



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROSES PEMBUATAN FORMULARIUM
DI RUMAH SAKIT UMUM DHARMA YADNYA
TAHUN 2012**

TESIS

**I GUSTI AYU ANEDA TRISNA
1006799672**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROSES PEMBUATAN FORMULARIUM
DI RUMAH SAKIT UMUM DHARMA YADNYA
TAHUN 2012**

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

I GUSTI AYU ANEDA TRISNA

1006799672

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JUNI 2012**

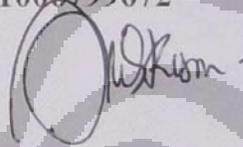
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna

NPM : 1006799672

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Mei 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna
NPM : 1006799672
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Proses Pembuatan Formularium
di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Suprijanto Rijadi, MPA PhD (.....)

Penguji : Dr. Dr. dr.Hafizurrachman MPH (.....)

Penguji : Dr. dr. Sandi Iljanto MPH (.....)

Penguji : drg. Ahmad Husni MARS (.....)

Penguji : dr.BudimanWidjaja MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juni 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna
Tempat/Tanggal Lahir : Denpasar, 4 Maret 1979
Pekerjaan : dokter

A. RIWAYAT PENDIDIKAN

Tahun 1985 – 1991 : SD 3 Saraswati Denpasar
Tahun 1991 - 1994 : SMPN 3 Denpasar
Tahun 1994 - 1997 : SMAN 3 Denpasar
Tahun 1997 - 2004 : Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Dps
Tahun 2010 –sekarang : Mahasiswa Pascasarjana Program Studi Kajian
Administrasi Rumah sakit FKM UI

B. RIWAYAT PEKERJAAN

Tahun 2006 – sekarang : Dokter Jaga IGD RSU Dharma Yadnya Denpasar

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna

NPM : 1006799672

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Angkatan : 2010

Jenjang : Pascasarjana

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

**Proses Pembuatan Formularium
di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2012**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 29 Juni 2012



(I Gusti Ayu Aneda Trisna)

KATA PENGANTAR

Ucapan syukur saya panjatkan pada Tuhan, karena atas berkat dan rahmat-Nya, akhirnya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penelitian ini tidak lepas dari kesalahan ataupun kekurangan, sehingga saya mohon maaf sebesar-besarnya dan membuka diri untuk saran dan kritik atas penelitian ini.

Saya menyadari bahwa penelitian ini terselesaikan berkat dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

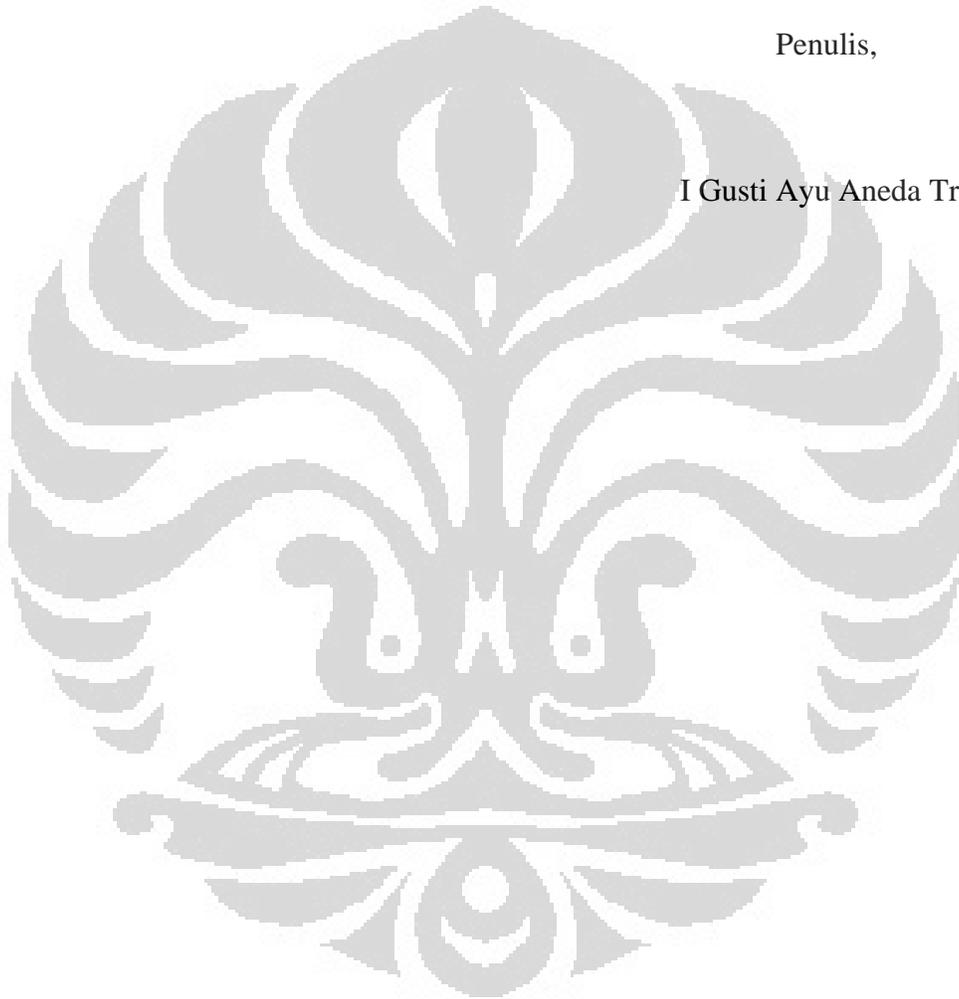
1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
2. dr. Suprijanto Rijadi, MPA PhD selaku dosen pembimbing akademik yang telah dengan sabar memberikan bimbingan, bantuan, petunjuk, koreksi, saran, dan semangat hingga penelitian ini terselesaikan. Bapak adalah seorang sosok dosen yang ideal, dan inspirasi bagi saya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa membalas kebaikan Bapak.
3. Keluarga tercinta yaitu: suami saya Arya Dinata Dana, ketiga putri saya Pineda Dana, Adinda Dana, dan Tersia Dana, yang telah memberikan semangat, bantuan, dan dukungan dalam bentuk moril maupun materiil.
4. Tim penguji yang telah meluangkan waktunya menguji saya, dan yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan tesis ini.
5. Seluruh pengajar dan staf administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia yang telah memberikan pengetahuan, bimbingan dan bantuannya selama pendidikan berlangsung.
6. Seluruh staf RSU Dharma Yadnya yang telah banyak membantu, dan memberikan semangat dalam pembuatan tesis ini.
7. Staf Rumah Sakit "JIH" yang telah memberikan pengetahuan dan bimbingannya dalam pembuatan tesis ini.
8. Tak lupa kepada semua para sahabat terpelajar, sesama peserta program pendidikan E-Learning, dan rekan lainnyayang tidak bisa saya sebutkan, serta semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.

Kepada mereka semua ini, saya haturkan doa kepada Tuhan, agar segala kebaikan yang telah diberikan, akan dibalas dengan berlipat ganda oleh Tuhan Yang Maha Esa

Depok, 25 Mei 2012

Penulis,

I Gusti Ayu Aneda Trisna



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna

NPM : 1006799672

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Tesis

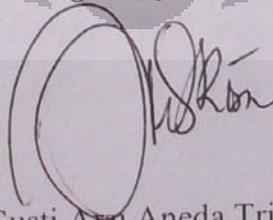
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Proses Pembuatan Formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2012** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media / format-kan, 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 : 28 Mei 2012

Yang menyatakan



(I Gusti Ayu Aneda Trisna)

ABSTRAK

Nama : I Gusti Ayu Aneda Trisna
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Proses Pembuatan Formularium di Rumah Sakit Umum Dharma
Yadnya Tahun 2012

Tesis ini membahas pembuatan formularium Rumah Sakit Dharma Yadnya, oleh karena walaupun Panitia Farmasi dan Terapi ada dan dibentuk Maret 2011, namun tampaknya formularium belum berjalan, karena baru 60 % dokter yang menuliskan resep sesuai dengan formularium dan ada 7,5 % resep yang tidak terlayani terutama dari unit rawat jalan, kemudian kebijakan dan prosedur mengenai formularium belum ada, usulan dokter adalah tanpa persetujuan Ketua Staf Medik Fungsional, yang menunjukkan peran Panitia Farmasi Terapi masih lemah. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif, mempergunakan tehnik wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Hasil penelitian menyarankan yaitu: diperlukan keterlibatan Direksi agar sistem pengendalian manajemen terhadap formularium bisa berjalan dengan menyempurnakan struktur organisasi Panitia Farmasi Terapi melalui koordinasi multidisiplin dan unit yang terlibat penggunaan obat, memperjelas fungsi dan tugasnya, membuat standar kompetensinya, terutama peran sekretaris, memberikan pelatihan jangka pendek untuk memperpendek gap kompetensinya, dan menetapkan kebijakan tertulis mengenai pengorganisasian Panitia Farmasi dan Terapi; diperlukan keterlibatan Direksi dalam membuat kebijakan prosedur tertulis formularium; diperlukan keterlibatan Direksi dan Panitia Farmasi Terapi sebagai ujung tombak dalam berhubungan dengan pihak luar; dan diperlukan keterlibatan dokter yang berperan sebagai perwakilan staf medis dalam Panitia Farmasi dan Terapi dalam perumusan daftar obat formularium.

Kata Kunci :

Pembuatan formularium, Panitia Farmasi dan Terapi, Kebijakan

ABSTRACT

Name : I Gusti Ayu Aneda Trisna
Study Program: Hospital Administration Program
Title : Formulary Development Process
at Dharma Yadnya General Hospital 2012

This thesis discusses the making of Dharma Yadnya Hospital formularies, because although the Pharmacy and Therapeutics Committee was established there in March 2011, but it seems the formulary has not run, because only 60 % doctors who write prescriptions in accordance with the formulary, and there is 7,5 % of prescriptions that are not served primarily from the outpatient unit, the policies and procedures regarding the formulary does not exist, doctor's proposal without the consent of the Chief of Medical Staff, which shows the role of Pharmacy and Therapeutic Committee is still weak. The study is a qualitative study, using the technique of in-depth interview, observation and document review. The result suggest that: management control systems should run on the formulary, by improving the organizational structure through a multidisciplinary and units coordination, clarify its functions and duties, have to set standards of competence, particularly the role of secretary, a short term training necessary to shorten the gap competence, and also by establishing a written policy regarding the organization of the Pharmacy and Therapeutics Committee; required the involvement of Board of Directors in making formulary policies and procedures written; required the involvement of Board of Directors and Pharmacy and Therapeutics Committee as a vanguard in dealing with outsiders; and required the involvement of doctors who act as representatives of the medical staff in the Pharmacy and Therapeutics Committee, in the formulation of drug formulary list.

Key words:

Formulary development, Pharmacy and Therapeutics Committee, Policy

DAFTAR ISI

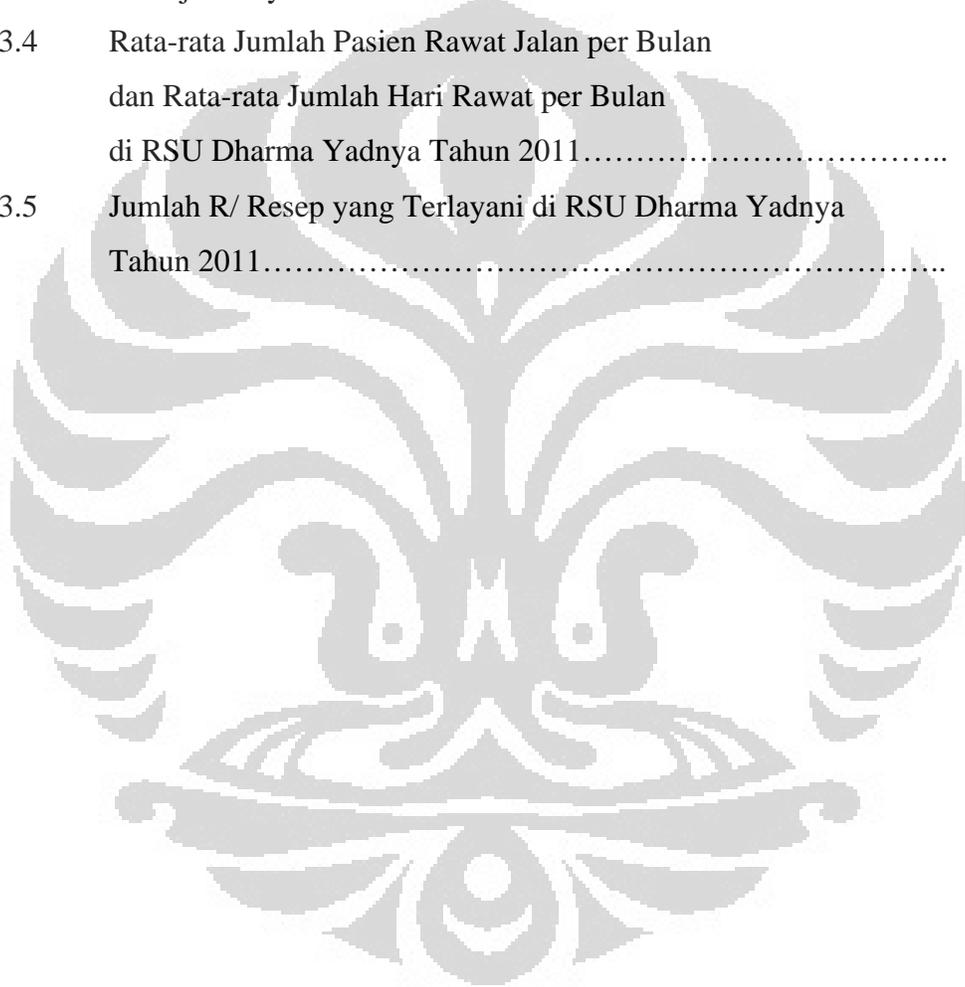
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN KEGIATAN PLAGIAT... ..	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	ix
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.6 Ruang Lingkup.....	6
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Rumah Sakit.....	8
2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit.....	8
2.2.1 Definisi.....	8
2.2.2 Tugas dan Lingkup Instalasi Farmasi.....	9
2.3 Panitia Farmasi dan Terapi.....	10
2.3.1 Latar Belakang.....	10
2.3.2 Definisi.....	10
2.3.3 Kegunaan Utama PFT.....	11
2.3.4 Organisasi PFT.....	11
2.3.5 Kriteria Keanggotaan.....	13
2.3.6 Peran dan Fungsi PFT.....	14
2.3.7 Prinsip PFT.....	15
2.3.8 Kewenangan PFT.....	16
2.3.9 Kinerja PFT.....	16
2.4 Sistem Formularium.....	17
2.4.1 Definisi.....	17
2.4.2 Keuntungan Sistem Formularium.....	18
2.4.3 Asas Pedoman Sistem Formularium.....	18
2.6 Formularium.....	19

