



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PEGAWAI TERHADAP
UPAYA *COST CONTAINMENT*
DI INSTALASI FARMASI
RSUD PASAR REBO TAHUN 2011**

TESIS

NUR ARINI BATUBARA VERA

1006746180

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

DEPOK

JULI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PEGAWAI TERHADAP
UPAYA *COST CONTAINMENT*
DI INSTALASI FARMASI
RSUD PASAR REBO TAHUN 2011**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

NUR ARINI BATUBARA VERA

1006746180

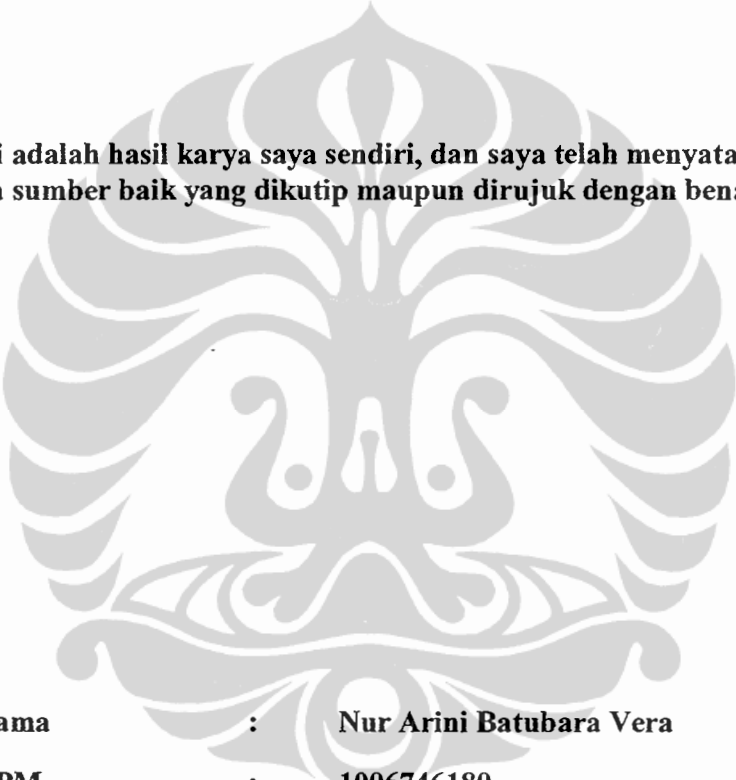
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**


DEPOK

JULI 2012

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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



Nama : Nur Arini Batubara Vera
NPM : 1006746180
Tanda Tangan : 
Tanggal : 14 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya:

Nama : Nur Arini Batubara Vera
NPM : 1006746180
Mahasiswa Program : S2 - Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2010

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

“Persepsi Pegawai Terhadap Upaya Cost Containment di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011”

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, 16 Juli 2012



(Nur Arini Batubara Vera)

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nur Arini Batubara Vera
NPM : 1006746180
Program Studi : S2
Judul Tesis : Persepsi Pegawai terhadap
Upaya Cost Containment di
Instalasi Farmasi
RSUD Pasar Rebo
Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program S2, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, DR.PH, M.PH (.....)
Penguji : Kurnia Sari, SKM, MSE (.....)
Penguji : Atik Nurwahyuni, SKM, MKes (.....)
Penguji : Amila Megraini, SE, MBA (.....)
Penguji : Enie Rochaeni, SKM, MARS (.....)

Ditetapkan di: Depok

Tanggal : 14 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim. Alhamdulillahrabbi'alamin penulis sampaikan kehadiran Ilahi Rabbi Allah SWT karena atas izinNYA, kasih dan sayangNYA memberikan kekuatan dan kesempatan yang luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian di RSUD Pasar Rebo Jakarta dan merampungkan penyusunan tesis sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pascasarjana di Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia Depok.

Penulis menyadari sepenuhnya bantuan yang sangat berharga dari berbagai pihak yang penulis terima sampai terselesaikannya penyusunan tesis ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Orang tua tersayang Bapak Surban Batubara dan Ibu Nur Amalia yang tidak pernah jemu memberikan motivasi lahir batin, semoga Allah SWT mengangkat derajat Bapak dan Ibu di sisiNYA atas semua kebaikan, ketulusan hati, dan keringanan tangan yang Bapak dan Ibu berikan selama ini, Amin.
2. Suami tercinta Husnul Yanwar, SSi dan Ananda yang cantik, pintar, dan sholihah Aisyah Sakinah Karimah. Terima kasih atas dukungan yang sangat berarti selama Bunda kuliah, keberadaan Ayah dan Aisyah mengisi semua kekurangan yang ada di diri Bunda, semoga Allah SWT semakin sayang kepada kita sekeluarga, Amin.
3. Pembimbing terhormat Bapak Prof.dr.Hasbullah Thabrany, DR.PH, M.PH yang membuka wawasan ilmu dan bersabar selama masa bimbingan. Terima kasih atas jasa Prof yang sudi meluangkan waktu di antara segala kesibukan, penulis bangga

dapat dibimbing Prof, semoga Allah SWT selalu melindungi dan memberikan yang terbaik bagi Prof Hasbullah sekeluarga, Amin.

4. Penguji tercermat Ibu Kurnia Sari, SKM, MSE yang memberikan masukan yang berharga, penulis bersyukur diuji Ibu Sari, semoga Allah SWT selalu menjaga dan memberikan kebahagiaan kepada Ibu Sari sekeluarga, Amin.
5. Penguji yang solutif Ibu Atik Nurwahyuni, SKM, MKes yang memberikan masukan yang konstruktif, penulis bersyukur diuji Ibu Atik, semoga Allah SWT selalu melindungi Ibu Atik sekeluarga, Amin.
6. Penguji yang supportif Ibu Amila Megraini, SE, MBA yang memberikan motivasi yang bernilai, penulis bersyukur diuji Ibu Mila, semoga Allah SWT selalu mencintai Ibu Mila sekeluarga, Amin.
7. Penguji yang sangat keibuan Ibu Enie Rochaeni, SKM, MARS yang memberikan bimbingan dan arahan selama residensi sampai ujian, penulis bersyukur diuji Ibu Enie. Semoga Allah SWT selalu mencurahkan kasih dan sayangNYA kepada Ibu Enie sekeluarga, Amin.
8. Seluruh dosen tercinta yang sangat berjasa dalam memberikan semangat dan pencerahan kepada penulis tentang betapa berharganya kesehatan, semoga Allah selalu melimpahkan kesehatan yang baik buat seluruh dosen tercinta, Amin.
9. Seluruh informan penelitian yang sangat membantu penulis dalam mendapatkan data-data yang valid dari penelitian ini, semoga Allah SWT melipatgandakan kebaikan untuk seluruh informan, Amin.

10. Seluruh sahabat-sahabat hebat di KARS Reguler 2010 dan dimana saja, semoga Allah SWT selalu menjaga jalinan silaturahmi kita, Amin.

Usaha terbaik telah penulis persembahkan, namun penulis menyadari akan kekurangan dalam penulisan penelitian ini, sehingga penulis sangat terbuka menerima masukan dari para pembaca sebagai bahan perbaikan. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan menjadi tabungan akhirat penulis, Amin.

Depok, 14 Juli 2012

Penulis

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Nur Arini Batubara Vera
NPM : 1006746180
Program Studi : S2
Departemen : Adminstrasi 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:

***“Persepsi Pegawai Terhadap Upaya Cost Containment
Di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011”***

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediaformatkan, 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 : 14 Juli 2012

Yang menyatakan

(Nur Arini Batubara Vera)

Nur Arini Batubara Vera

S2, Kajian Administrasi Rumah Sakit

PASACASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT

**“PERSEPSI PEGAWAI TERHADAP UPAYA *COST*
CONTAINMENT DI INSTALASI FARMASI
RSUD PASAR REBO TAHUN 2011”**

ABSTRAK

Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo merupakan pusat pendapatan RS, Namun, realisasi anggaran Instalasi Farmasi selalu lebih tinggi dari perencanaannya selama lima tahun terakhir sejak 2007 sampai 2011 yang mungkin dipengaruhi oleh *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, dan *cost incentive* sebagai faktor-faktor dari *cost containment*.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo dengan mengetahui *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, dan *cost incentive* dan juga upaya *cost containment* yang dilaksanakan secara keseluruhan.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan memanfaatkan dua teknik pengumpulan data yaitu data sekunder dan wawancara mendalam kepada pegawai level manajemen RS yang terkait erat dengan Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo. Penelitian ini dilaksanakan selama Juli 2011 sampai Juli 2012.

Hasil penelitian menunjukkan variabel *cost awareness* yaitu pelatihan belum mengarah pada efisiensi, serta pengkomunikasian harga melalui spanduk dengan slogan yang memotivasi pegawai ataupun acara khusus untuk pengenalan harga sediaan farmasi bagi pegawai pun belum ada.

Variabel *cost management* yaitu budget dengan realisasi budget lebih tinggi dari perencanaan, pengkonsolidasian dokter melalui forum

'reboan' dihadiri sekitar 30 persen dokter, e-prescribing belum diaplikasikan, penyediaan obat dihitung dengan stok minimum dan maksimum tetapi belum ada pegawai yang ditunjuk untuk bertanggung jawab menghindari obat expired, pengurangan biaya operasional diterapkan dengan mematikan AC dan lampu yang tidak digunakan, pemanfaatan ulang kertas bekas, serta penyiapan obat dengan tepat, sementara dukungan eksekutif masih dipandang sebagai supervisi.

Variabel cost monitoring yaitu pemantauan keuangan berkelanjutan dalam hal ini cash flow masih belum mampu dimanfaatkan sebagai alat untuk memberi peringatan kepada Instalasi Farmasi untuk sejalan dengan perencanaan budget, selain belum kuatnya bargaining position RS walaupun margin obat generik dan obat non generik di atas 30 persen, dan masih terjadi selisih saat stock opname, pelayanan terintegrasi masih birokratis serta belum dapat meraih sense of belonging pegawai karena tidak sampainya informasi yang cukup, pengamanan obat penting dilakukan dengan pembedaan lemari serta adanya kartu stok.

Variabel cost incentive yaitu pemberian insentif belum ditentukan oleh output kinerja melainkan kompetensi.

Hal tersebut di atas menunjukkan upaya pengendalian biaya yang masih memperhatikan di RSUD Pasar Rebo khususnya di Instalasi Farmasi. Kesimpulannya bahwa Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo belum mengimplementasikan cost containment (cost awareness, cost management, cost monitoring, cost incentive) secara tepat.

Kata Kunci : cost containment, cost awareness, cost management, cost monitoring, cost incentive

“STAFF PERCEPTION OF COST CONTAINMENT IN PHARMACY INSTALLATION OF RSUD PASAR REBO YEAR 2011”

The Pharmacy Installation of RSUD Pasar Rebo is a revenue centre for the hospital. Therefore, the Realisation of Budget of Pharmacy Installation had been higher than its planning for five years since 2007

until 2011 that might be influenced by cost awareness, cost management, cost monitoring and cost incentive as factors of cost containment.

The objective of this research was to analyze the cost containment at The Pharmacy Installation of RSUD Pasar Rebo by knowing cost awareness, cost management, cost monitoring, and cost incentive and also the cost containment efforts for overall.

This research was a qualitative research, conducted by utilizing two data collection techniques which were secondary data and in-depth interview on the entire management level of hospital which was related directly to The Pharmacy Installation of RSUD Pasar Rebo. This research conducted throughout the months of July 2011 – July 2012.

The result of the study revealed variables of cost awareness were the training program had not directed to efficiency and there were not the price communication by putting motivation statement on working area nor special event for making pharmacy staff knowing about price of pharmacy things.

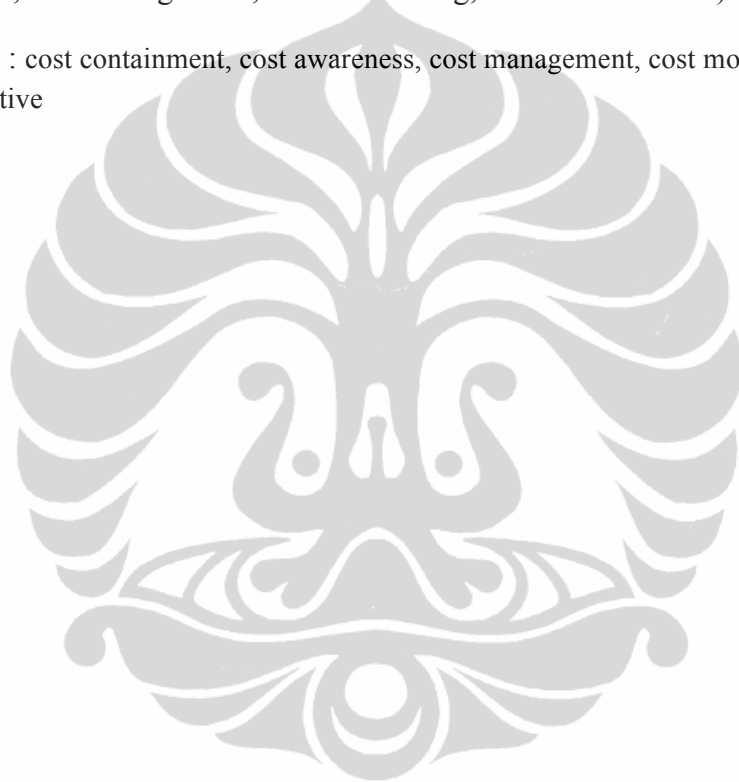
Variables of cost management were the budget which was realization higher than it plan, the doctor consolidation through 'reboan' had admitted around 30 percent, the e-prescribing had not applied, the medicine reservation calculated by minimum and maximum stock but there was not a responsible staff to avoid expired medicine, the reducing operational cost was applied by turning off AC and lamp when unused, reuse paper, and preparation medicine correctly, the executive support was adjusted like a supervision not a support.

Variables of cost monitoring were the monitoring financial continually by cash flow was disable to warn The Pharmacy Installation strict to the budget planning nor had bargaining position in medicine principal even the generic and non generic margins upper 30 percent, moreover stock opname still had mismatch, the integrated service was bureaucratic and staff's sense of belonging can't be reached cause not enough information can be achieved, the security of important medicine through differentiating cupboard and stock card.

Variable of cost incentive was the Insentive given had not determined by output of work but competences.

It was revealed that cost containment efforts were still poorly implemented at RSUD Pasar Rebo especially at The Pharmacy Installation. The conclusion was The Pharmacy Installation of RSUD Pasar Rebo had not yet properly implemented cost containment (cost awareness, cost management, cost monitoring, and cost incentive).

Keyword : cost containment, cost awareness, cost management, cost monitoring, cost incentive



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxi
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Bagi RSUD Pasar Rebo.....	5
1.5.2 Bagi Program Studi KARS UI.....	6
1.5.3 Bagi Peneliti.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Biaya.....	7
2.1.1 Pengertian Biaya.....	7
2.1.2 Jenis-Jenis Biaya.....	8
2.1.3 Komponen Biaya Rumah Sakit.....	12
2.2 Cost Containment (Pengendalian Biaya).....	12
2.2.1 Pengertian Cost Containment.....	12
2.2.2 Cost Awareness.....	14

2.2.3	Cost Management.....	16
2.2.4	Cost Monitoring.....	18
2.2.5	Cost Incentive.....	19
2.2.6	Efisiensi.....	19
2.3	Manajemen Farmasi.....	20
2.3.1	Pelayanan Kefarmasian.....	20
2.3.2	Obat.....	21
2.4	Badan Layanan Umum (BLU).....	22
2.4.1	Latar Belakang Badan Layanan Umum di Indonesia.....	24
2.4.2	Pengertian, Tujuan, dan Azas Badan Layanan Umum Di Indonesia.....	24
2.4.3	Rumah Sakit Pemda sebagai BLUD.....	26
3.	PROFIL RSUD PASAR REBO	
3.1	Perjalanan Sejarah RSUD Pasar Rebo.....	29
3.2	Susunan Manajemen RSUD Pasar Rebo.....	30
3.3	Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.....	31
3.3.1	Standar Pelayanan Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.....	31
3.3.1.1	Tujuan, Tugas, dan Fungsi.....	31
3.3.1.2	Visi dan Misi.....	33
3.3.1.3	Falsafah.....	33
3.3.1.4	Nilai-Nilai.....	33
3.3.1.5	Kebijakan Umum.....	33
3.3.1.6	Kebijakan Khusus.....	34
3.3.2	Budget Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.....	37
4.	KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIR, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4.1	Kerangka Teori.....	39
4.2	Kerangka Pikir.....	40
4.3	Definisi Istilah.....	43
5.	METODE PENELITIAN	
5.1	Desain Penelitian.....	46
5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	46
5.3	Informan Penelitian.....	46
5.4	Pengumpulan Data.....	47
5.4.1	Sumber Data.....	47
5.4.1.1	Data Sekunder.....	48
5.4.1.2	Wawancara Mendalam (In-Depth Interview).....	49
5.5	Alat Pengumpulan Data.....	49
5.6	Penyajian Data.....	50

5.7	Pengolahan Data.....	50
5.7.1	Data Sekunder.....	50
5.7.2	Wawancara Mendalam (In-Depth Interview).....	50
5.8	Analisis Data.....	51
5.9	Triangulasi.....	51
6.	HASIL PENELITIAN	
6.1	Cost Awareness.....	52
6.1.1	Pelatihan.....	52
6.1.2	Pengkomunikasian Harga.....	56
6.2	Cost Management.....	57
6.2.1	Budget.....	57
6.2.2	Pengkonsolidasian Dokter.....	58
6.2.3	E-Prescribing.....	60
6.2.4	Penyediaan Obat.....	62
6.2.5	Pengurangan Biaya Operasional.....	66
6.2.6	Dukungan Eksekutif.....	67
6.3	Cost Monitoring.....	68
6.3.1	Pemantauan Keuangan Berkelanjutan.....	68
6.3.2	Pelayanan Terintegrasi.....	73
6.3.3	Pengamanan Obat Penting.....	74
6.4	Cost Incentive.....	75
6.4.1	Pemberian Insentif.....	75
7.	PEMBAHASAN	
7.1	Cost Awareness.....	83
7.1.1	Pelatihan.....	83
7.1.2	Pengkomunikasian Harga.....	85
7.2	Cost Management.....	86
7.2.1	Budget.....	86
7.2.2	Pengkonsolidasian Dokter.....	87
7.2.3	E-Prescribing.....	88
7.2.4	Penyediaan Obat.....	89
7.2.5	Pengurangan Biaya Operasional.....	92
7.2.6	Dukungan Eksekutif.....	92
7.3	Cost Monitoring.....	93
7.3.1	Pemantauan Keuangan Berkelanjutan.....	93
7.3.2	Pelayanan Terintegrasi.....	95
7.3.3	Pengamanan Obat Penting.....	95
7.4	Cost Incentive.....	95
7.4.1	Pemberian Insentif.....	95
8.	KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1	Kesimpulan.....	99

8.1.1	Cost Awareness.....	99
	8.1.1.1 Pelatihan.....	99
	8.1.1.2 Pengkomunikasian Harga.....	99
8.1.2	Cost Management.....	99
	8.1.2.1 Budget.....	99
	8.1.2.2 Pengkonsolidasian Dokter.....	100
	8.1.2.3 E-Prescribing.....	100
	8.1.2.4 Penyediaan Obat.....	100
	8.1.2.5 Pengurangan Biaya Operasional.....	101
	8.1.2.6 Dukungan Eksekutif.....	101
8.1.3	Cost Monitoring.....	101
	8.1.3.1 Pemantauan Keuangan Berkelanjutan.....	101
	8.1.3.2 Pelayanan Terintegrasi.....	102
	8.1.3.3 Pengamanan Obat Penting.....	102
8.1.4	Cost Incentive.....	102
	8.1.4.1 Pemberian Insentif.....	102
8.2	Saran	
8.2.1	Cost Awareness.....	103
	8.2.1.1 Pelatihan.....	103
	8.2.1.2 Pengkomunikasian Harga.....	103
8.2.2	Cost Management.....	103
	8.2.2.1 Budget.....	103
	8.2.2.2 Pengkonsolidasian Dokter.....	104
	8.2.2.3 E-Prescribing.....	104
	8.2.2.4 Penyediaan Obat.....	104
	8.2.2.5 Pengurangan Biaya Operasional.....	105
	8.2.2.6 Dukungan Eksekutif.....	105
8.2.3	Cost Monitoring.....	105
	8.2.3.1 Pemantauan Keuangan Berkelanjutan.....	105
	8.2.3.2 Pelayanan Terintegrasi.....	106
	8.2.3.3 Pengamanan Obat Penting.....	106
8.2.4	Cost Incentive.....	106
	8.2.4.1 Pemberian Insentif.....	106

**DAFTAR REFERENSI
LAMPIRAN-LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Target Realisasi dan Budget Biaya Obat di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2007-2011.....	37
Tabel 4.1	Definisi Istilah.....	43
Tabel 5.1	Daftar Informan Wawancara Mendalam.....	47
Tabel 5.2	Data Sekunder Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011.....	48
Tabel 6.1	Laporan Program Pelatihan dan Pendidikan Karyawan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011.....	55
Tabel 6.2	Laporan Pemusnahan Obat <i>expired</i> di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011.....	64
Tabel 6.3	Cash Flow Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011.....	70
Tabel 6.4	Laporan Pembelian dan Penjualan Obat Generik dan Obat Non Generik Tahun 2011.....	71
Tabel 6.5	Laporan <i>Stock Opname</i> di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo per 3 Juli 2011.....	72
Tabel 6.6	Peta Informan tentang Hal-Hal yang Terkait Upaya Cost Containment.....	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Kerangka Pikir.....41



DAFTAR SINGKATAN



AC	:	Air Conditioner
ASEAN	:	Association of South East Asia Nation
BLU	:	Badan Layanan Umum
BLUD	:	Badan Layanan Umum Daerah
BPPN	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BPS	:	Biro Pusat Statistik
CBG	:	Casemix Based Group
Depkes	:	Departemen Kesehatan
Diklat	:	Pendidikan dan Latihan
Dinkes	:	Dinas Kesehatan
Dirjen Binkefar Alkes	:	Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
DKI Jakarta	:	Daerah Khusus Ibukota Jakarta
FEFO	:	First Expired First Out
FIFO	:	First In First Out
GAKIN	:	Keluarga Miskin
ICU	:	<i>Intensive Care Unit</i>
IGD	:	Instalasi Gawat Darurat
Kapal	:	Kepala Instalasi
KARS	:	Kajian Administrasi Rumah Sakit
Kemendes	:	Kementrian Kesehatan
Keppmendagri	:	Keputusan Menteri Dalam Negeri
KLB	:	Kejadian Luar Biasa

KNPPN	:	Kementrian Negara Pembangunan Nasional
Medrep/MR	:	<i>Medical Representative</i>
OK	:	Kamar Operasi
Perda	:	Peraturan Daerah
Permendagri	:	Peraturan Menteri Dalam Negeri
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
PMK	:	Peraturan Menteri Keuangan
PP	:	Peraturan Pemerintah
Rajal	:	Rawat Jalan
Rakerkesnas	:	Rapat Kerja Kesehatan Nasional
Ranap	:	Rawat Inap
RBA	:	Rencana Bisnis Anggaran
RS	:	Rumah Sakit
RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SKPD	:	Satuan Kerja Pelaksana Daerah
SKTM	:	Surat Keterangan Tidak Mampu
SMF	:	Staf Medis Fungsional
UU	:	Undang-Undang

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rekapitulasi Tinjauan Pustaka.....	120
Lampiran 2	Struktur Organisasi Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.....	124
Lampiran 3	Uraian Tugas, Wewenang, Dan Pelatihan Pegawai Di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.....	125
Lampiran 4	Pedoman Pengumpulan Data Sekunder.....	127
Lampiran 5	Dokumen-Dokumen Di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011.....	128
Lampiran 6	Matriks Informan Wawancara Mendalam.....	130
Lampiran 7	Pedoman Wawancara Mendalam.....	131
Lampiran 8	Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam.....	133
Lampiran 9	Transkrip Wawancara Mendalam.....	136

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan berkembangnya penelitian-penelitian ilmiah di bidang medis, dibutuhkan penggunaan obat yang khas menurut penyakit yang diderita sehingga diperoleh hasil yang lebih spesifik. Menurut Chandra (2005), setelah tahun 1900 perkembangan obat yang spesifik tersebut dimulai. Namun hal tersebut akan berimbas langsung terhadap biaya yang harus dikeluarkan RS.

Adapun ketersediaan dan keterjangkauan harga obat di Indonesia menurut KNPPN/BPPN (2009) dianggap mampu terjaga. Namun terdapat ancaman fluktuasi harga obat karena tingginya ketergantungan pada bahan baku obat dari luar negeri sebesar 80% menurut Dirjen Binkefar Alkes (2010).

Sementara itu penggunaan obat generik berlogo yang lebih ekonomis pun masih belum optimal terutama di RSUD, RS swasta dan apotek. Menurut Dirjen Binkefar Alkes (2010), terjadi penurunan pasar obat generik yang semula tahun 2005 Rp. 2,525 triliun atau 10 % dari pasar nasional tahun 2009 menjadi Rp. 2,372 triliun atau sebesar 7,2 % dari pasar nasional.

Hal lain yang tidak dapat dielakkan dalam kehidupan perekonomian adalah inflasi. Inflasi obat menurut Rivers et.al (2006) sebesar 15%. Sehingga pengelolaan obat berpengaruh dalam pemanfaatan keuangan RS agar efisien.

Universitas Indonesia

Farmasi sebagai pengelola obat di RS memegang peranan yang signifikan. Menurut Suciati dan Adisasmito (2006) 50% dari seluruh pemasukan RS berasal dari pengelolaan persediaan farmasi. Sehingga farmasi diharapkan mampu melakukan pengendalian biaya untuk persediaan farmasi guna mengefisienkan keuangan RS.

Menurut Quantum Management (2010) pengendalian pembiayaan terhadap berbagai sisi bisnis RS termasuk obat-obatan dapat dilakukan melalui *cost containment*. Diperkuat Garber et. al (2007) yang menyarankan strategi yang tepat untuk mengatasi kondisi inefisiensi dengan mengupayakan *cost containment*. Menurut Li Chang dan Jung-Hua (2008), *cost containment* merupakan strategi yang berfokus pada *cost* dan *quality*. *Cost containment* berbeda dengan *cost control* yang mengalami *trade off* antara *cost* dengan *quality*.

Menurut Saver (2010) serta Chandra dan Naik (2005), upaya *cost containment* dapat diulas dari sisi *cost awareness* (kesadaran biaya), menurut Goldberg dan Fleming (2010) serta Palumbo dalam HFMA (2010) bahwa *cost containment* terkait erat dengan *cost management* (manajemen biaya), menurut Denali Commission (2008) *cost monitoring* (pemonitoran biaya) berperan dalam *cost containment*, serta menurut May (2009), *cost containment* didukung oleh *cost incentive* (biaya insentif).

Cost containment untuk efisiensi berhubungan erat dengan aturan BLU yang tertera pada pasal 1 butir (23) Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004, bahwa "...dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas". RSUD Pasar Rebo telah menjadi BLUD sejak 2006. Sehingga RSUD Pasar Rebo perlu memahami strategi

pengendalian biaya untuk efisiensi sebagai langkah antisipatif terhadap perubahan pola keuangan RS.

Sementara data realisasi *budget* biaya obat farmasi RSUD Pasar Rebo terhadap perencanaannya selalu lebih tinggi sejak 2007 sampai 2011. Data realisasi *budget* lebih tinggi dari perencanaannya secara berturut-turut dari tahun 2007 sampai 2011 sebesar 7%, 28%, 27%, 31% dan 46%.

Di lain kesempatan, penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Zuliani (2009) di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang mengangkat beberapa masalah. Terjadinya masalah kekosongan persediaan farmasi, pembelian obat di luar apotek rumah sakit oleh pasien, sejumlah obat tidak berjalan, serta tibanya barang yang dipesan tidak tepat waktu. Hal ini terkait erat dengan *cost awareness* dan *cost management*.

Selain itu Mahesa (2009) menggali tentang klaim GAKIN dan SKTM di Unit Ranap RSUD Pasar Rebo menemukan terjadinya keterlambatan penagihan klaim rumah sakit ke Dinas Kesehatan. Salah satunya disebabkan tidak melengkapi surat persetujuan obat. Sedangkan hal tersebut merupakan tugas administratif Instalasi Farmasi untuk mengadakannya. Hal ini berhubungan dengan *cost monitoring*.

Di lain pihak Arofani (2009) mengutarakan hasil penelitiannya terkait Sistem Informasi Manajemen di RSUD Pasar Rebo. Adanya fenomena ketidakmampuan Instalasi Farmasi untuk dapat melihat jumlah pembayaran di muka yang dibayarkan pasien ranap secara otomatis. Hal ini terkait erat dengan *cost monitoring*.

1.2 Perumusan Masalah

Ternyata Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang sudah dirintis sejak tahun 1945 masih saja mengalami masalah seperti realisasi *budget* yang lebih tinggi dari perencanaannya, terjadinya kekosongan persediaan farmasi, adanya sejumlah obat yang tidak berjalan, keterlambatan penagihan klaim, *monitoring* secara komputerisasi yang belum lengkap.

Hal tersebut mengindikasikan terjadinya inefisiensi dalam hal *cost containment* (pengendalian biaya) di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang dipengaruhi oleh faktor-faktor *cost awareness* (kesadaran biaya), *cost management* (manajemen biaya), *cost monitoring* (pemonitoran biaya), maupun *cost incentive* (biaya insentif).

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana persepsi *cost awareness* pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo?
2. Bagaimana persepsi *cost management* pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo?
3. Bagaimana persepsi *cost monitoring* pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo?
4. Bagaimana persepsi *cost incentive* pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis upaya *cost containment* (pengendalian biaya) di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo ditinjau dari faktor-faktor *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, dan *cost incentive*.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui persepsi *cost awareness* (kesadaran biaya) pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.
2. Mengetahui persepsi *cost management* (manajemen biaya) pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.
3. Mengetahui persepsi *cost monitoring* (pemonitoran biaya) pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.
4. Mengetahui persepsi *cost incentives* (biaya insentif) pegawai sebagai upaya *cost containment* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi RSUD Pasar Rebo

1. Instalasi Farmasi dapat mengintrospeksi diri agar dapat menjalankan fungsinya dengan optimal sebagai *revenue center* RS.

2. Instalasi Farmasi mendapat masukan-masukan guna meningkatkan kinerja keuangan, serta memahami pentingnya budaya kesadaran biaya dengan memahami seluk-beluk biaya.
3. Pihak Manajemen RSUD Pasar Rebo dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai pertimbangan dalam melakukan *cost containment* di unit-unit lain di RSUD Pasar Rebo.

1.5.2 Bagi Program Studi KARS UI

Menambah perbendaharaan ilmu khususnya tentang *cost containment* sebagai upaya untuk meningkatkan kinerja keuangan RS.

1.5.3 Bagi Peneliti

Mendapatkan pengalaman langsung tentang penerapan manajemen keuangan dan manajemen biaya di RS serta mendapatkan pemahaman tentang perlunya strategi *cost containment* pada era asuransi dan antisipasi terhadap perubahan pola keuangan RS menjadi Badan Layanan Umum (BLU).

