kesesuaian penggunaan formularium di RS		<i>Yaa, itu sih .. terlalu.. susah untuk dijawab. Karena kembali ke monitoring, tentunya sudah sesuai atau tidak, itukan harus ada suatu monitor ya, tanpa ada suatu monitor, tidak ada laporan yang bisa dipercaya..</i>	<i>Kalau yang kita bikin sendiri sesuai</i>
17	Kendala Penggunaan formularium		<i>Karena banyak dokter, banyak SMF, penggunaanya, kita susah Dan monitoring itu biasanya termasuk yang paling lemah, termasuk di RS ini. Planningsnya mungkin bisa, implementasinya bisa, tapi untuk memonitor itu susah. Terus terang untuk yang satu itu , saya belum punya data... Saya di bagian bedah itu juga tidak punya data, apakah sudah sesuai dengan formularium atau belum.</i>	<i>Karena formularium itu kan dibikin tahun sekian, ini kan jalan terus perkembangannya pesat. Mungkin 6 bulan lalu sama 6 bulan besok ada perbaruan lagi.</i>
	- Sangsi penggunaan obat yg tidak sesuai formularium			
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
V.	<b>Pembentukan Komite Obat dan Terapeutik RS</b>			

18	Proses & Tujuan Pembentukan SKFT	<i>Itu dibawah Komite Medik . Tujuannya sebenarnya sama, sama-sama nanti akhirnya kembali ke pengobatan rasional gitu-gitu lah.</i>	<i>Tujuannya yaitu untuk memperoleh pengobatan yang rasional. Karena untuk penggunaan antibiotik di lapangan, itu adalah klinisi. Nah klinisi itu kan adanya di bawah SMF, SMF dibawah komite medik. Makanya disana dikendalikan oleh Sub Komite Farmasi dan Terapeutik. Tidak boleh berjalan sendiri, tetapi mengikuti guide-line yang dikeluarkan oleh SKFT.</i>	
19	Tugas SKFT			<i>Farmasi dan Terapi itu memfasilitasi kita untuk memikirkan dan sama untuk follow up evaluasi. Dia ikut memantau kita juga gitu lo.</i>
20	Peran penting & kinerja SKFT dalam POR RS		<i>Ee.. ya SKFT itu untuk di RS ini, di komite medik saya belum tahu ya, apakah itu ada, dan siapa koordinatornya, tetapi bisa juga..itu dari komite medik dilimpahkan ke masing-masing SMF .. Sehingga masing-masing SMF bertanggungjawab terhadap pemakaian farmasi, dalam bentuk terapeutik terhadap antimikroba, begitu Jadi SMF sendiri kan juga merupakan bagian dari Komite Medis. Kalau secara khusus SKFT itu ada, kog saya belum lihat di RS ini</i>	<i>Monev ya, Monitoring dan Evaluasi ? Iya.</i>
21	Pertemuan pembahasan masalah POR oleh SKFT		<i>... kasus-kasus yang ee ada problem dengan infeksi, dan penggunaan antibiotika yang dimana-mana, kog resisten, itu dibahas dalam suatu tim khusus yang melibatkan ke 4 komponen tadi. va 4 pilar dalam</i>	<i>PRA rutin sebulan sekali</i>
	- Kendala yang dihadapi SKFT	<i>jadi disini pun mba Eni tidak akan berani melangkah begitu kalau ngak ada yang backing apalagi dokternya garang-garang.</i>		
<b>VI. Pelatihan berkelanjutan untuk dokter</b>				
22	Pelatihan berkelanjutan untuk dokter di RS ini	<i>Kayaknya iya, mba Eni suka keluar masuk diikutkan pelatihan</i>		<i>Terus, karena kalau di SMF itu ada kewajiban-kewajiban yang memang harus diikuti oleh dokternya,</i>

No.	Pertanyaan	7	8	9
23	Pelatihan khusus mengenai POR untuk dokter	<i>Kayaknya sih belum, seingat saya belum tapi bisa saja dicross cek ke farmasi mungkin farmasi kan menjadi salah satu narasumber.</i>	<i>Sampai sekarang belum, kita hanya memberikan sosialisasi-sosialisasi saja</i>	<i>Kita enggak mengikuti pendidikan khususnya, tetapi ketika ada symposium, seminar yang isinya penggunaan antibiotic terutama untuk bayi kita ikut.</i>
	- Pelaksana / pendanaannya			<i>jarang kita dibiayai oleh Rumah Sakit. Sponsor, jujur dok ? Enggak.. kita ini (bayar) sendiri, Rumah Sakit itu jarang.</i>
<b>VII. Supervisi, Audit dan umpan balik</b>				
24	Pelaksanaan supervisi / audit POR di RS	<i>Itu sudah dilakukan ..., tapi baru yang di ICU kalau ngak salah.</i>	<i>Secara global di Rumah sakit belum. Ya itu tadi, bahwa kelemahan dalam suatu organisasi itu adalah sistem evaluasi. Tetapi secara khusus, pada kasus-kasus tertentu, itu sudah.... Itu sering sekali pasien-pasien yang ada di NICU dan ICU</i>	<i>Terakhir sebelum saya sekolah itu ada audit.</i>
25	Yang bertanggung jawab untuk melaksanakan supervisi	<i>Itu yang kita seharusnya dibikin jadwal terus ada penggeraknya yuk kita ini-ini. Itu yang belum ada. Karena masing-masing sibuk sendiri-sendiri, memang seharusnya ketuanya kali ya tetapi ketuanya menyediakan waktunya hanya hari selasa apa ya, sementara hari Selasa kita juga belum tentu ada waktu.</i>	<i>Yang bertanggungjawab ya PRA,.karena PRA itu merupakan suatu wadah untuk menampung ke-4 pilar tadi, jadi harus ditopang. Kadang menjadi wadah, sehingga berada di bawah , dia harus memfasilitasi dari pilar-pilar tersebut..</i>	<i>Ketua PRA nya.</i>
26	Supervisi/audit secara berjenjang di dalam RS			<i>PRA, ketua PRA, ketua PRA itu Direktur. Kalau Farmasi Terapi itu Komite Medik.</i>