2.5.1 Definisi.....	19
2.5.2 Pembuatan Formularium.....	20
2.5.3 Kebijakan Formularium.....	27
2.5.4 Penggunaan Obat Non Formularium.....	28
2.5.5 Permintaan Penambahan dan Pemusnahan Obat.....	29
2.5.6 Substitusi Generik dan Terapi	30
2.5.7 Peranan Farmasis dalam Formularium.....	31
2.5.8 Proses Pembuatan Formularium di Rumah Sakit “JIH”.....	33
3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT DHARMA YADNYA.....	37
3.1 Keadaan Geografis.....	37
3.2 Identitas Rumah Sakit.....	37
3.3 Visi dan Misi Rumah Sakit.....	38
3.4 Nilai-Nilai.....	38
3.5 Saran dan Prasarana.....	38
3.6 Fasilitas Pelayanan.....	39
3.7 Ketenagaan.....	40
3.8 Kinerja Pelayanan.....	41
3.9 Kinerja Farmasi.....	42
3.10 Gambaran Umum Formularium.....	44
4. KERANGKA KONSEP.....	46
4.1 Kerangka Teori.....	46
4.1.1 Teori Pembuatan Formularium dalam Savelli.....	46
4.1.2 Teori Pembuatan Formularium WHO.....	46
4.1.3 Teori Pembuatan Formularium dalam Kunders.....	47
4.2 Kerangka Konsep.....	47
4.3 Definisi Operasional.....	48
5. METODOLOGI PENELITIAN.....	50
5.1 Desain Penelitian.....	50
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
5.3 Informan Penelitian dan Kriteria.....	50
5.3.1 Informan Penelitian.....	50
5.3.2 Kriteria Informan.....	51
5.4 Pengumpulan Data.....	51
5.4.1 Sumber Data.....	51
5.4.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	52
5.4.3 Metode Pengambilan Data.....	52
5.5 Upaya Menjaga Validitas Data.....	52
5.6 Pengolahan dan Analisa Data.....	52
5.6.1 Pengolahan Data.....	52
5.6.2 Analisis Data.....	53
5.7 Langkah-langkah Penelitian.....	53
5.8 Keterbatasan Penelitian.....	53

6. HASIL PENELITIAN.....	54
6.1 Struktur Organisasi PFT.....	54
6.2 Evaluasi Obat dan Jenis Obat.....	56
6.3 Perumusan Kebijakan dan Prosedur Formularium.....	57
6.4 Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium.....	59
6.5 Penyusunan Draft Daftar Obat Formularium.....	60
6.6 Pengesahan Daftar Obat Formularium.....	62
6.7 Sosialisasi Daftar Obat Formularium.....	63
7. PEMBAHASAN.....	65
7.1 Struktur Organisasi PFT.....	65
7.2 Evaluasi Obat dan Jenis Obat.....	69
7.3 Perumusan Kebijakan dan Prosedur Formularium.....	72
7.4 Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium.....	76
7.5 Penyusunan Draft Daftar Obat Formularium.....	80
7.6 Pengesahan Daftar Obat Formularium.....	82
7.7 Sosialisasi Daftar Obat Formularium.....	83
8. KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
8.1 Kesimpulan	85
8.2 Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	87
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

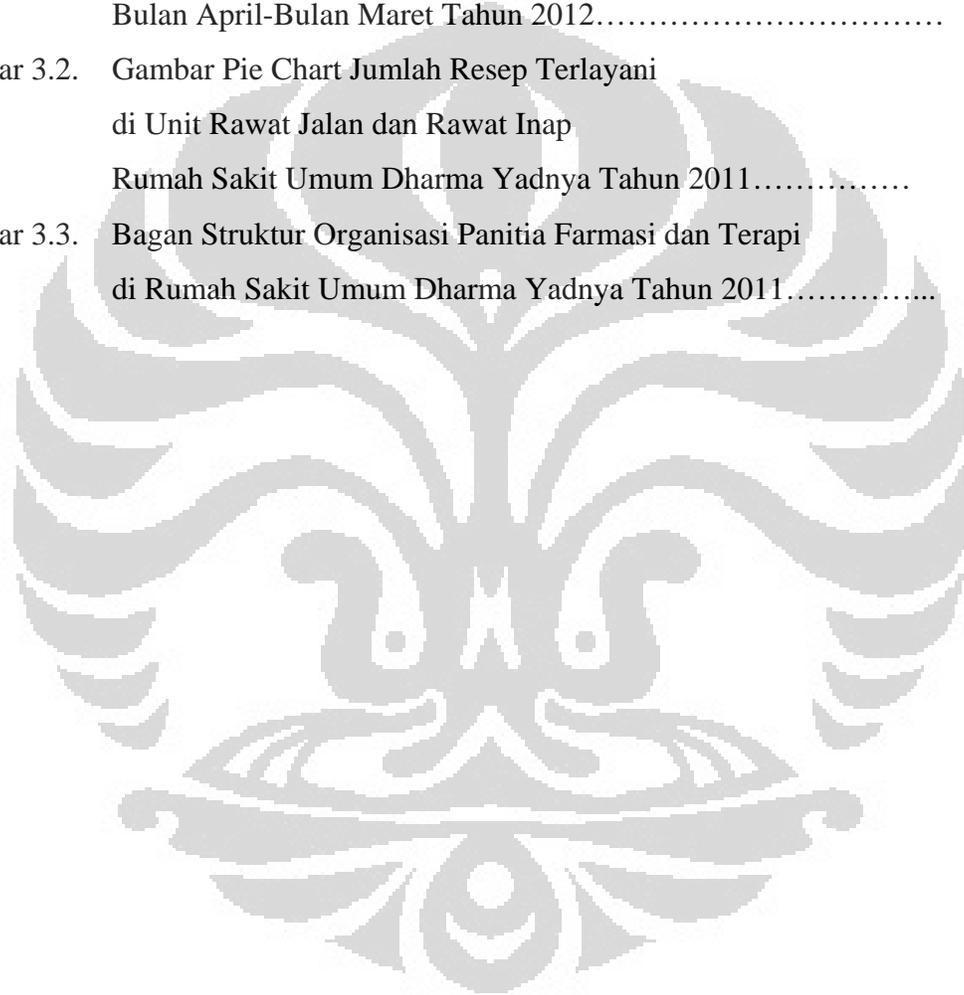
No. Tabel		
Tabel 3.1.	Ketenagaan di RSUD Dharma Yadnya tahun 2011.....	40
Tabel 3.2.	Tenaga Kefarmasian.....	41
Tabel 3.3.	Kinerja Pelayanan.....	41
Tabel 3.4	Rata-rata Jumlah Pasien Rawat Jalan per Bulan dan Rata-rata Jumlah Hari Rawat per Bulan di RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011.....	42
Tabel 3.5	Jumlah R/ Resep yang Terlayani di RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011.....	42



DAFTAR GAMBAR

No. Gambar

Gambar 2.1.	Bagan Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi.....	12
Gambar 3.1.	Grafik Batang Pembelian Obat Formularium dan Non Formularium di RSUD Dharma Yadnya Bulan April-Bulan Maret Tahun 2012.....	43
Gambar 3.2.	Gambar Pie Chart Jumlah Resep Terlayani di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011.....	43
Gambar 3.3.	Bagan Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011.....	44



DAFTAR LAMPIRAN

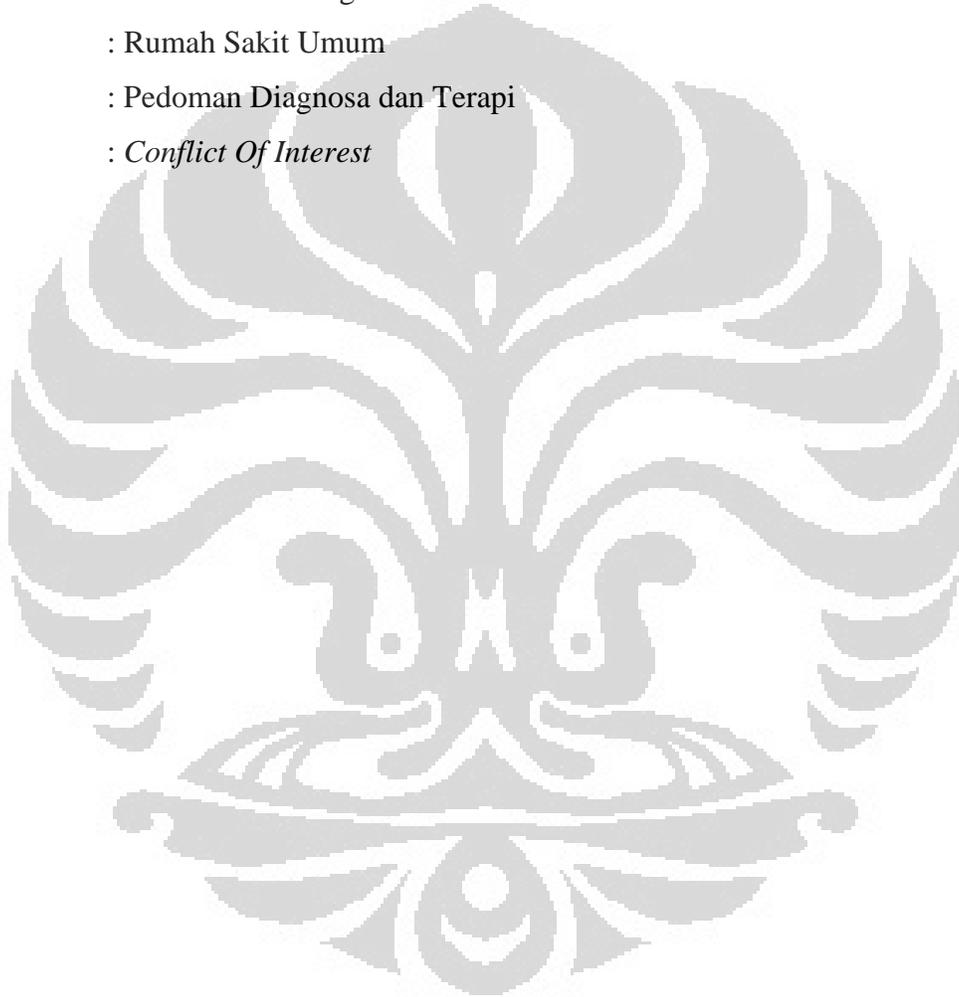
No. Lampiran

1. Pedoman Wawancara Mendalam
2. Matriks Hasil Wawancara Mendalam
3. Daftar Triangulasi
4. Fungsi dan Tugas PFT
5. Rumah Sakit "JIH"
6. Struktur Organisasi di RSUD Dharma Yadnya



DAFTAR SINGKATAN

PFT	: Panitia Farmasi dan Terapi
IFRS	: Instalasi Farmasi Rumah Sakit
PPF	: Perwakilan Perusahaan Farmasi
DOEN	: Daftar Obat Esensial Nasional
WHO	: World Health Organization
RSU	: Rumah Sakit Umum
PDT	: Pedoman Diagnosa dan Terapi
COI	: <i>Conflict Of Interest</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan, merupakan rujukan pelayanan kesehatan dengan fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien (UU Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit). Pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit dapat digolongkan menjadi dua, yaitu pelayanan utama dan pelayanan pendukung. Pelayanan utama yaitu pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan kefarmasian. Pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu dan dijalankan oleh Departemen Farmasi (KepMenKes No. 1197/Menkes/SK/X/2004).

Hampir seluruh pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan rawat jalan dan rawat inap berinteraksi dengan sediaan farmasi. Instalasi farmasi merupakan salah satu *revenue center* utama mengingat dari 90 % pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan perbekalan farmasi dan 50 % dari seluruh pemasukan rumah sakit berasal dari pengelolaan perbekalan farmasi. Departemen farmasi berpengaruh yang besar bagi ekonomi dan biaya operasional total rumah sakit karena Departemen Farmasi Rumah Sakit adalah satu-satunya bagian yang bertanggungjawab penuh terhadap pengelolaan dan pengendalian seluruh sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan lain yang digunakan di rumah sakit. Perbekalan farmasi menjadi hal yang penting karena merupakan salah satu komponen biaya yang cukup besar dari keseluruhan biaya operasional rumah sakit. Ini berarti perbekalan farmasi mempunyai andil yang potensial dalam menunjang kelangsungan hidup dan pengembangan rumah sakit. Sehingga pengelolaannya harus dilakukan dengan baik agar persediaan farmasi yang dibutuhkan selalu tersedia dalam jenis, jumlah dan waktu yang tepat dengan biaya yang efisien, tidak terjadi kerusakan atau kehilangan (Siregar, 2004).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang medis menyebabkan banyaknya diproduksi obat baru disertai dengan biaya penelitian yang mahal, sehingga menyebabkan dalam pemasaran terjadi persaingan tidak sehat yang dapat melunturkan tanggungjawab penulis resep terhadap upaya mengutamakan kesehatan pasien. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi juga mengakibatkan banyak informasi mengenai obat, yang membingungkan penulis resep memilih jurnal yang dapat dipercaya.

Perbekalan farmasi sebaiknya dikelola secara efisien, dimana persediaan di gudang tidak berlebih, barang ada dalam jumlah yang optimum. Menumpuknya barang di gudang berarti ada investasi yang terhenti, biaya penyimpanan yang tinggi, dan dapat mengakibatkan kerugian. Stok obat yang kosong juga mengakibatkan hilangnya pendapatan dan pelayanan juga tertunda.

Ada program administratif dimana kebijakan dibuat oleh organisasi untuk mengontrol persepan. Kebijakan ini membatasi pilihan obat dan aktivitas persepan secara langsung. Administratif program dapat dibedakan menjadi yang berikut ini: pembatasan persepan, insentif finansial, diperlukan persyaratan konsultasi dengan dokter spesialis, dan protap medis. Suatu sistem formularium adalah yang paling umum dipergunakan untuk membatasi persepan (Smith, 1996).

Sistem formularium adalah suatu metode untuk mengevaluasi dan menseleksi produk obat yang tepat ke dalam formularium dalam suatu institusi pelayanan kesehatan. Dan manajemen sistem formularium adalah suatu aplikasi dari teknik-teknik untuk mendapatkan obat berkualitas tinggi dan obat yang biayanya efektif melalui sistem formularium (*American Society of Hospital Pharmacist*, 2008).

Hasil utama dari sistem formularium adalah formularium rumah sakit. Formularium adalah dokumen yang berisi kumpulan produk obat yang dipilih oleh PFT, serta kebijakan dan prosedur tentang obat yang relevan untuk rumah sakit tersebut, yang terus menerus direvisi agar selalu akomodatif bagi kepentingan penderita, dan staf medis pelayanan kesehatan, berdasarkan data

konsumtif, data morbiditas, dan pertimbangan klinik staf medik rumah sakit itu (Siregar, 2004).

Pengembangan, pemeliharaan dan persetujuan terhadap formularium adalah tanggung jawab dari unit farmasi dan Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) yang merupakan Komite dari staf medis. Dan ada tiga kunci penting dalam membangun dan memelihara formularium yang dapat dipercaya, yaitu: adanya suatu kolaborasi hubungan kerja antara staf medis profesional dalam institusi pelayanan kesehatan, adanya staf medis yang praktek dalam institusi tersebut, dan adanya Subkomite Farmasi dan Terapi (*American Journal of Hospital Pharmacist*, 2008).