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo pada Juli 2011 sampai Juli 2012. Penelitian dilakukan melalui pendekatan kualitatif dengan menganalisis data sekunder di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo berupa laporan keuangan maupun anggaran RSUD Pasar Rebo tahun 2011 serta data-data yang mendukung lainnya.

Data primer berasal dari wawancara mendalam dengan pegawai yang berkompeten di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo, serta pegawai di unit lain RS yang terkait dengan proses bisnis Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Biaya

2.1.1 Pengertian Biaya

Jacobson (2007) berpendapat bahwa biaya sulit untuk diukur, karena terkadang tidak selalu mudah untuk mendefinisikan biaya untuk selanjutnya mengukurnya.

“Biaya merupakan suatu pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan akan memberikan keuntungan / manfaat pada saat ini atau masa yang akan datang” (Daljono, 2009).

Pendapat lainnya, “biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau di masa depan bagi organisasi” (Hansen dan Mowen, 2009).

Selain itu, biaya juga berarti “sesuatu yang dikorbankan atau direlakan untuk tujuan tertentu dan diukur dengan satuan moneter secara bertahap yang harus dibayar organisasi atas barang dan jasa yang diterima” (Horgren et al., 2005).

Dalam arti luas “biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu” (Mulyadi, 2005).

Pendapat lainnya tentang biaya sebagai “semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi” (Suryana, 2006).

Adapun pengertian biaya dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, sebagai berikut “biaya adalah sejumlah pengeluaran yang mengurangi ekuitas dana lancar untuk memperoleh barang dan/atau jasa untuk keperluan operasional BLUD”.

Selanjutnya dipertegas pada pasal 63 yang termasuk biaya BLUD adalah seluruh biaya baik biaya operasional (biaya pelayanan, biaya umum dan administrasi) maupun biaya non operasional (biaya bunga, biaya administrasi bank, biaya kerugian penjualan aset tetap, biaya kerugian penurunan nilai, dan biaya non operasional lain-lain) yang menjadi beban BLUD agar dapat menjalankan tugas dan fungsinya.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa biaya adalah sesuatu yang dikorbankan untuk tujuan tertentu yang telah, saat ini atau kemungkinan akan terjadi yang diukur dalam satuan uang dan harus dibayar organisasi atas barang dan jasa yang diterima yang dipresentasikan dengan pengurangan kas atau aset lain dan diharapkan memberikan manfaat pada saat ini atau pun masa yang akan datang.

2.1.2 Jenis-jenis Biaya

Menurut Horgren (2005), untuk dapat memahami tentang seluk-beluk biaya ada beberapa cara untuk menentukan biaya berdasarkan perilaku biaya. Biaya dibagi menjadi beberapa kelompok.

Berikut penjelasan dari masing-masing kelompok biaya menurut Horgren (2005):

1. Biaya variabel dan biaya tetap

Biaya dikategorikan ke dalam biaya variabel atau biaya tetap bergantung pada seberapa besar biaya berubah berdasarkan tingkat perubahan pada *cost driver*. Contoh *cost drivers* dalam pelayanan kesehatan adalah jumlah pasien, jenis bahan medis dan non medis.

- i. Biaya variabel yaitu biaya yang berubah secara langsung saat *cost driver* berubah. Contoh biaya variabel adalah biaya pemasaran dan biaya bahan baku. Menurut Sexton (2009) biaya variabel adalah segala jenis biaya yang berubah seiring dengan perubahan unit penjualan, misalnya biaya bahan baku, biaya faktor, biaya komisi, biaya promosi, dan biaya energi.
- ii. Biaya tetap yaitu biaya yang tidak segera terjadi perubahan saat *cost driver* berubah. Menurut Sexton (2009) biaya tetap adalah segala jenis biaya yang tidak berubah meskipun unit penjualan berubah, misalnya biaya sewa, biaya pajak bangunan, biaya gedung dan fasilitasnya, dan biaya gaji selain bonus.

Menurut Horgren (2005) biaya tetap dapat dibagi lagi menjadi:

- i. Biaya yang dapat dihindari, yaitu biaya yang tidak akan terhitung menjadi biaya lagi saat proses bisnis yang sedang dilaksanakan berubah ataupun tidak dilanjutkan.
- ii. Biaya yang tidak dapat dihindari, yaitu biaya yang akan terus dihitung meskipun perusahaan tidak melakukan proses bisnis lagi.

Dengan kemampuan menilai antara biaya tetap dan biaya variabel, maka manajer akan dapat menentukan selisih dari pendapatan dengan total biaya lebih akurat.

2. Biaya langsung, biaya tidak langsung, dan biaya umum

Karakteristik utama dari biaya adalah berdasarkan keterkaitannya dengan proses bisnis. Ada yang terkait langsung, tidak langsung, dan ada juga biaya yang tidak dialokasikan, dengan uraian sebagai berikut:

- i. Biaya langsung, yaitu biaya yang akan mudah terlihat secara ekonomis, misalnya biaya bahan baku.
- ii. Biaya tidak langsung, yaitu biaya yang tidak mudah terlihat secara ekonomis, misalnya biaya yang disebabkan karena pelayanan yang diberikan.
- iii. Biaya umum atau biaya tidak teralokasi, yaitu biaya yang teridentifikasi tidak memiliki hubungan terhadap proses bisnis, misalnya biaya penelitian.

Dengan memahami biaya langsung, biaya tidak langsung, dan biaya umum, manajer dapat menghitung *unit cost* lebih mendekati biaya pelayanan yang sebenarnya.

3. Biaya historis, biaya sekarang, biaya ke depan

Biaya juga dapat ditinjau dari segi waktu (kehistorisannya), ada biaya historis (lampau), sekarang, dan biaya yang akan datang sebagai berikut:

- i. Biaya historis, yaitu biaya yang berdasarkan pada harga tahun yang sudah lampau, misalnya biaya untuk membeli aset yang besarnya biaya dinilai seperti pada saat pembelian.
- ii. Biaya sekarang, yaitu biaya yang berdasarkan pada harga sekarang.
- iii. Biaya ke depan, yaitu biaya yang diharapkan dalam memproduksi *output* dengan menggunakan teknologi yang lebih efisien sehingga memungkinkan biaya menjadi lebih rendah. Dalam menentukan biaya ke depan ini dapat digunakan estimasi *Present Value*.

Manfaat memahami biaya-biaya historis, manajer dapat memberikan penilaian sesuai perjalanan waktu mengingat adanya efek inflasi terhadap pembiayaan.

4. Biaya kategori dan biaya fungsional

Biaya pun dapat dinilai berdasarkan kategori dan fungsinya disesuaikan dengan struktur dan tujuan perusahaan:

- i. Biaya kategori, yaitu biaya yang dikategorikan menurut sumber penghasilan, misalnya biaya pekerja, biaya bahan baku, dan biaya penyusutan.
- ii. Biaya fungsional, yaitu biaya yang membagi biaya-biaya menurut fungsinya, misalnya biaya penelitian dan pengembangan, biaya pengadaan dan pemasaran.

Dengan memahami biaya kategori dan biaya fungsional akan membantu manajer untuk pengklasifikasian biaya, sehingga selanjutnya dapat menetapkan prioritas.

2.1.3 Komponen Biaya Rumah Sakit

Adapun komponen biaya Rumah Sakit menurut Suryana (2006) sebagai berikut:

1. Biaya Investasi, yaitu biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama. Biaya investasi biasanya berhubungan dengan pembangunan dan pengembangan fisik. Sehingga perhitungan biaya investasi biasanya dilakukan untuk kurun waktu satu tahun anggaran atau lebih (*Annualized Investment Cost*), misalnya biaya untuk pembangunan gedung, pembelian alat medis, non medis, dan alat penunjang medis.
2. Biaya Operasional & Pemeliharaan, yaitu biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan operasional dan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar terus berfungsi. Biaya operasional misalnya biaya pembayaran gaji, biaya pembelian obat dan bahan medis, alat medis habis pakai, makan, bahan atau alat non medis habis pakai, biaya umum, biaya listrik, air, telepon, bahan bakar, pelatihan, dan perjalanan. Biaya pemeliharaan misalnya biaya untuk pemeliharaan gedung dan biaya pemeliharaan alat medis dan non medis.

2.2 *Cost containment* (Pengendalian Biaya)

2.2.1 Pengertian *Cost containment*

Definisi tentang pengendalian adalah “aktivitas manajerial untuk memonitor implementasi rencana dan melakukan perbaikan sesuai

kebutuhan. Pengendalian biasanya dicapai dengan menggunakan umpan balik” (Hansen dan Mowen, 2009).

Pengendalian merupakan “kegiatan manajemen setiap hari untuk meyakinkan bahwa aktivitas organisasi sesuai dengan yang telah direncanakan” (Daljono, 2009).

Menurut Hafid (2007), pengendalian bertujuan untuk menyelidiki kesesuaian pelaksanaan kegiatan yang sedang atau yang telah dijalankan dengan yang direncanakan, mengetahui efisiensi pelaksanaan kegiatan guna menjadi pelajaran pada masa yang akan datang, serta memperbaiki dan menilai tepat waktu atau tidaknya suatu keputusan yang diambil.

Adapun pengendalian biaya menurut Trisnawati (2006) adalah tindakan yang dilakukan untuk mengarahkan aktivitas agar tidak menyimpang dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pengendalian biaya ini dapat dilakukan melalui anggaran biaya dengan pengawasan berkelanjutan serta melakukan analisis terhadap penyimpangan yang terjadi sehingga dapat diketahui penyebab terjadinya penyimpangan atas selisih tersebut kemudian ditindaklanjuti agar kerugian yang terjadi relatif kecil.

Laugesen (2009) menuliskan bahwa *cost containment* yang didefinisikan sebagai upaya pengendalian biaya sudah dimulai sejak tahun 1965.

Denny (2011) menegaskan bahwa “*cost containment is essential to hospital survival*”, hal ini diperkuat oleh May (2009) yang menyatakan bahwa *cost containment* berawal dari perawatan yang rasional “*Rationing is with us now, and it always has been*”.

Barber dan Seifert (2009) mendukung dengan menyatakan bahwa *cost containment* sebagai “*Improving Quality to Cut Costs*”. Senada

dengan yang disampaikan Li Chang dan Jung-Hua (2008) bahwa *cost containment* berfokus pada *cost* dan *quality*.

Kemenkes Malaysia (2007) pun berpendapat bahwa *cost containment* dapat dilakukan dengan mengoptimalkan utilisasi tanpa mengesampingkan kualitas pelayanan yang diberikan, karena tidak benar bila ada kesan kalau biaya yang meningkat mengindikasikan pelayanan yang lebih baik. Sehingga bukan suatu kebetulan memberikan pelayanan yang lebih etis dengan biaya yang lebih rendah.

Dapat disimpulkan pengertian *cost containment* sebagai serangkaian kegiatan manajemen dengan mengoptimalkan utilisasi yang dimaksudkan untuk mengendalikan biaya agar suatu program yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan dengan memperhatikan peningkatan kualitas dengan pelayanan yang lebih etis dengan biaya yang lebih rendah.

2.2.2 Cost awareness

Cost awareness penting untuk meningkatkan kesadaran pribadi terhadap biaya. Menurut Jack K dan Smith A (2007) yang mengangkat pendapat Jane Winson bahwa kesadaran pribadi merupakan konsep penting karena kesadaran pribadi dapat menstimulasi diri untuk lebih maju dengan cara mengenal diri sendiri dan mau bertanggung jawab.

Chandra dan Naik (2005) berpendapat *cost awareness* merupakan alat yang paling penting dalam *cost containment* yang perlu dipupuk pada setiap bagian di rumah sakit. Ditambahkan oleh direktorat jenderal bina kefarmasian dan alat kesehatan (2009) bahwa kesadaran biaya merupakan mekanisme dari *cost containment*.

DiNapoli (2008) mengedepankan tentang membangkitkan kesadaran biaya kepada pegawai dengan memberikan semangat untuk menggunakan pelayanan secara berhati-hati akan menjadi cara yang paling *cost effective* untuk mengendalikan biaya.

Menurut Saver (2010) *cost awareness* merupakan kunci untuk *cost containment*. *Cost awareness* dapat diawali dengan cara pengenalan harga melalui permainan agar lebih terkena sasaran, pengkomunikasian harga, pengadaan poster berisikan slogan-slogan yang dapat memupuk motivasi diri untuk kesadaran biaya, serta melakukan transparansi harga dengan memanfaatkan kemajuan teknologi.

Menurut Patience (2008) untuk meningkatkan *awareness* dari pegawai dapat difasilitasi dengan mengadakan pelatihan-pelatihan maupun seminar-seminar.

Dalam HFMA Educational *Reports* (2009), dengan menunjukkan biaya dengan data berupa angka-angka kepada dokter yang juga ilmuwan, informasi yang ditunjang dengan penjelasan terinci akan berarti bagi mereka, sehingga meningkatkan *cost awareness* dokter.

Diperkuat Kirkpatrick (2009) bahwa dokter perlu untuk diberikan informasi tentang biaya dari pelayanan yang diberikannya. Bagi dokter berbiaya tinggi, tawari dengan alternatif pelayanan dengan biaya lebih rendah, serta berikan beberapa pilihan, biarkan dokter memilih yang sesuai baginya.

Sehingga bila disimpulkan *cost awareness* merupakan alat atau mekanisme penting pada *cost containment*. *Cost awareness* yang dapat memotivasi pegawai dalam memupuk kesadaran biaya dilakukan dengan cara pengenalan dan pengkomunikasian harga melalui permainan, poster, pelatihan dan seminar.

2.2.3 *Cost management*

Menurut Goldberg dan Fleming (2010) *cost containment* terkait erat dengan *cost management*, dan *cost management* tergantung pada keputusan penempatan pegawai dalam manajemen. Sehingga kondisi lingkungan yang transparan dengan mempersilahkan berbagai informasi dan pertanyaan, serta manajer yang berusaha untuk mencapai target dalam waktu tertentu menjadi penting sifatnya.

Pendapat serupa disampaikan Palumbo dalam HFMA (2010) untuk mengupayakan *cost containment* berfokuslah pada *cost management*, dengan cara mengurangi variasi sediaan, optimalisasi logistik, eliminasi sampah, serta memperkuat keterikatan dengan dokter.

Fasola et. al. (2008) mengusulkan *cost management* guna meminimalkan 'sampah' di bagian farmasi dapat digunakan model seperti pemrosesan obat yang terpusat, serta memberlakukan sistem komputerisasi bagi dokter dalam menuliskan resep.

Eastaugh (2006) mengemukakan upaya pengendalian biaya dengan *cost management* melalui *budgeting* bermanfaat untuk menghentikan pekerjaan tulis-menulis yang tidak penting, laporan klinik palsu, kelalaian, dan menstabilkan pembelanjaan.

Anthony R (2007) menambahkan proses pembuatan *budget* terdiri dari beberapa langkah, yaitu: pembentukan tim penyusun *budget*, pembuatan *guideline* pengeluaran untuk menjalankan fungsi pengaturan, penyusunan proposal *budget* awal, bernegosiasi antara *budgeter*, peninjauan dan perealisasi atas *budget* yang direkomendasikan kepada direktur untuk kemudian disahkan, dan merevisi *budget*.

Proses penyusunan *budget* juga dapat dilakukan melalui pendekatan ‘*top down*’, kelemahannya kurang komunikatif sehingga dapat berisiko terhadap kesuksesan perencanaannya atau ‘*bottom up*’ agar terbentuk komitmen untuk memenuhi tujuan *budgeting*. *Budget* yang ideal adalah *budget* yang bersifat menantang namun dapat dicapai dan keterlibatan manajemen senior yang memotivasi *budgeter* pun berperan dalam proses *budgeting*.

Keefektifan proses persiapan *budgeting* terletak pada kombinasi dari dua pendekatan yaitu *budgeting* yang mengambil keadaan sekarang sebagai titik awal, sehingga akibat inflasi perlu dipertimbangkan, serta *budgeting* melakukan pendekatan dari nol, sehingga perlu dilakukan peninjauan akan sumber daya yang diperlukan.

Sehingga dapat disimpulkan *cost containment* terkait erat dengan *cost management*. *Cost management* dapat dilakukan dengan cara mengurangi variasi sediaan, optimalisasi logistik, eliminasi sampah, pemrosesan obat yang terpusat, serta *budgeting* untuk menghentikan pekerjaan tulis-menulis yang tidak penting, laporan klinik palsu, kelalaian, dan menstabilkan pembelanjaan.

Selain itu *cost management* juga diaplikasikan dengan memperkuat keterikatan dengan dokter serta memberlakukan sistem komputerisasi bagi dokter dalam menuliskan resep. Selain itu dibutuhkan pula *cost management* yang terkait dengan kondisi manajerial dengan cara mewujudkan lingkungan kerja yang transparan, adanya manajer yang berusaha mencapai target, serta penempatan pegawai yang kompeten dalam manajemen.

2.2.4 *Cost monitoring*

Denali Commission (2008) menyatakan *cost monitoring* diperlukan untuk *cost containment*. *Cost monitoring* dapat dilakukan dengan adanya informasi tentang biaya yang terinci. Hal ini akan memudahkan bagi manajer untuk memonitor biaya.

Johnson (2009) menyatakan dokter adalah pusat saraf dari buruknya pelayanan kesehatan. Sehingga proses *monitoring* dan investigasi adalah hal substantif dalam mempengaruhi perilaku dokter beserta konsekuensinya. *Monitoring* peresepan obat yang sesuai akan bermanfaat bila menggunakan sistem *monitoring* elektronik dan mengikutsertakan partisipasi dokter.

Pemonitoran yang dimaksud menurut Trisnawati (2006), Hafid (2007), Li Chang (2008), Mulyadi (2005), Eun (2009), serta ASHP (2008) merupakan pemonitoran berkelanjutan.

Adapun menurut Barber dan Seifert (2009), serta Berenson (2008) dalam pemonitoran diperlukan model pelayanan terintegrasi.

Kemenkes Malaysia (2007) berpendapat pemonitoran perlu dilakukan sebagai upaya pengamanan terhadap obat penting.

Bila disimpulkan *cost monitoring* diperlukan dalam *cost containment*. *Cost monitoring* merupakan pemonitoran biaya yang terinci yang memudahkan manajemen dan berkelanjutan dengan model pelayanan terintegrasi serta pengamanan terhadap obat penting.

2.2.5 *Cost incentive*

Menurut May (2009), Laugesen (2009), Strech (2009), Ya-Ming (2009), La Forgia (2008), Buetow (2006), Szabo (2010), Byrnes (2010), Purcell (2009), Hvenegaard (2010), serta O'Shea (2008) untuk menggiatkan penjaminan mutu dari *cost containment* yang dilakukan, *cost incentive* merupakan jawabannya. *Cost incentive* dapat diwujudkan melalui pemberian insentif yang tidak melulu berupa finansial namun dapat juga diberikan dalam bentuk-bentuk lain yang lebih kreatif.

Pemberian insentif yang dimaksud berfungsi sebagai *reward* atas pemenuhan atas kinerja yang diharapkan. Sehingga menurut Barber dan Seifert (2009), Chandra dan Naik (2005) pemberian insentif akan terhenti bila kualitas kinerja tidak terpenuhi.

Sehingga dapat disimpulkan *cost incentive* merupakan upaya menggiatkan penjaminan mutu dalam upaya *cost containment* dengan memberikan insentif atas pemenuhan kinerja berupa finansial atau bentuk kreatif lainnya dan pemberian insentif akan terhenti bila kualitas kinerja tidak terpenuhi.

2.2.6 Efisiensi

Hosizah (2009) menjabarkan upaya *cost containment* yang dapat dilakukan di rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan efisiensi, antara lain dengan melakukan :

- i. *Economic Efficiency* dengan menggunakan *input* yang biayanya rendah. Misalnya yang terkait dengan *cost management* yaitu menggunakan obat generik dan pengadaan alat disesuaikan dengan kebutuhan. Selain itu yang terkait dengan *cost monitoring* dengan melakukan *drug utilization review* untuk mengetahui penyimpangan-penyimpangan yang

terjadi dalam penggunaan obat secara kuantitatif maupun kualitatif. Sementara yang terkait dengan *cost incentive* adalah dengan pemanfaatan tenaga kesehatan yang lebih efisien melalui pemberian insentif berdasarkan kesesuaian kinerja yang diberikan dengan target yang disusun.

- ii. *Technical in efficiency* dengan menghindari pemborosan yang bersifat teknis, misalnya memiliki alat canggih tetapi tidak ada operator yang kompeten sehingga harus mendatangkan dari luar yang memakan biaya tinggi. Hal tersebut erat kaitannya dengan *cost awareness* dan *cost management*.
- iii. *Scale Efficiency* dengan melakukan efisiensi berkaitan dengan keputusan investasi yang dapat terimbas inflasi. Hal ini berhubungan dengan *cost management* dan *cost monitoring*.

2.3 Manajemen Farmasi

2.3.1 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian di RS tidak dapat dilepaskan dari sistem pelayanan di RS yang terintegrasi. Upaya pengintegrasian terutama tentang penggunaan obat yang berorientasi pada pasien.

Menurut Kemenkes Dirjen Binkefar Alkes pada pelatihan manajemen kefarmasian (2010) “pelayanan kefarmasian (*Pharmaceutical care*) adalah pendekatan profesional yang bertanggungjawab dalam menjamin keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau oleh pasien melalui penerapan pengetahuan, keahlian, keterampilan dan perilaku apoteker bekerjasama dengan pasien dan profesi kesehatan lainnya”.

Pelayanan kefarmasian terdiri dari 2 aspek pelayanan yaitu aspek manajerial (non klinik) dan aspek profesional (farmasi klinik).

Aspek manajerial (non klinik) antara lain pengelolaan sumber daya manusia, pengelolaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan, serta administrasi/pendokumentasian kegiatan organisasi.

Sedangkan aspek profesional (farmasi klinik) antara lain pelayanan resep, pelayanan informasi obat, konseling, evaluasi penggunaan obat, pelayanan residensial (*home care*), promosi dan edukasi, serta pemantauan dan pelaporan efek samping obat.

Guna menilai mutu pelayanan kefarmasian diperlukan indikator antara lain tingkat kepuasan konsumen. Diukur dengan menggunakan angket melalui kotak saran atau wawancara langsung terhadap pasien.

Selain itu indikator dimensi waktu yang berhubungan dengan lama pelayanan diukur dengan waktu yang telah ditetapkan. Selain itu indikator ada tidaknya prosedur tetap (protap) pelayanan kefarmasian agar pelayanan kefarmasian yang diberikan sesuai standar yang telah ditetapkan.

2.3.2 Obat

Kemenkes (2010) memberikan definisi tentang obat sebagai “bahan atau paduan bahan-bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penegakkan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan, dan kontrasepsi, termasuk produk biologi”.

Dalam pengaplikasiannya agar terdapat kendali biaya obat diperlukan manajemen logistik obat. Dimulai dari tahap perencanaan kebutuhan obat dengan langkah awal memilih obat, kemudian

mengkompilasi pemakaian obat, menghitung kebutuhan obat dengan berbagai metode seperti metode konsumsi, dan metode morbiditas.

Setelah mendapat perhitungan kebutuhan obat, selanjutnya melakukan proyeksi kebutuhan obat, dan melakukan penyesuaian rencana pengadaan obat. Guna mengefisienkan dan mengefektifkan anggaran pengadaan obat dapat dilakukan beberapa metode, seperti Analisis ABC guna mendapatkan gambaran obat *fast moving* dan *slow moving* dan Analisis VEN untuk mendapatkan data akurat kevitatan obat.

Setelah diperhatikan kriteria obat dengan metode-metode tersebut di atas, selanjutnya dalam pengadaan obat perlu diperhatikan *supplier* obat berhubungan dengan waktu pengadaan dan kedatangan obat, penerimaan dan pemeriksaan obat, dan pemantauan status pesanan.

Selain itu perlu diperhatikan pula penyimpanannya yang dimulai dari penyiapan sarana penyimpanan seperti gedung penyimpanan dan kelengkapannya, pengaturan tata ruang, alat transportasi, alat komunikasi, kartu-kartu *stock* sebagai pemantau, penyusunan *stock* obat dengan prinsip FEFO (*First Expired First Out*) dan FIFO (*First In First Out*), serta melakukan pengamatan mutu obat.

2.4 Badan Layanan Umum (BLU)

Rumah Sakit sebagai BLU diaplikasikan secara mendunia dan ditulis dalam beberapa istilah, antara lain *non profit hospital*, *not for profit hospital*, *hospital corporatization*, dan *hospital autonomy*.

Menurut Crossley (2007) bahwa keberadaan RS *non profit* adalah untuk lepas dari pajak dengan maksud agar dapat membiayai warga yang sakit dan tidak memiliki asuransi kesehatan.

Begitu pula dengan Devlin (2009) yang berpendapat tentang keberadaan RS *non profit* agar lebih bernilai bagi masyarakat dengan mengupayakan peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi siapa saja yang tidak memiliki asuransi, dan bagi pembuat kebijakan meninjau ulang biaya dan keuntungan RS dengan membebaskan pajak.

Tersebut Tom dan Jacobson (2010) yang menyimpulkan tiga perilaku dari RS *not for profit*, yaitu RS *profit* samaran, yang memaksimalkan *output*, serta memaksimalkan kesejahteraan dan keuntungan, sehingga RS *not for profit* menekankan untuk peningkatan kualitas diantara sejumlah kuantitas pembelanjaan.

Sedangkan Goldstein (2010) memberikan strategi kunci bagi pelayanan kesehatan yang bersifat *not for profit* sebagai berikut :

1. Strategi pengembangan dengan maksud mengalihkan pendapatan bagi kepentingan masyarakat.
2. Menyelaraskan hubungan dengan dokter dalam menghadapi *reimburse* berskala dunia.
3. Berinvestasi pada teknologi informasi dengan pertimbangan pada biaya dan kualitas.
4. Melakukan pengaturan serta tata kelola yang efektif, agar dapat bertahan secara finansial.

Eid (working paper 2028) memberikan pemahaman RS *corporatization* yang berarti bentuk organisasi campuran dengan memberikan otonomi pada RS baik dari sisi manajemen maupun keuangan, namun kepemilikannya publik bukan perorangan, dan pemerintah mengarahkan kepada *corporatization* guna meningkatkan efisiensi serta mengurangi biaya di RS Publik.

Méndez dan Torres A (2010) mempertajam dengan uraian *hospital autonomy* dimaksudkan untuk meningkatkan efisiensi, menghargai

tanggung jawab dokter, meningkatkan mutu pelayanan sekaligus mengurangi biaya sehingga dapat meningkatkan surplus bagi institusi. Otonomi ini diimplementasikan melalui proses desentralisasi.

Dengan otonomi maka institusi akan tertantang menjalankan manajemen secara mandiri, sehingga kesuksesan institusi bergantung pada bagaimana institusi menunaikan tugasnya dan bagaimana kerangka pikir dalam regulasinya.

2.4.1 Latar Belakang BLU di Indonesia

Thabrany (2005) mengungkapkan bahwa BLU hadir dalam menjawab tantangan zaman untuk menciptakan kondisi manajemen korporat yang memiliki budaya kerja yang lebih efisien dan dapat memberikan kualitas pelayanan yang lebih baik lagi, mengingat BLU merupakan perwujudan tanggung jawab Pemerintah RI dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia.

Sehingga yang dituntut Pemerintah RI dari sebuah BLU bukanlah keuntungan (*profit maximizer*) melainkan pelayanan (*service maximizer*), dikarenakan pada hakikatnya BLU adalah milik rakyat tidak lebih.

2.4.2 Pengertian, Tujuan, dan Azas BLU di Indonesia

Pengertian BLU tertuang dalam UU Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara bahwa “Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual

tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas”.

Tujuan pembentukan BLU dalam Pasal 68 ayat (1) UU Nomor 1 tahun 2004 bahwa “Badan Layanan Umum dibentuk untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa”.

Selain itu, PP No. 23 Tahun 2005 pasal 2 menyebutkan bahwa “BLU bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat”.

Adapun Azas BLU diuraikan pada PP No. 23 tahun 2005 pasal 3, yaitu:

1. BLU sebagai pelayanan umum yang pengelolaannya berdasarkan kewenangan yang didelegasikan, dan tidak terpisah secara hukum dari instansi induknya.
2. Pejabat BLU bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan layanan umum kepada pimpinan instansi induknya.
3. BLU tidak untuk mencari laba.
4. Rencana kerja, anggaran dan laporan BLU tidak terpisah dari instansi induknya.
5. Pengelolaan BLU harus sejalan dengan praktek bisnis yang sehat.

2.4.3 RS Pemda sebagai BLUD

RS Pemda sebagai BLUD secara otomatis mengadopsi konsep BLU secara menyeluruh seperti yang diuraikan di bawah ini :

1. Standar Pelayanan dan Tarif Layanan

RS Pemda yang telah menjadi BLUD menggunakan Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan serta harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan, biaya serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Standar Pelayanan Minimal tersebut harus memenuhi persyaratan, yaitu:

1. Fokus pada jenis pelayanan, bermakna mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD.
2. Terukur, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
3. Dapat dicapai, merupakan kegiatan nyata yang dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
4. Relevan dan dapat diandalkan, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD.
5. Tepat waktu, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

RS Pemda yang telah menjadi BLUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang/jasa layanan yang diberikan yang ditetapkan dalam bentuk tarif dan disusun atas dasar perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana.

Tarif layanan tersebut harus mempertimbangkan keberlangsungan dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan, dan kompetisi yang sehat.

2. Pengelolaan Keuangan

Adanya desentralisasi dan otonomi daerah sejak diberlakukannya UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah membuat rumah sakit pemerintah daerah harus melakukan banyak penyesuaian terutama dalam pengelolaan keuangan maupun penganggarannya, termasuk penentuan biaya.

Sehingga pertanggungjawaban keuangan tidak lagi kepada Departemen Kesehatan tetapi kepada Departemen Keuangan, sehingga harus mengikuti standar akuntansi keuangan yang pengelolaannya mengacu pada prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan efisiensi.

Sesuai dengan Kepmendagri No. 29 Tahun 2002 anggaran yang akan disusun pun harus berbasis kinerja. Penyusunan anggaran RS harus berbasis akuntansi biaya yang didasari dari indikator *input*, proses dan *output*, sebagaimana diatur berdasarkan PP No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, PMK No. 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman

Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum, dan khusus untuk RSUD.

3. Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Laporan keuangan RS Pemda merupakan laporan yang disusun manajemen sebagai bentuk penyampaian informasi keuangan kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dengan mengikuti ketentuan untuk pelaporan keuangan sebagai organisasi nirlaba dan diaudit oleh auditor independen.

Adapun Laporan Keuangan RS Pemda sebagai BLUD disusun harus menyediakan informasi untuk dapat mengukur jasa atau manfaat yang diberikan. Sebagai pertanggungjawaban manajemen RS yang disajikan dalam bentuk laporan aktivitas dan laporan arus kas. Guna mengetahui kontinuitas pemberian jasa yang disajikan dalam bentuk laporan posisi keuangan, maupun perubahan aktiva bersih yang disajikan dalam bentuk laporan aktivitas.

Laporan Keuangan tersebut paling sedikit terdiri dari Laporan Realisasi Anggaran dan/atau Laporan Operasional, Neraca, Laporan Arus Kas, dan Catatan atas Laporan Keuangan.

BAB 3

PROFIL RSUD PASAR REBO

3.1 Perjalanan Sejarah RSUD Pasar Rebo

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo dengan visi *"Menjadi Rumah Sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat"* yang dijabarkan dalam misi *"Melayani semua lapisan masyarakat, yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau"*.