27	Supervisi lembaga/instansi di luar RS	<p><i>Ada ngak ya itu. Mungkin pas akreditasi itu kali ya. Coba nanti juga di cross cek ya.</i></p>	<p><i>Ya..ada ... Karena PRA ini masuk dalam wilayah.. Dirjen tentang perumahsakit, Yan Med.. Itu ada program dari Kemenkes untuk implementasi PRA di RS. Sebetulnya hanya untuk merangsang saja tujuannya, bukan program Kemenkes yang terus menerus.....Seperti tahun kemaren, ada penilaian akreditasi PRA di RS. Dari 24 RS yang di bawah Kemenkes, yang dinilai ya syukur, di Persahabatan ini dapat poin juara III.</i></p>	<p><i>Kalau sampai sekarang belum ya, cuma melalui Depkes itu pernah ada pelatihan untuk evaluasi terapi. Nah itu belum seragam juga, ketika ditanya waktu itu yang berangkat orang PRA si Eni itu waktu saya ada pertanyaan-pertanyaan evaluasi terapi itu kan ada sub-sub judulnya jadi ada yang membingungkan, itu ternyata ada juga yang belum terjawab. Itu yang mengadakan Depkes. Itu kan baru disebut wacana evaluasi</i></p>
28	Mekanisme umpan balik hasil supervisi	<p><i>Ya feedbacknya ya itu lulus, tidak lulus itu.</i></p> <p>Rekomendasinya Dok ?  <i>Rekomendasinya mungkin ada kali ya, tapi ngak tahu ada ngak ya, mungkin ada kali ya bisa dilihat ditempatnya mas Anton yang menerima.</i>  <i>Coba nanti di cross cek apa ada feedback setelah dinilai</i></p>	<p><i>Ya, paling-evaluasi-evaluasi saja, .. kedepannya harus lebih baik, bahwa ini adalah bagian dari rumah sakit, tidak usah berlomba karena ada penilaian, karena ada penghargaan, bukan itu. Tanpa dinilai pun itulah bagian dari rumah sakit..</i></p>	<p><i>Tanya dulu ke tim PRA aja.</i></p>
<b>VIII. Menghindari Insentif financial tanpa alasan</b>				
29	Insentif khusus yang didapatkan dari penggunaan obat tertentu di RS ini	<p><i>Ngak tahu ya apa itu farmasi itu kali yang lebih tahu kalau dari farmasi atau klinisi salah satu pengguna itu. Kalau kita mungkin timnya enggak. Ngak ada.</i></p>	<p><i>Itu tidak ada sebetulnya.., tapi farmasi itu kan mempunyai suatu program pendidikan. Nah jadi ee dokter-dokter itu mendapat suatu support untuk pendidikan berkelanjutan, semacam seminar, simposium ditempat lain, ya.</i></p>	<p><i>“(insentif dari)Obat enggak (ada), (obat yang dipakai) kan generik. Kan kita kalau insentif nggak ada, kan kalau yang dimaksud insentif resmi ni kalau dulu yang pernah berjalan menurut aku apotik, apotik punya keuntungan ya kan, dari itu seharusnya tapi nggak dipakai .</i></p>