Formularium sebagai alat untuk mencapai efisiensi obat di Rumah sakit, sangat dipengaruhi oleh peranan individu dalam Panitia farmasi dan terapi atau PFT, yaitu suatu badan yang terdiri dari dokter, farmasis dan staf medis profesional lainnya, yang melaksanakan sistem formularium. Ketua PFT yang terpilih biasanya adalah seorang dokter senior, yang disegani, mempunyai pengetahuan, dan pengalaman dalam formularium. Juga tidak terlepas dari peranan farmasis sebagai sekretaris dalam PFT. Dimana sekretaris PFT adalah orang yang aktif menggerakkan segala kegiatan dalam PFT, berpedoman kepada kebijakan administratif dan keuangan rumah sakit, serta orang yang berkomitmen terhadap kemajuan pelayanan di rumah sakit.

Dampak positif implementasi yang benar dari sistem formularium yaitu: mampu menghapus obat-obatan yang tidak aman dan tidak efektif, sehingga dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas; mampu mengurangi jumlah obat-obatan yang dibeli, sehingga jumlah pengeluaran secara umum dapat diturunkan, atau dengan anggaran yang sama dapat membeli obat aman dan efektif dalam jumlah yang lebih banyak; dapat mengurangi lama hari rawat melalui penghapusan obat yang tidak aman dan tidak efektif; dan menghasilkan suatu daftar obat yang dipergunakan sehingga dapat lebih fokus kepada pemberian informasi obat dan program edukasi obat berkelanjutan (Savelli, 1996).

Rumah Sakit Dharma Yadnya adalah rumah sakit swasta di Denpasar yang bernaung dibawah Yayasan Dharma Usadha Rsi Markandeya. Menurut Laporan

Keuangan tahun 2010 biaya pembelian obat 31,12 % dari keseluruhan biaya. Dan yang memberikan pendapatan terbesar bagi rumah sakit adalah Farmasi. Unit farmasi memberikan kontribusi sebesar 37,84% terhadap pendapatan rumah sakit, yang mana menjadi penyumbang terbesar bagi penghasilan bagi rumah sakit.

Selama 24 tahun rumah sakit berdiri, formularium baru pertama kalinya dipergunakan sebagai alat efisiensi biaya operasional obat sejak Maret 2011. Masalah yang terjadi adalah sejak formularium diberlakukan Maret 2011, diharapkan dampak formularium terhadap persepsian adalah kepatuhan dokter mencapai target 90 % sesuai formularium. Tetapi kenyataannya hanya 60 % dokter yang menuliskan resep sesuai dengan formularium. Masih banyak terjadi persepsian obat non formularium, baik itu obat yang biasa diresepkan oleh dokter tersebut, maupun berupa obat baru. Sehingga dari sudut pandang manajerial, ada 7,5 % resep-resep yang tidak terlayani di rumah sakit dan diambil di luar rumah sakit, terutama dari unit rawat jalan, dan ini tentunya merugikan rumah sakit. Ketua PFT juga mengatakan bahwa: *“dilihat dari masih banyaknya obat diluar formularium yang diresepkan sebaiknya dilakukan rapat evaluasi formularium dan juga untuk meminta komitmen dokter spesialis terhadap formularium rumah sakit.”*

Panitia farmasi dan terapi sudah ada, dan dibentuk pada tahun 2011, tetapi kebijakan dan prosedur mengenai formularium belum ada SK-nya. Seleksi obat dari usulan dokter adalah usulan pribadi Dokter, tanpa melalui persetujuan ketua SMF, hal ini menunjukkan peran PFT masih lemah.

Sehingga dari ketiga hal tersebut, peneliti ingin meneliti masalah yang terkait dengan proses pembuatan formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya pada tahun 2011.

1.2 Perumusan Masalah

Selama 24 tahun rumah sakit berdiri, formularium baru pertama kalinya dipergunakan sebagai alat efisiensi biaya operasional obat sejak Maret 2011. Diharapkan dampak formularium terhadap persepsian adalah kepatuhan dokter mencapai target 90 % sesuai formularium.

Masalah yang terjadi sejak formularium diberlakukan, yaitu PFT sudah ada dan dibentuk pada tahun 2011, tetapi tampaknya formularium belum berjalan, karena ada 60 % dokter saja yang baru menuliskan resep sesuai dengan formularium, dan dari sudut pandang manajerial, ada 7,5 % resep-resep yang tidak terlayani di rumah sakit dan diambil di luar rumah sakit, terutama dari unit rawat jalan. Kemudian kebijakan dan prosedur mengenai formularium belum ada SK-nya, seleksi obat dari usulan dokter adalah usulan pribadi Dokter tanpa persetujuan ketua SMF, hal ini menunjukkan peran PFT masih lemah. Sehingga dari ketiga hal tersebut, peneliti ingin meneliti masalah yang terkait dengan proses pembuatan formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana proses pembuatan formularium di RSUD Dharma Yadnya?

1. Bagaimanakah struktur organisasi PFT di RSUD Dharma Yadnya?
2. Bagaimanakah evaluasi obat dan jenis obat di RSUD Dharma Yadnya?
3. Bagaimanakah perumusan kebijakan dan prosedur formularium di RSUD Dharma Yadnya?
4. Bagaimanakah sosialisasi konsep dan kebijakan formularium kepada dokter dan prinsipal farmasi di RSUD Dharma Yadnya?
5. Bagaimanakah penyusunan draft daftar obat formularium di RSUD Dharma Yadnya?
6. Bagaimanakah pengesahan daftar obat di RSUD Dharma Yadnya?
7. Bagaimanakah sosialisasi daftar obat formularium di RSUD Dharma Yadnya?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengetahui proses pembuatan formularium di RSUD Dharma Yadnya

Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui struktur organisasi PFT di RSUD Dharma Yadnya

- b. Mengetahui evaluasi obat dan jenis obat di RSUD Dharma Yadnya
- c. Mengetahui perumusan kebijakan dan prosedur formularium di RSUD Dharma Yadnya
- d. Mengetahui sosialisasi konsep dan kebijakan formularium kepada dokter dan prinsipal farmasi di RSUD Dharma Yadnya
- e. Mengetahui penyusunan draft daftar formularium di RSUD Dharma Yadnya
- f. Mengetahui pengesahan daftar obat formularium di RSUD Dharma Yadnya
- g. Mengetahui sosialisasi daftar obat formularium di RSUD Dharma Yadnya

1.5 Manfaat penelitian

Dengan melakukan penelitian ini diharapkan memberikan manfaat:

5.1 Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Direktur rumah sakit dalam pembuatan formularium, sehingga nantinya tercapai dampak positif yang diharapkan dari formularium.

5.2 Peneliti

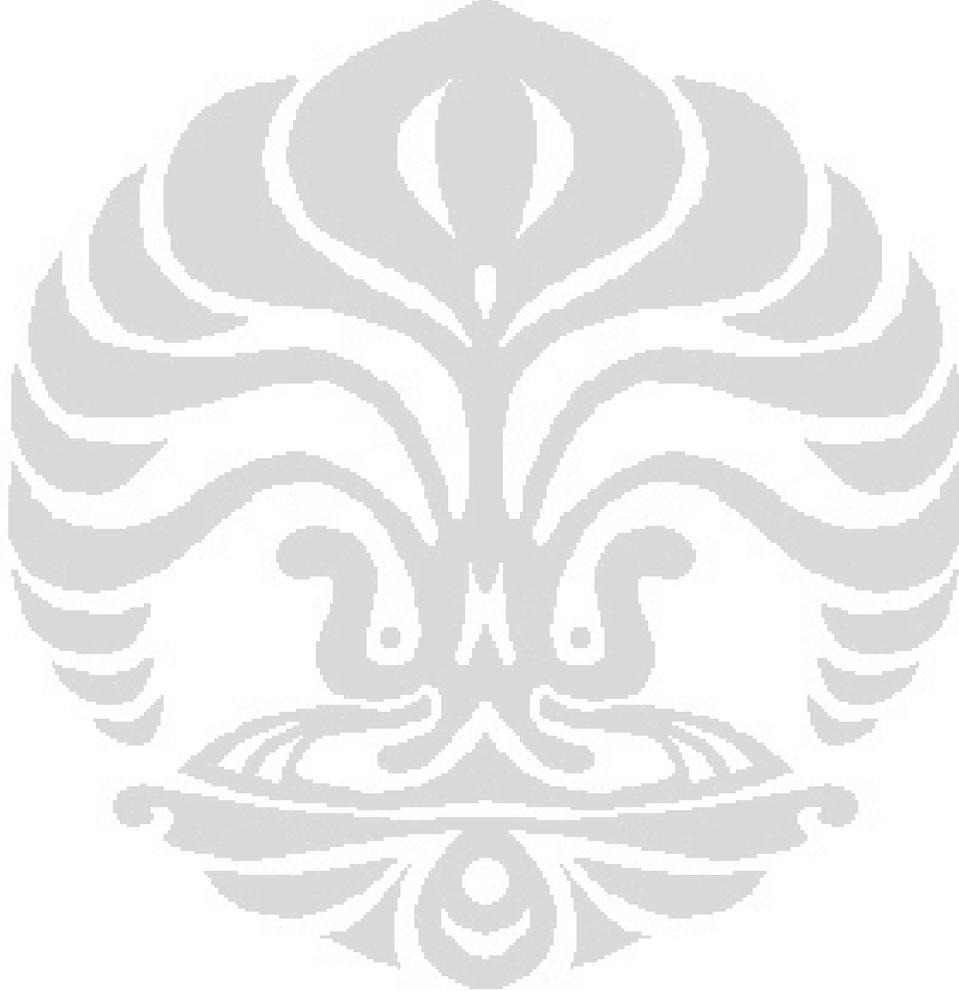
Peneliti menjadi memahami secara mendalam mengenai bagaimana proses pembuatan formularium yang baik di rumah sakit.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk meneliti proses pembuatan formularium di RSUD Dharma Yadnya. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif, dan pelaksanaan penelitian dilakukan selama bulan 15 April sampai dengan 15 Mei 2012. Obyek

penelitian adalah Direksi, Komite Medik, dokter spesialis, kepala unit farmasi, asisten apoteker, dan perwakilan perusahaan farmasi.

Informasi penelitian diperoleh dari data primer dan sekunder. Data primer berasal dari informan, sedangkan data sekunder berasal dari telaah dokumen yang dimiliki oleh rumah sakit. Teknik untuk memperoleh data dengan wawancara mendalam (WM), observasi, dan telaah dokumen. Hasil penelitian dianalisis oleh peneliti sendiri.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Rumah Sakit

Sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri, yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Tugas rumah sakit umum adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Fungsi rumah sakit adalah: penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit; pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis; penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan, serta penapisan teknologi bidang kesehatan, dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

2.2.1 Definisi

Instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) adalah suatu departemen yang berada di bawah pimpinan seorang apoteker, dan dibantu oleh beberapa apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundangan yang berlaku, dan kompeten secara profesional, dan merupakan suatu fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian (Siregar, 2004).

Sesuai dengan Kepmenkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004, mengenai Standar Pelayanan Instalasi Farmasi, bahwa tujuan pelayanan instalasi farmasi adalah sebagai berikut: melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia, menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan etik profesi, melaksanakan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) mengenai obat, menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan-aturan yang berlaku, dan melakukan,serta memberi pelayanan bermutu melalui analisis, telaah, dan evaluasi pelayanan.

2.2.2 Tugas dan Lingkup Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Tugas utama IFRS adalah pengelolaan mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyiapan, pelayanan langsung kepada penderita sampai dengan pengendalian semua perbekalan kesehatan. Berkaitan dengan pengelolaan tersebut, IFRS harus menyediakan terapi obat yang optimal bagi semua penderita dan menjamin pelayanan bermutu tertinggi dan yang paling bermanfaat dengan biaya minimal. Jadi IFRS adalah satu-satunya unit di rumah sakit yang bertugas, dan bertanggung jawab sepenuhnya pada pengelolaan semua aspek yang berkaitan dengan obat/perbekalan kesehatan. IFRS mempunyai berbagai fungsi yang dapat digolongkan menjadi fungsi nonklinik dan fungsi klinik. Fungsi nonklinik tidak memerlukan interaksi dengan profesional kesehatan lain. Mutu fungsi farmasi nonklinik dapat dilakukan hanya oleh apoteker. Lingkup farmasi nonklinik adalah perencanaan, penetapan spesifikasi produk dan pemasok, pengadaan, pembelian, produksi, penyimpanan, pengemasan dan pengemasan kembali, distribusi dan pengendalian semua perbekalan kesehatan yang beredar dan digunakan di rumah sakit secara keseluruhan (Siregar,2004).

Farmasi klinik merupakan pelayanan yang diberikan oleh apoteker di rumah sakit, apotek, perawatan di rumah, klinik, dan di manapun, dimana terjadi peresepan dan penggunaan obat. Adapun tujuan secara menyeluruh aktivitas farmasi klinik adalah meningkatkan penggunaan obat yang tepat dan rasional, dan hal ini berarti memaksimalkan efek pengobatan yaitu penggunaan obat yang

paling efektif untuk setiap kondisi tertentu pasien, meminimalkan risiko terjadinya reaksi obat merugikan, yaitu dengan cara memantau terapi, dan kepatuhan pasien terhadap terapi, dan meminimalkan biaya pengobatan yang dikeluarkan oleh pasien atau pemerintah (*European Society of Clinical Pharmacist*, 2009).

2.3 Panitia Farmasi dan Terapi (PFT)

2.3.1 Latar belakang

Proses penggunaan obat di rumah sakit dapat dibagi empat, yaitu: persepsan, pengadaan dan penyaluran obat, pemberian obat ke pasien, dan pemantauan efek obat dan penggantian terapi terhadap pasien. Peresepan obat adalah tanggung jawab dokter, pengadaan dan penyaluran obat adalah tanggung jawab apoteker, pemberian obat ke pasien adalah tanggung jawab perawat dibawah kepala perawat, sedangkan pemantauan efek obat dan penggantian terapi terhadap pasien secara primer adalah tanggung jawab dokter, namun observasi, dan pelaporannya diperlukan bantuan perawat. Undang-undang dan peraturan menyebutkan bahwa yang bertanggung jawab terhadap obat-obatan dalam rumah sakit adalah apoteker, termasuk pengadaan, penyimpanan, dan distribusinya. Walaupun yang bertanggung jawab adalah apoteker, namun apoteker tidak dapat mengawasi siapa yang meresepkan, dan siapa yang memberikan obat tersebut. Tanggung jawab yang berbeda-beda ini menggambarkan kompleksnya pengadaan, penyimpanan, dan penggunaan obat di rumah sakit. Upaya-upaya untuk memperbaiki sistem agar menghargai kompleksitas, dan multidisiplin yang terkait di dalamnya. Sehingga koordinasi diperlukan di tingkat kebijakan melalui PFT; di tingkat manajemen diawali oleh direksi, dan juga dari cabang lain dari organisasi (Quick, 1997).