Dalam perjalanannya RSUD Pasar Rebo mengalami berbagai perubahan bentuk (transformasi). Sejak tahun 1945 yang semula berbentuk POS P3K, pada tahun 1957 berkembang menjadi RS Karantina, dan pada tahun 1964 mengaktualisasikan diri sebagai RS khusus Tuberkulosa dan Paru.

Pada tahun 1987 barulah berubah menjadi RS umum kelas C, lalu pada tahun 1992-1996 melebarkan sayap menjadi RS Unit Daerah Swadana, kemudian tahun 1997 mulai membangun gedung baru berlantai delapan. Sehingga pada tahun 1998 telah berkembang lagi menjadi RS Umum kelas B dan telah terakreditasi.

Pada tahun 2004-2006, RS Pasar Rebo pernah berbadan hukum Perseroan Terbatas (PT), namun tahun 2006 RS Pasar Rebo berubah kembali menjadi PPK-BLUD sesuai dengan SK Gubernur No. 249/2007 tanggal 2 Januari 2007.

Dengan keluarnya SK Gubernur tentang penetapan RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta ini maka secara otomatis RSUD Pasar Rebo harus

menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.

Dengan kondisi RSUD Pasar Rebo yang sekarang berbentuk BLU, maka RSUD Pasar Rebo yang memiliki motto "*Kami Peduli Kesehatan Anda*" diposisikan untuk mampu menjalankan operasional RS dengan kemampuannya sendiri, walaupun ada beberapa hal yang masih dibantu Pemda DKI Jakarta.

3.2 Susunan Manajemen RSUD Pasar Rebo

Berdasarkan Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 1800 Tahun 2010, susunan manajemen RSUD Pasar Rebo adalah sebagai berikut:

Direktur	: dr. Nur Abadi, MSi
Wakil Direktur Pelayanan	: dr. Ahmad Helmy, SpOG
Wakil Direktur Keuangan dan Umum	: dr. Tri Noviati, MARS
Kepala Bidang Pelayanan Medis	: dr. Sulastri
Bidang Pelayanan Penunjang Medis	: drg. Yon A. Santosa, Sp. Ortho
Bidang Pelayanan Keperawatan	: Ns. Djumsih, SKp
Bagian SDM	: Danang Susanto, S.Sos, MSi
Bagian Keuangan dan Perencanaan	: drg. Tritjahyani, MM
Bagian Umum dan Pemasaran	: dr. M. Syafei, MSi

3.3 Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo

3.3.1 Standar Pelayanan Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo

3.3.1.1 Tujuan, Tugas dan Fungsi

Tujuan

1. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien
2. Menerapkan farmakoekonomi dalam pelayanan kefarmasian
3. Meningkatkan kemampuan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi
4. Mewujudkan Sistem Informasi Manajemen berdaya guna dan tepat guna
5. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan

Tugas

1. Menyelenggarakan pelayanan farmasi yang optimal sesuai dengan Misi Rumah Sakit.
2. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan farmasi rawat jalan, farmasi rawat inap, farmasi IGD, farmasi OK, gudang farmasi dan farmasi Askes.
3. Melaksanakan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) melalui Pelayanan Informasi Obat (PIO)
4. Memberi pelayanan bermutu melalui analisa, dan evaluasi untuk meningkatkan pelayanan farmasi
5. Melakukan pengawasan berdasarkan aturan-aturan yang berlaku
6. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan di bidang farmasi
7. Memfasilitasi dan turut serta dalam penyusunan standar formularium RS

Fungsi

1. Pengelolaan Perbekalan Farmasi

- i. Memilih perbekalan farmasi sesuai kebutuhan rumah sakit
- ii. Merencanakan kebutuhan perbekalan farmasi secara optimal
- iii. Mengadakan perbekalan farmasi berpedoman pada perencanaan yang telah dibuat
- iv. Memproduksi perbekalan farmasi untuk memenuhi kebutuhan RS
- v. Menerima perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan ketentuan yang berlaku
- vi. Menyimpan perbekalan farmasi sesuai dengan spesifikasi dan persyaratan kefarmasian
- vii. Mendistribusikan perbekalan farmasi ke unit-unit pelayanan di RS

2. Pelayanan Kefarmasian

- i. Mengkaji instruksi pengobatan/resep
- ii. Mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alkes
- iii. Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alkes
- iv. Memberikan informasi obat pada petugas kesehatan dan pasien

3. Sistem Pelayanan Farmasi : Sistem satu pintu

3.3.1.2. Visi dan Misi

Visi : Menjadi Instalasi Farmasi terbaik di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah dengan mengedepankan pelayanan farmasi klinik

Misi : Memberikan pelayanan kefarmasian yang efektif dan efisien sesuai dengan misi rumah sakit

3.3.1.3. Falsafah

Memberikan pelayanan kefarmasian yang utuh dan berorientasi pada pelayanan pasien, bermutu dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

3.3.1.4 Nilai-Nilai

Melaksanakan pekerjaan kefarmasian secara profesional, penuh tanggung jawab, amanah, ramah, jujur, dan peduli.

3.3.1.5 Kebijakan Umum

1. Peralatan di Instalasi Farmasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan berlaku, untuk menjamin semua sediaan farmasi tetap dalam kondisi yang baik
2. Pelayanan di Instalasi Farmasi harus selalu berorientasi kepada mutu dan pasien.
3. Semua petugas Instalasi Farmasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku
4. Setiap petugas atau pegawai Instalasi Farmasi wajib meningkatkan kompetensinya melalui pelatihan yang sudah diprogramkan.
5. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas farmasi wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja),

termasuk penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), serta selalu mengacu pencegahan dan pengendalian infeksi.

6. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang beretika profesi, menghormati hak pasien, dan mengutamakan keselamatan pasien.
7. Pelayanan Instalasi Farmasi dilaksanakan 24 jam
8. Penyediaan tenaga pegawai farmasi mengacu pada pola ketenagaan
9. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin farmasi bulanan minimal 1 bulan sekali.
10. Setiap bulan wajib membuat laporan.

3.3.1.6 Kebijakan Khusus

1. Pelaksanaan pekerjaan kefarmasian meliputi perencanaan pengadaan, penerimaan, distribusi atau penyaluran dan pelayanan sediaan farmasi.
2. Instalasi Farmasi bertanggung jawab terhadap semua perbekalan farmasi yang beredar di rumah sakit, meliputi : obat, alat kesehatan dan gas medis.
3. Pelayanan farmasi dilaksanakan dengan sistem satu pintu.
4. Instalasi Farmasi dipimpin oleh Apoteker berijazah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker, telah memiliki Surat Tanda Registrasi Apoteker, dan Surat Izin Kerja.
5. Pelayanan farmasi adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik.
6. Kepala Instalasi Farmasi bertanggung jawab terhadap segala aspek

hukum dan peraturan-peraturan farmasi baik terhadap pengawasan penerimaan barang, distribusi maupun administrasi perbekalan farmasi.

7. Mengenai pelaksanaan pekerjaan kefarmasian dalam distribusi perbekalan farmasi, kepala Instalasi Farmasi dibantu oleh Apoteker penanggung jawab rawat jalan, Apoteker penanggung jawab rawat inap dan Apoteker pelayanan Askes serta tenaga teknis kefarmasian.
8. Obat hanya dapat dilayani apabila ada permintaan tertulis atau resep dari dokter, dan apoteker menganalisa secara kefarmasian.
9. Lembaran resep dilayani apabila sudah memenuhi persyaratan administrasi, meliputi:
 - i. Nama, umur, jenis kelamin, berat badan pasien
 - ii. Nama, nomor izin, alamat dan paraf dokter
 - iii. Tanggal resep
10. Obat pasien rawat inap baik *Unit Dose Dispensing* (UDD) maupun semi UDD yang berasal dari Instalasi Farmasi dan masih dalam keadaan utuh/belum terpakai dapat dikembalikan jika terdapat alergi, penggantian terapi, pasien pulang atau pasien meninggal dunia dengan melampirkan formulir pengembalian obat yang ditandatangani kepala ruangan rawat inap.
11. Penyediaan obat di RSUD Pasar Rebo berdasarkan formularium atau standar terapi obat RSUD Pasar Rebo, DPHO untuk pasien ASKES, standar obat Jamsostek dan Jamkesmas.
12. Setiap pelayanan farmasi baik rawat jalan maupun rawat inap harus mempunyai penanggung jawab
13. Besarnya persediaan farmasi/perbekalan farmasi di gudang farmasi ditentukan maksimal untuk pemakaian 1 s/d 2 minggu.

14. Besarnya persediaan farmasi/perbekalan farmasi di pelayanan farmasi rawat jalan dan rawat inap ditentukan untuk penjualan 3 hari.
15. Penerimaan sediaan farmasi/perbekalan farmasi dengan kadaluarsa minimal 2 tahun, kecuali perbekalan farmasi yang digolongkan cito bisa diterima dengan kadaluarsa kurang 1 s/d 1 tahun.
16. Khusus untuk pasien rawat inap UDD, pemberian obat/alkes di atas Rp.100.000,- diperlukan persetujuan pasien/keluarga pasien dengan menandatangani formulir persetujuan.
17. Untuk menjaga kualitas, semua obat atau alkes diambil dari distributor/Pedagang Besar Farmasi (PBF) resmi.
18. Memberikan pelayanan farmasi 24 jam untuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, IGD dan kamar operasi.
19. Obat rawat jalan yang sudah dibeli tidak dapat dikembalikan, kecuali alergi dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
20. Pemberian obat untuk pasien jampersal menggunakan standar obat paket yang telah disiapkan Instalasi Farmasi.
21. Pemberian obat untuk pasien Jamkesmas mengacu pada standar obat Jamkesmas.
22. Pemberian obat untuk pasien SKTM menggunakan obat generik dan hanya ditanggung biaya sebesar 50%.
23. Instalasi Farmasi melayani pelayanan ASKES untuk pasien rawat jalan hanya pada jam kerja (jam 8.00 s/d 15.00) sedang pasien rawat inap dilayani 24 jam.
24. Untuk pelayanan farmasi rawat inap:
 - i. Obat diberikan secara UDD untuk pasien rawat inap kelas 2, kelas 1 dan VIP
 - ii. Pasien kelas 3 obat diberikan secara semi UDD dengan

- golongan generik atau metoo terendah.
- iii. Obat /alkes yang dibeli di luar Instalasi Farmasi tidak dapat dikembalikan.

3.3.2 *Budget* Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo

Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo adalah satu dari beberapa *revenue centre* yang dimiliki RSUD Pasar Rebo yang berperan penting dalam menghasilkan pendapatan sehingga dapat menopang operasional tidak hanya di instalasi farmasi sendiri dengan biaya yang dapat dikendalikan untuk menunjang kegiatan operasional RS secara keseluruhan.

Berdasarkan data perencanaan dan realisasi *budget* selama lima tahun sejak 2007 sampai 2011 terlihat bahwa Instalasi Farmasi mengalami realisasi *budget* yang lebih tinggi dibandingkan perencanaannya.

Berikut data yang dimaksud :

Tabel 3.1 Target Realisasi dan *Budget* Biaya Obat di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2007 - 2011

Rencana/ Realisasi	2007	2008	2009	2010	2011
Perencanaan (Milyar Rupiah)	27,304	29,034	30,037	30,341	31,362
Realisasi (Milyar Rupiah)	29,217	37,084	38,172	39,741	45,936
Persentase	107%	128%	127%	131%	146%

Sumber : Data Akuntansi RSUD Pasar Rebo 2012

Bila ditinjau lebih jauh dari tahun 2007 sampai 2011, Instalasi Farmasi mengalami realisasi *budget* yang selalu lebih tinggi daripada

perencanaannya. Bahkan bila dilihat persentasenya, tahun 2007 ke tahun 2008 dengan persentase realisasi terhadap perencanaan terjadi peningkatan 21% yaitu dari 107% menjadi 128%.

Sementara tahun 2008 ke tahun 2009 persentasenya tidak bergeser terlalu jauh dari 128% menjadi 127%. Sedangkan tahun 2009 ke tahun 2010 terjadi peningkatan 4% dari 127% menjadi 131%. Peningkatan yang lebih tinggi lagi terjadi dari tahun 2010 ke tahun 2011 sebesar 15% yaitu dari 131% menjadi 146%.



BAB 4

KERANGKA TEORI, KERANGKA PIKIR, DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Teori

Kerangka teori berikut menggambarkan upaya *cost containment* didukung oleh empat faktor, yaitu *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, dan *cost incentive*.

Berdasarkan teori-teori yang penulis kedepankan, untuk *cost awareness* terdiri dari variabel-variabel yaitu pelatihan (Patience, 2008), dan pengkomunikasian harga (Saver, 2010).

Sedangkan untuk *cost management* terdiri dari variabel-variabel yaitu *budget* (Ernst, 2008 ; Kemenkes Malaysia, 2007 ; DiNapoli, 2008 ; Granlund, 2006), pengkonsolidasian dokter (Henry, 2011 ; Shrank et.al, 2006 ; Fong et.al, 2011 ; Palumbo dalam HFMA, 2010 ; Strech, 2009 ; Kirkpatrick, 2009 ; Laugesen, 2009), *e-prescribing* (Friedman, 2009 ; Fasola et.al, 2008), penyediaan obat (Godman et.al, 2010 ; Ya-Ming, 2009 ; Buetow, 2006 ; Pound, 2010 ; Palumbo dalam HFMA, 2010), pengurangan biaya operasional (May, 2009 ; Laugesen, 2009 ; Strech, 2009 ; Ya-Ming, 2009 ; La Forgia, 2008 ; Buetow, 2006 ; Szabo, 2010 ; Byrnes, 2010 ; Purcell, 2009 ; Hvenegaard, 2010 ; O'Shea, 2008) dan dukungan eksekutif (Kirkpatrick, 2009).

Adapun untuk *cost monitoring* terdiri dari variabel-variabel yaitu pemantauan berkelanjutan (Trisnawati, 2006 ; Hafid, 2007 ; Li Chang,

2008 ; Mulyadi, 2005 ; Eun, 2009 ; ASHP, 2008), pelayanan terintegrasi (Barber dan Seifert, 2009 ; Berenson, 2008), pengamanan obat penting (Kemenkes Malaysia, 2007).

Sedangkan untuk *cost incentive* dengan variabel pemberian insentif (May, 2009 ; Laugesen, 2009 ; Strech, 2009 ; Ya-Ming, 2009 ; La Forgia, 2008 ; Buetow, 2006 ; Szabo, 2010 ; Byrnes, 2010 ; Purcell, 2009 ; Hvenegaard, 2010 ; O'Shea, 2008).

4.2 Kerangka Pikir

Analisis *cost containment* dalam penelitian ini berdasarkan empat faktor serta variabel-variabelnya seperti uraian kerangka teori di atas.

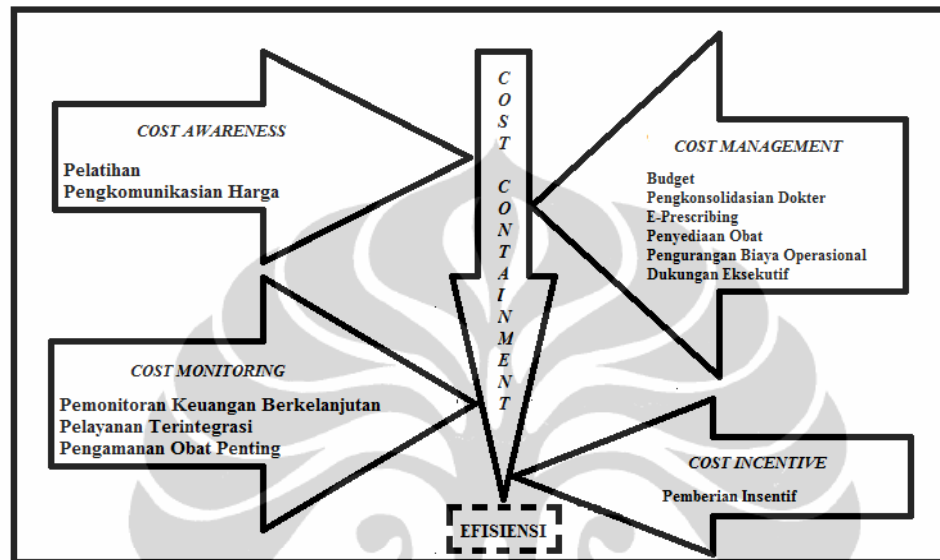
Dengan faktor pertama yaitu *cost awareness* dengan variabel-variabel pelatihan dan pengkomunikasian harga.

Faktor kedua yaitu *cost management* dengan variabel-variabel *budget*, pengkonsolidasian dokter, *e-prescribing*, penyediaan obat, pengurangan biaya operasional, serta dukungan eksekutif.

Adapun untuk faktor ketiga yaitu *cost monitoring* dengan variabel-variabel pemantauan keuangan berkelanjutan, pelayanan terintegrasi, dan pengamanan obat penting, serta faktor terakhir yaitu *cost incentive* dengan variabel pemberian insentif.

Berikut kerangka pikir yang menggambarkan penelitian ini :

Gambar 4.1 Kerangka Pikir

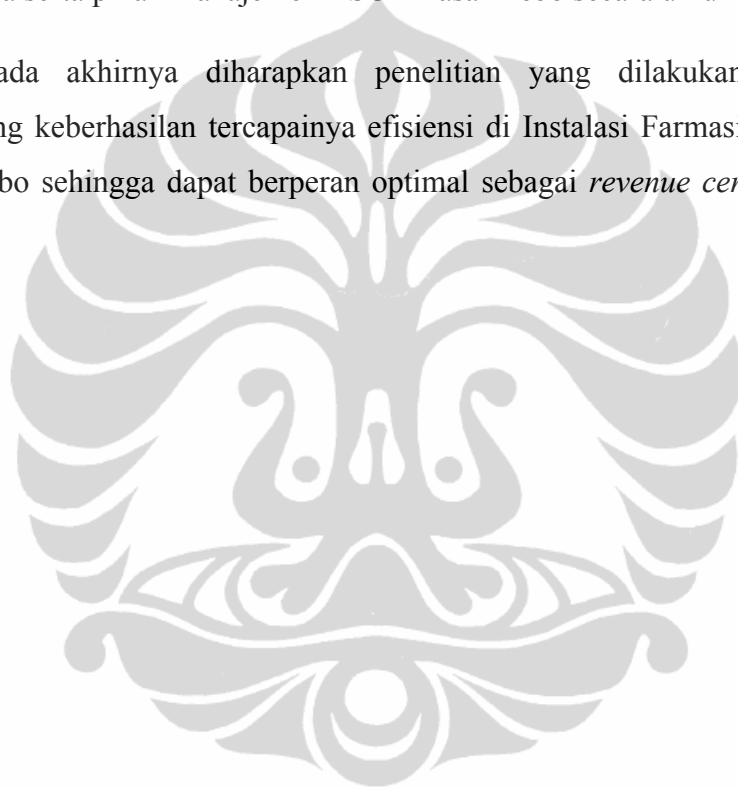


Proses penelitian ini dimulai dengan pengumpulan faktor-faktor yang mendukung upaya *cost containment* dari literature. Dengan faktor-faktor yang dimaksud adalah *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, serta *cost incentive*, dengan variabel-variabel dari masing-masing faktor, seperti yang tergambar dalam kerangka pikir untuk selanjutnya diteliti. Namun penelitian tidak sampai kepada menilai efisiensi yang digambarkan dengan kotak bergaris putus-putus.

Setelah penentuan variabel dilakukan, selanjutnya dilakukan wawancara mendalam, serta pengumpulan data sekunder sepanjang tahun 2011 sesuai dengan variabel-variabel yang diteliti. Selanjutnya dianalisis berdasarkan indikator-indikator dari variabel-variabel yang telah ditentukan.

Setelah dilakukan analisis atas data-data yang didapat selama penelitian, maka akan dilihat dari keempat faktor, faktor apa saja yang memerlukan perhatian berdasarkan data primer dan data sekunder yang diperoleh selama penelitian. Selanjutnya hasil analisis diuraikan secara gamblang agar lebih diperhatikan pihak manajemen di Instalasi Farmasi khususnya serta pihak manajemen RSUD Pasar Rebo secara umumnya.

Pada akhirnya diharapkan penelitian yang dilakukan dapat menunjang keberhasilan tercapainya efisiensi di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo sehingga dapat berperan optimal sebagai *revenue center* RS.



4.3 Definisi Istilah

Definisi istilah dari dua belas variabel yang diteliti di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Daftar Istilah

No	Istilah	Definisi Istilah	Metode Pengumpulan Data	Sumber Data	Dokumen yang Diperoleh
<i>Cost awareness</i>					
1	Pelatihan	Aktifitas peningkatan pemahaman dan kesadaran pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang difasilitasi rumah sakit	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Tata Usaha	SK Direktur dan Laporan Kegiatan
2	Pengkomunikasian Harga	Aktifitas pengenalan harga obat dan bahan medis habis pakai dari pihak manajemen RS kepada pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Tata Usaha	SK Direktur dan Laporan Kegiatan

No	Istilah	Definisi Istilah	Metode Pengumpulan Data	Sumber Data	Dokumen yang Diperoleh
Cost management					
1	<i>Budget</i>	Anggaran setahun yang disusun Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Unit Keuangan	Dokumen <i>Budget</i> dan Laporan Keuangan
2	Pengkonsolidasian Dokter	Aktifitas penguatan kerjasama yang dilakukan manajemen RS terhadap dokter di RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Tata Usaha	SK Direktur
3	<i>e-prescribing</i>	Proses penulisan resep dokter tanpa kertas	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Unit Tata Usaha dan SIM	SK Direktur
4	Penyediaan Obat	Upaya pengadaan dan pengelolaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi, SIM, Unit Tata Usaha	SK Direktur Laporan <i>Stock opname</i> , dan Pemusnahan Obat <i>expired</i>
5	Pengurangan Biaya Operasional	Upaya untuk mengurangi pemakaian listrik, telpon, dan ATK di RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Tata Usaha	SK Direktur
6	Dukungan Eksekutif	Motivasi dari pimpinan RS untuk pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Tata Usaha	SK Direktur

No	Istilah	Definisi Istilah	Metode Pengumpulan Data	Sumber Data	Dokumen yang Diperoleh
<i>Cost monitoring</i>					
1	Pemantauan Keuangan Berkelanjutan	Aktifitas pemantauan biaya oleh unit keuangan terhadap Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Keuangan	Laporan Pembelanjaan dan Penjualan Obat
2	Pelayanan Terintegrasi	Aktifitas terpadu oleh pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo dalam memberikan pelayanan kefarmasian	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan SIM	Laporan Kegiatan
3	Pengamanan Obat Penting	Aktifitas pegawai farmasi menjaga obat penting di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan Unit Keuangan	Dokumen Farmasi
<i>Cost incentive</i>					
1	Pemberian Insentif	Bentuk penghargaan RS bagi pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang berkinerja baik dalam upaya pengendalian biaya	1. Data Sekunder 2. Wawancara Mendalam	Instalasi Farmasi dan bagian Kepegawaian	SK Direktur

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian dengan pendekatan kualitatif. Data yang diambil adalah data sekunder dan data primer.

Data sekunder merupakan dokumen-dokumen Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo yang terkait dengan *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, serta *cost incentive*.

Data primer didapat dari wawancara mendalam yang dilakukan kepada lima belas informan untuk mengetahui bagaimana upaya pengendalian biaya di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo ditinjau dari keempat faktor tersebut.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Pasar Rebo selama Juli 2011 sampai Juli 2012.

5.3 Informan Penelitian

Pada penelitian ini informan dipilih sesuai dengan prinsip-prinsip yang berlaku, yaitu:

1. Kesesuaian (*Appropriateness*), yaitu informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan tema penelitian.

2. Kecukupan (*Adequacy*), yaitu informasi yang didapat dari informan harus dapat menggambarkan seluruh wacana yang berkaitan dengan tema penelitian.

Penetapan informan dilakukan secara *purposive* sehingga informasi yang diharapkan dapat tergali. Berikut tabel dari kelimabelas informan penelitian dimaksud yang selanjutnya akan ditentukan secara random sebagai I1, I2, I3,, I15 (Informan 1, 2, 3,, 15) :

Tabel 5.1 Daftar Informan Wawancara Mendalam

No	Jabatan
1	Wakil Direktur Pelayanan RSUD Pasar Rebo
2	Kepala Bidang Penunjang RSUD Pasar Rebo
3	Kepala Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo
4	Apoteker Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo (2 Orang)
5	Asisten Apoteker Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo (3 Orang)
6	Pekarya Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo
7	Ketua Komite Mutu RSUD Pasar Rebo
8	Bagian Akuntansi RSUD Pasar Rebo
9	Bagian Sistem Informasi Manajemen RSUD Pasar Rebo
10	Bagian Anggaran RSUD Pasar Rebo
11	Ketua Panitia Farmasi dan Terapi RSUD Pasar Rebo
12	Bagian Kepegawaian RSUD Pasar Rebo

5.4 Pengumpulan Data

5.4.1 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, serta data primer berupa hasil wawancara mendalam di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.

5.4.1.1 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data penunjang dari Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo dan unit-unit yang terkait secara tidak langsung diperoleh peneliti dari subjek penelitian dan dapat dijadikan informasi serta acuan, seperti yang tergambar dalam tabel di bawah ini:

Tabel 5.2 Data Sekunder Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

No	Data Sekunder	Unit Terkait
1	Laporan Kegiatan Pelatihan Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	SDM
2	Laporan Kegiatan Pengkomunikasian Harga kepada Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	Farmasi
3	Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Realisasinya di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo tahun 2011	Keuangan
4	Dokumen Formularium Obat	Panitia Farmasi Terapi
5	Surat Peringatan Ketidakpatuhan Dokter Terhadap Formularium	Tata Usaha
6	Dokumen Perhitungan Penyediaan Obat Sesuai Kebutuhan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	Farmasi
7	SK Direktur Tentang Pengurangan Biaya Operasional di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	Tata Usaha
8	Laporan Keuangan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011	Keuangan
9	Laporan <i>Stock opname</i> di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011	Keuangan
10	SK Direktur Pemberian Insentif Finansial Atau Non Finansial Bagi Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo	Tata Usaha

5.4.1.2 Wawancara Mendalam (*In-Depth Interview*)

Wawancara mendalam yang terstruktur dengan memberikan beberapa pertanyaan terbuka serta pertanyaan *probing*.

Wawancara mendalam dimulai dari penentuan pertanyaan terkait dengan variabel-variabel yang akan diteliti terkait dengan *cost awareness* yaitu pelatihan, pengkomunikasian harga, yang terkait dengan *cost management* yaitu *budget*, pengkonsolidasian dokter, pengkonsolidasian dokter, *e-prescribing*, penyediaan obat, pengurangan biaya operasional, dan dukungan eksekutif.

Sedangkan pertanyaan dengan variabel-variabel yang akan diteliti terkait dengan *cost monitoring* yaitu pemantauan keuangan berkelanjutan, pelayanan terintegrasi serta pengamanan obat penting, dan yang terkait dengan *cost incentive* yaitu pemberian insentif.

Selanjutnya menentukan informan-informan yang sesuai dalam memberikan jawaban untuk mengetahui bagaimana *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, serta *cost incentive* yang ada menurut perspektif informan serta pengalaman pribadi masing-masing.

5.5 Alat Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data sekunder dipergunakan dokumen-dokumen yang terkait, sementara itu alat pengumpul data dalam wawancara mendalam digunakan pedoman wawancara mendalam.

5.6 Penyajian Data

Data disajikan berupa tabel untuk selanjutnya dihitung berupa proporsi maupun persentasenya serta uraian singkat.

5.7 Pengolahan Data

5.7.1. Data Sekunder

Seluruh data sekunder yang diperoleh selanjutnya dikumpulkan lalu dipilah berdasarkan faktor-faktornya, untuk kemudian diolah baik berupa penjumlahan, perbandingan, maupun perhitungan persentase dengan program Excel dan dihasilkan Tabel Perolehan Data Sekunder.

5.7.2. Wawancara Mendalam (*In-Depth Interview*)

Seluruh variabel didapatkan sebagai data primer hasil dari wawancara mendalam yang direkam penulis dengan alat perekam.

Kemudian dilakukan pencatatan hasil wawancara dalam transkrip wawancara, lalu diringkas dengan memilih konten yang penting dan dipilah berdasarkan faktor-faktornya untuk dituliskan dalam bentuk matriks wawancara dengan program Word dan dihasilkan Tabel Matriks Wawancara Mendalam sehingga siap untuk dianalisis.

Saat dilakukan wawancara mendalam dilakukan pemberian kode angka yang dimaksudkan agar menjaga kerahasiaan identitas informan, dari angka 1 sampai dengan 15 yang ditentukan secara acak sesuai dengan jumlah informan yang diwawancara.

5.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan *content analysis* yaitu dengan membandingkan hasil penelitian wawancara mendalam dari kelima belas informan yang diperkuat dengan data sekunder dengan standar pelayanan kefarmasian RSUD Pasar Rebo.

5.9 Triangulasi

Dalam penelitian dilakukan triangulasi sumber dengan melakukan *cross check* persepsi seorang informan dengan informan lainnya guna memperoleh keabsahan data dan menghindari bias. Triangulasi data pun dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam dengan dokumen-dokumen terkait untuk mengusahakan data memadai dan valid.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini akan disajikan hasil penelitian kualitatif dari wawancara mendalam terhadap sepuluh orang informan yang berkompeten dalam memberikan jawaban tentang variabel-variabel yang diteliti, baik informan yang terkait langsung ataupun tidak langsung dengan Instalasi Farmasi beserta data sekunder yang mendukung.

Hasil penelitian ditulis berdasarkan empat faktor beserta variabel-variabelnya, keempat faktor yang dimaksud adalah *cost awareness* dengan variabel pelatihan dan pengkomunikasian harga, *cost management* dengan variabel *budget*, pengkonsolidasian dokter, *e-prescribing*, penyediaan obat, pengurangan biaya operasional dan dukungan eksekutif, *cost monitoring* dengan variabel pemantauan keuangan berkelanjutan, pelayanan terintegrasi, dan pengamanan obat penting, serta *cost incentive* dengan variabel pemberian insentif, berikut uraiannya:

6.1 *Cost awareness*

6.1.1 Pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam di lapangan, lima informan memiliki persepsi bahwa ada pelatihan yang dilakukan selama tahun 2011 baik diadakan di dalam RS maupun di luar RS, meskipun belum mengarah kepada peningkatan kesadaran pegawai terhadap biaya untuk bekerja efisien, serta belum menyeluruh untuk semua pegawai di Instalasi Farmasi.

Perencanaan pelatihan sudah dibuat tiap tahunnya namun realisasinya bergantung pada anggaran RS, sehingga *upgrade knowledge* hanya mengandalkan *principal* obat, padahal perubahan produk cepat sekali.

I1: “Ada pelatihan”.

I2: “Sebenarnya ada pelatihan, Ibu Susi (Kapal.red) langsung yang dikirim”.

I3: “Farmasi tiap tahun bikin pengajuan training, tapi realisasinya tergantung anggaran, akhirnya untuk *mengupgrade* teman-teman, *product knowledge* dari *principal* obat”.

I4: “Pernah, ada juga *In house training* untuk *attitude*”.

I9: “Tidak sampai mengefisienkan”.