30	Penggunaan insentif tersebut		<i>Dan itu memang sudah disepakati oleh Kemenkes waktu itu, kemudian dari persatuan farmasi dan IDI, bahwa pemberian "support" dari farmasi ke dokter, tidak boleh dalam bentuk barang, dan material apalagi dalam bentuk uang, tetapi hanya boleh untuk menunjang pendidikannya, jadi fasilitas-fasilitas untuk KIE.., (karena) untuk akreditasi selama 5 tahun sekali, dan dia harus mengumpulkan suatu kredit poin, untuk pengurusan STR (Surat Tanda Registrasi) berikutnya. Sehingga keterkaitannya sangat kuat sekali. Dan dokter untuk mengeluarkan uang sendiri itu susah, apalagi di rumah sakit pemerintah, pendapatannya tidak seberapa, dan dia harus mengeluarkan sendiri biaya pendidikan,</i>	
<b>IX. Ketersediaan obat (utk informan Farmasi)</b>				
30a	Kesesuaian pemakaian obat dengan formularium yg ada			<i>obat yang saya kasih sudah ada kok di formularium, karena dulu sudah dimasukan oleh dokter (penanggung jawab) yang lama..</i>
31	Kontinuitas ketersediaan obat untuk kebutuhan pasien	<i>Kalau "petugasnya" waktu itu pernah cerita ke saya ya, waduh ini banyak antibiotic dokternya minta tahunya hanya pakai sekian habis itu numpuk</i>		<i>Kan kita semua disini itu kesulitannya adalah tidak ada satelit (farmasi), kita sudah NICU ni sudah lengkap kan, harapan kita Perina ini supaya lebih gampang terus supaya 24 jam ada karena bayi masuk jam berapa aja itu ada satelit farmasi, satelit apotik ya disini. Dia nyediani disini. Kalau enggak ini semua yang bertanggung jawab perawat semua, dia suruh ngitung, dia suruh ini amprah gitu dia yang bertanggung jawab padahal dia jadi kerjanya terkuras, seharusnya dia full di bayi jadi harus mikiri itu. Itu yang belum ada disini, ya ada apotik 24 jam ada di kita Rawat inap tetapi kalau malam nggak mesti orang tuanya ada</i>

32	Mekanisme menjaga ketersediaan obat tersebut	<i>Ketersediaannya mungkin akan mudah kalau misalnya dokternya minta terus</i>	<i>.. di rumah sakit pemerintah ini agak susah, mungkin bisa tanya di depo farmasi, karena yang berperan adalah depo farmasi...Karena berhubungan sekali dengan sistem pengadaan, sistem tender. Yang itu yang kadang kita tidak bisa mengintervensi, kepentingan atau sistem birokrasi yang masih panjang sekali..</i>	<i>Harusnya ada depo (farmasi) disini. Menurut aku sudah sekomplek ini sudah harus ada depo sehingga perawatnya tidak direcoki kerjaan ngurus obat. Mungkin pernah diajukan farmasi tenaganya yang terbatas.</i>
33	Kesesuaian perencanaan pengadaan obat dgn penggunaan obat oleh SMF	<i>Jadi kelihatannya ya mungkin kalau sampai dikeluhkan begitu saya rasa penggunaannya masih itu ya.</i>		
<b>Edukasi public mengenai obat</b>				
34	Cara & upaya penyebarluasan informasi penggunaan obat kepada masyarakat	<i>saya rasa "petugas" itu pernah kasih penyuluhan tapi penyuluhan itu dengan orang awam atau tidak saya ngak tahu. Tapi nanti bisa di cek lagi dengan "petugasnya"</i>	<i>Sampai saat ini belum, mustinya memang ..(harus ada)... Masyarakat di rumah sakit itu ada dua, yaitu masyarakat pelayan, mulai dari dokter klinisi, perawat sampai pekaryanya yang terlibat dalam proses infeksi... Yang kedua, masyarakat yang dilayani, itu ada dua yaitu pasien dan keluarga pasien. Jadi masyarakat yang dilayani itu juga harus mengerti, bahwa kuman itu bisa ditularkan antar mereka</i>	<i>Kita ada semua, istilahnya kita menggunakan obat ini kan harus ada hitam diatas putih. Kita kasih obat apa kita kasih ke orang tuanya, tapi kita menerangkan setingkat pengetahuan dia.</i>
35	Tanggapan /pemanfaatan masyarakat terhadap informasi penggunaan obat tsb			<i>Tapi ada juga yang sudah dikasih tanda-tanda begitu, kok nggak dikasih tahu. Nggak mudeng Makanya harus ada hitam diatas putih.</i>
X.	<b>Saran dan Masukan</b>			

36	Saran atau masukan untuk peningkatan POR sesuai rekomendasi WHO di RSUPP	<i>Sebenarnya itu sangat tergantung dengan klinisi ya, kita susah untuk menyadarkan klinisi. Jadi mungkin kebijakannya harus betul-betul diikuti, terus si apa ya, pembuat kebijakan itu harus jadi monev nya itu harus tepat ya.</i>	<i>Semua kembali kepada knowledge... knowledge dari tim tersebut, terkait yang 4 pilar tadi. Yang kedua nurani. Nurani berkata apa, dengan dasar pengetahuan yang baik dikendalikan oleh satu nurani, itikat yang baik, untuk satu tujuan yang sama, yaitu sama-sama mengendalikan penggunaan antibiotika, untuk mencegah resistensi kuman, itu akan lebih baik Bisa saja seseorang mempunyai pengetahuan yang baik, kalau nuraninya di-imingi-imingi, pengetahuan itu bisa dikalahkan, karena tentu manusia punya kebutuhan-kebutuhan</i>	<i>Evaluasi. Misalnya sudah dijalankan, kan harusnya sekian bulan sekali kan begitu protab diawal kan mau laporan itu kalau nggak digerakkan lagi ya berhenti lagi. Seperti biasalah kegiatan ini.</i>
----	--	---	--	--