2.3.2 Definisi

PFT adalah suatu badan yang terdiri dari dokter, farmasis, dan staf medis profesional lainnya, yang menjalankan suatu sistem formularium, membentuk dan memelihara suatu formularium, dan membuat serta menerapkan kebijakan penggunaan obat (Cahill, 2000).

2.3.3 Kegunaan Utama PFT

Ada persamaan mengenai kegunaan dari PFT menurut Quick (1997) dengan Siregar (2004), dimana dijabarkan bahwa kegunaan PFT adalah meningkatkan penggunaan obat yang rasional melalui pembuatan kebijakan, dan juga melalui edukasi terhadap pasien dan staf rumah sakit.

2.3.4 Organisasi PFT

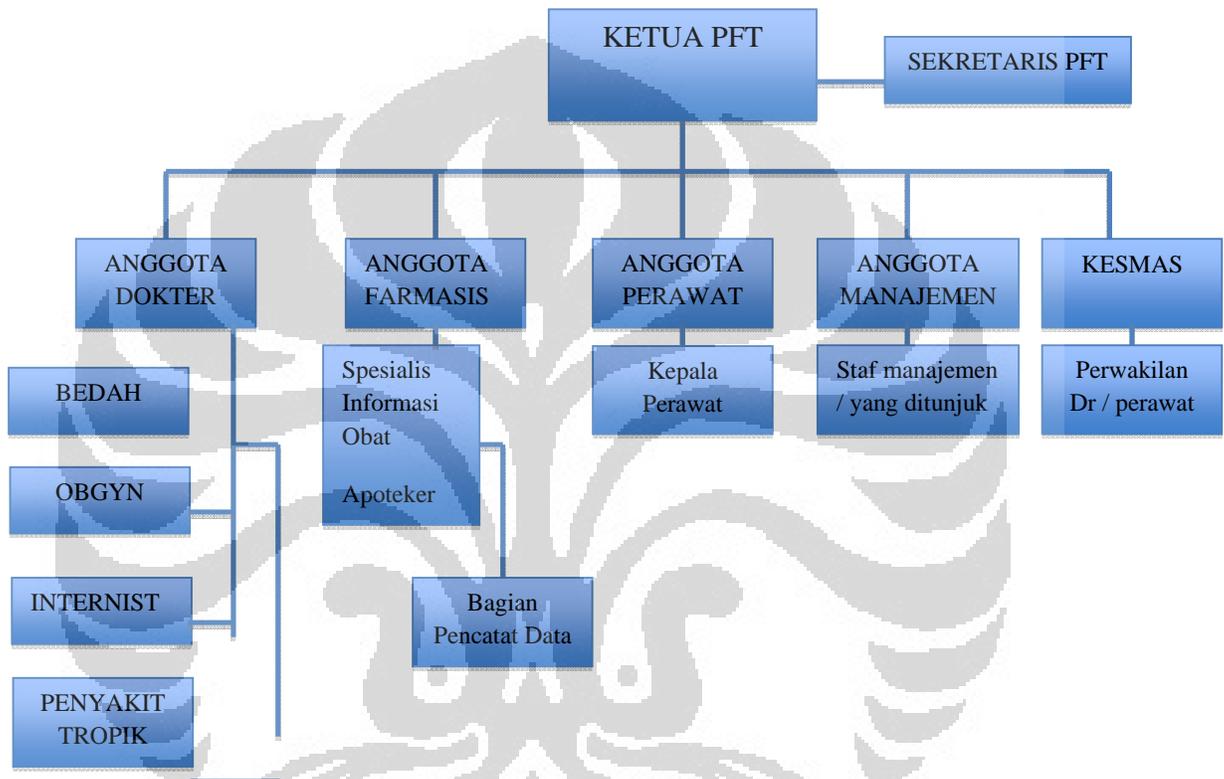
Proses pengendalian manajemen adalah proses dimana manajer di seluruh tingkatan organisasi memastikan bahwa orang-orang yang mereka awasi bergerak sesuai dengan tujuan organisasi. Jenis struktur akan mempengaruhi rancangan sistem pengendalian manajemen organisasi (Anthony, 2005).

Sesuai dengan Kepmenkes No. 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit, bahwa dalam melaksanakan tugasnya, Komite medis dibantu oleh subkomite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Sesuai dengan Permenkes No. 755/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit, Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh kepala/direktur. Dan komite medis bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis. Komite medis dibentuk oleh Direktur rumah sakit. Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan subkomite. Dalam keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris tanpa subkomite, atau ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite. Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit, dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit. Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Walaupun anggota yang multidisiplin ini dapat memberikan masukan dari berbagai segmen organisasi kesehatan. Oleh karena PFT sebagian besar mengatur apa yang akan diresepkan dokter, dan bagaimana farmasis mengatur perbekalan obat, sehingga dokter dan farmasis akan menjadi suara yang signifikan dalam

PFT. Idealnya, dokter yang dikenal dan dihormati yang akan memimpin PFT, dengan farmasis sebagai wakilnya atau sekretarisnya. Orang-orang ini seharusnya dipilih oleh direksi. PFT dalam melaksanakan otoritasnya, bersifat mendukung direksi dalam suatu sistem kesehatan (*Management Sciences for Health dan World Health Organization, 2007*).



Gambar 2.1 Bagan Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi

Sumber: Management Sciences for Health dan World Health Organization, 2007.

PFT tidak hanya bertanggung jawab terhadap mengelola formularium rumah sakit. Keputusan PFT semakin meningkat dalam kaitannya dengan biaya, keamanan dan manajemen resiko. Dan hal ini besar dampaknya terhadap struktur keanggotaan PFT. Di masa depan, besar kemungkinan keanggotaan PFT akan membutuhkan ahli ekonomi, ahli etika, dan pengacara. Struktur PFT dan keahliannya akan sangat berpengaruh terhadap keputusan yang dibuat, juga

mempengaruhi kredibilitas keputusan PFT. Sehingga kedepannya, peran dan fungsi PFT juga harus diperjelas (Tan, 2005).

Trend yang muncul adalah bahwa ada ketertarikan untuk menyertakan pasien dalam pengambilan keputusan PFT. Hal ini terkait dengan “*patient centered*”, dimana pasien dilihat sebagai “orang” bukan penyakitnya, yang juga ikut memutuskan pengobatan mereka sendiri (Bjorkman, 2007).

2.3.5 Kriteria Keanggotaan

Karena proses penggunaan obat dalam rumah sakit itu terkait dengan multidisiplin, sehingga keanggotaan PFT sudah sewajarnya mengandung unsur dari semua fungsi terkait (Quick, 1997).

Keanggotaan PFT terdiri dari: perwakilan klinisi dari setiap kelompok spesialisasi besar, ahli farmasi klinik, perawat, apoteker, atau asisten apoteker (bila apoteker tidak ada), staf perwakilan Direksi dan bagian keuangan, ahli mikrobiologi, dan staf rekam medis. Ketua dan sekretaris PFT yang berdedikasi dan berkomitmen, sangat penting bagi kesuksesan dan efisiensi dari PFT. Pada beberapa rumah sakit, seorang dokter yang senior, terkenal dan dihormati biasanya ditunjuk sebagai ketua PFT, dan kepala apoteker sebagai sekretaris PFT. Ketua dan sekretaris ini meluangkan waktu untuk melaksanakan fungsinya dalam PFT, dan ini dimasukkan dalam uraian tugas mereka (WHO, 2003).

Farmasis adalah anggota yang vital dari komite ini, karena dapat memberikan nasehat terkait dengan efek pengobatan terhadap biaya obat disertai dengan bukti ilmiahnya untuk meningkatkan kesehatan pasien (Nissen, 2009).

Aktifnya peran serta dari dokter-dokter yang berpengaruh, dan farmasis dalam PFT, akan berpengaruh pada keputusan PFT, dimana keputusan PFT nantinya akan mudah diadopsi oleh dokter penulisi resep. Sehingga pada saat seleksi anggota PFT, sebaiknya direkrut staf yang aktif berperan serta dalam sistem formularium (Andreski, 2009).

Untuk mencapai tujuan PFT dengan cara menyatukan para profesional, terutama dokter dan farmasis, sebaiknya PFT memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik (Bjorkman, 2005).

2.3.6 Peran dan Fungsi PFT

Peranan PFT sudah mengalami evolusi, meningkat sesuai dengan tantangan yang semakin besar. Awalnya hanya berfokus pada pilihan obat rasional, memonitor reaksi obat merugikan, dan bekerja dalam anggaran organisasi yang ketat. Namun saat ini tugas PFT semakin kompleks, dimana PFT wajib membuat keputusan sulit mengenai penambahan dan pemusnahan obat dari formularium, yang sangat erat kaitannya dengan pentingnya menyeimbangkan aspek biaya dan efek pengobatannya terhadap pasien. Peranan utama PFT adalah memelihara formularium dengan terbatasnya daftar obat, yang dapat memenuhi kebutuhan persepsan dokter dan pasiennya, dan juga organisasi kesehatannya (Balu, 2004).

Fungsi PFT dijabarkan oleh *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007), Cahill (2000), Wolper (1995) dan Kepmenkes No. 1197 / SK / Menkes / SK / X / 2004. Dari keempat penjabaran tersebut, yang baku disepakati mengenai fungsi PFT yaitu: secara obyektif melakukan evaluasi dan seleksi mengenai obat untuk formularium, membuat kebijakan dan prosedur terkait formularium, memberikan edukasi mengenai obat dan penggunaan obat, dan juga memelihara suatu formularium.

Sedangkan yang berbeda yaitu: *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007) menambahkan bahwa fungsi PFT yaitu: memberikan nasehat kepada staf medis, manajemen, dan unit farmasi sehubungan dengan obat, mengidentifikasi masalah terkait dengan penggunaan obat. Cahill (2000) menambahkan fungsi PFT yaitu: menerapkan program substitusi generik dan substitusi terapi berdasarkan pada suatu prosedur dalam sistem formularium, membuat prosedur untuk penggunaan obat non-formularium. Wolper (1995) menambahkan bahwa fungsi PFT yaitu: sebagai penasehat bagi staf medik dan staf manajemen dalam hal penggunaan obat; membuat prosedur yang memastikan keefektifan biaya dan keamanan terapi obat; berpartisipasi dalam program penjaminan mutu yang terkait dengan obat; menilai reaksi obat merugikan dalam rumah sakit; melakukan evaluasi penggunaan obat; dan memberikan masukan bagi unit farmasi terkait dengan penerapan distribusi obat yang efektif.

Tugas dan tanggung jawab Ketua PFT yaitu: memastikan bahwa tujuan dan sasaran PFT diterapkan; memastikan bahwa keputusan PFT berdasarkan pada bukti ilmiah; membentuk hubungan baik antara PFT dengan manajemen; menunjuk seorang pengganti dari anggota PFT bila berhalangan hadir; melaporkan kinerja pada manajemen; mewakili PFT dalam rapat manajemen yang berkaitan dengan PFT; mengadakan rapat rutin dan rapat luar biasa; dan memimpin rapat. Tugas dan tanggung jawab sekretaris PFT yaitu: dalam berkonsultasi dengan Ketua membuat catatan dan agenda semua rapat; mempersiapkan waktu rapat dan menginformasikannya kepada anggota PFT; mengikuti rencana PFT; memastikan bahwa keputusan PFT dilaporkan kepada manajemen; menyebarkan bahan yang berhubungan dengan rapat kepada seluruh anggota dan tugas dari tim PFT minimal 3 hari sebelum rapat; menindaklanjuti laporan reaksi obat merugikan; dan berpartisipasi dalam aktifitas PFT lainnya. Tugas dan tanggung jawab anggota PFT yaitu: menunjukkan kompetensi profesional dengan cara berpartisipasi aktif dalam rapat; mengusulkan isu yang perlu dibahas; berpartisipasi dalam aktifitas PFT lainnya; dan setiap anggota wajib memberitahukan bila berhalangan hadir dalam rapat (Ababa, 2004).

2.3.7 Prinsip PFT

Agar PFT menjadi efektif beberapa prinsip yang perlu diterapkan dalam setiap aktifitas PFT. Prinsip PFT ini dijabarkan oleh *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007), Tyler et al (2008), dan Depkes (2011). Adapun resume yang baku disepakati mengenai prinsip PFT yaitu: tidak adanya *conflict of interest*, dan pengambilan keputusan PFT selalu berdasarkan pada *evidence based*.

Sedangkan penjabaran yang berbeda mengenai prinsip PFT yaitu: *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007) menjabarkan prinsip PFT yaitu: yang pertama adalah transparansi dalam pengambilan keputusan yang terdiri dari kriteria dan proses harus jelas, dimana semua aktifitas terdokumentasikan, dan ada penegakan kebijakan etik yang tegas dalam semua aktifitas PFT. Yang kedua adalah konsistensi, dimana aktivitas PFT

adalah konsisten dan mengikuti kebijakan dan prosedur. Obat dalam daftar formularium dan pedoman diagnosa dan terapi secara konsisten. Dan selanjutnya adalah bahwa indikator proses, dampaknya dan hasil menunjukkan perbaikan.

Tyler et al (2008) menambahkan bahwa prinsip utama pengambilan keputusan PFT adalah memperhatikan kesehatan pasien. Dan seharusnya ada peraturan yang jelas mengenai hubungan dan interaksi dengan pihak pedagang farmasi.

Depkes (2011) menjabarkan bahwa dalam perbaikan proses pembuatan DOEN 2011, beberapa diantaranya yaitu: pemilihan tim ahli dan konsultan telah melalui proses seleksi yang cukup ketat, kemudian hasil rapat pembahasan teknis tidak akan dibicarakan kembali di luar forum dengan pihak manapun (*confidential*); adanya transparansi dalam keseluruhan proses penyusunan, prosedur pelaksanaan, kriteria pemilihan obat, dan adanya penjelasan tentang alasan mengapa suatu obat perlu dikeluarkan dan ditambahkan, ataupun mengenai adanya perubahan bentuk sediaan dan kekuatan.

Keputusan PFT tergantung pada individu-individu yang tergabung dalam PFT. Oleh karena individu dalam PFT berbeda dari segi pelatihannya, pengalaman dan cara pandangnya (Dranove, 2003).

2.3.8 Kewenangan PFT

PFT berwenang sepenuhnya melaksanakan formularium, merumuskan, dan mengendalikan pelaksanaan semua kebijakan, ketetapan, prosedur, aturan yang berkaitan dengan obat. Panitia ini juga mempunyai wewenang penuh mengadakan, mengembangkan, menetapkan, merevisi dan mengubah formularium, dan menyetujui perubahan kebijakan penggunaan obat dan pelayanan IFRS (Siregar, 2004).