I11: “Tidak Ada, paling *Customer service*, vaksin dan obat paru”.

I15: “Belum ada pelatihan”.

Selama tahun 2011 tiga informan menyatakan tidak ada dana pelatihan dari RS melainkan dari dana pribadi dan sponsor.

I1: “2011 tidak ada dana pelatihan”.

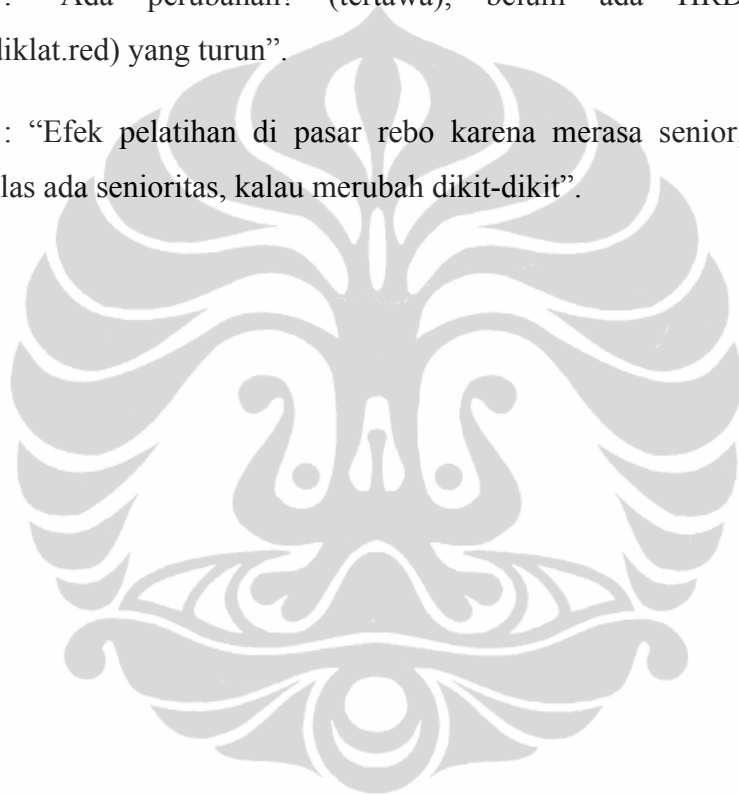
I3: “2010-2011 gak pernah dibiayai RS, dana pribadi, pegawai yang lain karena keterbatasan dana ya gak mau lah mereka”.

I9: “Dari sponsor”.

Adapun perubahan kinerja pegawai setelah pelatihan menurut dua informan meragukannya karena tidak dipantau HRD (*Human Resources Department*) bagian diklat karena dipengaruhi oleh senioritas.

I4: “Ada perubahan? (tertawa), belum ada HRD (diklat.red) yang turun”.

I1: “Efek pelatihan di pasar rebo karena merasa senior, jelas ada senioritas, kalau merubah dikit-dikit”.



Berikut data sekunder tentang pelatihan yang dilaksanakan selama tahun 2011 :

Tabel 6.1 Laporan Program Pelatihan dan Pendidikan Karyawan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

No	Materi	Peserta	Rencana Pelaksanaan	Realisasi Pelaksanaan
1	Pelatihan <i>Product knowledge (In house training)</i>	Apoteker, Asisten Apoteker, dan Pekarya	April sampai dengan Desember 2011	April, Mei, Juli, dan November 2011
2	<i>Customer service</i>	Apoteker, dan Asisten Apoteker	Mei sampai dengan Juni 2011	Mei sampai dengan Juni 2011
3	<i>Workshop</i> Tentang Peran Asisten Apoteker Dalam Manajemen dan Pelayanan Kefarmasian	2 Orang Asisten Apoteker	November 2011	November 2011
4	Farmasi Klinik	1 Orang Apoteker	November 2011	November 2011
5	Manajemen Pengelolaan Obat dan Laporan Keuangan	Kepala Instalasi Farmasi	Desember 2011	Desember 2011
6	Farmakoekonomi	1 Orang Apoteker	Juli 2011	Juli 2011
7	Patient Safety	Apoteker, dan Asisten Apoteker	Mei sampai dengan Juli 2011	Mei sampai dengan Juli 2011
8	<i>In house training Attitude</i> dan <i>Customer service Excellent</i>	Seluruh Pekarya	Desember 2011	Tidak Terealisasi

6.1.2 Pengkomunikasian Harga

Persepsi dua informan bahwa harga obat dan persediaan farmasi dapat diketahui oleh pegawai walaupun seorang informan lain meragukan apakah pegawai mengetahui harga secara mendetail. Hal ini dikarenakan belum adanya upaya manajemen RS untuk mengadakan acara khusus untuk mengkomunikasikan harga bagi seluruh pegawai di Instalasi Farmasi.

I3: “Mereka tahu, harga itu kelihatan ya di master, mereka semua bisa buka”.

I4: ” Tahu, dibedakan lemari obat mahal, belum pernah ada acara khusus untuk memperkenalkan harga”.

I6: “Rasanya iya, belum sejauh itu untuk mendetail ini harga barang yang mahal”.

I8: “Manajemen belum mengusahakan agar tahu harga”.

Sedangkan upaya pengkomunikasian harga melalui poster dan slogan pengingat yang terpampang di area kerja Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo menurut empat informan belum pernah dilakukan.

I3: “Gak ada”.

I4: “Belum pernah ada slogan pengingat”.

I6: “Belum sejauh itu”.

I8: “Belum pernah ada spanduk slogan”.

6.2 *Cost management*

6.2.1 *Budget*

Empat informan menyatakan terdapat upaya penyusunan *budget* walaupun dua informan di antaranya menyatakan bahwa penyusunan *budget* tersebut secara *top down* dengan penetapan *budget* sesuai instruksi pimpinan yang belum tentu berdasarkan kebutuhan. Selain itu *budget* yang dibuat Kepala Instalasi Farmasi masih berkoordinasi dengan bagian anggaran di unit keuangan.

I3: “Penyusunan anggaran dibuat berdasarkan realisasi penyerapan anggaran tahun sebelumnya, untuk mencegah inflasi tambah 5-10 persen”.

I4: “Kombinasi, tapi ujungnya *top down*”.

I5: “Yang mempengaruhi *budget* farmasi tergantung harga beli”.

I6; “Setiap tahun ada *workshop* penyusunan RBA sebelumnya ada *pra workshop*. Mayoritas Kapal tidak mengerti itu, seringnya ya udah bikin aja deh”.

Sehingga empat informan menyatakan realisasi *budget* di Instalasi Farmasi mencapai dua kali lipat dari anggaran, bahkan selalu lebih dikarenakan perhitungan *budget* belum berdasarkan perhitungan uang masuk dan uang keluar serta belum dilakukannya *feasibility study*, dan salah seorang informan memberikan saran dengan mengurangi item obat.

I3: “Gak mungkin ngepasin di 27 milyar, 54 milyar realisasinya”.

I4: “Jawabnya ok tapi untuk 7 bulan, harusnya gak seperti itu agar tidak terseok-seok, tapi dengan cara mengurangi item”.

I5: “Penganggaran jangan diasumsikan hanya biaya, jadi uang masuk dengan uang keluar. Biaya 80 persen, tapi pendapatan cuma 70 persen”.

I6: “Belum dilakukan *feasible study*. Tahun ini kita parah, karena target pendapatan tidak tercapai tapi pembelanjaan terlanjur banyak. Farmasi selalu berlebih dari yang dianggarkan”.

6.2.2 Pengkonsolidasian Dokter

Terdapat empat informan menyatakan bahwa formularium obat disusun oleh pokja (kelompok kerja) formularium dengan menyebarkan data formularium obat yang lalu ke setiap SMF selama sebulan lamanya untuk menampung aspirasi dokter-dokter.

Selanjutnya dikumpulkan kembali dalam bentuk kesepakatan obat dari setiap SMF yang telah dibubuhi penandatanganan persetujuan, dan pada akhirnya pokja mendiskusikannya untuk selanjutnya dipresentasikan dan disetujui.

I2: “Pokja formularium mengumpulkan dari dokter-dokter, evaluasi untuk obat yang gak jalan dikeluarkan dari formularium”.

I3: “Formularium kerja gabungan ketua dokter spesialis, sekretarisnya apoteker anggotanya tim medis dan farmasi”.

I10: “Setiap SMF menandatangani persetujuan formularium”.

Namun pada kenyataannya, enam informan menyatakan memang ada dokter yang tidak patuh pada formularium. Ada seorang informan lain yang menyatakan 98 % patuh, sementara seorang informan lainnya lagi menyatakan dokter sering tidak patuh pada formularium.

I1: “Dokter A sering obat keluar, kita tegur, mengelak”.

I2: “Saya kira semuanya patuh, 98 persen patuh”.

I3: “Ada SK Direktur agar dokter mematuhi formularium, namun pada kenyataannya ada yang lepas”.

I4: “Masih persuasif *by telephone*, lumayan sering. Kita kan udah punya aturan tapi gak dipatuhi jadi berantakan”.

I10: “Sedianya kalau diusulkan ya dipakai”.

I14: “Ada juga dokter yang kekeuh, ya udah di luar aja, paling 30 persen. Kayaknya jalan masing-masing, walaupun kita wara-wiri, di luar aja. Lebih kuat pengaruh dokter”.

I12: “Ada dokter yang yang masih meresepkan di luar formularium kalau apoteker yang mau tapi dokter gak mau”.

Sarana lain untuk mengkonsolidasikan dokter yang difasilitasi oleh manajemen adalah forum ‘reboan’ dilaksanakan setiap hari Rabu menjelang makan siang sebagai sarana evaluasi, sosialisasi, dan bimbingan dari manajemen kepada dokter. Sementara salah seorang informan diantaranya menyatakan bahwa forum tersebut rata-rata dihadiri

oleh 30 % dokter saja. Seorang informan lain menambahkan hal tersebut terjadi karena kurangnya kebersamaan diantara dokter.

I1: “Tiap rabu kumpul cuma kehadiran mereka kurang bagus rata-rata 30 persen. Ada absen, tidak sampai ditanya kenapa tidak datang. Bisa dengan cara dibimbing dokternya, hanya sosialisasi”.

I2: “Pada forum reboan manajemen mengevaluasi”.

I4: “Kalau dulu kebersamaannya ada”.

Selain itu tiga informan menyatakan terdapat pengaruh medrep (medical representatif/MR) terhadap dokter.

I1: “Medrep tidak ketemu saat praktek, tapi itu hak. Ada ketegasan dari dokter agar tidak diatur, harusnya”.

I4: “Medrep lebih cepat datang”

I9: “MR sangat besar peranannya”.

6.2.3 E-Prescribing

Berdasarkan keterangan tujuh informan, belum dilakukan *e-prescribing* di RSUD Pasar Rebo. Hambatannya karena masalah dana dalam pengadaan sarana prasarana walaupun *software* sudah ada.

I1: “Belum”.

I2: “Hambatan sarana prasarana, belum dilakukan”.

I4: “Direktur tertarik tapi masih mentok masalah dana”.

I6: “Secara sistem *software* sudah ada, secara *hardware* belum”.

I7: “Sarana prasarana mahal. Saya belum pernah hitung dari segi detail, bisa 500 juta. Tidak semua penanggung mau *paperless*, contohnya GAKIN minta resep tulis tangan dokter. Belum tahu juga untuk RS lain yang sudah *e-prescribing* bagaimana untuk itu. Kalau ada komitmen kuat dari pimpinan atau manajemen, saya berani *fight*, karena ini merubah kebiasaan karena semua di depan komputer”.

I11: Belum pernah sama sekali

I13: Wacana sudah lama, masalah di biaya pengadaan

I14: Belum ada, biaya juga kali ya, dan kita juga harus *stand by* di depan komputer

Kendala lain belum digunakan *e-prescribing* menurut tiga informan karena masih diperlukannya salinan resep untuk klaim, dokter tua akan kesulitan untuk beradaptasi, serta kondisi dokter di lapangan saat ini yang tidak sempat menulis resep. Namun belum pernah dicoba dokter untuk *e-prescribing*.

I4: “Untuk dokter tua membuat ribet”.

I6: “Di dinkes minta kopian resep”.

I7: “Belum dicoba dokter *entry* resep, di lapangan dokter tidak sempat menulis resep”.

Seorang informan menyatakan belum perlu *e-prescribing* dan informan lain menyarankan untuk menempatkan Asisten Apoteker untuk pembacaan resep dokter.

I7: “Lebih realistis dengan taruh Asisten Apoteker di pembacaan resep, jadi kasir hanya terima uang”.

I12: “Belum perlu, karena kalau elektronik harus di-*input* komputer, persediaan obat harus lengkap”.

6.2.4 Penyediaan Obat

Tiga informan menyatakan dilakukannya perhitungan kebutuhan *stock* obat berdasarkan *stock* minimum dan maksimum dan konsep ABC untuk dua minggu. Dengan data *real time* tidak mempertimbangkan data-data sebelumnya ataupun kemungkinan terjadinya KLB, serta obat disediakan dengan sistem FIFO.

I2: “Perhitungan ABC, sudah ada sistem FIFO. Penyediaan per dua minggu”.

I4: “Penyediaan obat pakai min-max, minimum order untuk dua minggu. Data *real time*, tidak melihat data lalu”.

I7: “Ada *stock* obat minimal dan maksimal, dibutuhkan untuk dua minggu, kalau ada KLB belum dihitung”.

I12: “Ada obat *fast moving* dan *slow moving*, kalau kosong langsung dipesan, mana yang habis itu yang dipesan. FIFO yang datang duluan yang dikeluarin”.

Selama transaksi menurut dua informan bila di unit tertentu terjadi kekosongan obat dikarenakan barang belum datang, barang tidak dikirim

PBF (Pabrik Besar Farmasi) karena RS belum melakukan pembayaran atau karena faktor karyawan lupa, dimungkinkan adanya pengambilan *stock* dari unit farmasi lainnya atau beli ke apotek lain.

I2: “Bisa saja dari lantai 5 ke lantai 2 tinggal komitmen untuk *approve* mutasi, 70 % sudah berjalan, tingkat kelupaan, itu PR saya”.

I4: “Beli di apotek lain. Bila obat tidak ada kemungkinannya barangnya belum datang, atau barang tidak dikirim PBF karena RS belum bayar, tapi kalau terjadi kelupaan ya wajar, kadang-kadang bisa”.

Dalam upaya pengantisipasi maupun pemanfaatan obat *expired* menurut dua informan menyatakan belum dilakukan karena belum ada petugasnya ataupun karena belum muncul ide kreatif untuk itu.

I2: “Untuk obat-obat yang gak laku bisa diretur. Obat dimusnahkan dengan dibakar, belum ada ide-ide untuk mendaur ulang”.

I4: “Tidak ada petugas yang melakukan itu”.

Berikut data sekunder tentang pemusnahan obat *expired* tahun 2011 :

Tabel 6.2 Laporan Pemusnahan Obat *expired* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

No	Tanggal Pemusnahan	Keterangan Barang Yang Dimusnahkan	Jumlah Barang	Nilai Barang (Rupiah)
1	3 Oktober 2011	Obat <i>expired</i> 2009-Agustus 2011	121 Item Obat	17.657.870
2	3 Oktober 2011	Obat <i>expired</i> (Propranolol, Fitodiar, Cotrimoxazol, Metronidazol, Dexamethasone) Sumbangan dari Jepang Tahun 1998	270 Kg	- (tidak dihitung dalam rupiah)
3	27 November 2011	Persediaan Farmasi yang sudah kadaluarsa	- (tidak dihitung dalam jumlah)	12.029.028

Dalam upaya mengarahkan dokter untuk melakukan peresepan obat generik, menurut seorang informan dahulu pernah dilakukan, tapi sekarang peresepan sudah menjadi hak prerogatif dokter. Walaupun di lain pihak menurut keterangan seorang informan lainnya bahwa RS sudah mengusahakan pengadaan obat generik sampai 50 % dari yang depkes arahkan.

I2: “Dulu memang harus ada penawaran generik atau non generik, tapi sekarang sudah lepas, jadi sekarang sudah hak prerogatif dokter”.

I4: “Cakupannya sudah mencapai 50 persen dari depkes ada di RS ini”.

I11: “Di IGD obat generik tidak sampai kosong, karena cuma sedikit, cuma 5 macam dari total jumlah obat dan alkes 170 macam”.

I12: “Agar obat lebih pro ke pasien”.

I14: “Jamkesmas, GAKIN, SKTM, kira-kira 60 persen”.

Dua informan menyatakan sejak 2011 barulah ada pembatasan variasi obat yang terdiri dari 1 original, 2 mitu, dan 1 generik.

I2: “Sejak 2011 formularium pembatasan obat sudah ada, sebelumnya tidak ada pembatasan obat. Original 1, dua mitu, dan generik”.

I4: “1 original, 2 mitu, 1 generik”.

Keterangan dua informan tentang pengadaan obat, RS terhambat saat pembelanjaan karena permintaan ada namun keuangan tidak mendukung sehingga dalam pengadaan obat, manajemen RS menempuh sistem penunjukan langsung *supplier* yang bersedia dibayar dalam jangka waktu yang lebih panjang walaupun dengan bunga yang lebih tinggi.

I1: “Permintaan ada, duitnya gak ada, terkait piutang. Jadi beli ke yang mau berikan pembayaran yang molor, kelemahannya bunganya lebih besar. Akhirnya saya tunjuk langsung”.

I5: “Obat untuk tujuan komersil tidak melalui lelang”.

Dalam penyediaan obat dengan pengamprahan untuk penjualan 3 hari, menurut dua orang informan hal tersebut belum diketahuinya. Walaupun menurut mereka dengan pengamprahan

untuk 3 hari penjualan akan dapat menghemat tenaga karena adanya keterbatasan jumlah tenaga.

I13: “Belum tahu amprah per 3 hari, akan lebih baik, karena tenaga kerja ngepas”.

I14: “Belum tahu amprah per 3 hari. Lebih baik 3 hari, karena kembali ke tenaga, saya mikirnya tenaga yang ngepas”.

6.2.5 Pengurangan Biaya Operasional

Pengurangan biaya operasional dengan pengaturan durasi telepon secara otomatis serta mematikan AC (*Air Conditioner*) dan lampu bila tidak digunakan telah dilakukan berdasarkan pernyataan dua informan. Selain itu, seorang informan yang lain menambahkan telah dilakukan pula pemanfaatan ulang kertas bekas serta penyiapan obat dengan benar untuk mengurangi biaya operasional.

I2: “Telpon berapa menit otomatis mati. Sudah ada imbauan untuk mematikan AC bila tidak dipakai”.

I4: “Sudah ada kebijakan membudayakan memakai kertas bekas. Obat caranya mengerjakan dengan benar agar tidak ada yang terbuang”.

I5: “Tisu yang tidak terkait dengan pasien langsung tidak disuplai, lampu yang di ruangan dimatikan, telpon maksimal 3 menit akan mati”.

6.2.6 Dukungan Eksekutif

Seorang informan menyatakan sebulan sekali dirinya sebagai eksekutif turun ke lapangan namun lebih dipandang pegawai di bawahnya sebagai supervisi bukan sebagai dukungan. Dukungan yang ada baru berupa kebijakan. Dukungan untuk selalu menghadiri pertemuan rutin bulanan yang wajib belum nampak mengingat belum ada sanksi bagi yang tidak hadir berdasarkan absen yang ada. Seorang informan menyampaikan tentang tidak adanya jam istirahat untuk keluar ruangan.

I1: “Sebulan sekali saya turun, mereka memandang lebih ke arah disupervisi bukan dukungan”.

I11: “Rapat bulanan apotek ada, tidak dipaksakan, seharusnya memang hadir, ada undangan tertulis, ada absen. Tidak ada jam istirahat di luar, makan, sholat dsb di ruangan”.

I12: “Ada dukungan, baru kebijakan, surat SK kalau ada obat yang bisa diganti dokter. Turun ke lapangan belum ada”.

I13: “Kalau teh uci (Kapal.red) sih suka kayak gitu, tapi tidak rutin seperti itu. Soalnya sudah ada pertemuan bulanan wajib, kalau dulu ada sanksi kalau tidak datang, gak tau sekarang”.

Dua informan lain beranggapan bahwa pegawai hanya bekerja saja, bahkan untuk sekedar disapa oleh atasan di level manajemen pun sulit.

I3: “Yang dituntut kerja kerja kerja tidak ada *entertain*”.

I5: “Gak pernah direktur tanya lagi ngerjain apa”.

I11: “Atasan gak tahu lapangan”.

Empat informan berharap agar pegawai diberikan dukungan yang nyata oleh eksekutif level manajer sekaligus menjadi contoh bagi pegawai di bawahnya sehingga lingkungan pekerjaan menjadi lebih terkendali, salah satu sarananya melalui program *team building*.

I2: “*Team building*, tahun 2011 tidak ada”.

I4: “Wadir keuangan, direktur, belum optimal, agar lebih tertib terkendali, belum terjadi”.

I7: “Perlu direktur yang tangan besi, yang memberikan contoh”.

I8: “Selama 2010 belum pernah ada dukungan riil. Jadi yang mendukung baru sampai level kepala instalasi, di atasnya sudah tidak”.

6.3 Cost monitoring

6.3.1 Pemonitoran Keuangan Berkelanjutan

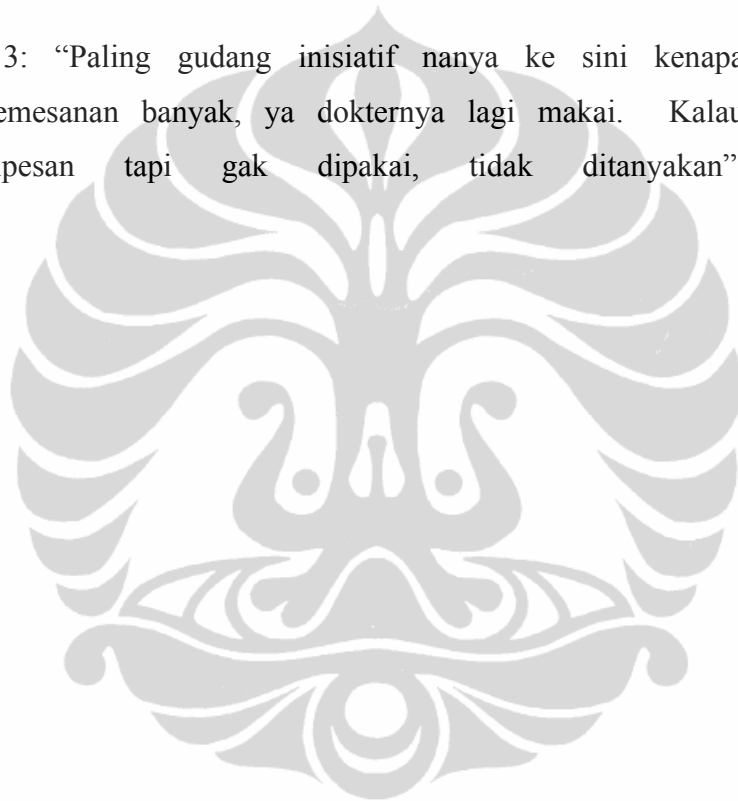
Pemantauan keuangan yang dilakukan di RSUD Pasar Rebo dengan *cash flow*. Namun dua informan menyatakan pemantauan *cash flow* yang berkelanjutan agar berjalan baik belum dapat dioptimalkan karena tidak ada petugas khusus yang bertanggung jawab untuk itu.

Bahkan di Instalasi Farmasi sendiri tidak ada upaya unit keuangan untuk memperingati farmasi bila perputaran sediaan tidak baik ataupun melakukan upaya investigasi bila didapati realisasi anggaran yang lebih tinggi dari perencanaan.

I3: “2011 *cash flow*nya gak berjalan bagus. Keuangan gak sampai memperingati farmasi bila perputaran sediaan gak baik”.

I8: “Tidak ada petugas yang menjaga *cash flow* berjalan baik”.

I13: “Paling gudang inisiatif nanya ke sini kenapa pemesanan banyak, ya dokternya lagi makai. Kalau dipesan tapi gak dipakai, tidak ditanyakan”.



Berikut data sekunder tentang *cash flow* Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo selama Tahun 2011:

Tabel 6.3 *Cash flow* Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Keterangan (Pembulatan dalam Milyar Rupiah)	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	TOTAL
Penerimaan													
Farmasi	4,467	4,267	5,257	4,771	5,058	4,921	4,672	4,182	4,313	4,600	4,719	5,191	56,418
Rajal	3,153	2,835	3,569	3,146	3,431	3,325	3,241	2,944	3,148	3,353	3,262	3,609	
Ranap	1,301	1,420	1,672	1,610	1,612	1,585	1,415	1,226	1,148	1,232	1,440	1,567	
Optik	0,013	0,012	0,016	0,015	0,015	0,011	0,016	0,012	0,017	0,015	0,017	0,015	
Pengeluaran													
Farmasi	3,399	3,413	4,150	3,902	4,149	3,032	4,586	3,322	4,037	3,035	4,188	3,932	45,145
Biaya gaji pegawai	0,070	0,068	0,071	0,072	0,074	0,074	0,085	0,074	0,075	0,076	0,074	0,075	
Biaya tunjangan, lembur dan lain-lain	0,140	0,139	0,148	0,135	0,140	0,142	0,148	0,195	0,196	0,132	0,135	0,133	
Biaya asuransi pegawai (Simponi, Jamsostek)	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	0,006	
Biaya Pokok Pembelian Obat-Obatan	3,166	3,812	3,901	3,673	3,908	2,791	4,327	3,021	3,746	2,810	3,959	3,701	
Biaya Farmasis	0	0	0	0	0	0	0,001	0,007	0	0	0	0	
Biaya Pemeliharaan dan Perbaikan	0,003	0,004	0,009	0,005	0,005	0,003	0,004	0,004	0,003	0,003	0,004	0,004	
Biaya Telepon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Biaya Air	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Biaya Listrik	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004	0	0	0	0	
Biaya Alat Tulis Kantor	0,001	0,001	0,001	0	0,001	0	0,002	0	0,001	0,001	0,001	0,002	
Biaya Alat Rumah Tangga	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,001	0,002	0,001	0,003	0,001	0,002	0,002	
Biaya Cetakan & Fotocopy	0,008	0,008	0,009	0,006	0,009	0,011	0,007	0,010	0,007	0,006	0,007	0,009	
Penambahan Kas	1,068	0,854	1,107	0,869	0,909	1,889	0,086	0,860	0,276	1,565	0,531	1,259	11,273

Sementara itu, diteliti pula tentang *margin* obat generik dan non generik selama tahun 2011 untuk memberikan gambaran penjualan obat di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo. Berikut data sekunder tentang *margin* obat generik dan obat non generik tahun 2011:

Tabel 6.4 Laporan Pembelian dan Penjualan Obat Generik dan Obat Non Generik Tahun 2011

No	Bulan	Obat Generik			Obat Non Generik			Persentase (g)= (c/f)x 100 %
		Pembelian (Rupiah) (a)	Penjualan (Rupiah) (b)	<i>Margin</i> (c) = ((b- a)/b)x 100 %	Pembelian (Rupiah) (d)	Penjualan (Rupiah) (e)	<i>Margin</i> (f) = ((e-d)/e)x 100%	
1	Januari	128.739.976	240.488.949	46 %	1.928.521.718	4.490.246.579	57 %	81 %
2	Februari	167.392.836	241.980.066	31 %	2.365.110.023	4.207.611.091	44 %	70 %
3	Maret	137.102.280	303.321.248	55 %	2.099.808.028	5.096.344.627	59 %	93 %
4	April	184.504.097	286.266.230	36 %	2.195.667.724	4.606.283.960	52 %	68 %
5	Mei	167.253.688	313.546.566	47 %	1.776.397.426	4.845.165.254	63 %	74 %
6	Juni	195.769.025	347.314.345	44 %	2.208.610.407	4.755.422.566	54 %	81 %
7	Juli	200.701.473	362.265.779	45 %	1.934.720.009	4.579.208.181	58 %	77 %
8	Agustus	258.464.944	314.547.096	18 %	2.045.804.729	4.024.448.596	49 %	36 %
9	September	151.703.076	310.862.443	51 %	1.814.880.495	4.223.229.354	57 %	90 %
10	Oktober	160.636.619	351.958.897	54 %	1.722.548.412	4.570.044.402	62 %	87 %
11	November	169.945.834	331.553.476	49 %	2.232.066.037	4.382.482.869	49 %	99 %
12	Desember	243.294.349	408.597.146	40 %	2.600.947.215	5.015.908.069	48 %	84 %

Pemonitoran keuangan berkelanjutan juga dapat dilihat hasil *stock opname* yang rutin dilakukan tiap tiga bulan. Tiga informan menyatakan masih terdapat selisih antara jumlah fisik dengan jumlah yang tertera pada komputer pada hampir semua lini pendistribusian farmasi.

I1: “Tiap tiga bulan *stock opname* sendiri. Di OK tetap aja kecolongan, karena kadang-kadang perawat disuruh ambil sendiri, padahal aturannya ada”.

I2: “Memang di lantai 2 selisih 8 jutaan, terlalu banyak item, kontrol *monitoring* kurang. Di rawat inap, di rawat jalan, di IGD, memang belum mencapai nol”.

I3: “Masih ada selisih, karena ngutang belum diinput”.

Berikut data sekunder berupa laporan *stock opname* di Instalasi Farmasi per 3 Juli 2011 :

6.5 Laporan *Stock opname* di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo per 3 Juli 2011

No	Gudang	Kode	<i>Stock Komputer</i> (Rupiah) (a)	<i>Stock opname</i> (Rupiah) (b)	Selisih dalam Plus atau (Minus) (Rupiah) (c) = (b) – (a)
1	Gudang Farmasi	GD1	169.089.118	169.089.118	0
2	Gudang Utama	GD2	621.525.014	632.073.635	10.548.621
3	Gudang Askes	GD5	163.581.102	163.242.927	(338.175)
4	Farmasi Lt. 1	APT1	36.795.769	38.257.945	1.462.176
5	Farmasi IGD	61	27.370.760	25.227.314	(2.143.446)
6	Farmasi Lt. 2	APT2	287.118.538	302.010.122	14.891.584
7	Depo ASKES	GD3	384.141.795	397.734.269	13.592.474
8	Farmasi Lt. 3	APT3	121.099.485	112.093.995	(9.005.490)
9	Depo Ranap (Teratai)	31	157.248.743	157.835.868	587.125

6.3.2 Pelayanan Terintegrasi

Berdasarkan keterangan dua informan tentang pelayanan terintegrasi bahwa sudah satu atap walaupun menurut dua orang informan lain masih terhambat dengan birokrasi. Informan lain menambahkan tidak adanya ketepatan penyampaian informasi kepada pegawai sehingga *sense of belonging* pegawai belum tumbuh.

I4: “Setelah PT sampai sekarang semua sudah 1 atap”.

I5: “Tiap senin saat apel, itupun hanya monolog”

I6: “Dulu *sense of belonging* tinggi, kenapa luntur? sisi informasi tidak sampai, padahal ada apel senin dan kemisan”.

I7: “Birokrasi berbelit-belit untuk persetujuan pengadaan harus disetujui sampai ke petugas pembuat komitmen yaitu wadir keuangan dan umum bahkan sampai pengadaan tusuk gigi pun”.

I9: “Masih terlalu banyak birokrasi jika ingin mengajukan keringanan prosedurnya panjang. Prosedur singkat cukup dengan kartu yang telah disahkan pejabat berwenang contoh kartu GAKIN”.