2.3.9 Kinerja PFT

Indikator kinerja PFT dari segi struktur organisasi adalah PFT masuk dalam organisasi kesehatan dengan kewenangan dan akuntabilitas yang jelas, kewenangan yang jelas dalam membuat keputusan dalam pengadaan obat bagi

formularium, dan PFT wajib membuat visi, misi, dan kerangka acuan yang jelas (Weekes, 1998).

Kinerja PFT buruk dikarenakan kurangnya ketertarikan dan supervisi yang ditunjukkan oleh Direksi, kurangnya pengetahuan mengenai PFT, sehingga tidak disadari pentingnya dan bagaimana penggunaannya dalam manajemen. Meningkatkan kinerja PFT dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan pada PFT, merekrut lebih banyak pemimpin-pemimpin yang dinamis untuk PFT, dan memperbaiki sistem pelaporan dan tehnik rapat (Chu Vang et al, 2006).

2.4 Sistem Formularium

2.4.1 Definisi

Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur, dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Azwar, 2010).

Sistem formularium didefinisikan oleh *American Society of Hospital Pharmacist* (2008), *Management Sciences of Health dan World Health Organization* (2007), dan Siregar (2004). Yang sama diantara beberapa definisi ini adalah bahwa sistem formularium adalah suatu metode yang melakukan evaluasi dan seleksi obat untuk formularium.

Yang berbeda dari ketiga definisi ini yaitu: *American Society of Hospital Pharmacist* (2008) menjabarkan bahwa sistem ini dilakukan dengan menerapkan tehnik-tehnik untuk mendapatkan obat berkualitas tinggi dengan biaya yang efektif. *Management Sciences of Health dan World Health Organization* (2007) menyebutkan bahwa sistem formularium juga memelihara formularium, dan memberikan informasi mengenai obat dalam sebuah buku. Sedangkan Siregar (2004) menjelaskan bahwa sistem formularium memilih obat yang dianggap paling berguna bagi perawatan penderita.

Rumah sakit menerapkan sistem formularium yang berbeda-beda. Sistem formularium terbuka atau formularium tidak terbatas adalah daftar obat yang menyediakan hampir semua produk komersial yang ada di setiap kategori

terapeutik. Sistem formularium tertutup adalah daftar obat yang hanya berisikan obat spesifik, yang membatasi para penulis resep dengan produk komersial yang spesifik untuk setiap kelas terapeutik. Formularium kombinasi atau setengah tertutup, dimana formularium membatasi pilihan persepan kelas terapeutik, tapi menyediakan pilihan tak terbatas dalam kelas obat lainnya (Mittmann, 2009).

2.4.2 Keuntungan Sistem Formularium

Sistem formularium memberikan beberapa keuntungan dalam pelaksanaannya. Keuntungan dari sistem formularium ini dijabarkan oleh Tayeb (2003), Savelli (1996) dan Siregar (2004). Keuntungan dari sistem formularium yang disepakati sama oleh ketiganya yaitu: keuntungan dari terapi, ekonomi dan keilmuan. Keuntungan terapi yaitu memberikan manfaat yang besar bagi pasien dan dokter bahwa hanya produk yang bermutu yang terdaftar dan tersedia. Keuntungan dari segi ekonomi yaitu dapat memberikan penghematan bagi rumah sakit dan memberikan rasio manfaat biaya yang tertinggi. Sedangkan keuntungan dari segi keilmuan yaitu sebagai bahan edukasi terkini mengenai obat yang bermanfaat bagi dokter dan perawat.

Keuntungan formularium yang berbeda dari Tayeb (2003), bahwa keuntungan ekonomiformularium yaitu: dapat menghilangkan duplikasi obat dan mengurangi duplikasi stok, dan kesempatan pembelian dalam volume yang besar berarti harga yang lebih murah ke pasien.

Sedangkan yang berbeda dalam Savelli(1996), yaitudapat mengurangi jumlah hari rawat pasien setelah eliminasi obat yang tidak aman dan tidak efektif; dan menghasilkan sebuah daftar obat yang dipergunakan dalam institusi tersebut. Dan yang berbeda dari Siregar (2004)yaitu:kegunaan pertama dan utama dari sistem formularium adalah untuk membantu meyakinkan mutu dan ketepatan penggunaan obat dalam rumah sakit, karena para dokter dan staf profesional lainnya dengan keahlian bidang pokok utama untuk tiap kategori obat dapat mengetahui obat yang secara rutin tersedia bagi perawatan penderita.

2.4.3 Asas Pedoman Sistem Formularium

Asas pedoman dalam sistem formularium, yaitu: pimpinan rumah sakit dan komite medik membuat suatu PFT multidisiplin, dan menetapkan kegunaan,

organisasi, fungsi, lingkup, tanggung jawab, kewajiban, serta haknya; sistem formularium didukung oleh staf medik berdasarkan dari PFT. Staf medik menerima asas dari sistem untuk kebutuhan rumah sakit tertentu; staf medik mempunyai kebijakan dan prosedur tertulis yang menguasai sistem formularium yang dikembangkan oleh PFT; nama generik obat tertera dalam formularium, walaupun nama dagang adalah penggunaan yang umum dalam rumah sakit; pembatasan jumlah zat aktif dan sediaan obat yang secara rutin tersedia di IFRS dapat menghasilkan perawatan penderita yang menguntungkan dan terutama keuntungan finansial (Siregar, 2004).

2.5 Formularium

2.5.1 Definisi

Formularium suatu rumah sakit adalah dokumen kumpulan obat dan informasi berkaitan, yang benar-benar dipertimbangkan staf profesional di rumah sakit itu sebagai yang paling berguna dalam perawatan penderita (Siregar, 2004).

Dibutuhkan tiga hal penting untuk membangun dan memelihara formularium yang dipercaya, yaitu: adanya kolaborasi antara staf medis profesional dalam institusi pelayanan kesehatan, adanya staf medis yang praktek, dan adanya komite farmasi dan terapi (*American Journal of Hospital Pharmacist*, 2008).

Sedangkan faktor-faktor terkait yang dapat mengoptimalkan formularium agar mencapai hasil terbaiknya yaitu: adanya PFT yang aktif dan termotivasi; beranggotakan dokter, farmasi dan staf lain yang terkait; mengikuti kebijakan organisasi yang tidak terkait dengan *conflict of interest* dan memastikan bahwa keputusan formularium berdasarkan kepada manfaat, keselamatan dan biaya; rapat rutin untuk membuat keputusan yang memperhatikan kesehatan pasien; dan siap untuk mengatur peresepan untuk mencapai penggunaan obat yang aman dan efektif di rumah sakit; dan didukung oleh sumber daya organisasi untuk memonitor ketepatan dan keselamatan penggunaan obat dalam organisasi. Serta diperlukan kemampuan rumah sakit untuk memonitor pasien yang terkait dengan beberapa tipe keputusan formularium seperti misalnya keputusan mengenai setara terapi (Hall, 2007).

2.5.2. Pembuatan Formularium

Ada beberapa teori yang menjabarkan mengenai proses pembuatan formularium. Kunders (2004) menjabarkan tahapan pembuatan formularium yaitu: menunjuk PFT yang terdiri dari staf medis yaitu dokter, farmasis, dan perwakilan manajemen; menggariskan tujuan, organisasi, fungsi, dan lingkup PFT, dan membuat metode evaluasi obat; mempublikasikan obat dalam daftar formularium secara rutin, dan membuat prosedur revisi daftar formularium.

WHO (2003) menjabarkan ada 4 langkah yang dilakukan untuk membuat daftar obat formularium yaitu:

1. Memprioritaskan Pola Morbiditas, dan Terapi Utama dari Setiap Penyakit.

Penyakit-penyakit diurutkan untuk mengidentifikasi penyakit yang banyak dirawat di rumah sakit, dengan cara berkonsultasi dengan semua spesialisasi, dan melihat data morbiditas, dan kematian terbaru di rumah sakit. Untuk setiap penyakit, pilihan utama pengobatan yang tepat seharusnya dapat diketahui melalui Pedoman Diagnosa dan Terapi. Atau Komite yang ahli dapat diminta untuk mengidentifikasi pengobatan yang tepat untuk penyakit-penyakit tersebut. Atau dapat juga dimulai dengan menggunakan daftar obat esensial WHO tahun 2002 (WHO, 2003).

WHO (2003) dan DOEN (2011) menyepakati bahwa penyusunan formularium rumah sakit juga mengacu pada Pedoman Diagnosa dan Terapi. WHO (2003) juga menyebutkan bahwa ketatnya penerapan daftar formularium saja tidak akan meningkatkan kualitas pengobatan, jika pemilihan obat tidak mempertimbangkan Pedoman Diagnosa dan Terapi. Obat-obat esensial juga dapat dipergunakan secara tidak tepat, tanpa Pedoman Diagnosa dan Terapi.

Meningkatkan penggunaan obat melalui penggunaan Pedoman Diagnosa dan Terapi, diperlukan keseriusan dan upaya yang berkelanjutan. Pedoman Diagnosa dan Terapi seharusnya dibentuk di setiap tingkat pelayanan kesehatan, berdasarkan pada morbiditasnya, dan kompetensi dari penulis resep yang ada di institusi tersebut (Laing, 2001).

2. Menyusun Draft Daftar Obat

Draft Daftar Obat penting untuk mengidentifikasi obat-obatan yang sangat penting, dan yang kurang penting, mengidentifikasi obat yang sangat mahal, dan untuk mengetahui apakah semua obat yang diresepkan dalam jumlah besar, atau mahal, adalah obat esensial. Setiap departemen, baik itu klinik maupun departemen non-klinik yang terkait dengan manajemen obat, diberikan kesempatan untuk memberikan komentar terhadap draft daftar obat tersebut. PFT memperhatikan komentar mereka dan memberikan umpan balik. Semua informasi didiskusikan dan diperhatikan, Pedoman Diagnosa dan Terapi tersedia saat diskusi, bersama dengan jurnal-jurnal terpercaya. Sampai akhirnya PFT menyetujui dan menyebarkan Daftar Formularium, dan alasan yang melatarbelakangi pemilihannya (WHO,2003).

3. Membuat Kebijakan dan Prosedur

Daftar formularium tidak akan berguna kecuali ada kebijakan dan pedoman mengenai cara penggunaannya (WHO, 2003).

Kebijakan dan prosedur secara umum adalah hal pertama yang dibuat oleh PFT, karena mereka akan menjadi dasar untuk fungsi-fungsi lain yang ada dalam PFT (*Management Sciences for Health dan World Health Organization, 2007*).

4. Mengedukasi Staf Mengenai Daftar Formularium dan Memonitor Penerapannya.

Semua staf dalam rumah sakit sebaiknya diberikan pengetahuan mengenai daftar formularium. Masalah yang sering terjadi adalah penulis resep tetap meminta, dan menggunakan obat yang tidak terdapat dalam daftar. Sehingga pasien membeli obat tersebut di luar, atau dimasukkan ke bagian pengadaan untuk obat non formularium, tanpa sepengetahuan PFT. Sehingga seharusnya dibuat sistem yang jelas untuk penerapan,

akuntabilitas, dan penegakannya termasuk teguran dan sanksi (WHO,2003).

Savelli (1996) menyebutkan ada tahapan dan langkah dalam membuat sebuah sistem formularium obat. Tahap pertama adalah tahap administratif yaitu: memperkenalkan konsep formularium dan mendapatkan dukungan, membuat PFT, dan membuat kebijakan dan prosedur terkait dengan formularium. Tahap kedua adalah membuat daftar obat formularium yaitu: memilih klasifikasi terapeutik, mengumpulkan data mengenai pola penggunaan obat saat ini, menganalisis morbiditas dan pola penggunaan obat, melakukan pengelompokan obat, mendapatkan persetujuan daftar formularium, sampai dengan mensosialisasikan masyarakat rumah sakit mengenai kebijakan dan prosedur penggunaan obat non formularium, penambahan dan pemusnahan dari daftar formularium, dan juga mengenai substitusi generik dan substitusi terapeutik. Tahapan pembuatan formularium yaitu:

1. Sosialisasi Konsep Sistem Formularim

Untuk suksesnya penerapan sistem formularium, diperlukan dukungan dari staf medis dan manajemen. Untuk mendapatkan dukungan, informasi yang penting untuk diberikan yaitu: anggaran obat tahunan, anggaran obat dalam bentuk persentase terhadap keseluruhan anggaran rumah sakit, jumlah total produk obat yang dipergunakan tahun lalu, 10 besar nama obat berdasarkan nilainya, insiden adanya reaksi obat merugikan (ROM), jumlah kematian pasien oleh karena kesalahan pemberian obat, daftar obat terpakai dalam institusi yang dilarang untuk diproduksi, dan contoh-contoh duplikasi obat. Manajemen akan lebih tertarik bagaimana sistem formularium dapat mengurangi anggaran obat, sementara para dokter akan lebih tertarik pada informasi klinik. Siapapun pesertanya, presentasi konsep intinya menjelaskan mengenai keuntungan dari sistem formularium. Sehingga nantinya pembatasan penggunaan obat akan diterima oleh para dokter, sehingga kebiasaan peresepan akan berubah. Bagi yang bertanggungjawab terhadap pengadaan obat, seharusnya setuju untuk melakukan pengadaan

terhadap obat yang hanya termasuk dalam daftar obat formularium saja. Setelah manajemen memutuskan untuk menerapkan sistem formularium, keputusan didokumentasikan dengan benar dalam kebijakan rumah sakit (Savelli, 1996).

2. Pembentukan Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi

Anggota PFT diangkat oleh pimpinan rumah sakit, atas usul Komite Medik. Ketua PFT dipilih antara dokter yang diusulkan oleh Komite Medik dan disetujui oleh rumah sakit. Ketua PFT adalah praktisi senior yang dihormati dan disegani karena pengabdian, prestasi ilmiah, bersikap objektif dan yang berperilaku sebagai panutan, mempunyai pengetahuan mendalam tentang terapi obat. Sekretaris panitia adalah kepala IFRS, atau apoteker senior yang ditunjuk oleh kepala IFRS. Sekretaris panitia merupakan motor penggerak kegiatan yang optimal dari PFT. Oleh karena itu, sekretaris PFT diharapkan orang yang dinamis, kreatif, kompeten, berintelektual tinggi, rajin bekerja, dan belajar mandiri, mampu berkomunikasi baik lisan maupun tertulis, dan memiliki pengabdian dan komitmen besar terhadap kemajuan pelayanan rumah sakit. Dan susunan anggota PFT mencakup dari tiap staf medik fungsional (SMF), dan staf unit lain yang menggunakan obat atau yang dapat menyediakan data yang berkaitan dengan penggunaan obat (Siregar, 2004).

3. Perumusan Kebijakan dan Prosedur

Pembentukan kebijakan dan prosedur sangat penting bagi kelanjutan formularium kedepannya. Yang didukung oleh persetujuan Direktur organisasi tersebut, sehingga PFT mempunyai kewenangan penuh untuk membuat dan menerapkan keputusan, serta meminta kepatuhan staf medis. Kebijakan dan prosedur juga digunakan sebagai alat untuk menciptakan organisasi, struktur dan merencanakan pekerjaan selanjutnya (Savelli, 1996).