I11: “Sudah terpadu, melalui komputer kalau ada barang keluar atau masuk, tanya cukup lewat telpon ke gudang atau pengadaan, mereka yang mengusahakan dan mendesak distributornya”.

I12: “Belum keseluruhan, kendala saat obat kosong dari pengadaan obat yang tertunda karena pembayaran obat tidak lancar. Di pelayanan informasi obat, untuk ranap harusnya ada lembar visite dokter dan juga oleh farmasi, jadi ketahuan pasien dapat obat apa saja, dulu katanya pernah”.

I13: “Sesekali doang, ini kita mau *expired*, lapor ke dokter, dok tolong dong obatnya mau *expired*, gak semua dokter mengiyakan”.

6.3.3 Pengamanan Obat Penting

Menurut keterangan seorang informan obat penting adalah obat mahal atau yang sering hilang, sehingga perlu disimpan dalam lemari khusus serta ada pengawas yang bertanggung jawab mengontrol *stock* setiap pagi serta pemantauan dengan kartu *stock* persepsi informan lainnya. Dua informan mengatakan kebocoran yang terjadi akan terdeteksi karena sistem *online* selain itu adanya kebijakan tanggung rugi. Selain itu belum kental kedisiplinan untuk pencatatan baik di rajal maupun di ranap yang dapat membuka peluang terjadinya pemanfaatan obat untuk pribadi pegawai.

I1: “Sebenarnya deteksi kebocoran ketahuan karena semua *online*. Pakai infus tapi tidak dicatat. Ada tanggung ganti rugi, dilakukan pemantauan tiga bulan”.

I3: “Kontrol *stock* setiap pagi, konfirmasi di rapat bulanan. Lemari tertutup, terkunci, dan pemegang kunci di *supervisor* dan ada kartu *stock*”.

I4: “Sudah ada lemari khusus obat penting yang kita pantau terus yang sering hilang kita taruh di lemari itu dan barang mahal yang di atas 100 ribu. Tim diharuskan mengganti resep”.

I11: “Saat saya gak ada, kalau ngambil harusnya nulis, kayak tadi ada yang ngambil tapi tidak tahu namanya.. Perawat sepertiga rajin nulis, untuk yang malas tidak dilaporkan atau ditanyakan, tapi apotekernya sudah tahu tapi didiamkan. Untuk obat sisa sekarang disimpan oleh mereka masing-masing, kalau dulu ada AA langsung dibawa ke apotek, jadi milik RS”.

6.4 *Cost incentive*

6.4.1 Pemberian Insentif

Empat informan menegaskan bahwa insentif diberikan kepada semua pegawai berdasarkan penilaian kompetensi belum berdasarkan *output* kinerja pegawai, dikarenakan penilaian baru sebatas kuantitas kehadiran belum sampai menilai kualitas kehadiran pegawai.

I1: “Insentif berdasarkan kompetensi, kemampuan mereka melakukan uraian tugas, belum dilihat hasil kerjanya”.

I3: “Berdasarkan kompetensi belum berdasarkan *output* kinerja. Kalau tidak hadir dipotong, jadi berdasarkan kuantitas, belum kualitas”.

I4: “Belum berdasarkan *output*”.

I5: “Berdasarkan kompetensi”.

Namun empat informan menyatakan tidak adanya evaluasi terhadap pemberian insentif. Bahkan insentif yang diberikan pun tidak disertai laporan yang mendukung.

I4: “Sering salah, kurang cepat, atau malas, menunda *entry* data, hanya konsumsi apoteker aja. Padahal harusnya ini diketahui oleh keuangan untuk jadi dasar pemberian insentif”.

I5: “Mau seperti apapun kompetensi tidak dievaluasi. Pelaporannya pun tidak disertai lampiran yang mendukung”.

I6: “Belum diaplikasikan jika tidak memenuhi target akan mempengaruhi insentif”.

I8: “Insentif mereka pasti dapat, gak mungkin sampai nol”.

Dalam hal kinerja yang buruk, dua informan menyatakan tidak pernah ada surat dari direktur untuk pegawai yang memberikan kinerja buruk sehingga tiap bulan insentif diperoleh dengan jumlah nominal yang

tetap dan sesuai dengan anggaran yang sudah ditetapkan tanpa melihat pendapatan riil RS.

I1: “Kalau dapat surat peringatan itu yang berpengaruh ke insentif”.

I3: “Tidak pernah ada surat pernyataan dari direktur untuk kinerja buruk”.

I5: “Belum pernah ada”.

I6: “Selama ini insentif masih sesuai anggaran, belum lihat pendapatan riil”.

Dalam Peraturan Pegawai RSUD Pasar Rebo (2008) pasal 14 terdapat pernyataan “dalam usaha memacu semangat kerja pegawai untuk mencapai prestasi kerja yang tinggi, maka setiap pegawai dan atasan langsungnya menyepakati rancangan prestasi kerja yang akan dicapai oleh setiap pegawai dalam kurun waktu tertentu sesuai dengan ketentuan RSUD Pasar Rebo”.

Harapan seorang informan adanya pembinaan yang dilakukan unit kerja dan SDM RS yang menilai kinerja pegawai secara keseluruhan. Hal ini dibantah oleh seorang informan yang memiliki persepsi bahwa tidak mungkin melakukan penilaian terhadap seluruh pegawai.

I3: “Ada pembinaan, di unit ada keterbatasan, harapan saya SDM bisa memantau”.

I8: “Ya gak mungkin kita menilai seluruh karyawan”.

Berikut tabel yang merangkum hasil wawancara mendalam terhadap kelima belas informan :

Tabel 6.5 Peta Informan tentang Hal-Hal yang Terkait Upaya *Cost containment*

Variabel	Ada	Tidak Ada	Ragu-ragu
	Jarang Sering		
<i>Cost awareness</i>			
Pelatihan			
1. Pelaksanaan pelatihan	I1, I2, I3, I4, I9	I11, I15	-
2. Dana pelatihan dari RS	-	I1, I3, I9	-
3. Efek setelah pelatihan	-	-	I4, I1
Pengkomunikasian Harga			
1. Pegawai tahu harga dari komputer dan perbedaan lemari	I3, I4	I8	I6
2. Poster dan slogan pengingat tentang harga serta acara khusus pengenalan harga	-	I3, I4, I6, I8	-
<i>Cost management</i>			
Budget			
1. Penyusunan <i>budget</i>	I3, I4, I5, I6	-	-
2. Realisasi <i>budget</i> melebihi perencanaan	I3, I4, I5, I6	-	-
Pengkonsolidasian Dokter			
1. Penyusunan formularium	I2, I3, I10	-	-
2. Ketidapatuhan dokter terhadap formularium	I1, I3, I9, I10, I14, I12 I2 I4	-	-

Variabel	Ada	Tidak Ada	Ragu-ragu
	Jarang Sering		
Cost management			
Pengkonsolidasian Dokter			
3. Kehadiran dokter pada forum 'reboan'	I2, I4 I1 -	-	-
4. Pengaruh medrep terhadap dokter	I1, I4, I9	-	-
E-Prescribing			
1. Pengaplikasian <i>e-prescribing</i>	-	I1, I2, I4, I7, I11, I13, I14	-
2. Hambatan bila <i>e-prescribing</i> diaplikasikan	I6, I4, I7, I12, I13, I14	-	-
Penyediaan Obat			
1. Perhitungan ketersediaan stok obat	I4, I2, I7, I12	-	-
2. Upaya pengadaan kekosongan obat	I2, I4	-	-
3. Pengantisipasi dan pemanfaatan obat <i>expired</i>	-	I4, I2	-
4. Ketersediaan obat generik	I4, I11	-	-

Variabel	Ada	Tidak Ada	Ragu-ragu
	Jarang Sering		
Cost management			
Penyediaan Obat			
5. Arahan menawarkan obat generik	-	I2	-
6. Pembatasan variasi obat pada formularium	I2, I4	-	-
7. Penunjukan <i>supplier</i> obat secara langsung / tidak melalui lelang	I1, I5	-	-
8. Pengamprahan untuk penjualan 3 hari	-	I13, I14	-
Pengurangan Biaya Operasional			
1. Pengaturan durasi telpon secara otomatis	I2, I5 I5	-	-
2. Mematikan AC dan lampu bila tidak dibutuhkan	I4	-	-
3. Pemakaian kembali kertas bekas			
Dukungan Eksekutif			
1. Eksekutif turun ke lapangan	I1, I11, I12, I13	-	-
2. Atasan menyapa bawahan untuk sekedar menghibur	-	I3, I5, I11	-
3. Direktur serta manajer sebagai contoh	-	I7, I4, I8, I2	-

Variabel	Ada	Tidak Ada	Ragu-ragu
	Jarang Sering		
<i>Cost monitoring</i>			
Pemantauan Keuangan Berkelanjutan			
1. Pemantauan <i>cash flow</i>	-	I3, I8, I13	-
2. Selisih saat <i>stock opname</i>	I1, I2, I3	-	-
Pelayanan Terintegrasi			
1. Hambatan birokrasi	I7, I9	-	-
2. Ketepatan penyampaian informasi	I11	I5, I6, I12, I13	-
Pengamanan Obat Penting			
1. Pembedaan lemari obat penting	I4	-	-
2. <i>Supervisor</i> obat dan kartu <i>stock</i>	I3	-	-
3. Pendeteksian kebocoran dan tanggung rugi	I1, I4	-	-
4. Kedisiplinan pencatatan	-	I11	-

Variabel	Ada	Tidak Ada	Ragu-ragu
	Jarang Sering		
<i>Cost incentive</i>			
Pemberian Insentif			
1. Pemberian insentif berdasarkan <i>output</i> kinerja	-	I3, I4, I1	-
2. Evaluasi pemberian insentif disertai laporan tertulis	-	I5, I4, I8, I6	-
3. Surat Peringatan Direktur	-	I3, I5	-
4. Pemberian insentif dipengaruhi oleh pendapatan RS	-	I6	-
5. Penilaian SDM RS kepada seluruh pegawai	-	I8, I3	-

BAB 7

PEMBAHASAN

Setelah mendapatkan data sekunder sebagai pendukung data primer yang didapat melalui wawancara mendalam, maka menarik untuk dibahas tentang masing-masing variabel dari keempat faktor *cost containment* yaitu *cost awareness*, *cost management*, *cost monitoring*, dan *cost incentive*.

7.1 *Cost awareness*

7.1.1 Pelatihan

Dalam Standar Pelayanan Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo tercantum salah satu tugas Instalasi Farmasi yaitu “menyelenggarakan pendidikan dan latihan di bidang farmasi”.

Bila ditinjau dari dokumen di komite mutu RS bagi pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo, pelatihan memang diberikan untuk pegawai farmasi namun tidak semua pegawai dapat merasakannya. Padahal salah satu kebijakan umum Standar Pelayanan Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo tertulis “Setiap petugas atau pegawai Instalasi Farmasi wajib meningkatkan kompetensinya melalui pelatihan yang sudah diprogramkan”. Namun Asisten Apoteker yang menjadi ujung tombak farmasi di UGD, OK, maupun di Depo Askes sama sekali tidak diprogramkan untuk mendapatkan pelatihan.

Selain itu pelatihan yang dialokasikan masih berfokus pada *'product knowledge'* dan *'customer service'* yang pada prakteknya baru sebatas pengenalan tentang produk farmasi, belum menyentuh sampai menumbuhkan kesadaran pada seluruh pegawai di Instalasi Farmasi untuk bekerja secara efisien yang didasari dari motivasi diri untuk kesadaran biaya .

Pelatihan tentang *attitude* dan *customer service excellent* yang diharapkan dapat menumbuhkan motivasi diri untuk bekerja dengan sebaik-baiknya berdasarkan laporan program diklat tahun 2011 tidak terealisasi. Keterbatasan biaya menjadi salah satu penyebab tidak dilaksanakannya pelatihan pada tahun 2011.

Adapun pelatihan yang mengarah pada efisiensi seperti manajemen pengelolaan obat dan laporan keuangan, baru dapat dirasakan oleh Kepala Instalasi Farmasi saja, ditambah lagi tidak adanya ketentuan dari manajemen RS untuk mengarahkan pegawai yang mendapat pelatihan agar berbagi informasi dan pengalaman selama pelatihan yang diikutinya. Padahal setiap pegawai farmasi bertanggung jawab penuh atas keamanan perbekalan farmasi itu sendiri.

Sedangkan bila ditinjau efek dari pelatihan belum dapat dilihat secara langsung karena belum ada SDM khususnya bagian diklat yang memantau pegawai setelah mendapatkan pelatihan, dan salah satu penyebab yang menjadikan keengganan untuk melakukan pemantauan pegawai setelah pelatihan karena pengaruh senioritas.

7.1.2 Pengkomunikasian Harga

Upaya pengkomunikasian harga berupa aktifitas yang disengajakan untuk menginformasikan harga perbekalan farmasi bagi seluruh pegawai belum dilakukan manajemen RS.

Selain itu komunikasi harga melalui poster dan slogan pengingat yang diletakkan di tempat strategis agar pegawai bekerja hati-hati dan efisien ataupun upaya lain pengkomunikasian harga seperti kuis tebak harga yang dapat membuka mata pegawai bahwa perbekalan farmasi yang menjadi tanggung jawab mereka bernilai harganya pun belum pernah ada.

Sementara menurut DiNapoli (2008) membangkitkan kesadaran biaya kepada pegawai khususnya pegawai di farmasi dengan memberikan semangat untuk menggunakan pelayanan secara berhati-hati akan menjadi cara yang paling *cost effective* untuk mengendalikan biaya.

Sedangkan untuk meningkatkan *cost awareness* dokter menurut HFMA Educational Reports (2009) dengan menunjukkan biaya dengan data berupa angka-angka kepada dokter dan informasi yang ditunjang dengan penjelasan terinci.

Dengan adanya upaya untuk memberikan pelatihan serta pengkomunikasian harga bagi pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo, diharapkan seluruh pegawai farmasi dapat memahami biaya yang menjadi tanggungan RS, sehingga terbangunlah *good governance* sesuai dengan yang disampaikan Taylor (2000).

7.2 *Cost management*

7.2.1 *Budget*

Pembuatan *budget* yang sudah jelas tertulis sebagai tugas pegawai farmasi untuk menyusunnya terutama Kapal Farmasi, masih berkoordinasi dengan unit keuangan, sehingga dapat mengakibatkan realisasi *budget* Instalasi Farmasi dari tahun ke tahun selalu lebih besar dari perencanaan.

Kapal Farmasi sudah dianggap mengerti tentang manajemen keuangan seperti yang tertera pada tuntutan keahlian seorang Kapal Farmasi RSUD Pasar Rebo untuk membuat perencanaan sekaligus penetapan harga dari perbekalan farmasi dibantu oleh pegawai perencanaan dan pengadaan farmasi, diawali dengan melakukan *feasibility study* sehingga tidak terjadi kejomplangan antara pendapatan dengan pembelanjaan.

Disebutkan dalam Standar Pelayanan Farmasi (Kemenkes RI, 2004) bahwa “Kepala Instalasi Farmasi harus terlibat dalam perencanaan manajemen dan penentuan anggaran serta penggunaan sumber daya”, sehingga fungsi *budget* sebagai arah ataupun pedoman bagi pegawai di Instalasi Farmasi untuk mengalokasikan dana agar efisien dan keuangan di farmasi tidak terseok-seok.

Selain itu ditambahkan pula anggaran yang dibuat sejatinya tidak hanya memperhitungkan tentang rencana pembiayaan saja, namun juga rencana pendapatan, sehingga dapat terjadi pengendalian biaya. Dalam Kepmendagri No. 29 Tahun 2002 anggaran yang akan disusun pun harus berbasis kinerja.

Penyusunan *budget* secara ‘*top down*’, kelemahannya kurang komunikatif sehingga dapat berisiko terhadap kesuksesan perencanaannya. Sementara itu penyusunan *budget* secara ‘*bottom up*’ akan lebih relevan guna menjawab tantangan diberlakukannya INA-CBG, karena dengan penyusunan tersebut dapat dilakukan penilaian lebih obyektif akan kebutuhan Instalasi Farmasi serta dapat membangun komitmen untuk memenuhi tujuan *budgeting*.

Menurut Eastaugh (2006) *budgeting* bermanfaat untuk menghentikan pekerjaan tulis-menulis yang tidak penting, laporan klinik palsu, kelalaian, dan menstabilkan pembelanjaan.

7.2.2 Pengkonsolidasian Dokter

Manajemen RSUD Pasar Rebo telah memiliki forum yang dimaksudkan sebagai sarana pengkonsolidasian dokter yang dikenal dengan istilah ‘reboan’ yang dimulai jam 11.00 WIB sampai selesai sebagai sarana berkumpul serta makan siang manajemen RS bersama para dokter.

Pada forum inilah manajemen RS bertemu langsung dengan dokter-dokter yang bertugas di RSUD Pasar Rebo untuk membahas permasalahan-permasalahan yang terkait dengan manajemen dan bersinggungan dengan dokter seperti evaluasi obat yang kurang jalan, walaupun tetap saja ada dokter yang mengelak saat ditegur.

Selain itu dari sisi kehadiran dokter pada forum ini sekitar 30%, sementara itu biaya konsumsi makan siang ditanggung oleh seluruh dokter dan masih ditambah lagi dari dana RS setiap minggunya.

Sementara itu, masih terdapat permasalahan yang alot tentang persepan dokter di luar formularium, bahkan medrep dinilai lebih cepat mendatangi dokter untuk menawarkan produk terbarunya, dan di lain kesempatan masih ada saja dokter yang masih tidak mau untuk mengganti obat yang tidak tersedia.

7.2.3 *E-Prescribing*

Salah satu tujuan Standar Pelayanan Farmasi RSUD Pasar Rebo yaitu “mewujudkan Sistem Informasi Manajemen berdaya guna dan tepat guna”. Sehingga muncullah wacana program *e-prescribing* di RSUD Pasar Rebo yang belum dilaksanakan karena terbentur dana untuk pengadaan sarana prasarana berupa *hardware* komputer walaupun secara sistem *software* sebenarnya telah tersedia.

Mengingat hal yang disampaikan Johnson (2009) tentang dokter sebagai pusat saraf dari buruknya pelayanan kesehatan. Sehingga proses *monitoring* dan investigasi adalah hal substantif dalam mempengaruhi perilaku dokter beserta konsekuensinya. Maka *monitoring* persepan obat sistem *monitoring* elektronik yang sesuai serta bermanfaat dengan mengikutsertakan partisipasi dokter.

Adanya keraguan terhadap kemauan dokter untuk melakukan *entry* data resep yang dimungkinkan karena jumlah pasien yang banyak namun jam kedatangan maupun keputungan dokter yang masih belum memenuhi jam kerja seharusnya.

Namun di lain sisi belum digunakan *e-prescribing* karena adanya pertimbangan masih diperlukannya salinan resep untuk klaim, walaupun secara sistem sudah memungkinkan untuk direalisasikan.

Selain itu adanya keraguan dokter tua akan kesulitan untuk beradaptasi bila peresepan terkomputerisasi, sehingga menjadi tidak realistis untuk diterapkannya *e-prescribing* saat ini.

Salah satu solusi yang ditawarkan untuk menjawab kesulitan pembacaan tulisan dokter yang lebih realistis adalah dengan menempatkan Asisten Apoteker, bukan melimpahkan pembacaan resep kepada petugas kasir.

7.2.4 Penyediaan Obat

Aditama (2007) mengemukakan perencanaan pengadaan barang logistik diantaranya obat agar tersedia pada saat dibutuhkan (*just in time inventory*), dan tidak tertumpuk terlalu banyak. Selain itu persediaan harus dijaga agar tetap baik mutunya, kecukupan jumlahnya, serta keamanan penyimpanannya dan pendistribusiannya harus jelas sehingga permintaan dapat terlayani tepat pada waktunya dan sampai ke tujuan.

Perhitungan kebutuhan obat di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo berdasarkan *stock* minimum dan maksimum yang diinput oleh apoteker dengan konsep ABC untuk jangka waktu penyediaan di gudang untuk dua minggu dan dilakukan secara *real time* namun belum mempertimbangkan data-data sebelumnya ataupun kemungkinan terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa).

Adapun perhitungan stok minimal dan maksimal berdasarkan ISFI (2001) yaitu:

Minimal Stok = (Jumlah pemakaian per 3 hari + 20% + *lead time*) – stok

Maksimal Stok = (Jumlah pemakaian per 5 hari + 20% + *lead time*) – stok

Sementara itu penyediaan obat mengikuti sistem FIFO (First In First Out) dengan masa *expired* selama 2 tahun untuk obat *slow moving*, serta di bawah 2 tahun untuk vaksin dan obat *fast moving*.

Padahal menurut konsep logistik obat, selain menerapkan FIFO juga FEFO (*First Expired First Out*) sehingga dapat meminimalisir obat *expired*.

Pada prakteknya penyediaan obat (amprah) dilakukan setiap pagi, meskipun pada dasarnya telah ditentukan bagi pelayanan farmasi rawat jalan dan rawat inap untuk penjualan 3 hari (SK Direktur, 2011) yang belum sepenuhnya diketahui oleh seluruh pegawai farmasi. Pengamprahan yang dilakukan setiap hari dapat membuka peluang terjadinya ketidaksesuaian antara *stock* fisik dengan *stock* komputer dikarenakan lalu lintas pasien yang padat.

Ditambah lagi dengan belum adanya petugas di farmasi yang bertanggung jawab untuk mengawasi obat *expired*, sehingga pada tahun 2011 masih terdapat obat yang dimusnahkan senilai Rp. 29.686.898 serta 270 kg beberapa obat sumbangan. Selain itu, teknik-teknik kreatif untuk memanfaatkan obat-obat yang sudah *expired* pun belum pernah

diusahakan, sehingga otomatis proses pemusnahan dengan dibakar belum dapat memberikan manfaat lebih selain memakan biaya.

Sebagai RSUD, pemanfaatan obat generik tentulah menjadi perhatian tersendiri, dan RSUD Pasar Rebo telah mengupayakan sampai sekitar 50% dari seluruh obat generik yang diarahkan kemenkes, selain itu saat ini pun harga obat generik kompetitif mengingat sudah semakin banyak *suppliernya*.

Diketengahkan Hosizah (2009) dengan menggunakan obat generik merupakan langkah *economic efficiency* untuk meningkatkan efisiensi di RS.

Namun, persepan obat menjadi hak prerogatif dokter, sehingga sejak 2011 telah dilakukan pembatasan variasi obat pada formularium yaitu 1 original, 2 mitu, dan 1 generik.

Padahal dalam Permenkes No. HK.02.02/MENKES/068/I/2010 disebutkan bahwa dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang bertugas di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah wajib memberikan resep obat generik bagi semua pasien, sesuai dengan indikasi medisnya, pengecualian bila tidak tersedia obat generik yang dimaksud.

Akan tetapi, pada pengadaan obat terjadi pembatasan pembelanjaan karena keuangan RS yang tidak memadai, sehingga penunjukan *supplier* obat komersil dilakukan secara langsung dengan kriteria *supplier* yang ditunjuk dapat memberikan jangka waktu pembayaran yang lebih lama, meskipun berimbas pada bunga yang lebih

tinggi sehingga otomatis berpengaruh langsung pada semakin tingginya utang obat yang harus dilunasi RS.

7.2.5 Pengurangan Biaya Operasional

Pengurangan biaya operasional dalam pengaturan waktu menggunakan telepon telah dilakukan yang secara otomatis sambungan telepon akan mati setelah tiga menit.

Dalam hal mematikan AC atau lampu bila tidak digunakan telah dilakukan imbauan bagi pegawai, serta kebijakan untuk memanfaatkan kembali kertas bekas.

Selain itu pegawai telah diminta untuk mengerjakan penyiapan obat dengan benar agar tidak ada obat yang terbuang sia-sia. Saat kesalahan dalam penyiapan obat terjadi telah dilakukan pula proses ganti rugi oleh pegawai yang bersangkutan, namun hal ini tidak sampai diketahui oleh pihak manajemen RS yang tentunya dapat menjadi salah satu pertimbangan penilaian kinerja pegawai.

7.2.6 Dukungan Eksekutif

Pihak eksekutif manajemen RS turun ke lapangan sebulan sekali, sehingga lebih dipandang pegawai di bawahnya sebagai supervisi bukan sebagai dukungan manajemen agar pegawai lebih bersemangat bekerja, bahkan sekadar untuk menyapa saja pun tidak dilakukan. Hal ini dimungkinkan karena program *team building* dilakukan setiap 2 tahun sekali, dan tahun 2011 bukan tahun dilaksanakannya *team building*.

Sehingga pegawai beranggapan hanya dituntut untuk kerja, tanpa diperhatikan kesenangannya, yang dimungkinkan karena belum optimalnya pola pikir manajerial eksekutif RS sehingga belum optimalnya pengendalian pegawai, sehingga perlu sikap tegas direktur yang sekaligus dapat menjadi contoh bagi bawahannya serta dukungan riil yang lebih humanis, seperti menyapa pegawai yang sedang bekerja.

7.3 Cost monitoring

7.3.1 Pemonitoran Keuangan Berkelanjutan

Cash flow merupakan item keuangan yang dipantau di setiap unit, termasuk Instalasi Farmasi, namun tidak ada upaya dari unit keuangan yang paling bertanggung jawab memantau *cash flow* untuk memberikan peringatan apabila perputaran sediaan farmasi tidak berjalan baik, walaupun sudah jelas realisasi anggaran lebih tinggi daripada perencanaan pun tidak dilakukan investigasi lebih lanjut, dikarenakan tidak ada pegawai yang ditugaskan untuk menjaga *cash flow* berjalan baik.

Selain itu, bila dilihat posisi keuangan farmasi dari *margin* pembelian dan penjualan obat generik tahun 2011 berkisar 31 % sampai 55 %, dan non generik berkisar 44 % sampai 63 %, maka Instalasi Farmasi dengan *margin* di atas 30 % hendaknya dapat memanfaatkannya sebagai penguat posisi tawar kepada pabrik obat, namun data ini belum dimanfaatkan oleh unit keuangan RS.

Hal lain yang terkait erat dengan keuangan di farmasi adalah *stock* obat, yang dipantau secara rutin dari program *stock opname* tiga bulan

sekali yang didahului dengan melakukan pra *stock opname*. Namun, masih saja terdapat selisih seperti di OK karena perawat sendiri yang mengambil sediaan yang seharusnya menjadi tugas Asisten Apoteker.

Selisih juga terjadi di Apotek lantai 2, yang dimungkinkan karena terlalu banyak item, pengawasan yang kurang karena keterbatasan jumlah Apoteker mengingat Apotek lantai 2 beroperasi 24 jam, namun Apoteker hanya 1, sehingga membuka peluang Asisten Apoteker untuk mengambil keputusan sendiri untuk transaksi yang dinilai masih 'abu-abu'.

Lead time obat di gudang farmasi selama 15 hari merupakan ambang batas atas yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Farmasi RSUD Pasar Rebo. Hal ini tentu saja menambah biaya penyimpanan dan membuka peluang bertambahnya obat *expired* maupun meningkatnya pembelian obat *cito* yang mencapai 10 % sampai 15 % dengan harga beli lebih tinggi dari harga pasar.

Bila dilihat laporan *stock opname* dari tiap-tiap bagian farmasi, hanya gudang farmasi yang tidak mengalami selisih antara *stock* komputer dengan temuan fisik saat *stock opname*, hal ini dimungkinkan karena gudang farmasi memiliki sistem mengeluarkan obat sesuai ukuran wadah terkecil dari pabrik.

Sedangkan gudang utama, farmasi lantai 1, farmasi lantai 2, depo ASKES, dan depo ranap mengalami selisih positif yaitu jumlah *stock* fisik lebih besar daripada *stock* komputer, tetapi di gudang ASKES, farmasi IGD dan farmasi lantai 3 terjadi selisih negatif. Hal ini dimungkinkan karena kelengahan pegawai untuk memasukkan data ke komputer.

7.3.2 Pelayanan Terintegrasi

Pelayanan farmasi sudah berada dalam satu atap, namun birokrasi yang berbelit-belit menyebabkan informasi masih sering tidak sampai kepada pegawai sehingga *sense of belonging*-nya menjadi rendah, walaupun tetap ada pertemuan apoteker tiap bulannya.

7.3.3 Pengamanan Obat Penting

Pengamanan obat penting dengan penyimpanan dalam lemari khusus serta adanya pengawas yang bertanggung jawab mengontrol *stock* setiap pagi telah dilakukan, selain ada juga pemantauan dengan kartu *stock* dan imbauan untuk melakukan *input* data pemakaian obat sesegera mungkin.

Selisih jumlah obat disebabkan karena kelalaian pegawai mencatat secara manual, sedangkan pencatatan elektronik sudah secara *online* sehingga kebocoran obat dapat terdeteksi dengan adanya pemantauan yang dilakukan tiap tiga bulan.

7.4 *Cost incentive*

7.4.1 Pemberian Insentif

Sampai saat penelitian dilakukan, pemberian insentif diberikan kepada seluruh pegawai tanpa bukti-bukti tertulis atas kinerja dari masing-masing pegawai, melainkan berdasarkan kompetensi yang dipengaruhi dengan penilaian kehadiran berdasarkan absen harian, belum sampai *output* pekerjaannya. Nilai insentif yang diberikan pun sudah dianggarkan

dan jumlahnya tetap tanpa memperhitungkan pendapatan RS, selain itu belum dihubungkan dengan target kinerja pegawai. Walaupun konsep Target Kinerja Pegawai sudah ada, belum teraplikasi secara optimal karena adanya pergantian Direktur RS.

Simatupang (2011) memaparkan tentang penilaian kinerja di Instalasi Farmasi RSIA Hermina Bekasi yang dapat menjadi acuan untuk penerapan penilaian kinerja pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo secara obyektif, sebagai berikut:

1. Kecepatan pelayanan, obat racikan < 20 menit dan obat paten < 10 menit.
2. Pembelian obat di luar formularium (%) :
 - Obat formularium $\leq 3 \%$
 - Obat Non formularium : Padanan $\leq 1 \%$, Tidak ada padanan $\leq 2 \%$
3. Kesalahan dalam pembelian obat (angka).
4. Absensi Karyawan (%).
5. Keluhan lisan pasien dan dokter mengenai Instalasi Farmasi (angka).
6. Selisih nilai stok (%) terdiri dari persentase selisih item serta persentase selisih stok fisik dan nilai rupiahnya.
7. Obat kadaluarsa (angka dan berapa macam).
8. Pembelian obat di RS.
9. Kepuasan pasien dalam ketrampilan, keramahan dan perhatian petugas serta kecepatan dalam pelayanan resep.
10. Angka lembur karyawan baik manajemen maupun non manajemen (jam).

Selain itu kinerja Instalasi Farmasi dapat dilihat juga dari pelanggaran dan prestasi pegawai serta ada tidaknya keluhan dari dokter terhadap pegawai farmasi.

Sedangkan bagi pegawai berkinerja buruk, tidak pernah ada surat dari direktur untuk menyikapinya, sehingga yang mempengaruhi insentif hanyalah apabila pegawai diberi surat peringatan. Namun selama ini belum pernah ada yang menerimanya.

Bagi pegawai yang disinyalir kehadiran kurang dari 70% akan dipanggil oleh Kepala dan langsung dibina, walaupun pembinaan yang dilakukan belum sampai dilakukan pihak manajemen RS khususnya bagian Sumber Daya Manusia.

Ditinjau dari Peraturan Pegawai RSUD Pasar Rebo (2008) pasal 14 terdapat pernyataan “dalam usaha memacu semangat kerja pegawai untuk mencapai prestasi kerja yang tinggi, maka setiap pegawai dan atasan langsungnya menyepakati rancangan prestasi kerja yang akan dicapai oleh setiap pegawai dalam kurun waktu tertentu sesuai dengan ketentuan RSUD Pasar Rebo”, kepala instalasi dapat menyepakati prestasi kerja yang diharapkan dari pegawai di bawahnya, sehingga pemberian insentif menjadi relevan dengan kinerja pegawai.

Harapan informan adanya pembinaan yang dilakukan tidak hanya pada tataran unit kerja, namun juga dari SDM RS yang menilai kinerja pegawai secara keseluruhan, sehingga RS dapat dengan cepat merespons kinerja setiap pegawai.

Tantangan ke depan adalah penerapan INA-CBG yang menuntut RS untuk efisien sehingga mampu mengatur salah satunya pemberian insentif agar sejumlah nominal untuk satu tindakan cukup untuk memenuhi keperluan obat, jasa dokter, gaji pegawai maupun insentifnya.

Sudah sepantasnya bagi RSUD Pasar Rebo selaku BLUD untuk melakukan penilaian objektif terkait dengan pemberian insentif, agar operasional dapat terlaksana tanpa harus banyak berutang.



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

8.1.1 *Cost awareness*

8.1.1.1 Pelatihan

Dari delapan pelatihan yang direncanakan di Instalasi Farmasi RSUD belum terdapat pelatihan yang berfokus pada peningkatan kesadaran biaya dari seluruh pegawai di Instalasi Farmasi untuk bekerja secara efisien.

8.1.1.2 Pengkomunikasian Harga

Langkah pengkomunikasian harga yang telah dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo dengan melakukan pembedaan lemari penyimpanan obat. Upaya proaktif seperti pemasangan spanduk penggugah motivasi bekerja efisien ataupun pengadaan acara khusus untuk pengenalan harga agar pegawai kesadaran biaya belum ada.

8.1.2 *Cost management*

8.1.2.1 *Budget*

Penyusunan *budget* masih dikoordinasikan dengan unit keuangan yang sedianya menjadi tanggung jawab Kepala Instalasi Farmasi

(Kemenkes RI, 2004). Sehingga faktanya realisasi anggaran farmasi lebih tinggi daripada perencanaannya.

8.1.2.2 Pengkonsolidasian Dokter

Momentum 'reboan' dimaksudkan untuk mengkonsolidasikan dokter dengan ikut menjadi solusi dari masalah manajemen yang terjadi di RS berkaitan dengan dokter, dihadiri oleh sekitar 30% dokter setiap minggunya.

8.1.2.3 E-Prescribing

Belum dilaksanakan e-prescribing karena terhambat oleh sarana prasarana, kemauan dokter dalam mengaplikasikannya, serta masih dibutuhkannya salinan resep untuk klaim.

8.1.2.4 Penyediaan Obat

Perhitungan kebutuhan obat berdasarkan *stock* minimum dan maksimum belum memperhitungkan KLB dengan konsep FIFO.

Pengamprahan menurut SK Direktur untuk penjualan tiga hari dilakukan untuk penjualan 1 hari.

Belum adanya pegawai yang khusus bertugas mengawasi *expireddate* obat serta belum ada langkah kreatif dalam pemanfaatan obat *expired*.

Sejak 2011, obat yang disediakan pada formularium obat yaitu 1 original, 2 mitu, dan 1 generik.

Penyediaan obat dilakukan dengan penunjukan *supplier* obat komersil secara langsung dengan jangka waktu pembayaran lebih lama dengan bunga lebih tinggi.

8.1.2.5 Pengurangan Biaya Operasional

Pengaturan pemakaian telpon yang otomatis mati setelah tiga menit telah diaplikasikan di RS. Mematikan AC, lampu, memanfaatkan kembali kertas bekas sudah dipenuhi pegawai. Penyiapan obat dengan benar diimbau oleh Apoteker kepada Asisten Apoteker, dan telah diterapkan ganti rugi bila terjadi kesalahan.

8.1.2.6 Dukungan Eksekutif

Pihak eksekutif manajemen RS meninjau langsung ke lapangan sebulan sekali, yang masih dianggap sebagai supervisi bukan dukungan ataupun perhatian atasan kepada bawahan.

8.1.3 *Cost monitoring*

8.1.3.1 Pemantauan Keuangan Berkelanjutan

Pemantauan *cash flow* yang dilakukan belum mampu menjadi senjata peringatan unit keuangan kepada Instalasi Farmasi untuk merealisasikan anggaran sesuai dengan perencanaan.

Posisi *margin* obat generik dan non generik yang di atas 30% belum dimanfaatkan sebagai data pendukung yang dapat menguatkan *bargaining position* Instalasi Farmasi di mata pabrik obat.

Berdasarkan pelaksanaan *stock opname* per 3 Juli 2011, dari sembilan pos distribusi sediaan farmasi, hanya gudang farmasi yang tidak mengalami selisih *stock* komputer dengan *stock* fisik saat *stock opname*, selisih positif dialami gudang utama, farmasi lantai 1, farmasi lantai 2, depo ASKES, dan depo ranap (teratai), dan selisih negatif dialami oleh gudang ASKES, farmasi IGD, dan farmasi lantai 3, yang dimungkinkan terjadi karena kelengahan pegawai untuk memasukkan data ke komputer.

8.1.3.2 Pelayanan Terintegrasi

Pelayanan terintegrasi terkondisikan dari pelayanan farmasi satu atap, namun terhambat dengan birokrasi dan belum bisa mengharapkan *sense of belonging* pegawai karena tidak sampainya informasi.

8.1.3.3 Pengamanan Obat Penting

Pengamanan obat penting yang telah dilakukan dengan menyediakan lemari khusus, adanya kartu *stock*, kontrol *stock* setiap pagi serta imbauan agar pegawai mencatat dan menginput data pemakaian obat sesegera mungkin karena kelalaian pegawai untuk mencatat menyebabkan terjadinya selisih jumlah obat.

8.1.4 Cost incentive

8.1.4.1 Pemberian Insentif

Pemberian insentif yang telah diberikan berdasarkan kompetensi yang dipengaruhi oleh kehadiran dan kepatuhan pegawai tepat waktu

dengan besaran yang konstan dan sudah dianggarkan serta belum dilakukan penyesuaian terhadap kualitas kinerja pegawai maupun pendapatan riil yang diperoleh RS.

8.2. Saran

8.2.1 *Cost awareness*

8.2.1.1 Pelatihan

Kepala Instalasi perlu merencanakan pelatihan yang dapat dirasakan seluruh pegawai di Instalasi Farmasi dan memotivasi pegawai untuk memiliki budaya kesadaran biaya , sehingga dapat menghasilkan kinerja yang efisien. Wakil direktur dapat meng-*endorce* bagian keuangan untuk menyediakan dana khusus untuk pelatihan tersebut.

8.2.1.2 Pengkomunikasian Harga

Unit keuangan beserta bagian SDM dapat bekerjasama untuk mengadakan spanduk-spanduk yang dapat memotivasi bekerja secara efisien serta membahasakan harga-harga sediaan farmasi melalui acara khusus.

8.2.2 *Cost management*

8.2.2.1 *Budget*

Kepala Instalasi Farmasi bersama unit pengadaan dapat bekerjasama untuk menyusun anggaran setiap tahunnya agar sesuai

dengan kebutuhan serta perkembangan harga sediaan farmasi, sehingga diharapkan *budget* dapat berfungsi sebagai pengarah aktifitas keuangan di Instalasi Farmasi.

8.2.2.2 Pengkonsolidasian Dokter

Wakil direktur pelayanan hendaknya dapat lebih proaktif dalam mengundang dokter untuk hadir di acara ‘reboan’ mengingat sejumlah biaya yang telah difasilitasi untuk acara tersebut.

8.2.2.3 E-Prescribing

E-Prescribing dapat dimulai dengan melakukan uji coba terlebih dahulu untuk menganalisis hambatan-hambatan yang ada untuk kemudian dicarikan solusi yang tepat.

8.2.2.4 Penyediaan Obat

Dalam perhitungan kebutuhan obat hendaknya Kepala Instalasi Farmasi selain berdasarkan perhitungan *stock* minimum dan maksimum dapat dipertajam dengan konsep ABC/VEN dengan variasi sediaan 1 original, 2 mutu, dan 1 generik serta FEFO (*First Expired First Out*) dan juga mendisiplinkan pengamprahan obat untuk penjualan tiga hari.

SDM dapat menugaskan seorang pegawai yang khusus mengawasi obat *expired*.

Wakil direktur pelayanan beserta unit keuangan dapat bekerjasama untuk menguatkan *bargaining position* RS di mata pabrik obat, sehingga dapat meminimalisir utang obat dari bunga yang harus dibayarkan.

8.2.2.5 Pengurangan Biaya Operasional

Pengurangan biaya operasional dilihat dari penyiapan obat yang benar agar dapat diatur lebih lanjut dengan standar yang ditetapkan oleh direktur.

8.2.2.6 Dukungan Eksekutif

Manajemen RS agar lebih sering dari sebulan sekali untuk turun ke lapangan agar tercipta kondisi yang harmonis atasan dengan bawahan.

8.2.3 *Cost monitoring*

8.2.3.1 Pemonitoran Keuangan Berkelanjutan

Dalam memantau *cash flow* yang melebihi perencanaan hendaknya dilakukan upaya investigasi agar keuangan yang ada tepat sasaran. Selain itu perlu ditambahkan pemantauan *margin* untuk dianalisis bilakah *margin* naik ataupun turun dan mengapa.

Obat yang merupakan keuangan di farmasi agar dimonitor lebih ketat dengan pengaturan pengeluaran obat sehingga *stock* obat fisik akan sesuai dengan *stock* obat yang tertera di komputer, seperti yang sudah diaplikasikan di gudang farmasi yaitu obat dikeluarkan sesuai dengan satuan terkecil yang dikeluarkan pabrik.

8.2.3.2 Pelayanan Terintegrasi

Pelayanan terintegrasi yang efisien didukung oleh proses birokrasi yang tidak berbelit, sehingga diperlukan alur birokrasi yang jelas dan singkat dalam upaya pemenuhan kebutuhan informasi sehingga dapat terbentuk *sense of belonging* pegawai.

8.2.3.3 Pengamanan Obat Penting

Diperlukan aturan yang mengikat serta contoh dari Apoteker untuk mendisiplinkan pegawai agar tidak menunda pencatatan transaksi obat.

8.2.4 *Cost incentive*

8.2.4.1 Pemberian Insentif

Pemberian insentif hendaknya dikaitkan dengan kinerja yang telah disepakati antara SDM dan Kepala Instalasi Farmasi agar setiap pegawai dapat memperoleh insentif secara obyektif.

DAFTAR REFERENSI

- Aditama, T.J. (2007). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta. Universitas Indonesia (UI Press)
- Anthony R. (2007). *Management Control Systems*. 12th Edition. New York. Mc Graw Hill
- Arofani, Rizka. (2009). *Analisis Peran Koordinasi Sistem Informasi Rumah Sakit Di Instalasi Rawat Inap RSUD Pasar Rebo Tahun 2009*. (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- ASHP Board Of Directors. (2008). *ASHP Guidelines On Medication Cost management Strategies For Hospitals And Health Systems*. American Society Of Health-System Pharmacists, Inc
- Badan Pusat Statistik. (2011). *Inflasi Di Indonesia Tahun 2006-2011*
- Barber, Christine., & Seifert, Robert W. (2009). *Saving Money By Improving Medicaid*. Community Catalyst Inc
- Berenson, Robert. et.al (2008). *Cost containment in Medicare : A Review of What Works and What Doesn't*. AARP Public Policy Institute. The Urban Institute and Healthy Policy Alternatives Inc
- Buetow, Stephen., & Bryant, Linda. (2006). *Is the Rate of Generic Drug Prescribing a Fair*

Byrnes, John., & Fifer, Joe. (2010). Moving Quality and Cost to The Top of The Hospital Agenda. *Healthcare Financial Management*, 64-69. HFMA org.

Chandra, Hem., & Naik, A. K. (2005). *Cost awareness And Containment : OPD Pharmaceutical Services Of A Speciality Hospital*, Volume 7, Number 1

Crossley, Mary A. (2007). Non-Profit Hospitals, Tax Exemption And Access For The Uninsured. *Pitt Health Law Certificate Program 10th Anniversary Symposium*

Daljono. (2009). *Akuntansi Biaya : Penentuan Harga Pokok Dan Pengendalian*. Semarang. Badan Penerbit Universitas Diponegoro

Data Akuntansi RSUD Pasar Rebo Tahun 2012

Denali Commission/Department of Energy. (2008). *Update and Revise Cost containment Benchmarks*. Contract Number: DE-AC36-04GO24009 Nana Pacific

Denny , Barry. (2011). *Cost containment Essential To Hospital Survival*. Prlog

Devlin, Heather. (2009). *Non-Profit Hospitals, Tax-Exemption And Community Benefits*. Georgia Health Policy Center

DiNapoli, Thomas P. (2008). *Local Government Management Guide : Personal Service Cost containment*. Division Of Local Government And School Accountability

Direktorat Bina Obat Publik Dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI. 615.6 Ind M

Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan (2010). Rakerkesnas 2010 : Upaya Mencapai Target MDGs. *Buletin Infarkes*, edisi III Juni 2010

Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2010). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan Tahun 2009*
DOI 10.1377/hlthaff.28.2.393 ©2009 Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc

Eastaugh, Steven R. (2006). *Cost containment For The Public Health*. *Journal Health Care Finance*, 32(3), 20–27. Aspen Publishers, Inc

Eid, Florence. (n.d.). Understanding Good Institutional Design In Hospital Corporatization : A Decision Rights Approach. American University In Beirut. *Working Paper 2028*

Eun Young Bae., & Eui Kyung Lee. (2009). Pharmaco-economic Guidelines and Their Implementation In The Positive List System In South Korea. *Value In Health*, Volume 12, Supplement 3

Fasola, Gianpiero., et. al. (2008). Drug Waste Minimisation And Cost-Containment In Medical Oncology: Two-Year Results Of A *Feasibility study*. *BMC Health Services Research*, 8:70

Fong, Gary R., Wiitala, Randy., & Stodolak, Frederick. (2011). *Uncovering Pharmacy Department Risks and Opportunities*. Healthcare Financial Management. HFMA.org

Friedman, Maria A., Schueth, Anthony., & Bell, Douglas S. (2009). Interoperable Electronic Prescribing In The United States : A Progress Report. *HEALTH AFFAIRS*, Volume 28, Number 2393

Garber, Alan., Goldman, Dana P., & Jena, Anupam B. (2007). The Promise Of Health Care *Cost containment*. *Health Affairs* 26, Number 6, 1545-1547, 10.1377/Hithaff.26.6.1545

Godman, Brian. Et al, (2010). Use of Generics—A Critical *Cost containment* Measure for All

Goldberg, Alan I., Fleming, William P. (2010) *Cost containment And Cost management* Strategies. Gale. Cengage Learning

Goldstein, Lisa. (2010). *Transforming Not-For-Profit Healthcare In The Era Of Reform. U.S. Public Finance*

Granlund, David., Rudholm, Niklas., & Wikstrom, Magnus. (2006). *Fixed Budgets As A Cost containment Measure for Pharmaceuticals. Eur J Health Econ, 7:37–45, DOI 10.1007/s10198-005-0328-8*

Hafid, A. R. (2007). *Peranan Anggaran Biaya Operasi Dalam Menunjang Efektivitas Pengendalian Biaya Operasi*

Hansen, D. R., & Mowen, M. M. (2009). *Akuntansi Manajerial*. Jakarta. Salemba Empat.

Henry, Andrea. Et.al. (2011). *From A to Z : Medication Cost-Management Strategies for Disproportionate Share Hospitals. Am Health Drug Benefits, 4(3), 172-180*

HFMA Educational Reports. (2009). *Engaging Physicians For Supply Chain Savings*. Healthcare Financial Management

HFMA Executive Roundtable. (2010). *Driving Value and Containing Costs in Pharmacy Operations*. Healthcare Financial Management Association

Horgren., G, Sundem., & W, Stratton. (2005). *Introduction To Management Accounting*. 13th Edition. New Jersey. Prentice-Hall, Inc

Hosizah. (2009). Case-Mix: Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit Di Indonesia. *Forum Ilmiah Indonusa*, Volume 4, Nomor 3

Hvenegaard, Anne., Arendt, Jacob Nielsen., Street, Andrew., & Dorte Gyrd-Hansen. (2010). Exploring The Relationship Between Costs And Quality: Does The Joint Evaluation Of Costs And Quality Alter The Ranking Of Danish Hospital Departments?. *Europe Journal Health Economics*, DOI 10.1007/S10198-010-0268-9

Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia. (2001). Pedoman Pelayanan Farmasi Rumah Sakit. Badan Pimpinan Pusat Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia

Jacobson, Gretchen A. (2007). Analyst In Health Care Financing Domestic Social Policy Division, Comparative Clinical Effectiveness And Cost-Effectiveness Research : Background, History, And Overview. *CRS Report For Congress*

Johnson, Sandra H. (2009). Regulating Physician Behaviour : Taking Doctors “Bad Law” Claims Seriously. *Saint Louis University Law Journal*, Volume 53, 973-1032

Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2009). *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia : Overview dan Arah ke Depan Background Study RPJMN 2010-2014*. ISBN: 978-979-3764-39-9

Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR 1197/MENKES/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit

Kirkpatrick, Jay. (2009). *Cost containment* Requires A Concerted Group Effort. *AHRMM News*

K, Jack., & A, Smith. (2007). Promoting Selfawareness In Nurses To Improve Nursing Practice. *Nursing Standard*, 2h32, 47-S2

La Forgia, Gerard M., & Couttolenc, Bernard F. (2008, March). Hospital Performance in Brazil. *enbreve* Number 120. World Bank

Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo Tahun 2010

Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo Tahun 2009

Laugesen, Miriam J. (2009). Siren Song: Physicians, Congress, And Medicare Fees. *Journal Of Health Politics, Policy And Law*, Volume 34, Number 2, Doi 10.1215/03616878-2008-043. Duke University Press

Li Chang., & Jung-Hua Hung. (2008). The Effects Of The Global *Budget* System On *Cost containment* And The Quality Of Care: Experience In Taiwan. *Health Services Management Research* 21, 106–116, DOI: 10.1258/Hsmr.2008.007026. Royal Society Of Medicine Press

Mahesa, Yel. (2009). *Gambaran Klaim Bermasalah GAKIN Dan SKTM DKI Jakarta Pada Pelayanan Rawat Inap Di RSUD Pasar Rebo Jakarta Tahun 2008*. (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

May, David. (2009). *Modern Healthcare*, 01607480, Vol. 39, Issue 30
Measure for Pay for Performance?. *Dis Manage Health Outcomes*, 16 (6):
377-380 1173-8790/08/0006-0377/\$48.00/0

Méndez, Claudio A., & Torres A, M Cristina. (2010). Hospital Management Autonomy In Chile : The Challenges For Human Resources In Health. *Rev Saúde Pública*, 44, (2)

Ministry Of Health Malaysia. (2007). *Malaysian National Medicines Policy*. Malaysian National Medicines Policy (MNMP).

Mulyadi. (2005). *Akuntansi Biaya*. Edisi Ke-5. Yogyakarta. UPP
Akademi Manajemen Perusahaan YKPN

O'Shea, John Sylvester. (2008). Medicare Physician Payment Reform: Changing Incentives To Maintain Access To Quality Surgical Services. *The American College Of Surgeons*. ISSN 1072-7515/08/\$34.00
DOI:10.1016/J.Jamcollsurg.2007.07.004.

Patience Ofuoma Amoo., Olufemi Yinyinola Makinde., Tijani, Wakeel Adelani. (2008). *Awareness And Attitude Of Health Care Workers Toward Implementation Of Universal Safety Precautions In Selected Hospital In Ogbomoso Land, Oyo State, Nigeria. West African Journal Of Nursing*, Volume 19, Number 2

Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2007-2012

Peraturan Gubernur DKI Jakarta No. 77 Tahun 2006 Pasal 4 Ayat 1

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah

Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/068/I/2010

Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 Tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum

Peraturan Pegawai RSUD Pasar Rebo Tahun 2008 Pasal 14 Tentang Penilaian Prestasi Kerja

Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Pasal 2, Pasal 3, Pasal 4

Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

Pound, William T. (2010). Prescription Drug Agreements And Volume Purchasing. *Health Cost containment And Efficiencies National Conference Of State Legislatures Briefs For State Legislators*, Number 9

Prosedur Mutu Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2007

Purcell, Melanie. (2009). Best Practices Health-Care *Cost containment Strategies*. *Government Finance Review*, 41-44

Quantum Management. (2010). *Term Of Reference (TOR) Bimbingan Teknis Cost containment (Pengendalian Biaya Rumah Sakit)*. IMRS PERSI

Rivers, Patrick A., Hall, Nina German., & Frimpong, Jemima. (2006). Prescription Drug Spending : Contribution To Health Care Spending And *Cost containment Strategies*. *Journal Health Care Finance*, 32, (3), 8–19. Aspen Publishers, Inc

Saver, Cynthia. (2010). The Price Is Right For *Cost awareness*. *OR Manager*, Volume 26, Number 11

Sexton, Donald E. (2009). *Value Above Cost : Driving Superior Financial Performance With CVA, The Most Important Metric You've Never Used*. Ft Press

Shrank, William H. et.al. (2006). The Effect of Pharmacy Benefit Design on Patient-Physician Communication About Cost. DOI: 10.1177/1525-1497.2006.00402.x *J C.EN INTERN MED* 2006; 2 1:334-339

Simatupang, Agustina. (2011). *Analisis Perencanaan dan Pengendalian Obat DOS di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Hermina Bekasi*. (Tesis). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

SK Gubernur No. 249/2007 Tanggal 2 Januari 2007

Strech, Daniel., Persad, Govind., Marckmann, Georg., & Danis, Marion. (2009). Are Physician Willing to Ration Health Care? Conflicting Findings in A Systematic Review of Survey Research. *Health Policy*, 90, 113-124

Suciati, Suci., & Adisasmito, Wiku B. B. (2006). Analisis Perencanaan Obat Berdasarkan Abc Indeks Kritis Di Instalasi Farmasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 9, Maret 2006, Halaman 19

Suryana, Agus. (2006). Aplikasi Simulasi Biaya Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Di Propinsi Lampung Dengan Metode Double Distribution Dalam Upaya Membantu Menyiapkan Pola Tarif Pelayanan Rumah Sakit Swadana Yang Terjangkau Oleh Masyarakat. *Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi*. ISSN: 1907-5022

Szabo, Joan. (2010). *Hospitals, Physicians Team Up to Improve Care and Reduce Costs*. www.hhnmag.com

Taylor, DW. (2000). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *The International Journal of Public Sector Management* 2000, 13:108-115.

Thabrany, Hasbullah. (2005). Rumah Sakit Berbentuk BLU : Bentuk Paling Pas Dalam Koridor Hukum Saat Ini. *Seminar Sehari "Kontroversi Pengelolaan Dan Bentuk Kelembagaan Rumah Sakit Pemerintah"*. Jakarta

Tom Chang., & Jacobson, Mireille. (2010). *What Is The Mission Of A Not-For-Profit Hospital?. Evidence From California's Seismic Retrofit Mandate*

Trisnawati, S, (2006). Hubungan Antara Penerapan Akuntansi Pertanggungjawaban Dengan Efektivitas Pengendalian Biaya. *Survei Pada 5 Hotel Di Kota Tasikmalaya*

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 Pasal 1 Butir (23)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 Pasal 68 Ayat (1)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 Pasal 69 Ayat (7)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004

Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 2004 Tentang Perbendaharaan Negara Nomor 1, Pasal 1, Butir (23)

Ya-Ming Liu., Yea-Huei Kao Yang., Chee-Ruey Hsieh. (2009). Financial Incentive and Physician's Prescription Decisions on The Choice between Brand-Name and Generic Drugs : Evidence from Taiwan. *Journal of Health Economics*, 28, 341-349

Zuliani, Eni Nur. (2009). *Pengendalian Persediaan Obat Antibiotik Dengan Analisis Abc Indeks Kritis Di RSUD Pasar Rebo Tahun 2008*. (Skripsi). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

LAMPIRAN 1

REKAPITULASI TINJAUAN PUSTAKA

No	Sumber	Keterangan
1	Chandra (2005)	Perkembangan obat berjalan lebih cepat dan bersifat lebih spesifik untuk penyakit tertentu
2	Kementrian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2009)	Indonesia dianggap mampu menjaga ketersediaan dan keterjangkauan harga obat, namun ancaman fluktuasi harga obat masih tinggi karena tingginya ketergantungan pada bahan baku obat dari luar negeri, dan penggunaan obat generik berlogo masih belum optimal.
3	Rakerkesnas (2010)	7 prioritas pembangunan kesehatan diantaranya adalah ketersediaan obat, karena 80% bahan baku obat berasal dari luar negeri
4	Media data (2009)	RS umum swasta bertambah 17,3 % (2001 hingga 2005), RS khusus swasta meningkat 12,4 %, RS Pemerintah meningkat 1,9 %.
5	Dirjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan (2010)	Penurunan pasar obat generik yang semula tahun 2005 Rp. 2,525 triliun atau 10 % dari pasar nasional, sedangkan tahun 2009 menjadi Rp. 2,372 triliun atau sebesar 7,2 % dari pasar nasional
6	Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/068/I/2010	Dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang bertugas di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah wajib memberikan resep obat generik bagi semua pasien, sesuai dengan indikasi medisnya, pengecualian bila obat generik tidak tersedia

LAMPIRAN 1 (LANJUTAN)

No	Sumber	Keterangan
7	Rivers et.al (2006)	Inflasi obat 15 %
8	Suciati dan Adisasmito (2006)	50% dari seluruh pemasukan RS berasal dari pengelolaan persediaan farmasi
9	Herman dan Handayani (2007)	Pembiayaan obat merupakan faktor terbesar (30 % sampai 40 %) dari total biaya kesehatan dan relatif mudah diintervensi
10	Li Chang dan Jung-Hua (2008)	<i>Cost containment</i> merupakan strategi yang berfokus pada <i>cost</i> dan <i>quality</i>
11	HFMA Educational Reports (2009) ; Kirkpatrick (2009)	Transparansi biaya kepada dokter meningkatkan <i>cost awareness</i> dokter
12	Saver (2010) ; Chandra dan Naik (2005)	<i>Cost containment</i> dapat diulas dari sisi <i>cost awareness</i> (kesadaran biaya)
13	Goldberg dan Fleming (2010) ; Palumbo dalam HFMA (2010)	<i>Cost containment</i> terkait erat dengan <i>cost management</i> (manajemen biaya)
14	Denali Commission (2008)	<i>Cost monitoring</i> (pengawasan biaya) berperan dalam <i>cost containment</i>
15	May (2009)	<i>Cost containment</i> didukung oleh <i>cost incentive</i> (biaya hadiah)
16	UU Nomor 1 Tahun 2004 pasal 1 butir (23)	Prinsip BLU adalah efisiensi dan produktifitas
17	Zuliani (2009)	Terjadinya kekosongan persediaan farmasi di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo
18	Mahesa (2009)	Terjadinya keterlambatan penagihan klaim RS ke Dinkes disebabkan oleh tidak melengkapi surat persetujuan obat yang merupakan tugas administratif Instalasi Farmasi untuk mengadakannya

LAMPIRAN 1 (LANJUTAN)

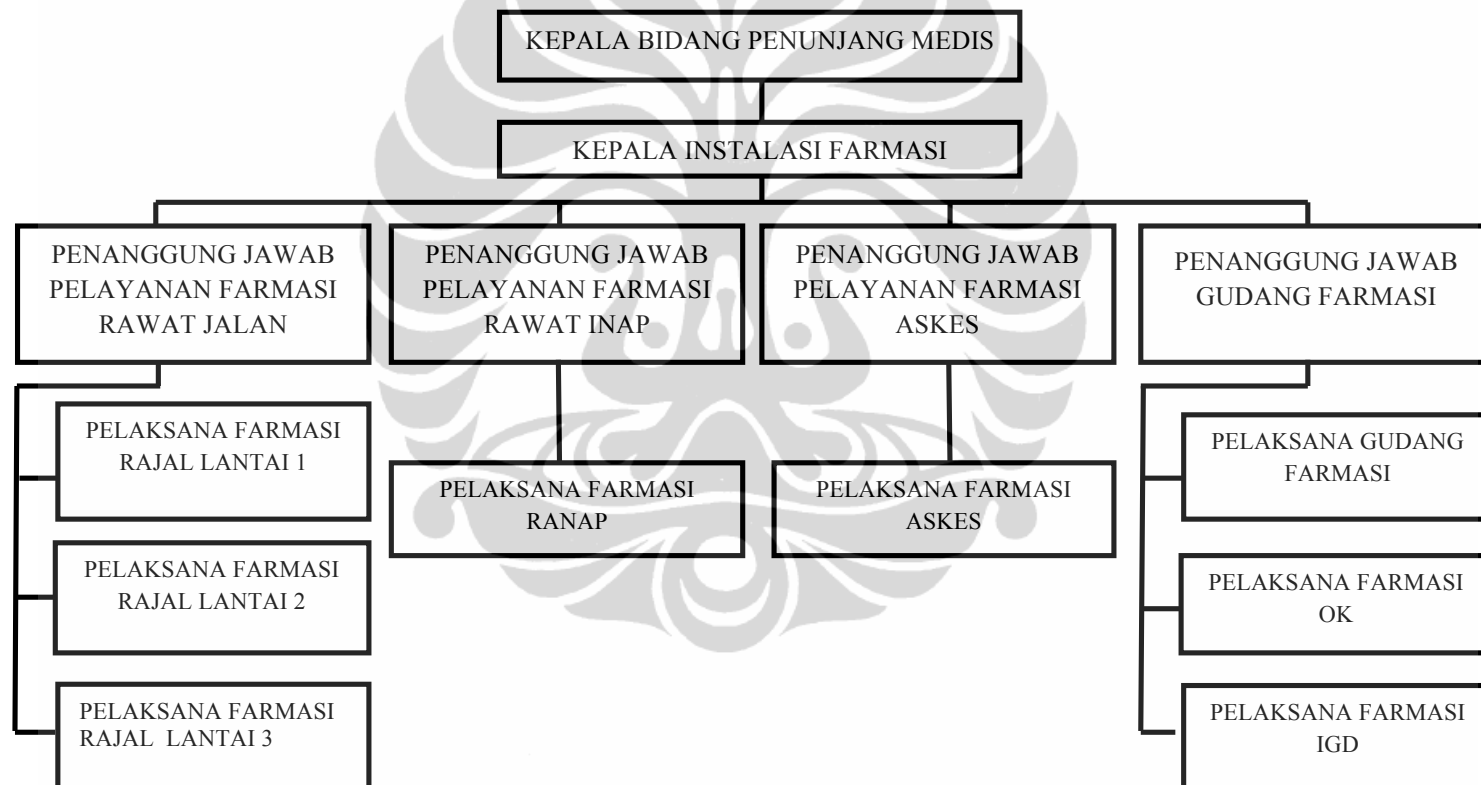
No	Sumber	Keterangan
19	Arofani (2009)	Ketidakmampuan Instalasi Farmasi untuk dapat melihat jumlah pembayaran di muka yang dibayarkan pasien rawat inap secara otomatis
20	Garber et. al (2007)	<i>Cost containment</i> merupakan desain strategi yang tepat
21	Jacobson (2007)	Biaya sulit untuk diukur
22	Daljono (2009) ; Hansen dan Mowen (2009) ; Horgren et al. (2005) ; Mulyadi (2005) ; Suryana (2006) ; Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007	Pengertian biaya
23	Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 pasal 63	Biaya BLUD terdiri dari biaya operasional dan biaya non operasional
24	Horgren (2005) ; Sexton (2009)	Penentuan kelompok biaya berdasarkan perilaku biaya
25	Suryana (2006)	Komponen biaya Rumah Sakit
26	Hansen dan Mowen (2009) ; Daljono (2009)	Definisi pengendalian
27	Barber dan Seifert (2009); Berenson (2008)	<i>Cost monitoring</i> yang terintegrasi
28	Trisnawati (2006) ; Laugesen (2009) ; Denny (2011) ; May (2009) ; Barber dan Seifert (2009) ; Li Chang dan Jung-Hua (2008) ; Kemenkes Malaysia (2007)	Pengertian <i>cost containment</i> (pengendalian biaya)