Sangat penting bagi organisasi untuk membentuk kemampuan merespon dan mengantisipasi, atau sebuah organisasi yang menerima *error*,

merencanakan bersama-sama, dan menggabungkan antara pengetahuan dan tindakan. Kebijakan dibuat selalu dengan memaksimalkan pengetahuan, tapi dilakukan juga dengan menerapkan fleksibilitas, kemampuan merespon, dan partisipasi (Barker, 1996).

Berikut ini adalah contoh dari kebijakan dari PFT: obat dimasukkan dalam formularium dalam nama generiknya; PFT boleh memasukkan suatu dosis yang spesifik dari suatu obat, dan tidak memasukkan bentuk dosis lain dari obat yang sama; PFT akan mengadakan pertemuan setiap bulan secara teratur atau sewaktu-waktu bila diperlukan; Sekretaris PFT yang akan memberitahukan anggota PFT bila ada rapat; dan saat menilai obat-obat yang akan diputuskan dalam formularium, kriteria berikut harus dipertimbangkan misalnya: obat tersebut memang dibutuhkan dalam formularium; tidak boleh ada obat dalam daftar obat formularium yang berkhasiat sama; obat yang kandungannya dirahasiakan tidak diperbolehkan masuk dalam formularium; tidak ada obat campuran yang dapat masuk kecuali campurannya memiliki kegunaan lebih daripada obat dengan kandungan satu jenis saja; biaya dari obat sebanding dengan kegunaannya; dan obat harus tersedia di distributor (Siregar, 2004).

4. Melakukan Evaluasi Obat dan Jenis Obat

Selanjutnya PFT memilih klasifikasi obat yang akan digunakan dalam daftar formularium. Obat dapat diklasifikasikan menurut kegunaan terapeutiknya, efek farmakologis, struktur kimia dan prinsip nasologikalnya. Untuk di rumah sakit, direkomendasikan untuk menggunakan klasifikasi berdasarkan kegunaan terapeutiknya, karena lebih mudah dikenali oleh perawat, apoteker, asisten apoteker dan staf non medis yang membantu penyiapan obat. Data yang dikumpulkan seperti data morbiditas misalnya 50 diagnosa terbanyak selama satu tahun terakhir, tergantung data statistik rumah sakit. Juga diperlukan informasi obat dari sumber terpercaya, misalnya dari penelitian dan uji klinis. Yang terakhir adalah data penggunaan obat selama setahun terakhir, dari data pembelian obat rumah sakit. Tahap ini penting karena PFT mengerti kebutuhan terapi pasien yang harus dipenuhi,

dan apakah obat dibeli dan dipakai secara rasional. Pertama, data morbiditas diranking sesuai jumlah kasus, kedua dihitung persentase dari masing-masing 50 penyakit itu ke morbiditas secara keseluruhan. Dan yang ketiga, dari data pembelian obat, pilih obat dan biaya yang dipergunakan untuk mengobati 50 penyakit itu, lalu kalkulasikan persentase nilainya (berdasarkan penyakit) dengan anggaran pembelian obat rumah sakit. Lalu bandingkan kedua dan ketiga untuk mengetahui apakah obat dipakai secara rasional sesuai morbiditas di rumah sakit (Savelli, 1996).

Ada dua orang penulis yang menjabarkan bahwa analisis ABC diperlukan untuk evaluasi obat, yaitu Savelli (1996) dan Wolper (1995). Dari dua sarjana tersebut yang sama adalah bahwa analisis ABC penting untuk mengidentifikasi volume produk obat dari segi biayanya dari anggaran obat dan utilitasnya. Yang berbeda dari Savelli (1996) yaitu bahwa analisis ABC dapat dipergunakan untuk memprioritaskan jenis obat A dalam seleksi obat dan keputusan pengorderan, sedangkan yang berbeda dari Wolper (1995) yaitu analisis ABC dapat memberikan gambaran mengenai pergerakan suatu produk dalam periode waktu tertentu, dan juga untuk mengidentifikasi pergeseran produk dan utilitasnya.

Sedangkan analisis VEN adalah sistem untuk memprioritaskan seleksi obat dan pembelian berdasarkan dampaknya terhadap kesehatan, yaitu vital, esensial dan obat non esensial (Savelli, 1996).

5. Penyusunan Draft Daftar Obat Formularium

Pada proses ini, PFT akan memutuskan bagaimana daftar formularium akan dibuat. Dapat dimulai dengan asumsi bahwa semua obat yang saat ini dipergunakan di rumah sakit merupakan daftar formularium. Seiring dengan proses penilaian obat, kemudian obat akan dimusnahkan dari daftar formularium, dan akan ada beberapa obat yang akan ditambahkan. Pendekatan ini yang biasanya dipergunakan. Formularium dapat membentuk satu kelas obat setiap waktu selama proses penilaian. Setelah menilai suatu kelas obat, formularium hanya mencakup obat-obatan yang diseleksi hanya untuk kelas itu saja. Pembatasan pengadaan dan peresepan dapat diterapkan

secepatnya hanya untuk obat-obat itu saja. Setelah kelas lainnya dinilai, obat akan ditambahkan dalam formularium (Savelli, 1996).

Ada beberapa sarjana yaitu Fijn et al (1999) dan Laing (2001) yang menyepakati bahwa alur penyusunan obat formularium di rumah sakit merupakan bagian dari Program Penjaminan Mutu. Mereka juga menyepakati bahwa prosedur dan evaluasi terhadap usulan obat berdasarkan kepada “*evidence based*”, dari hasil konsultasi dengan para klinisi. Yang berbeda dari Laing (2001) yaitu bahwa penyusunan obat formularium juga berdasarkan pada pertimbangan ekonomi.

Prinsipal farmasi yang ingin agar obatnya masuk ke Daftar Obat Formularium, menyiapkan pengajuan terperinci yang menjelaskan tentang efektifitas klinis obat dan keefektifan biayanya, dengan mengisi *checklist* yang disiapkan oleh PFT. Setiap pengajuan dipertimbangkan oleh dua atau lebih konsultan eksternal, dan dua atau lebih anggota PFT. Anggota PFT kemudian memilih dengan cara *voting* pada setiap keputusan, pilihan terbanyak menang, dan pemilihan ini bersifat rahasia (Laupacis, 2002).

Farmasis punya dampak besar dalam penyusunan Draft Daftar Obat. Mereka memiliki pengetahuan jelas mengenai perilaku persepan dokter, dan juga biaya obat. Mereka juga punya pengetahuan terapeutik, informasi obat dan dapat menjadi jembatan antar staf medis. Direksi lebih banyak memutuskan bila terkait dengan obat mahal (Fijn et al, 1999).

6. Pengesahan Daftar Obat Formularium

Setelah PFT membuat draft daftar obat formularium, kemudian dilakukan pemilihan atau *voting* untuk menyetujui daftar obat tersebut, sesuai dengan prosedur yang dibuat. Daftar formularium kemudian disebarkan ke para dokter dan farmasis. Direktur mengeluarkan instruksi untuk mematuhi daftar obat formularium tersebut. Instruksi tersebut dapat diumumkan saat rapat, disertai dengan kebijakannya. Pada saat ini, rumah sakit mulai hanya memesan produk-produk yang ada dalam daftar formularium obat saja. Sisa stok obat non formularium, dipergunakan sampai stok habis (Savelli, 1996).

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

Dilakukan sosialisasi daftar obat formularium kepada seluruh masyarakat rumah sakit. Disertai dengan sosialisasi kebijakan dan prosedur dari penggunaan obat non formularium, penambahan dan pemusnahan obat formularium, substitusi generik, dan substitusi terapi (Savelli, 1996).

2.5.3 Kebijakan Formularium

Menurut Soenosuebrotto (2001), yang dikutip oleh Maswar (2001), kebijakan merupakan pernyataan niat atau maksud manajemen dalam menjalankan kendali perusahaan, termasuk penentuan arah tujuan perusahaan, serta cara-cara yang perlu ditempuh untuk mencapainya. Kebijakan memuat hal-hal yang bersifat mengharuskan, membatasi, mengarahkan, membimbing, mendorong agar pelaksanaan berjalan sesuai dengan keinginan manajemen perusahaan. Kebijakan yang dibuat oleh pimpinan perusahaan bertujuan agar apa yang dikehendaki oleh manajemen, dapat dilaksanakan oleh setiap staf di perusahaan. Untuk mendapatkan hal tersebut, perlu adanya komunikasi timbal balik antara manajemen dengan staf kebijakan tersebut. Oleh karena kebijakan selalu bertolak dari kondisi tertentu, maka dalam menjabarkan kebijaksanaan pimpinan tertinggi, tiap-tiap tingkat pimpinan didalam perusahaan diberikan wewenang untuk menggariskan kebijakan pelaksanaannya. Pelaksanaan kebijakan di tingkat pimpinan bawah, dijaga untuk tidak bertentangan dengan kebijakan pokok yang ditetapkan pimpinan tertinggi, oleh karena itu setiap pimpinan dalam rangka pelaksanaan tugas, wajib menyusun kebijakan pelaksanaan sebagai pegangan bagi setiap pelaksana didalam unit kerjanya. Kebijakan yang dibuat hendaknya tertulis, terinci, sistematis dan konsisten, didasarkan atas kebijakan yang lebih tinggi, tidak boleh bertentangan dengan kebijakan tertinggi dan kebijakan yang terkait.

Ada empat tahapan utama dalam pembuatan kebijakan sebagai suatu proses, yaitu: pertama tahap mengidentifikasi, mendefinisikan, dan mendiskusikan

masalah yang ada, biasanya hal ini terjadi bila sebuah isu diangkat oleh para pembuat keputusan. Kemudian tahap kedua adalah formulasi kebijakan, yang menyangkut menciptakan kebijakan baru, atau merevisi yang sudah ada. Kemudian tahap ketiga yaitu implementasi kebijakan tersebut. Dan yang keempat adalah tahap evaluasi, dimana prinsip-prinsip dan pelaksanaannya dimonitor, dianalisis, dan dinilai dampaknya. Dan tahap yang terakhir ini dapat memberikan umpan balik dalam proses kebijakan tersebut (Gardner, 1992).

Proses internal rumah sakit mengenai formularium, kebijakan, dan prosedur agar dipatuhi, dan dimonitor, dan kepatuhan juga agar dilaporkan (Boucher, 2000).

Ada beberapa teori yang menyebutkan kebijakan formularium yang harus ada dalam sebuah institusi pelayanan kesehatan, yaitu dari WHO (2003), *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007), *Johns Hopkins Medical Staff Bylaws* (2011) dan Savelli (1996). Yang baku disepakati mengenai kebijakan yang wajib ada terkait formularium yaitu: penambahan dan pemusnahan obat dari Daftar Formularium, dan mengenai penggunaan obat Non Formularium.

Sedangkan yang berbeda mengenai kebijakan formularium yang harus ada yaitu dari WHO (2003) yaitu kebijakan mengenai siapa yang akan mempergunakan daftar obat tersebut (penulis resep dan bagian pengadaan); bagaimana cara merevisi daftar tersebut. Dari *Management Sciences for Health* dan *World Health Organization* (2007) yang berbeda yaitu kebijakan mengenai obat yang dibatasi, obat yang dalam penelitian, Pedoman Diagnosa dan Terapi, substitusi generik dan substitusi terapi, dan mengenai perwakilan perusahaan farmasi dan promosinya. Kebijakan yang berbeda dalam *Johns Hopkins Medical Staff Bylaws* (2011) yaitu kebijakan mengenai aktivitas perwakilan perusahaan farmasi dalam rumah sakit. Dan kebijakan yang berbeda dalam Savelli (1996) adalah kebijakan mengenai: kriteria seleksi obat, pemantauan reaksi obat merugikan, evaluasi penggunaan obat, pemeriksaan penggunaan obat, petunjuk informasi dari perwakilan perusahaan farmasi, dan peraturan yang mengatur PFT.

2.5.4 Penggunaan Obat Non Formularium

Biasanya hanya obat formularium saja yang disediakan dalam rumah sakit, tetapi kebutuhan terapi beberapa pasien, bisa saja tidak terpenuhi oleh obat formularium. Untuk kasus seperti ini, PFT membuat prosedur untuk penggunaan obat non formularium. Permintaan untuk penggunaan obat non formularium selalu dibuat untuk pasien khusus, mempergunakan Formulir Permintaan Obat Non formularium, yang didesain dan disetujui oleh PFT. Dokter yang meresepkan melengkapi formulir tersebut, dan menyerahkannya pada farmasi rawat inap, atau PFT. Akan lebih tepat bila farmasis mendiskusikan mengenai penggunaan obat formularium dengan dokter yang meresepkan. Bila dokter yang meresepkan tetap berpendirian bahwa obat non formularium dibutuhkan, maka rumah sakit akan menyediakan obat tersebut bagi pasien dalam jumlah yang secukupnya. PFT menilai semua permintaan obat non formularium secara rutin. Bila PFT melihat adanya permintaan penggunaan obat nonformularium yang cukup sering, dan memutuskan bahwa obat tersebut lebih baik, maka akan dilakukan *voting* untuk penambahan dalam daftar formularium, dan pemusnahan obat yang kurang efektif dari daftar obat formularium (Savelli, 1996).

2.5.5 Permintaan Untuk Penambahan dan Pemusnahan Obat Non Formularium

Permintaan penambahan dan pemusnahan obat biasanya dilakukan dengan mengisi Formulir penambahan dan pemusnahan, dan akan melengkapi formulir dan menyerahkannya kepada PFT. Kemudian seseorang dari PFT mengumpulkan literatur, dan mempersiapkan evaluasi tertulis membandingkan antara obat yg diminta dengan obat yang baru dengan indikasi yang sama. Kriteria yang dipergunakan untuk membandingkan adalah biaya, khasiat, dan keamanan. PFT kemudian membuat evaluasi tertulis. Staf Farmasi akan menyiapkan evaluasi berupa penelitian *evidence based*. Dokter yang membuat permintaan akan diundang untuk menghadiri rapat PFT bila diperlukan (Armitstead, 2010).

Evaluasi obat untuk permintaan penambahan obat sebaiknya mencakup hal-hal sebagai berikut: secara rasional diperuntukkan bagi permintaan penambahan obat, cara kerja obat, farmakologi klinis obat, farmakokinetik obat, dosis dan cara pemberian, interaksi obat, reaksi merugikan obat, khasiat obat, dan

biaya dan perbandingan biaya obat dengan obat yang mirip atau obat yang dibandingkan (Taylor, 1994).