LAMPIRAN 1 (LANJUTAN)

No	Sumber	Keterangan
29	Saver (2010) ; Chandra dan Naik (2005) ; Dirjen Binkefar Alkes (2009)	<i>Cost awareness</i> merupakan alat paling penting dari <i>cost containment</i>
30	Patience (2008)	Meningkatkan <i>awareness</i> dengan pelatihan maupun seminar
31	Quantum Management (2010)	Pengertian <i>cost containment</i>
32	Goldberg dan Fleming (2010)	<i>Cost containment</i> terkait erat dengan <i>cost management</i> yang dipengaruhi oleh keputusan penempatan pegawai dalam manajemen
33	Palumbo dalam HFMA (2010)	<i>Cost containment</i> berfokus pada <i>cost management</i> , dengan cara mengurangi variasi sediaan, optimalisasi logistik, eliminasi sampah, serta memperkuat keterikatan dengan dokter
34	Eastaugh (2006) ; Anthony R (2007)	<i>Cost containment</i> dari sisi <i>cost management</i> melalui <i>budgeting</i>
35	Denali Commission (2008)	<i>Cost containment</i> diperkuat dengan <i>cost monitoring</i>
36	Trisnawati (2006); Hafid (2007); Li Chang (2008); Mulyadi (2005); Eun (2009); ASHP (2008)	<i>Cost monitoring</i> yang berkelanjutan
37	Hafid (2007)	Tujuan Pengendalian
38	Kemenkes Malaysia (2007)	<i>Cost monitoring</i> diaplikasikan dengan pengamanan obat penting
39	May (2009); Laugesen (2009); Strech (2009); Ya-Ming (2009); La Forgia (2008); Buetow (2006); Szabo (2010); Byrnes (2010); Purcell (2009); Hvenegaard (2010); O'Shea (2008)	Penjaminan mutu dari <i>cost containment</i> yang dilakukan dapat diupayakan melalui pemberian insentif

LAMPIRAN 2

STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI FARMASI RSUD PASAR REBO



Universitas Indonesia

LAMPIRAN 3

URAIAN TUGAS, WEWENANG, DAN PELATIHAN PEGAWAI DI INSTALASI FARMASI RSUD PASAR REBO

Uraian	Jabatan										
	Kepala IFRS	Perencanaan dan Pengadaan Farmasi	Penerima barang/ Gudang farmasi	Pen-distribusi pe-nyimpa-nan farmasi	Pe-karya	Asisten Apoteker Rawat Inap	Apoteker Pe-nanggung jawab rawat jalan	Asisten Apoteker Rawat Jalan	Asisten Apoteker Depo Askes dan MKJ	Asisten Apoteker Kamar Operasi	Asisten Apo-oteker IGD
Tugas	Memimpin seluruh pegawai instalasi farmasi dalam melaksanakan tugasnya masing-masing agar sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan Menjamin tersedianya kebutuhan obat serta perbekalan farmasi lainnya secara efektif dan efisien	Menyusun laporan perbandingan antara perencanaan dengan realisasi pengadaan yang dilakukan	Melakukan pengawasan terhadap ketersediaan perbekalan farmasi di rawat inap maupun rawat jalan Melakukan pemantauan terhadap perubahan harga serta kadaluarsa obat	Bertang-gung jawab terhadap ketersediaan perbekalan farmasi di rawat inap maupun rawat jalan	Melihat <i>stock</i> obat yang kosong kemudian membuat amprahan obat ke gudang	Menginput pemakaian obat pasien setiap hari ke dalam <i>billing</i> pasien Melakukan koordinasi dengan petugas penata rekening jika ada pasien ranap pulang Melakukan pengawasan <i>stock</i> barang di depo agar efisien Menginput pemakaian obat setiap hari setelah penyiapan obat oral dan obat suntik	Meng-evaluasi penggunaan obat atau trend pemakaian obat Memonitor inventory di unit agar tidak terjadi ke-kosongan atau kelebihan serta ketidak-sesuaian	Menginformasikan obat yang sedang kosong atau tidak tersedia di outlet kepada apoteker untuk selanjutnya diinformasikan kepada dokter penulis resep atau langsung kepada dokter penulis resep apakah obat tersebut dapat diganti atau tidak	Melakukan pengecekan <i>stock</i> obat kamar bersalin, perina, delima, ICU, CVCU, dan memenuhi kembali persediaannya Menginformasikan obat yang sedang kosong atau tidak tersedia di outlet kepada apoteker untuk selanjutnya diinformasikan kepada dokter penulis resep atau langsung kepada dokter penulis resep apakah obat tersebut dapat diganti atau tidak	Mendata semua pemakaian obat, alkes, dan implant tiap pasien setelah operasi selesai Memasukkan pemakaian obat, alkes, implant yang digunakan pasien ke dalam <i>billing</i> yang bersangkutan Melakukan pengecekan terhadap persediaan barang farmasi di outletnya agar efisien	Melakukan pengecekan obat atau alkes emergency yang terpakai pasien dengan fisik <i>stock</i> emergency yang tersisa

LAMPIRAN 3 (LANJUTAN)

Uraian	Jabatan										
	Kepala IFRS	Perencanaan dan Pengadaan Farmasi	Penerima barang/ Gudang farmasi	Pen-distribusi pe-nyim-panan farmasi	Pe-karya	Asisten Apoteker Rawat Inap	Apote-ker Pe-nang-gung jawab rawat jalan	Asisten Apo-teker Rawat Jalan	Asisten Apo-teker Depo Askes dan MKJ	Asisten Apo-teker Kamar Operasi	Asisten Apo-teker IGD
Wewenang	Merencanakan studi banding keluar rumah sakit untuk memperluas wawasan dalam rangka merumuskan arah pengembangan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Mengevaluasi pegawai Instalasi Farmasi yang pelaksanaan tugasnya menyimpang dari arah yang sudah ditetapkan Menentukan dan memperkirakan volume dan harga perbekalan farmasi Mengusulkan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk perbekalan farmasi Memberikan sanksi terhadap pelanggaran standar, mutu dan prosedur pelayanan Kewenangan dalam usulan inovasi pengelolaan sistem dan prosedur operasional agar kegiatan dapat berjalan baik Kewenangan dalam menentukan program pengayaan ("job enrichment") untuk setiap pegawainya	Kewenangan dalam mengumpulkan data, menganalisa data yang diperlukan untuk perencanaan dan <i>monitoring</i>	Kewenangan dalam usulan inovasi pengelolaan sistem dan prosedur operasional agar kegiatan berjalan dengan lancar	Melaku-kan pengecek-an terhadap jumlah dan keadaan perbekal-an farmasi dari unit lain	Me-ngam-bil ke-putusan yang berhu-bungan dengan tang-gung jawab pekerja-annya	Mengambil keputusan yang berhubungan dengan jawab pekerjaannya	Meng-komu-nikasikan semua masalah yang berke-naan dengan penulisan resep	Meng-komu-nikasikan semua masalah yang berke-naan dengan penulisan resep	Meng-komu-nikasikan semua masalah yang berke-naan dengan penulisan resep	Meng-komu-nikasikan semua masalah yang berke-naan dengan penulisan resep	Meng-komu-nikasikan semua masalah yang berke-naan dengan penulisan resep
Pelatihan	Manajemen Farmasi Rumah Sakit Manajerial Skill Manajemen Keuangan Manajemen SDM Communication Skill <i>Team building</i> Skill Counseling Pharmaceutical Care	Pelatihan <i>Customer service</i> Excellent Pelatihan Manajemen logistik Pelatihan Teknis Kefarmasian	Pelatihan <i>Customer service</i> Excellent Pelatihan Manajemen logistik	Pelatihan <i>Customer service</i> Excellent Pelatihan Manajemen Logistik	Pelatih-an <i>Customer Service</i> Excel-lent	Pelatihan <i>Customer service</i> Excellent Pelatihan Teknis Kefarmasian Pelatihan Informasi Obat dan ESO Administrasi Rawat Inap Sterilisasi Pelatihan Infeksi	-	-	-	-	-

LAMPIRAN 4

PEDOMAN PENGUMPULAN DATA SEKUNDER

No	Dokumen	Ada	Tidak Ada
1	Laporan Kegiatan Pelatihan Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo		
2	Laporan Kegiatan <i>Benchmarking</i> Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo		
3	Laporan Kegiatan Pengkomunikasian Harga kepada Pegawai di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo		
4	Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Realisasinya di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo tahun 2011		
5	SK Direktur Tentang Pengkonsolidasian Dokter		
6	Prosedur Pengkonsolidasian Dokter		
7	Dokumen Formularium Obat		
8	Surat Peringatan Ketidapatuhan Dokter Terhadap Formularium Obat		
9	SK Direktur Tentang Perluasan Jenis Obat Generik di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo.		
10	Dokumen Perhitungan Penyediaan Obat Sesuai Kebutuhan di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Berdasarkan Metode Ilmiah.		

LAMPIRAN 5

DOKUMEN-DOKUMEN DI INSTALASI FARMASI RSUD PASAR REBO TAHUN 2011

No	Tanggal Dokumen	Nomor Dokumen	Pembuat Dokumen	Keterangan Dokumen
1	-	-	-	Perhitungan Matematis Persediaan Farmasi Minimal dan Maksimal
2	01 Juli 2011	018/FAR/VI I/2011	Kepala Instalasi Farmasi	Surat Ditujukan kepada Direktur tentang Evaluasi Obat <i>Slow moving</i> yang Dievaluasi Maret 2011, Terdapat 17 Item dari 68 Item Obat yang Tidak Mengalami Penurunan Jumlah Item dari Pemakaian di SMF yang Mengusulkan
3	8-10 Desember 2011	-	Fakultas Farmasi Universitas Gajah Mada	Sertifikat Pelatihan Manajemen Obat dan Analisa Laporan Keuangan di Rumah Sakit (+Field Study) di Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, atas nama Dra. Susilawati, Apt (Kepala Instalasi Farmasi)
4	22-23 Juli 2011	-	Fakultas Farmasi Universitas Pancasila	Sertifikat <i>Workshop</i> "Farmakoekonomi Dalam Pelayanan Kesehatan" di Universitas Pancasila, Jakarta, atas nama Dra. Susilawati, Apt (Kepala Instalasi Farmasi)
5	-	-	Unit Keuangan	Realisasi Belanja Farmasi Periode Januari sampai dengan Desember 2011, dengan Anggaran Rp. 37.059.763.950 dengan Realisasi Belanja Rp. 49.129.595.568
6	-	-	Instalasi Farmasi	Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Farmasi RSUD Pasar Rebo
7	-	-	Kepala Instalasi Farmasi	Program Pertemuan Bulanan / Rapat Rutin Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011

Catatan : (-) berarti tidak ada tertulis dalam dokumen.

LAMPIRAN 5 (LANJUTAN)

No	Tanggal Dokumen	Nomor Dokumen	Pembuat Dokumen	Keterangan Dokumen
8	11 Juli 2011	199/2011	Direktur	Surat Keputusan Direktur tentang Penetapan Kebijakan Pelayanan Instalasi Farmasi di RSUD Pasar Rebo Provinsi DKI Jakarta, dengan Adanya Standar Pelayanan Farmasi mulai dari Tujuan, Tugas dan Fungsi, Visi dan Misi, Falsafah, Nilai dan Kebijakan Umum lainnya seperti setiap pegawai Instalasi Farmasi Wajib Meningkatkan Kompetensinya, melalui Pelatihan yang Sudah Diprogramkan. Selain itu, Besarnya Persediaan Farmasi di Pelayanan Farmasi Rawat Jalan dan Rawat Inap Ditentukan untuk Penjualan 3 Hari, sedangkan Gudang Farmasi Maksimal untuk Pemakaian 1 sampai 2 Minggu
9	13 Agustus 2011	226/2011	Direktur	Surat Keputusan Direktur tentang Pendelegasian Wewenang Penggantian Obat yang Diresepkan di RSUD Pasar Rebo Provinsi DKI Jakarta, Wewenang Diberikan Kepada Wakil Direktur Pelayanan untuk dapat Mengganti Obat-Obat yang Diresepkan dengan Obat Generik Sejenis
10	1 Oktober 2011	302/2011	Direktur	Surat Keputusan Direktur tentang Struktur Organisasi dan Uraian Tugas Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta, dengan Hierarki tertinggi adalah Kepala Bidang Penunjang Medis.
11	22 November 2011	392/2011	Direktur	Surat Keputusan Direktur tentang Penetapan Prosedur Tetap Ketepatan Pemberian Terapi Obat-Obatan dalam rangka Keselamatan Pasien di RSUD Pasar Rebo meliputi Enam Benar, yaitu Benar Nama Pasien, Benar Nama Obat, Benar Dosis Pemberian, Benar Cara Pemberian, Benar Waktu, dan Benar Pencatatan (Dokumentasi) dan untuk melaksanakannya Petugas Pemberi Obat agar Melihat Status Rawat Pasien, Melakukan Pengecekan Ulang Label Obat, Mengecek Masa Kadaluaarsa Obat yang akan Diberikan serta Melihat Gelang Label Pasien

LAMPIRAN 6

Matriks Informan Wawancara Mendalam

No	Variabel	Informan														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Pelatihan	√	√	√	√					√		√				√
2	Pengkomunikasian Harga			√	√		√		√							
3	Budget			√	√	√	√									
4	Pengkonsolidasian Dokter	√	√	√	√						√		√	√	√	
5	E-Prescribing		√		√		√	√				√	√	√	√	
6	Penyediaan Obat	√	√		√			√				√	√	√	√	
7	Pengurangan Biaya Operasional		√		√	√										
8	Dukungan Eksekutif	√		√	√	√						√	√	√		
9	Pemantauan Keuangan Berkelanjutan	√		√					√					√		
10	Pelayanan Terintegrasi			√	√	√	√			√		√	√	√		
11	Pengamanan Obat Penting	√		√	√							√				
12	Pemberian Insentif	√		√	√	√	√		√							

LAMPIRAN 7

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Data Umum Informan

Data umum informan yang dicatat setiap melakukan wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti sendiri yaitu :

1. Nama Lengkap Informan :
2. Tanggal dan Tempat Wawancara :
3. Jenis Kelamin Informan :
4. Jabatan Informan :

Pelaksanaan Wawancara

Wawancara dilakukan dalam tiga tahapan yaitu tahap pemanasan, transisi, serta kesimpulan, dengan alur sebagai berikut :

1. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kesediaannya untuk diwawancara.
2. Memperkenalkan diri sekaligus menyampaikan tema wawancara serta tujuannya.
3. Meminta izin kepada informan bahwa seluruh hasil wawancara akan direkam menggunakan alat perekam serta dilakukan pencatatan untuk poin-poin penting.
4. Menyampaikan kepada informan selama wawancara bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, serta saran terkait dengan tema wawancara.

5. Terhadap informan yang memiliki keterbatasan waktu akan dilanjutkan wawancara sesuai waktu yang disepakati lebih lanjut.

Pemanasan (*Ice Breaker*)

Berikut beberapa contoh pertanyaan pemanasan : “Saat saya mengatakan pengendalian biaya apa yang muncul pertama kali dalam pikiran bapak/ibu?”, “Kapan pertama kali bapak/ibu merasa perlu untuk melakukan upaya pengendalian biaya?”

Pertanyaan Transisi

Berikut beberapa contoh pertanyaan transisi : “Seandainya bapak/ibu punya semenit untuk berbicara pada Kepala Instalasi Farmasi tentang pengendalian biaya ini, apa yang hendak dikatakan?”, “Berikan satu kalimat yang dapat memberikan gambaran terbaik tentang yang bapak/ibu rasakan tentang upaya pengendalian biaya yang telah kita diskusikan hari ini”

Pertanyaan Kesimpulan

Berikut beberapa contoh pertanyaan kesimpulan : “Apakah kesimpulan diskusi kita hari ini sudah cukup?”, “Apakah tepat gambaran yang saya dapat dari penjelasan yang bapak/ibu berikan?”, “Apakah ada yang saya lewatkan?”

LAMPIRAN 8

DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA MENDALAM

Variabel-Variabel Penelitian	Pertanyaan
<i>Cost Awareness</i>	
Pelatihan <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan Pelatihan 2. Sumber Dana Pelatihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah ada pelatihan tentang efisiensi yang difasilitasi rumah sakit bagi pegawai di Instalasi Farmasi Pasar Rebo ? Jika ada, bagaimana pendapat Anda tentang pelatihan tersebut? Apakah bermanfaat? Apakah ada cara lain selain pelatihan? 2. Darimanakah dana pelatihan didapat? Jika tidak ada dana yang disediakan rumah sakit, apakah menurut Anda pegawai mau berinisiatif mengeluarkan dana pribadi? Mengapa?
Pengkomunikasian Harga <ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya agar pegawai tahu harga 2. Keberadaan poster dan slogan pengingat tentang harga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimanakah pegawai di Instalasi Farmasi mengetahui harga dari persediaan farmasi? Apakah dilakukan secara aktif oleh manajemen rumah sakit? 2. Apakah terdapat poster atau slogan sebagai pengingat pegawai terkait dengan harga? Jika ada, menurut Anda apakah bermanfaat?

LAMPIRAN 8 (LANJUTAN)

Variabel-Variabel Penelitian	Pertanyaan
<i>Cost Management</i>	
<i>Budget</i> 1. Proses penyusunan <i>budget</i> 2. Perbandingan perencanaan dengan realisasi <i>budget</i>	1. Bagaimanakah proses penyusunan <i>budget</i> untuk Instalasi Farmasi? Apakah pegawai farmasi aktif didalamnya? 2. Apakah <i>budget</i> yang disusun tidak berbeda jauh dengan realisasinya? Mengapa?
Pengkonsolidasian Dokter 1. Peran dokter dalam pembuatan formularium dan kepatuhannya 2. Upaya manajemen untuk menyatukan dokter	1. Bagaimana peran dokter dalam pembuatan formularium? Adakah dokter yang tidak patuh? Mengapa? 2. Bagaimana manajemen menyatukan dokter? Apakah efektif? Adakah cara lain? Pengalaman Anda?
E-Prescribing 1. Peresepan obat <i>paperless</i> 2. Kemungkinan pengaplikasiannya	1. Apakah peresepan obat sudah dilakukan secara <i>paperless</i> ? Mengapa? 2. Seberapa mungkin peresepan <i>paperless</i> ini diterapkan? Mengapa?
Penyediaan Obat 1. Perhitungan obat dan kesediaan obat generik 2. Proses pengadaan	1. Bagaimanakah farmasi menghitung kebutuhan obat? Bagaimana dengan obat generik? 2. Bagaimana proses pengadaan? Apakah ada hambatan? Mengapa?
Pengurangan Biaya Operasional 1. Upaya penghematan listrik, telpon, dan ATK	1. Apakah upaya yang dilakukan untuk mengurangi pemakaian listrik? Telpon? ATK? Sudah berjalankah? Mengapa?
Dukungan Eksekutif 1. Motivasi dari eksekutif	1. Menurut Anda bagaimana eksekutif memberikan motivasi? Seberapa sering? Mengapa?

LAMPIRAN 8 (LANJUTAN)

Variabel-Variabel Penelitian	Pertanyaan
<i>Cost Monitoring</i>	
Pemantauan Keuangan Berkelanjutan 1. Perealisasian pemantauan keuangan berkelanjutan	1. Apakah dilakukan pemantauan keuangan di farmasi? Dalam bentuk apa saja? Rutin? Bagaimana efeknya?
Pelayanan Terintegrasi 1. Upaya merealisasikan pelayanan terpadu	1. Bagaimanakah upaya Anda untuk membuat pelayanan terpadu? Adakah hambatan? Mengapa?
Pengamanan Obat Penting 1. Penggolongan obat dan upaya menjaga obat penting	1. Adakah penggolongan obat? Apa kategori obat penting? Bagaimanakah cara menjaga obat penting?
<i>Cost incentive</i>	
Pemberian Insentif 1. Perealisasian insentif	1. Apakah ada pemberian insentif? Bagaimanakah dasar perhitungannya? Adakah pegawai yang tidak mendapat insentif karena kinerja buruk? Mengapa?

LAMPIRAN 9

TRANSKRIP WAWANCARA MENDALAM

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Awareness</i>	
Pelatihan		
1. Apakah ada pelatihan tentang efisiensi yang difasilitasi rumah sakit bagi pegawai di Instalasi Farmasi Pasar Rebo ? Jika ada, bagaimana pendapat Anda tentang pelatihan tersebut?	<p>I1 : Ada Pelatihan</p> <p>I2 : Sebenarnya ada pelatihan, untuk pelatihan dikonsentrasikan ke diklat, usulan ke diklat. Sudah ada 2011, dilaksanakan di luar, ke Yogyakarta Ibu Susi langsung yang dikirim.</p> <p>I3 : farmasi tiap tahun bikin pengajuan training, tapi realisasinya tergantung anggaran Jangan mengharapkan kerja kerja kerja, akhirnya untuk meng-<i>upgrade</i> teman-teman, <i>product knowledge</i> dari <i>principal</i> obat, karena produk cepat sekali berubah</p> <p>I4 : Pernah untuk berperilaku aman bagi pasien bulan nov 2011, pernah pelatihan <i>customer service</i>, ada juga <i>In house training</i> untuk <i>attitude</i></p> <p>I9 : Ada, tapi lebih ke arah pengelolaan saja, tidak sampai mengefisienkan</p> <p>I11 : Tidak Ada, paling <i>Customer service</i>, vaksin dan obat paru</p> <p>I15 : Belum ada pelatihan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan belum menyeluruh 2. Pelatihan bagi Kepala Instalasi Farmasi 3. Perencanaan pelatihan tiap tahun 4. Realisasi bergantung pada anggaran 5. <i>Upgrade product knowledge</i> dari <i>principal</i> obat 6. HRD tidak memantau perubahan setelah pelatihan 7. Tidak sampai pengefisienan

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Awareness</i>	
Pelatihan		
2. Darimanakah dana pelatihan didapat? Jika tidak ada dana yang disediakan rumah sakit, apakah menurut Anda pegawai mau berinisiatif mengeluarkan dana pribadi? Mengapa?	I1 : 2011 tidak ada dana pelatihan I2 : Yang punya anggaran wadir pelayanan I3 : 2010 2011 gak pernah dibiayai RS, 2011 dilatih oleh PT Novartis untuk <i>customer service</i> , untuk pelayanan, farmasi kirim 8 orang, karena ketersediaan keuangan RS terbatas, maka dana pribadi, karena saya butuh itu, pegawai yang lain karena keterbatasan dana ya gak mau lah mereka I9 : Dari sponsor	1. Tidak ada dana pelatihan 2. Tidak mengetahui adanya dana pelatihan 3. biaya pribadi, dari <i>principal</i> obat 4. Tidak mengembang-kan diri bila tidak ada dana dari RS 5. Sponsor
3. Apakah pelatihan yang dilakukan berefek positif terhadap kinerja? Mengapa?	I4 : Ada perubahan? (tertawa), belum ada HRD yang turun I1 : Efek pelatihan di pasar rebo karena merasa senior, jelas ada senioritas, kalau merubah dikit-dikit	1. Senioritas 2. HRD belum memantau

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Awareness</i>	
Pengkomunikasian Harga		
1. Bagaimanakah pegawai di Instalasi Farmasi mengetahui harga dari persediaan farmasi? Apakah dilakukan secara aktif oleh manajemen rumah sakit?	<p>I3 : mereka tahu, harga itu kelihatan ya di master, mereka semua bisa buka</p> <p>I4 : tahu, dibedakan lemari obat mahal, mereka bisa lihat dari struk bayar, kalau obat gak tepat pindahkan ya ke obat mahal biar kita pantau, belum pernah ada acara khusus untuk memperkenalkan harga.</p> <p>I6 : rasanya iya, mereka update terus harga, by sistem juga harganya update, belum sejauh itu untuk mendetail ini harga barang yang mahal.</p> <p>I8 : harusnya yang mensosialisasikan tim yang membuat <i>unit cost</i>, karena dia yang tahu harga, yang tahu unit sendiri, manajemen belum mengusahakan agar tahu harga</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat master harga 2. Ada perbedaan lemari penyimpanan 3. Belum ada upaya khusus memperkenalkan harga 4. Selalu update harga, namun belum mendetail 5. Tim <i>unit cost</i> dan unit yang tahu harga 6. Belum ada upaya manajemen

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Awareness</i>	
Pengkomunikasian Harga		
2. Apakah terdapat poster atau slogan sebagai pengingat pegawai terkait dengan harga? Jika ada, menurut Anda apakah bermanfaat?	I3 : gak ada I4 : belum pernah ada slogan pengingat, boleh juga tuh usulnya I6 : belum sejauh itu I8 : Belum pernah ada spanduk slogan, yang ada spanduk moto kami peduli kesehatan anda	1. Tidak ada poster dan slogan

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
<i>Budget</i>		
1. Bagaimanakah proses penyusunan <i>budget</i> untuk Instalasi Farmasi? Apakah pegawai farmasi aktif didalamnya?	<p>I3 : penyusunan anggaran di akhir tahun, dibuat berdasarkan realisasi penyerapan anggaran tahun sebelumnya, biasanya untuk mencegah inflasi tambah 5-10%</p> <p>I4 : kombinasi, tapi ujungnya <i>top down</i></p> <p>I5 : yang mempengaruhi <i>budget</i> farmasi tergantung harga beli</p> <p>I6 ; Setiap tahun ada <i>workshop</i> penyusunan RBA (Rencana Bisnis Anggaran.red), biasanya tiap Mei, sebelumnya ada pra <i>workshop</i>,mengumpulkan data RBA dari masing-masing unit. RBA disesuaikan dengan kebijakan direktur, tahun ini salah satunya revitalisasi alat. Mayoritas Kapal (Kepala Instalasi.red) tidak mengerti itu, seringnya ya udah bikin aja deh. Yang tahu ekonomi hanya di keuangan saja. RBA sampai saat ini belum bisa bikin per unit, baru per item misal SDM butuh berapa? ATK butuh berapa? Tapi belum per kegiatan misal pelayanan rawat pagi butuh ATK berapa? farmasi butuh obat berapa setahun, jadi penyusunan dari bawah, tapi kalau pagunya gak cukup, mohon dikurangi, terserah yang mana</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Budget</i> disusun berdasarkan penyerapannya di tahun sebelumnya 2. <i>Top down</i> 3. <i>Budget</i> ditentukan harga beli 4. Pra <i>workshop</i> 5. Pengalokasian <i>budget</i> disesuaikan dengan kebijakan direktur 6. Kepala instalasi tidak mengerti penyusunan <i>budget</i> 7. Bila melebihi pagu diminta kurangi <i>budget</i>

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
<i>Budget</i>		
2. Apakah <i>budget</i> yang disusun tidak berbeda jauh dengan realisasinya? Mengapa?	<p>I3 : gak mungkin ngepasin di 27 milyar, 54 milyar realisasinya, pasien bertambah, belum inflasinya</p> <p>I4 : apa sih poin yang bisa digeser, gaji tidak bisa ditawar, diklat bisa, misal 2 M untuk setahun tapi cuma ada 1,5M, jawabnya ok tapi untuk 7 bulan, harusnya gak seperti itu agar tidak terseok-seok, tapi dengan cara mengurangi item, misal ada 3 sayur, bagaimana kalau 1 sayur, tapi diutamakan.</p> <p>I5 : penganggaran jangan diasumsikan hanya biaya, jadi uang masuk dengan uang keluar. Biaya 80%, tapi pendapatan cuma 70% jadi di sini pengendaliannya, atau kalau subsidi ada yang tanggung.</p> <p>I6 : Belum dilakukan <i>feasible study</i>. Tahun ini kita parah, karena target pendapatan tidak tercapai tapi pembelanjaan terlanjur banyak. Contoh di farmasi selalu berlebih dari yang dianggarkan, seharusnya farmasi bisa berikan lebih dari yang sekarang.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realisasi mencapai dua kali lipat dari anggaran 2. Pengurangan item agar sesuai <i>budget</i> 3. Perhitungkan <i>budget</i> berdasarkan uang masuk dan keluar 4. Belum dilakukan studi pendahuluan 5. Target pendapatan tidak tercapai 6. Farmasi selalu berlebih dari yang dianggarkan

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
Cost Management		
Pengkonsolidasian Dokter		
1. Bagaimana peran dokter dalam pembuatan formularium? Adakah dokter yang tidak patuh? Mengapa?	<p>I1 : dokter A sering obat keluar, kita tegur, mengelak dengan " ini ada obat baru", kita berantem dengan dokter biaya sosialnya lebih tinggi. Bisa dengan cara dibimbing dokternya, atau <i>paperless</i>, atau surat pernyataan bahwa bila obat tidak ada bisa diganti, tidak ada surat itu, hanya sosialisasi, bila dokter tidak bisa dinego oleh farmasi, farmasi telp wadir pelayanan. jadi apapun, mau protes dokternya, mau dikomporin dokternya, kalau sdh mengganti resep, sudah tanggung jawab RS, medrep tidak ketemu saat praktek, jadi tidak bisa nego-nego, tapi itu hak, ada ketegasan dari dokter agar tidak diatur, harusnya</p> <p>I2 : pokja formularium mengumpulkan dari dokter-dokter, dikasih edaran dulu per masing-masing SMF, lalu ditarik pokjanya, evaluasi untuk obat yg gak jalan dikeluarkan dari formularium, saya kira semuanya patuh, sekitar 98% patuh, pada forum reboan manajemen mengevaluasi.</p> <p>I3 : ada SK Direktur agar dokter mematuhi formularium formularium kerja gabungan ketua dokter spesialis, sekretarisnya apoteker anggotanya tim medis dan farmasi, namun pada kenyataannya ada yang lepas, farmasi menyarankan farmasi terapi tiga bulanan</p> <p>Ada laporan tertulis ke direktur, dokter-dokter mana saja yang mengusulkan obat namun mengendap, direktur membuat surat peringatan untuk dokter tersebut.</p> <p>I4 : masih persuasif <i>by telephone</i>, lumayan sering, itu loyalitas terhadap RS, belum ada kebijakan dari manajemen untuk mengganti resep, sudah disampaikan, itu tergantung kekompakan medis, karena masih ada ego, ya kesadaran,</p> <p>sudah ada formularium tapi kok ada dokter yang sama, di sini banyak orang yang melakukan hal yang sama seperti itu, ada yang patuh, medrep lebih cepat datang, kalau ada komitmen mungkin gak akan terjadi, kita kan udah punya aturan tapi gak dipatuhi jadi berantakan, kalau sudah masuk terapi harusnya tidak ada lagi, kalau dulu kebersamaannya ada, kalau dulu apotek dikelola KORPRI, di situ kondusif banget, sekarang ke keuangan semua, <i>fee for service</i>, pendapatan apotek adalah pendapatan RS, itu satu pintu, insentif ada tapi kecil, sisi yang lain</p> <p>I10 : Setiap SMF menandatangani persetujuan formularium. Selama satu bulan disebar data obat formularium yg lalu ke setiap SMF, apakah ada yg dikurangi. Lalu dikumpulkan pokja sudah dalam bentuk obat yang telah disepakati setiap SMF, lalu dipresentasikan untuk disetujui, setelah didiskusikan terlebih dahulu. Sedianya kalau diusulkan ya dipakai.</p> <p>I14: Ada juga dokter yang kekeuh, ya udah di luar aja, paling 30 persen. Kayaknya jalan masing-masing, walaupun kita wara-wiri, di luar aja. Lebih kuat pengaruh dokter</p> <p>I12: Ada dokter yang masih meresepkan di luar formularium kalau apoteker yang mau tapi dokter gak mau.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada dokter yang tidak patuh pada formularium, 98 persen patuh, lumayan sering dokter tidak patuh pada formularium paling banyak 30 persen 2. Menghindari pertengkaran dengan dokter 3. Wadir memiliki wewenang mengganti resep 4. Formularium disusun dokter dan farmasi (pokja formularium), setiap SMF menandatangani persetujuan formularium 5. Ada SK Direktur untuk dokter yang tidak patuh 6. Medrep lebih cepat datang

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
Pengkonsolidasian Dokter		
2. Bagaimana manajemen menyatukan dokter? Apakah efektif? Adakah cara lain? Pengalaman Anda?	<p>I1 : mengatur dokter tarik ulur, tiap rabu kumpul, cuma kehadiran mereka kurang bagus, rata-rata 30 % tapi tidak diumumkan, sifatnya sukarela, potong gaji 25 ribu sebulan, datang gak datang, biaya makan, potong aja di keuangan, ada <i>support</i>, misal kurang 500 ribu atau satu juta, ada absen, tidak sampai ditanya kenapa tidak datang. pertemuan komite medis kamis minggu keempat, kamis siang pertemuan manajerial, kamis siang wajib, kadang-kadang kita nimbrung di pertemuan komed kalau ada pertemuan itu.</p> <p>dengan memberikan bayaran yg baik , dokter dikasih uang makan, di sini apa yg gak dihitung untuk dokter, ganti perban dibayar, konsultasi via telpon dibayar. merubah formularium, kita bisa dikerjai dokter</p> <p>I2 : di rabuan kumpul, semua permasalahan disampaikan di situ, formal, karena di rs lain tidak ada yg seperti itu, komunikasikan ke dokter kalau obatnya gak ada.</p> <p>I3 : Ada reboan, ada laporan tertulis ke direktur, dokter-dokter mana saja yang mengusulkan obat namun mengendap</p> <p>I4 : <i>entertainnya</i>, bisa pergi bersama-sama keluar negeri misalnya untuk klinisi, ada sesuatu yang dirasakan kalau mereka ikut menjual obat.</p> <p>I10 : reboan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30% kehadiran dokter saat reboan 2. Tidak ada <i>follow up</i> bagi yang tidak datang 3. Ada laporan tertulis ke direktur, dokter-dokter yang mengusulkan obat namun mengendap 4. Menyenangkan dokter seperti jalan-jalan ke luar negeri

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
<i>Cost Management</i>		
E-Prescribing		
1. Apakah peresepan obat sudah dilakukan secara <i>paperless</i> ? Mengapa?	<p>I1: Belum I2 : Belum dilakukan I4 : bagus banget, usulan dari tahun 2010 karena kesulitan resep dokter yang tidak terbaca, berapa waktu yang terbuang, direktur tertarik tapi masih mentok masalah dana I6 : dulu saya di SIM, secara sistem <i>software</i> sudah ada, secara <i>hardware</i> belum, tapi harusnya diuji coba dulu, kita pernah untuk gakin, tidak menulis resep tapi pakai kartu agar resep tidak beli keluar I7 : Belum dicoba dokter <i>entry</i> resep I11: Belum pernah sama sekali I13: Wacana sudah lama, masalah di biaya pengadaan I14: Belum ada, biaya juga kali ya, dan kita juga harus <i>stand by</i> di depan komputer</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. hambatan sarana 2. Tidak ada dana 3. <i>Software</i> sudah ada 4. Belum dicoba dokter <i>entry</i> resep.

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
E-Prescribing		
2. Seberapa mungkin peresepan <i>paperless</i> ini diterapkan? Mengapa?	<p>12 : 2013 format <i>software</i> akan diganti yg lebih canggih.</p> <p>14 : bagi mereka mungkin merepotkan (dokter tua.red), kalau dibantu ya gak bisa, karena otoritas di dokter, kalau yang muda-muda pasti lebih canggih, tapi untuk dokter tua membuat ribet.</p> <p>16 : di dinkes minta kopian resep, itu salah satu yg menghambat untuk penulisan resep elektronik, untuk melaksanakan aplikasi harus konsisten, tapi kalau melihat status, belum lengkap, belum pernah uji coba. dulu di ruang rawat inap satu komputer, agar perawat setelah melakukan <i>input</i> dong, tapi tidak dilakukan, belum jadi kebijakan perawat harus mengisi komputer, yg baru <i>input</i> hanya apotek, belum sampai <i>dilaunching</i> kebijakan harus.</p> <p>17 : Belum dicoba dokter <i>entry</i> resep. Tidak realistis, lebih realistis dengan taruh Asisten Apoteker di pembacaan resep, jadi kasir hanya terima uang. Dari segi pengaturan, dari 3 <i>counter</i> misalnya 1 <i>counter</i> terima resep, 2 lagi untuk kasir, saya sudah pernah <i>launching</i> ide ini tapi agak sulit karena pegawai kasir di farmasi tidak pindah-pindah.</p> <p>Sarana pra sarana mahal, dan belum tentu dokter mau mengisinya.</p> <p>Sulit, pola manual yang harus diperbaiki terlebih dahulu, coba mba lihat di lapangan dokter tidak sempat menulis resep, perawatnya, di penyakit dalam 1 dokter 80 pasien, jam kerja 08.00-14.00 tapi dokter datang jam 10.00 selesai jam 13.00, saya gak tahu bagaimana diagnosanya. Saya belum pernah hitung dari segi detail, hitung dokter yang praktek rajal, tidak hanya komputer saja, tapi juga jaringan, yang sekarang ada sudah tua, kalau mau maksimal yang sudah ada semua tidak bisa dipakai, bisa ratusan juta, kalau pakai merek cisco kelas nomor 1 bisa 500 juta. Tidak semua penanggung mau <i>paperless</i>, contohnya GAKIN minta resep tulis tangan dokter. Belum tahu juga untuk RS lain yang sudah <i>e-prescribing</i> bagaimana untuk itu. Kalau ada komitmen kuat dari pimpinan atau manajemen, saya berani fight, karena ini merubah kebiasaan karena semua di depan komputer.</p> <p>111: Kayaknya dokter gak sempat, bukan faktor umur, jadi malah makin beban</p> <p>112: Belum perlu, karena kalau elektronik harus <i>di-input</i> komputer, persediaan obat harus lengkap</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum dilakukan 2. Menyulitkan dokter tua 3. Diperlukan kopi resep untuk klaim 4. Sediakan <i>counter</i> khusus Asisten Apoteker untuk pembacaan resep di kasir

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
Penyediaan Obat		
1. Bagaimanakah farmasi menghitung kebutuhan obat? Bagaimana dengan obat generik?	<p>I1 : Pelaporan penggunaan obat I2 : Perhitungan ABC obat generik untuk askes, kalau yg bukan jaminan tidak ada penawaran, dokter langsung tulis resep. sudah ada sistem FIFO, minimal <i>expired date</i> 2 tahun tapi vaksin atau barang yang <i>fast moving</i> masih di bawah 2 tahun. Amrahnya tiap pagi. Dari gudang selalu mengeluarkan obat dengan satuan per-box-nya, jadi bila unit pesan di bawah jumlah 1 box tetap diarahkan untuk pemesanan 1 box, jadi lembar pemesanan dikoreksi jadi per box. Untuk mekanisme stok bisa saja dari lantai 5 ke lantai 2 yang di tiap lantai ada Apoteker dan Asisten Apoteker. Di IGD dulu memang harus ada penawaran generik atau non generik, tapi sekarang sudah lepas, jadi sekarang sudah hak prerogatif dokter. Bahkan ada dokter yang ngasih pasien GAKIN obat 150 ribu per tablet, socef, dokternya bilang ya pasiennya mau bayar. Untuk obat-obat yang gak laku bisa diretur, atau pernah saya paksa <i>principal</i> pabrik untuk bayarin obat itu. Selain itu obat dimusnahkan dengan dibakar, belum ada ide-ide untuk mendaur ulang. penyediaan per 2 minggu, gak efektif kalau lebih cepat, beli terus, gudang masih cukup, kalau <i>slow moving</i> ada pembatasan, kalau <i>fast moving</i> 2 minggu sudah harus diisi lagi. sejak 2011 formularium pembatasan obat sudah ada, sebelumnya tidak ada pembatasan obat Sudah didorong lebih besar ke obat generik karena pasien GAKIN banyak, jadi perbandingannya sekitar 50% : 50%. kalau ada generiknya diusahakan ada di RSPR, ada <i>channel</i> untuk memberitahu obat generik terbaru, <i>supplier</i> makin banyak, jadi kompetitif I4 : cakupannya sudah mencapai 50% dari depkes ada di RS ini, ada juga PBF yg <i>cover</i> semua, antisipatif bisa misal logistik yg banyak, tapi tergantung pembelanjaan pagu RS, jadi terganggu sedikit kalau PBF gak ada, justru obat murah, kalau gak ada dan kita perlu banget, beli di apotek lain, <i>billing</i>nya tetap apotek kita. Obat <i>expired</i> perlu <i>monitoring</i> terus-menerus, tapi tidak ada petugas yg melakukan itu, karena kita fokus di pelayanan, penyediaan obat pakai min-max, minimum order untuk dua minggu, data <i>real time</i>, tidak melihat data lalu. Bila obat tidak ada kemungkinannya barangnya belum datang, atau barang tidak dikirim PBF karena RS belum bayar, tapi kalau terjadi kelupaan ya wajar, kadang-kadang bisa I7 : kembalikan ke unit, ada <i>stock</i> obat minimal dan maksimal, yang <i>input</i> farmasi, misal stok amixillin, apoteker harus tahu berapa yg dibutuhkan untuk dua minggu, jadi intuisi farmasi, lihat dari tiga bulan yg lalu, atau enam bulan lalu, kalau ada KLB belum dihitung I11 : Di IGD obat generik tidak sampai kosong, karena cuma sedikit, cuma 5 macam dari total jumlah obat dan alkes 170 macam I12 : Ada obat <i>fast moving</i> misalnya asam mefenamat dan <i>slow moving</i> di lantai 3 misalnya santibi karena itu obat anak, tapi di lantai 2 santibi <i>fast moving</i>. Kalau kosong langsung dipesan, mana yang habis itu yang dipesan, kalau BLUD bisa pembelian langsung. FIFO yang dipakai di pasar rebo, yang datang duluan yang dikeluarkan, obat <i>expired</i> paling dimusnahin. I14 : Jamkesmas, GAKIN, SKTM, kira-kira 60 persen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaporan penggunaan obat 2. Perhitungan ABC 3. Sistem FIFO 4. Amrah tiap pagi 5. Pengarahan ke obat generik menjadi hak dokter 6. Tidak ada petugas yang memonitor obat <i>expired</i> 7. Stok minimal dan maksimal ditentukan apoteker 8. 50% obat generik sesuai dinkes sudah tersedia

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
Cost Management		
Penyediaan Obat		
2. Bagaimana proses pengadaan? Apakah ada pembatasan sediaan?	<p>I1 : pengadaan kadang-kadang kita terbentur di belanja, permintaan ada, duitnya gak ada, terkait piutang, pelaporan penggunaan obat, pelaporan tagihan sudah cukup. Ada beberapa item yg tak terbeli, tapi yg vital tetap dibeli.</p> <p>Dengan resiko diblok karena mundurin pembayaran, jadi beli ke yg mau berikan pembayaran yg molor, kelemahannya bunganya lebih besar. negosiasi apakah kita bisa minta uang muka, seperti hanya askes yg memberikan uang muka 50%, rasio yg terbayar dari asuransi 10-15%, sebenarnya bermain di waktu, piutang dari segi resume, kadangkala dokter tidak meresume, tiap bulan manajemen melaporkan di audit medis, ruang ini pencatatannya jelek, diaudit lagi dua bulan ke depan, penanggung jawab dokter, tapi dalam perjalanannya <i>diback up</i> dokter jaga, dokter kan arogannya kuat saat perawat mencoba mengingatkan.</p> <p>dari segi keuangan kita berbeda dengan RS swasta, kita dihadapkan oleh peraturan pengadaan obat, kita duduk bersama, anda beri diskon berapa, yg murah itu yg kita ambil, spesifikasi sama, anda berani berapa? akhirnya saya tunjuk langsung, saya gak dipengaruhi <i>supplier</i>, mengikuti aturan pemerintah dilelang, tapi mereka gak mau, pakai dikit-dikit tapi dilelang, sudah dicoba tapi akhirnya penunjukan langsung.</p> <p>I2 : original 1, dua mitu, dan generik</p> <p>I4 : 1 original, 2 mitu, 1 generik</p> <p>I5 : Obat untuk tujuan komersil tidak melalui lelang</p> <p>I7 : Kembalikan ke unit, yang <i>meninput</i> farmasi</p> <p>I11: Untuk obat yang dikenakan biaya ke pasien masih bisa disubstitusi, yang repot kalau barang farmasi, misalnya masker, sarung tangan, plester infus, kalau sudah kosong kelabakan, kosongnya biasanya gak sampai seminggu, 3 hari.</p> <p>I12: Agar obat lebih pro ke pasien</p> <p>I13: Ada. Contohnya dialac, dari pabrik obat bilang sudah tidak diproduksi, pabrik bilang ke dokter, dokter bilang ke kita, setelah obat itu habis dokter bilang makasih ya, besoknya obat itu ada lagi. Belum sih bilang ke gudang, setelah dibilang ke gudang katanya yang pesan teh uci (Kapal.red) yang lagi cuti. Saat masuk, kita lupa nanyain, sekarang obat itu sudah ada lagi di peresepan dokter.</p> <p>Pembayaran mungkin gak lancar, istilahnya di-lock, jadi kalau kita perlu tidak ada, paling mba imas yang merayu, ayo dong pak dikirimin, jadi pembelian cito, tapi tidak dipenuhi semua. Kalau charge ke pasien kodenya sama, harganya sama, tapi kalau RS bayarnya seperti apa tidak tahu. Dokter itu mood-mood-an, nah saat dokter mood kita banyakin, kalau tidak ya dikurangkan. Kita lihat <i>expired</i>-nya bukan sesuai kedatangan obat. Belum tahu amprah per 3 hari, akan lebih baik, karena tenaga kerja ngepas.</p> <p>I14: Belum tahu amprah per 3 hari. Lebih baik 3 hari, karena kembali ke tenaga, selain pelayanan juga poliklinik sehingga mesti keliling tiap pagi. Saya mikirnya tenaga yang ngepas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemilihan <i>supplier</i> langsung yang pembayarannya bisa molor walau bunga lebih besar 2. 1 original, 2 mitu, dan 1 generik 3. Kembalikan ke unit farmasi dalam pengadaan obat

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
Pengurangan Biaya Operasional		
1. Apakah upaya yang dilakukan untuk mengurangi pemakaian listrik? Telpon? ATK? Sudah berjalankah? Mengapa?	<p>I2 : telpon berapa menit atau berapa detik otomatis mati, sudah ada imbauan untuk mematikan AC bila tidak dipakai.</p> <p>I4 : untuk kertas sudah ada kebijakan membudayakan memakai kertas bekas, untuk obat caranya mengerjakan dengan benar agar tidak ada yg terbuang, pernah juga ada kesalahan, saya PGR(Peraturan Ganti Rugi. Red) kan,tim yg ganti rugi barang yg harusnya diberi ke org itu, ada juga anak yg kesalahan pribadi mengakui ke saya, kita tidak menceritakan ke manajemen dan manajemen tidak tanya.</p> <p>I5 : Tisu yang tidak terkait dengan pasien langsung tidak disuplai, lampu yang di ruangan dimatikan, telpon maksimal 3 menit akan mati</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telepon mati setelah beberapa menit 2. Imbauan mematikan AC bila tidak digunakan 3. Kebijakan memakai kertas bekas 4. Imbuan mengerjakan penyiapan obat dengan benar 5. Pembatasan tisu

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Management	
Dukungan Eksekutif		
1. Menurut Anda bagaimana eksekutif memberikan motivasi? Seberapa sering? Mengapa?	<p>I1 : sebulan sekali saya turun, mereka memandang lebih ke arah disupervisi, bukan dukungan.</p> <p>I3 : Yang dituntut kerja kerja tidak ada <i>entertain</i></p> <p>I4 : wadir keu, direktur, belum optimal, agar lebih tertib terkendali, belum terjadi, orang akan melakukan itu karena pola pikir manajerialnya bagus, mau minta <i>feedback</i> piutang saja tidak terealisasi, misalkan apa yg ditanggung dari pasien jaminan, tidak diberikan.</p> <p>I5 : Gak pernah direktur tanya lagi ngerjain apa</p> <p>I11: Atasan gak tahu lapangan. Rapat bulanan apotek ada, tidak dipaksakan, seharusnya memang hadir, ada undangan tertulis. Denger-denger ada sanksi kalau tidak datang rapat beberapa kali ada teguran atau SP, ada absen.</p> <p>Tidak ada jam istirahat di luar, makan, sholat dsb di ruangan.</p> <p>I12: Ada dukungan, baru kebijakan, surat SK kalau ada obat yang bisa diganti dokter. Turun ke lapangan belum ada.</p> <p>I13: Kalau teh uci (Kapal.red) sih suka kayak gitu, saat kontrol anaknya, tapi tidak rutin seperti itu. Soalnya kita sudah ada pertemuan bulanan, wajib, kalau dulu ada sanksi kalau tidak datang, gak tau sekarang, contohnya ranap selalu tidak ikut karena alasan pagi hari repot melayani pasien, kalau sudah berkali-kali tidak ikut, teh uci yang ke sana.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebulan sekali eksekutif turun ke lapangan 2. Tuntutan kerja tanpa hiburan 3. Perlu pola pikir direktur lebih dalam untuk mengendalikan 4. Tidak pernah ditanya direktur atas apa yang dikerjakan

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Monitoring</i>	
Pemantauan Keuangan Berkelanjutan		
1. Apakah dilakukan pemantauan keuangan di farmasi? Dalam bentuk apa saja? Rutin? Bagaimana efeknya?	<p>I1 : tiap tiga bulan <i>stock opname</i> sendiri, kita dikasih bahan, dikasih alat, disuruh kelola, tapi apa yg kamu kerjakan dipertanggungjawabkan. di OK tetap aja kecolongan, karena kadang-kadang perawat disuruh ambil sendiri, padahal aturannya ada.</p> <p>I2 : Memang di lantai 2 selisih 8 jutaan, terlalu banyak item, kontrol <i>monitoring</i> kurang. Di rawat inap, di rawat jalan, di IGD, memang belum mencapai nol.</p> <p>I3 : <i>cash flow</i>, 2011 <i>cash flow</i>nya gak berjalan bagus, ROI segala macam aku gak hitung kesana, itu adanya di keuangan, keuangan gak sampai memperingati farmasi bila perputaran sediaan gak baik, Masih ada selisih, karena ngutang belum <i>diinput</i>.</p> <p>I8 : tinggal lihat saja perencanaan dengan realisasinya, kalau lebih tinggi <i>diinvestigasi</i> kenapa, obat gak mungkin ditiadakan. dulu tiap minggu <i>cash flow</i>, kalau realisasi lebih tinggi dilakukan interogasi kenapa lebih tinggi, sekarang saat rapat-rapat tidak ada pertanyaan kenapa lebih tinggi, hanya dimita tolong dihemat ya. Tidak ada petugas yg menjaga <i>cash flow</i> berjalan baik</p> <p>I13: Paling gudang inisiatif nanya ke sini kenapa pemesanan banyak, ya dokternya lagi makai. Kalau dipesan tapi gak dipakai, tidak ditanyakan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stok opname tiap tiga bulan 2. <i>Cash flow</i> tidak bagus 3. Tidak ada petugas yang menjaga <i>cash flow</i> berjalan baik 4. Kontrol <i>monitoring</i> kurang 5. Selisih stok opname belum nol 6. Pegawai utang belum <i>diinput</i>

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Monitoring	
Pelayanan Terintegrasi		
1. Bagaimanakah upaya Anda untuk membuat pelayanan terpadu? Adakah hambatan? Mengapa?	<p>I3 : Tiap bulan ada pertemuan apoteker I4 : Sebelum PT, obat-obat komersil dulu di luar dari farmasi RS, tapi setelah PT sampai sekarang semua sudah 1 atap I5 : Dulu zaman Pak Haryadi ada <i>team building</i> di bawah SDM dan Direktur untuk keluh kesah dsb, kekeluargaan kuat. Tiap senin saat apel, itupun hanya monolog I6 : Dulu saat pembangunan RS ini <i>sense of belonging</i> tinggi, kenapa luntur? Sisi informasi tidak sampai, padahal ada apel senin dan kemisan. I7: Birokrasi berbelit-belit untuk persetujuan pengadaan harus disetujui sampai ke petugas pembuat komitmen yaitu wadir keuangan dan umum bahkan sampai pengadaan tusuk gigi pun. I9 : masih terlalu banyak birokrasi, harusnya tahapan-tahapan bisa dipangkas agar lebih sederhana. Jika ingin mengajukan keringanan prosedurnya panjang : mengurus SKTM dari RT, RW, lurah, mengurus surat keterangan rujukan dari puskesmas setempat, mengajukan surat persetujuan dinas kesehatan, memiliki KK, memiliki akta nikah, mengajukan tertulis kepada bagian pemasaran plus tanda tangan unit terkait dan seterusnya. Prosedur singkat cukup dengan kartu yang telah disahkan pejabat berwenang bisa diakui jaminan. Semua merujuk ke kartu yang dilegalkan, contoh kartu GAKIN. I11: Sudah terpadu, melalui komputer kalau ada barang keluar atau masuk, tanya cukup lewat telpon ke gudang atau pengadaan, mereka yang mengusahakan dan mendesak distributornya. I12: Untuk obat sudah jelas, ada alurnya untuk pengadaan obat, pembelian obat. Namun belum keseluruhan, kendala saat obat kosong dari pengadaan obat yang tertunda karena pembayaran obat tidak lancar, paling manajemen cari PBF lain. Di pelayanan informasi obat, untuk ranap harusnya ada lembar visite dokter dan juga oleh farmasi, jadi ketahuan pasien dapat obat apa saja, dulu katanya pernah. Lebih banyak lagi Apoteker untuk ranap I13: Sesekali doang, ini kita mau <i>expired</i>, lapor ke dokter, dok tolong dong obatnya mau <i>expired</i>, gak semua dokter mengiyakan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan apoteker tiap bulan 2. Sudah 1 atap 3. Birokrasi berbelit-belit 4. <i>Sense of belonging</i> rendah karena informasi tidak sampai

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	Cost Monitoring	
Pengamanan Obat Penting		
<p>1. Adakah penggolongan obat? Apa kategori obat penting? Bagaimanakah cara menjaga obat penting?</p>	<p>I1 : sebenarnya deteksi kebocoran ketahuan krn semua <i>online</i>, lihat bocornya banyak terjadi pencatatan di ruang itu, pakai infus tapi tidak dicatat, terdeteksi kalau itu tidak dicatat. ada tanggung ganti rugi, si perawat ganti, jalan itu, hanya untuk tanggung jawab dia, gak ada artinya kali bagi RS, dilakukan pemantauan tiga bulan</p> <p>I3 : kontrol stok setiap pagi, si penanggung jawab mengecek kartu stok sama gak dengan fisik, gak <i>mereport</i> ke ibu, selesaikan di unit saja, konfirmasi di rapat bulanan.</p> <p>Lemari tertutup, terkunci, dan pemegang kunci di <i>supervisor</i> dan ada kartu stok.</p> <p>Ada daftar obat mahal yang di atas 100 ribu, kalau masih ada selisih, pernah ada di lantai 2 diambil karyawan, karena ngutang belum <i>diinput</i>, makanya solusinya <i>input</i> saat itu juga.</p> <p>I4 : Sudah ada lemari khusus obat penting yang kita pantau terus, setiap pagi penanggung jawab mengecek fisik dengan komputer. Kalau ada obat yang sering hilang kita taruh di lemari itu. Mba Par akan mengecek barang mahal yang di atas 100 ribu yang masuk, dicek sama gak fisik dengan komputer, tapi ada juga tablet yang tidak begitu mahal, tapi sering hilang misalnya, itu juga dicek.</p> <p>Pernah ada kasus obat untuk dewasa, ternyata yang diberikan oleh tim adalah dosis anak, jadi tim diharuskan mengganti resep untuk dosis anak tadi</p> <p>I11: Saat saya gak ada, kalau ngambil harusnya nulis, tapi ada yang nulis ada yang gak, kayak tadi ada yang ngambil tapi tidak tahu namanya, paling saya meneliti dari jumlah yang berkurang atau lemari yang terbuka. Perawat ada 30 orang, sepertiga yang rajin nulis, untuk yang malas tidak dilaporkan atau ditanyakan, tapi apotekernya sudah tahu tapi didiamkan. Suster kepala ruangan memang memberitahu kepada perawat baru bila ambil obat agar ditulis, namun tidak ada yang mengawasi lebih lanjut.</p> <p>Dulu, semua ruang perawatan ada Asisten Apoteker, sekarang cuma ada 2 di melati dan teratai, karena alasan tenaga, rajal mengeluh kurang, pimpinan bilang kenapa tidak ditarik kan AA banyak. Untuk obat sisa sekarang disimpan oleh mereka masing-masing, kalau dulu ada AA langsung dibawa ke apotek, jadi milik RS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebocoran terdeteksi secara <i>online</i> 2. Ada tanggung rugi 3. Pemantauan tiga bulanan 4. Ada lemari untuk obat mahal dan obat yang sering hilang 5. Ada kartu stok dan <i>supervisor</i>

LAMPIRAN 9 (LANJUTAN)

Variabel Penelitian	Jawaban Informan	Ringkasan
	<i>Cost Incentive</i>	
Pemberian Insentif		
1. Apakah ada pemberian insentif? bagaimanakah dasar perhitungannya? Adakah pegawai yang tidak mendapat insentif karena kinerja buruk? Mengapa?	<p>I3 : aku gak ngerti penilaiannya, SDM yang tahu, masih berdasarkan kompetensi belum berdasarkan <i>output</i> kinerja, kalau tidak hadir dipotong, jadi berdasarkan kuantitas, belum kualitas. ada pembinaan, harapan saya gak cuma di unit, ada bagian SDM, ada pembinaan, di unit ada keterbatasan, unit bisa lihat kinerja harian, <i>feedback</i>nya dari RS gak cepat, sudah melaporkan dulu, evaluasinya harapan saya SDM bisa ikut memantau. Tidak pernah ada surat pernyataan dari direktur untuk kinerja buruk.</p> <p>I5 : Berdasarkan kompetensi, pelaporannya pun tidak disertai lampiran yang mendukung Untuk sistem remunerasi tidak dievaluasi, jadi mau seperti apapun kompetensi tidak dievaluasi. Untuk bukan uang, beasiswa disekolahkan sekarang hanya untuk PNS, karena APBD. Untuk karyawan yang jelas-jelas korupsi pasti keluar. Belum pernah ada</p> <p>I6 : Belum jalan sepenuhnya, di pegawai belum diaplikasikan jika tidak memenuhi target akan memenuhi insentif, kalau dari sisi dokter sudah otomatis berimbas karena <i>fee for service</i>. Selama ini insentif masih sesuai anggaran, belum lihat pendapatan riil.</p> <p>Tiap bulan insentif tetap.</p> <p>I1 : insentif berbasis remunerasi berdasarkan kompetensi, dulu tidak proporsional, yang pelayanan dengan yg tidak, kinerja <i>output</i> belum sampai, kehadiran, pulang, kinerja kalau dapat surat peringatan itu yg berpengaruh ke insentif, kalau di sini kalau ketahuan korup dalam uang dan barang terbukti, keluar, lebih hati-hati, lebih tanggung jawab, jangan sampai dua kali SP dengan kesalahan yg sama di tahun yg sama, pilihannya dikeluarkan atau pribadi.</p> <p>sindir-menyindir, kalau pakai surat tidak efektif, kalau diumumkan di <i>ceremony</i>, pencemaran nama baik, kalau itu sifatnya fatal, kita fokus pelayanan pasien, kalau sudah menyangkut hak pasien gak ada tawaran.</p> <p>I4 : Belum berdasarkan <i>output</i></p> <p>Untuk kasir yang kinerjanya kurang baik, seperti sering salah, kurang cepat, atau malas, menunda <i>entry</i> data, hanya konsumsi apoteker aja, keuangan tidak tahu-menahu, keuangan tidak tanya tentang hal ini, padahal harusnya ini diketahui oleh keuangan untuk jadi dasar pemberian insentif</p> <p>I8 : insentif mereka pasti dapat, gak mungkin sampai nol.</p> <p>ada tunjangan, bagi pegawai PNS atau yang tidak, kompetensi, kemampuan mereka melakukan uraian tugas, belum dilihat hasil kerjanya.</p> <p>kalau terlambat datang ada pemotongan, kalau manajemen minus 10 ribu, kalau pegawai lain minus 2500, baik terlambat atau pulang lebih dulu, lalu yg wajib apel yg tidak berhadapan langsung dengan pasien, kalau gak apel, dipotong 15 ribu. mereka nongkrong di dekat absen, Kurang 2 menit bu, nanti aja bu pas waktu, penilaian kualitas kerja dari kepala instalasi, tidak boleh kurang dari 70%, ya gak mungkin kita menilai seluruh karyawan, saya rasa gak ada deh yg di bawah 70%, kalau ada sedikit.</p> <p>Belum pernah, paling dibina, dengan memanggil yang bersangkutan dan kepala unitnya. Pernah ada yang kehadirannya 50 %, kita panggil, dibina, ada perubahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insentif berdasarkan kompetensi tanpa lampiran pendukung, belum berdasarkan <i>output</i> 2. Penilaian kuantitas belum kualitas 3. Tidak pernah ada surat direktur untuk kinerja buruk 4. Tidak ada evaluasi kinerja 5. Insentif tidak dipengaruhi pencapaian target maupun pendapatan, tiap bulan insentif tetap dan pasti dapat