WHO (2004) menyebutkan bahwa untuk memenuhi kesenjangan informasi mengenai suatu obat, ada tiga pertanyaan yang memerlukan jawaban yaitu: dimana kita akan mencari informasinya; apakah ini yang paling “*up to date*” dan valid; dan seberapa relevan dengan penerapan informasi ini dalam kondisi lokal kita. Informasi yang dipublikasikan dapat dibagi menjadi tiga yaitu primer, sekunder, dan tersier. Sumber informasi primer adalah publikasi penelitian asli mengenai obat, biasanya disertai studi kohort, *case reports*, dan jurnal baik yang tercetak maupun elektronik. Sumber informasi sekunder misalnya *review* terhadap literatur primer bisa berupa *review* yang sistematis, publikasi jurnal sekunder, atau buletin informasi obat. Semuanya berisikan *review* terhadap penelitian asli, dan menambahkan kesimpulannya, dan bisa “*up to date*”. Sedangkan sumber informasi tersier biasanya merupakan kumpulan informasi obat dan terapi seperti buku, formularium, dan database elektronik mengenai obat. Dan bisa berisikan informasi yang sudah kadaluwarsa karena keterlambatan produksi dan publikasi tulisan semacam ini.

2.5.6 Substitusi Generik dan Terapi

Pemahaman mengenai substitusi generik dan substitusi terapi sangat diperlukan oleh dokter dan farmasis. Substitusi generik didefinisikan sebagai penggantian produk obat yang kandungan aktif, dan kimianya identik dari segi kekuatannya, konsentrasinya, bentuk dosisnya, dan rute pemberian ke produk obat yang dideskripsikan. Sedangkan substitusi terapeutik didefinisikan sebagai penggantian obat dengan obat lain yang nilai terapeutiknya sama, walaupun secara generik tidak sama (Savelli, 1996).

Diduga bahwa perusahaan obat telah berpaling kepada obat “*me too*”, karena kekuatan mereka didominasi oleh kekuatan bagian marketing daripada bagian penelitian mereka. Sehingga alternatifnya, beberapa perusahaan melakukan penelitian yang sama, dan kemudian memproduksi obat yang mirip dalam jangka waktu cepat. Apapun alasannya, keberadaan terlalu banyaknya obat yang mirip di pasaran, tidak menguntungkan pasien (House of Commons, 2005).

Diperlukan formularium dengan obat yang berkualitas tinggi, dan biaya yang efektif karena meningkatnya kompleksitas farmakoterapi, meningkatnya jumlah obat setara terapi yang biasa disebut “*me too*” dan meningkatnya biaya obat. Setara terapi sudah dipergunakan sebagai salah satu pilihan untuk mencapai tujuan ini sementara juga dengan tetap mengutamakan perawatan pasien yang optimal. Manfaat lainnya adalah mengurangi duplikasi terapeutik, mengontrol biaya, juga sebagai alat untuk mengoptimalkan penggunaan obat yang tepat, dengan mendukung penggunaan obat yang paling berkualitas untuk mengoptimalkan kesehatan pasien (Gray, 2004).

2.5.7 Peranan Farmasis dalam Formularium

Peranan farmasis dalam sebuah institusi kesehatan yaitu pemberi pelayanan, pengambil keputusan, komunikator, pemimpin, manajer, pembelajar dan sebagai seorang guru (Gunten, 2004).

Manajemen rumah sakit semestinya menyadari bahwa seorang farmasis sangat cocok, dan sangat strategis untuk menjadi bagian dari solusi terhadap masalah meningkatnya biaya obat, dan meningkatnya kompleksitas terapi. Sehingga farmasis diharapkan berperan aktif, atau diberikan peran yang lebih aktif dalam manajemen formularium, dan dalam aktifitas PFT (Matthew, 1994).

Farmasis melalui sistem formularium juga meningkatkan “*patient safety*” dengan cara menurunkan kejadian Reaksi Obat Merugikan (LeBlanc, 2005).

Dari awal farmasis berperan sebagai sekretaris dalam PFT. Sekretaris panitia merupakan motor penggerak kegiatan yang optimal dari PFT. Oleh karena itu, sekretaris PFT sebaiknya orang yang dinamis, kreatif, kompeten, berintelektual tinggi, rajin bekerja dan belajar mandiri, mampu berkomunikasi baik lisan maupun tertulis, dan memiliki pengabdian serta komitmen besar terhadap kemajuan pelayanan rumah sakit (Siregar, 2004).

Kompetensi seorang apoteker terkait dengan PFT dan formularium yaitu: mengetahui kebijakan obat yang digunakan dan bagaimana penerapannya pada *dispensing* dan praktek klinis; mengetahui bagaimana keputusan obat formularium, dan batasannya bisa ditemukan; mengetahui prosedur apa yang

harus diikuti bila ada permintaan terhadap obat non formularium, kemudian mengetahui bagaimana alur untuk mendapatkan persetujuan (NSW, 2007).

Bhagavan (2010) menyebutkan bahwa peranan dari sekretaris PFT yaitu: sekretaris menghargai kebijakan administratif dan kebijakan finansial rumah sakit; sekretaris saat berkonsultasi dengan Ketua, sudah menyiapkan rancangan SOP PFT, lengkap dengan semua kegiatannya berikut nilai validasi kerjanya, untuk disetujui; sekretaris membuat catatan dan dokumen, dan bertanggungjawab merekam berjalannya rapat PFT; sekretaris mengumumkan rapat beserta agendanya. Dan catatan agenda konsultasi dengan Ketua, juga memfasilitasi anggota PFT agar mempersiapkan diri sebelumnya, dan memberikan pertimbangan yang efektif saat rapat; sekretaris wajib memastikan bahwa keputusan PFT adalah keputusan yang dapat dibenarkan secara administratif dan secara teknis; sekretaris berkoordinasi dengan berbagai dokter spesialis dan membantu PFT menyiapkan atau memperbaharui Standar Pelayanan, Daftar Obat Esensial dan Formularium rumah sakit; dan sekretaris saat berkonsultasi dengan Ketua diharapkan mampu menjaga agar tetap berhubungan baik dalam PFT dan membuat dirinya mudah dihubungi oleh para dokter, apoteker, dan perawat.

Bhagavan (2010) juga menyebutkan bahwa, yang menyebabkan Kepala Departemen Farmasi sebaiknya yang menjadi sekretaris PFT adalah: secara alamiah, para klinisi kurang baik dalam pekerjaan membuat dokumentasi dan sangat sibuk dengan pekerjaannya, sedangkan farmasis oleh karena pelatihannya saat pendidikan farmasi, sangat baik dalam dokumentasi; saat mendokumentasikan laporan rapat dan keputusannya, ada kecenderungan para klinisi menempatkan interpretasinya sendiri yang bisa saja bukan merupakan cerminan dari keputusan PFT yang benar. Klinisi lain menjadi ragu untuk menanyakan interpretasi ini oleh karena hubungan profesional yang sulit atau hubungan hierarki yang sulit; farmasis tetap sama jauhnya dengan semua klinisi, dan klinisi tidak ragu untuk bertanya kepadanya kalau tanggapan mereka atau Komite tidak diinterpretasikan dengan benar; farmasis lebih banyak melakukan pekerjaan di mejanya, sehingga staf nya bisa melakukan pekerjaan sekretarisnya; farmasis oleh karena pelatihannya, secara alami tidak mempercayai apapun tanpa

didukung dokumentasi. Karenanya pasar farmasi menghindari farmasis, atau gagal mempengaruhinya; dan farmasis oleh karena latar belakang akademiknya mengenal dengan lebih baik bahasa profil obat-obatan daripada profesional lain termasuk dokter, sehingga kehadirannya dapat membuat pekerjaan PFT lebih mudah dan lebih efektif.

2.5.8 Proses Pembuatan Formularium di Rumah Sakit “JIH”

Rumah Sakit “JIH” awalnya bernama Jogja International Hospital, mulai beroperasi sejak 5 Februari 2007, berdasarkan Surat Izin Penyelenggaraan Sementara Rumah Sakit No.503/0393/DKS/2007. Pada tanggal 31 Maret 2007 *grand opening* Jogja International Hospital.

Jogja International Hospital memperoleh ijin operasional tetap dari Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tanggal 28 April 2008, Surat Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit No. 445/3282/IV.2.

Berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan RI No. YM.02.10/III/2743/10 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 659/Menkes/Per/VIII/2009, tanggal 14 Agustus 2009, tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia, pasal 15, maka per tanggal 1 Agustus 2010 nama Jogja International Hospital diganti menjadi RUMAH SAKIT “JIH”.

Departemen Farmasi

Farmasi adalah salah satu layanan penting di Rumah Sakit “JIH”. Dimana SDM departemen farmasi pada tahun 2011, bertambah 3 orang yang terdiri dari 2 orang asisten apoteker, dan 1 orang apoteker, sehingga seluruh tenaga di departemen farmasi berjumlah 26 orang. Peningkatan kualitas pelayanan farmasi dilakukan secara konsisten dengan memonitor SLA (*Service Level Agreement*) yang dilakukan setiap bulan. Kecepatan pelayanan farmasi di UGD dilakukan dengan membentuk satelit farmasi di UGD mulai bulan April 2011.

Kinerja Departemen Farmasi tahun 2011 sesuai dengan RKAP yang direncanakan. Pencapaian pendapatan farmasi tahun 2011 tumbuh sebesar 17,7 %

bila dibandingkan dengan tahun 2010 atau 89 % bila dibandingkan dengan RKAP 2011.

Formularium Rumah Sakit “JIH”

Pembuatan formularium untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi terapi obat diselesaikan pada bulan Oktober 2011. Penjelasan mengenai proses pembuatan formularium di Rumah Sakit “JIH” diperoleh dari wawancara dengan Direktur Operasional dan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan Rumah Sakit “JIH”, didapatkan keterangan bahwa struktur organisasi PFT terdiri dari Ketua PFT yaitu seorang dokter, kemudian sekretarisnya adalah seorang apoteker, dan anggotanya terdiri dari dokter yang merupakan Ketua SMF, apoteker, dan kepala perawat. Dimana peranan apoteker sangat besar karena hampir terlibat dalam semua proses dalam formularium, yaitu mulai dari terlibat dalam penyusunan kebijakan dan prosedur formularium, terlibat dalam proses pembentukan formularium, terlibat dalam sosialisasi buku formularium, dan juga terlibat dalam layanan obat di rumah sakit.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan, didapatkan keterangan bahwa mengenai evaluasi obat dan jenis obat diperoleh keterangan bahwa evaluasi obat dan jenis obat yang diterapkan di rumah sakitnya adalah berdasarkan pada metode epidemiologis dan metode konsumsi. Metode epidemiologis misalnya pada saat musim penyakit demam berdarah. Metode konsumsi berdasarkan pada kriteria *fast moving* yaitu obat yang perputarannya cepat, dan *slow moving* yaitu obat yang perputarannya lambat; serta analisis ABC dan VEN; membatasi “*me too*” dengan kuota 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional, didapatkan keterangan bahwa kebijakan formularium yang dibuat oleh PFT diperoleh keterangan bahwa kebijakan formularium yang diterapkan dalam rumah sakit tersebut yaitu: apoteker berhak mengganti obat bila tidak ada dalam formularium, atau bila stok obat kosong untuk rawat jalan maupun rawat inap; Dokter akan mengusulkan obat

atas persetujuan Ketua SMF disertai dengan alasan pendukungnya melalui pengisian formulir yang sudah disiapkan oleh PFT, formulir yang akan diisi oleh dokter untuk kemudian diajukan ke PFT, PFT kemudian mengajukan ke Direksi, bila disetujui baru akan diproses oleh PFT; evaluasi obat dan jenis obat berdasarkan pada kriteria *fast moving* dan *slow moving*; membatasi “*me too*” dengan cara 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA; permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga formularium bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formularium, misalnya obat *life saving*, atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri; persyaratan suatu produk dapat masuk formularium adalah memiliki CPOB dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk dan terdaftar dalam Balai POM, dan bersedia melakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi; dan kewenangan yang tertinggi ada pada Direksi.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan mengenai sosialisasi kebijakan, diperoleh keterangan bahwa yang disosialisasikan kepada dokter adalah kebijakan mengenai usulan obat oleh dokter dilakukan dengan cara mengisi formulir pengusulan obat yang sudah disiapkan oleh PFT, dan harus disetujui oleh Ketua SMF yang terkait, disertai dengan alasan pendukungnya. Kemudian usulan tersebut akan diserahkan ke PFT, PFT akan menyerahkan ke Direksi untuk dipertimbangkan. Sedangkan sosialisasi yang diberikan kepada prinsipal farmasi lebih detail, yaitu mengenai Apoteker berhak mengganti obat bila tidak ada dalam formularium atau bila stok obat kosong untuk rawat jalan maupun rawat inap; Dokter akan mengusulkan obat atas persetujuan Ketua SMF disertai dengan alasan pendukungnya melalui pengisian formulir yang sudah disiapkan oleh PFT, formulir yang akan diisi oleh dokter untuk kemudian diajukan ke PFT, PFT kemudian mengajukan ke Direksi, bila disetujui baru akan diproses oleh PFT; evaluasi obat dan jenis obat berdasarkan pada kriteria *fast moving* dan *slow moving*; PFT membatasi “*me too*” dengan cara 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA; permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga

formularium bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formularium misalnya obat *life saving* atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri; persyaratan suatu produk dapat masuk formularium adalah memiliki CPOB dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk dan terdaftar dalam Balai POM, dan bersedia melakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi; dan kewenangan yang tertinggi ada pada Direksi.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional mengenai penyusunan draft formularium, diperoleh keterangan bahwa usulan dokter dibuat dengan mengisi formulir pengajuan obat yang sudah disiapkan oleh PFT, disertai persetujuan Ketua SMF yang bersangkutan dengan alasan pendukung. Ketua SMF berperan dalam PFT untuk menyeleksi usulan-usulan dokter yang tergabung dalam SMF nya, dan memberikan alasan pendukung. Kemudian formulir usulan diserahkan kepada PFT. Dengan demikian juga sekaligus dapat diharapkan kepatuhan dari dokter-dokter yang memberikan usulan tersebut. Mengenai usulan dari prinsipal farmasi, juga dengan mengisi formulir pengajuan usulan yang disiapkan oleh PFT disertai tenggat waktu pengajuan selama 1 bulan. Kedua usulan baik dari dokter dan prinsipal farmasi kemudian akan diproses di PFT melalui rapat PFT, sampai terbentuk Draft Daftar Obat Formularium.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional mengenai pengesahan formularium, diperoleh keterangan bahwa Draft Formularium yang dibuat oleh PFT, kemudian diserahkan ke Direksi. Draft Formularium dibicarakan dalam rapat Direksi, sampai akhirnya disetujui dan disahkan oleh Direktur dengan SK Pengesahan.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Pengadaan mengenai sosialisasi buku formularium, diperoleh keterangan bahwa sosialisasi dilakukan melalui forum sosialisasi formularium yang diberikan oleh PFT dan Direksi. Sosialisasi diberikan kepada kepala Staf Medik Fungsional, *supervisor* (apoteker) dan kepala perawat, disertai dengan SK pengesahan, dan buku formularium. Sosialisasi kepada prinsipal farmasi dilakukan secara lisan, disertai dengan buku formularium dan SK pengesahan.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RSU DHARMA YADNYA

Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya berdiri, dan diresmikan pada tanggal 15 Maret 1986. Pada awalnya merupakan klinik rawat jalan, dan seiring dengan semakin meningkatnya kepercayaan masyarakat, statusnya ditingkatkan menjadi rumah sakit umum.

RSU Dharma Yadnya bernaung di bawah Yayasan Dharma Usada Resi Markandeya. Berdasarkan akte pendirian Yayasan Dharma Usada Resi Markandeya nomor 7 tertanggal 2 Nopember 1979 dinyatakan bahwa Yayasan Dharma Usada Resi Markandeya adalah sebuah yayasan yang bergerak di bidang sosial yang berhubungan dengan masalah kesehatan masyarakat. Rumah sakit didirikan dengan dasar pemikiran bahwa umat Hindu yang merupakan penduduk mayoritas di Bali sewajarnya bila memiliki sebuah rumah sakit yang bisa dibanggakan seperti rumah sakit milik umat-umat lain yang ada di Indonesia.

3.1 Keadaan Geografis

Nilai lebih yang dimiliki oleh RSU Dharma Yadnya adalah lokasi yang strategis, karena berada di jalur utama Denpasar-Gianyar, dan berjarak kurang lebih 400 meter dari persimpangan jalan bypass I Gusti Ngurah Rai-Gatot Subroto dengan jalan *bypass* Prof. DR. Ida Bagus Mantra yang menghubungkan kota Denpasar dengan tiga kabupaten di wilayah timur yaitu: Kabupaten Gianyar, Klungkung, dan Karangasem.

3.2 Identitas Rumah Sakit

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya
Alamat	: Jalan WR. Supratman No. 256, Denpasar Timur
Tahun Pendirian	: 15 Maret 1987
Kelas RS	: Kelas D
Jumlah TT	: 50 TT

3.3. Visi dan Misi Rumah Sakit

a. Visi

Menjadi rumah sakit kebanggaan masyarakat Bali yang berkontribusi bagi peningkatan kualitas kesehatan masyarakat

b. Misi

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional, bermutu yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keramahan, dan kenyamanan pasien dengan sentuhan nilai-nilai kemanusiaan
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan unggulan traumatologi bagi seluruh lapisan masyarakat
4. Menyelenggarakan pengembangan kualitas SDM bidang kesehatan

3.4 Nilai-nilai :

1. Komitmen
2. Integritas
3. Empati
4. Tanggap

3.5 Sarana Prasarana

Sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum yang tersedia di RS Umum Dharma Yadnya adalah :

- a. Gedung Poliklinik Umum dan Poliklinik Gigi
- b. Gedung Poliklinik Spesialis yang terdiri dari atas: Poli Penyakit Dalam, Poli Anak, Poli Kandungan, Poli THT, Poli Kulit dan Kelamin, Poli Bedah Umum, Poli Bedah Saraf, Poli Bedah Tulang, Poli Bedah Plastik, Poli Bedah Urologi, Poli Saraf, dan Poli Rehabilitasi Medis.
- c. Gedung IGD 24 jam
- d. Gedung Hemodialisa

- e. Sarana penunjang diagnostik: X-ray, Ultrasonografi, Laboratorium, Elektrokardiografi, Endoskopi THT, Audiometri
- f. Ruang Instalasi Farmasi
- g. Ruang Operasi
- h. Ruang Bersalin

3.6 Fasilitas Pelayanan

Fasilitas pelayanan yang tersedia di RSUD Dharma Yadnya:

1. Pelayanan Medis

a. Rawat jalan

- Instalasi Gawat Darurat
- Poliklinik Umum
- Poliklinik Gigi
- Poliklinik Dokter Spesialis
- Kamar Bersalin
- Kamar Operasi
- Ruang Hemodialisa

b. Rawat Inap

- Paviliun (VIP A) sebanyak 2 unit
- Kelas VIP B sebanyak 7 unit
- Kelas I sebanyak 7 kamar perawatan
- Kelas II dengan 6 kamar perawatan dengan 12 tempat tidur
- Kelas III sebanyak 6 unit dengan 18 tempat tidur pasien
- Ruang Perinatologi dengan 1 kamar perawatan dengan fasilitas 4 Box Bayi, 1 Inkubator, dan 1 Unit Fototerapi.
- *Intensive Care Unit* dengan 3 tempat tidur pasien

2. Pelayanan penunjang

- Laboratorium

- Radiologi: Rontgen, USG
- Instalasi Farmasi

3.7 Ketenagaan

Tabel 3.1 Ketenagaan Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011

No	Keterangan	Jumlah
1	Dokter : <ul style="list-style-type: none"> • Dokter Umum Purna waktu • Dokter Umum Paruh waktu • Dokter Gigi Purna Waktu • Dokter Spesialis Paruh Waktu 	5 2 1 31
2	Direktur, Kepala Bagian,dan Kepala Seksi	22
3	Keuangan <ul style="list-style-type: none"> • Keuangan • Kasir 	7 6
4	Pengembangan rumah sakit : <ul style="list-style-type: none"> • Marketing 	2
5	Perawat	58
6	Bidan	8
7	Penunjang Medis : <ul style="list-style-type: none"> • Farmasi • Laboratorium • Radiologi • Rekam Medik 	10 5 5 2
8	Personalia dan Umum : <ul style="list-style-type: none"> • Gizi • Rumah Tangga • Sopir • Laundry • Sekretaris • Personalia 	6 8 5 4 1 1
	Total	189

Sumber: Data SDM Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011.

Dari tabel ketenagaan tersebut, diketahui dari 189 jumlah karyawan di RSU Dharma Yadnya, komposisinya terdiri dari paramedis keperawatan sebanyak 66 orang, paramedis non keperawatan sebanyak 47 orang, medis sebanyak 39 orang dan non medis sebanyak 37 orang.

Tabel 3.2 Tenaga Kefarmasian

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Sekolah Menengah Farmasi (SMF)	8
2	Apoteker	2

Sumber: Data SDM Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011.

Dari tabel tersebut diketahui komposisi tenaga kefarmasian, terdiri dari dua orang apoteker dan 8 orang asisten apoteker lulusan Sekolah Menengah Farmasi.

3.8 Kinerja Pelayanan

Tabel 3.3 Kinerja Pelayanan

No	Indikator Kinerja	2010	2011
1	Pelayanan Rawat Inap :	2.096 Org	1.445 Org
	a. BOR (Pemanfaatan Tempat Tidur)	36,02 %	23,87 %
	b. LOS (lama masa perawatan)	4 hari	3 hari
	c. TOI (penggantian Interval)	6 hari	9 hari
	d. BTO (Perputaran tempat Tidur)	42 kali	28 kali
	e. GDR (Kematian Umum)	17/1000	18/1000
	f. NDR (Kematian Bersih)	14/1000	9/1000
2	Pelayanan Gawat Darurat	10.261	9.132
3	Kunjungan Rawat Jalan	17.099	17.829

Sumber: Laporan Rekam Medis RSU Dharma Yadnya Tahun 2011.

Dari tabel indikator kinerja pelayanan tersebut, diketahui BOR atau tingkat pemanfaatan tempat tidur tahun 2010-2011 mengalami penurunan yang signifikan yaitu sebesar 12 %, lama hari rawat rata-rata 3-4 hari, dan perputaran tempat tidur menurun di tahun 2011 sebesar 33 %. Pelayanan gawat darurat menurun dari tahun 2010 rata-rata per hari 28,11 menjadi 25,01 pada tahun 2011. Kunjungan

rawat jalan meningkat dari tahun 2010 rata-rata per hari 77,7 menjadi 81,04 per hari pada tahun 2011.

Tabel 3.4 Rata-rata Jumlah Pasien Rawat Jalan per bulan dan Rata-rata Jumlah Hari Rawat per bulan di RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011

Bulan	Jumlah Pasien Rawat Jalan per bulan	Jumlah Hari Rawat per bulan
Januari	2.379	605
Februari	2.023	526
Maret	2.195	399
April	2.067	357
Mei	2.332	310
Juni	2.160	275
Juli	2.226	249
Agustus	2.305	275
September	2.190	291
Oktober	2.278	331
November	2.352	392
Desember	1.954	348

Sumber: Laporan Rekam Medis RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011.

Dari tabel tersebut, terhitung rata-rata setiap bulan, ada 2205 pasien rawat jalan di RSUD Dharma Yadnya, dan rata-rata jumlah hari rawat setiap bulan ada 363 hari.

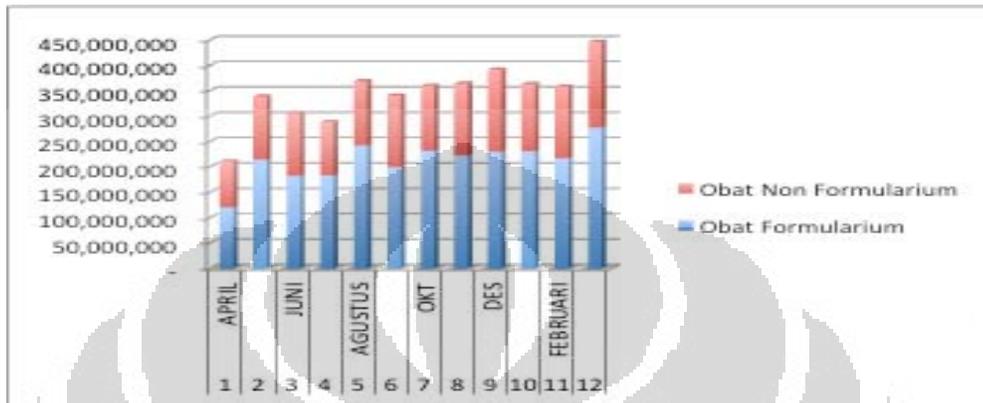
3.9 Kinerja Farmasi

Tabel 3.5 Jumlah R/ Resep yang Terlayani di RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011

No	Bulan	Jumlah R/ Resep
1.	Januari	3153
2.	Februari	3123
3.	Maret	3094
4.	April	3178
5.	Mei	3205
6.	Juni	3235
7.	Juli	3198
8.	Agustus	3137
9.	September	3288
10.	Oktober	3365
11.	November	3182
12.	Desember	3369

Sumber : Laporan bulanan IFRS RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011.

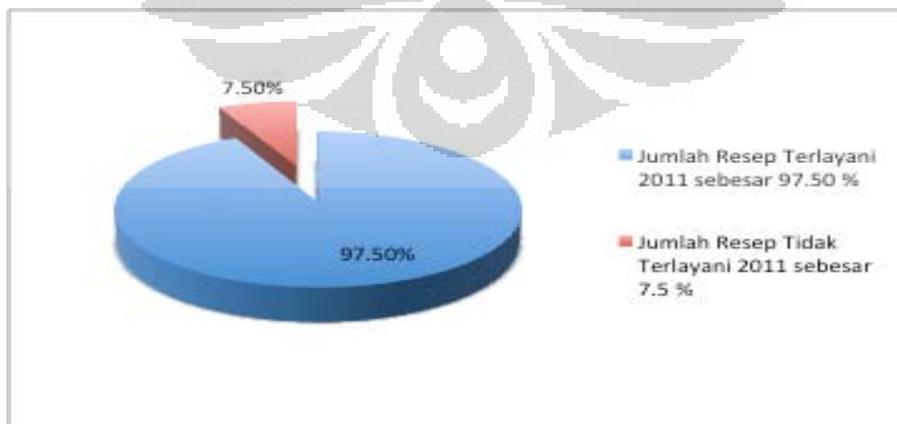
Dari tabel tersebut, terhitung rata-rata setiap bulan, ada 3210R/dari resep yang terlayani dari unit rawat jalan dan rawat inap.



Gambar 3.1 Grafik Batang Pembelian Obat Formularium dan Non Formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya sejak Bulan April Tahun 2011-Bulan Maret tahun 2012

Sumber: Laporan bulanan IFRS RSU Dharma Yadnya “telah diolah kembali”

Dari grafik tersebut menunjukkan masih tingginya pembelian obat nonformularium. Lebih dari sepertiga anggaran pembelian obat digunakan untuk membeli obat non formularium, yang seharusnya tidak perlu ada. Akan lebih efisien lagi bila sepertiga anggaran tersebut dipergunakan untuk pembelian obat formularium.



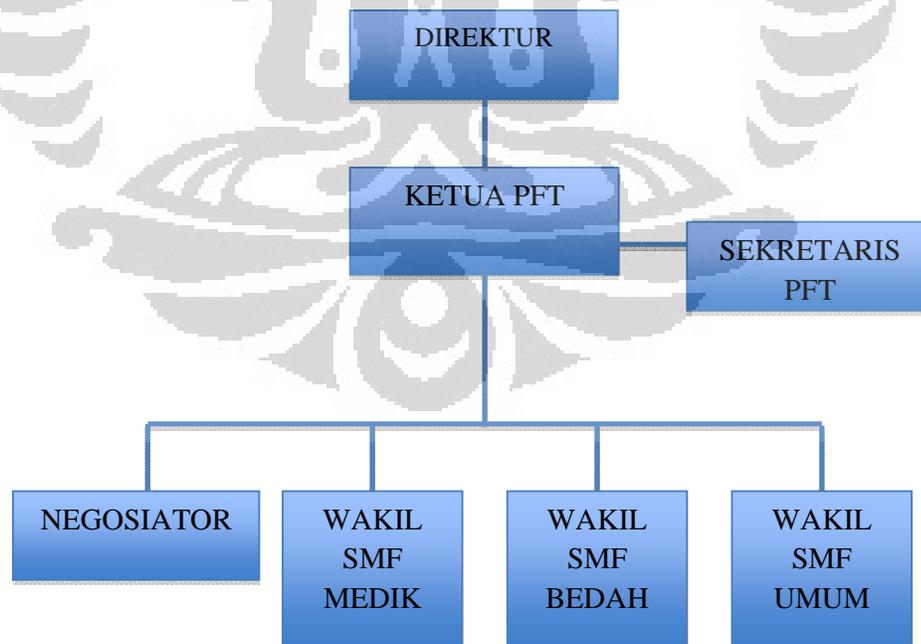
Gambar 3.2 Pie Chart Jumlah Resep yang Terlayani di Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya tahun 2011

Sumber: Laporan IFRS RSUD Dharma Yadnya Tahun 2011

Gambar tersebut menunjukkan bahwa mayoritas resep dilayani di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya sebesar 97,5 %, namun tidak sedikit resep yang tidak terlayani dan diambil di luar rumah sakit yaitu sebesar 7,5 %.

3.10 Gambaran Umum Formularium

Sistem Formularium yang baru pertama kalinya diterapkan ini, diawali pada saat rapat pembentukan Komite Medik pada bulan Maret 2011. Dimanadalam rapat ini Ketua Komite Medik yang terpilih, juga memilih Ketua PFT. Ketua PFT melanjutkan dengan rapat formularium, yang dihadiri seluruh dokter yang bekerja di RSUD Dharma Yadnya. Dengan tujuan untuk meminta kesepakatan dan komitmen seluruh dokter agar membantu pelaksanaan formularium. Kemudian ditentukan PFT dengan susunan Ketua, sekretaris, negosiator, dan anggotanya adalah perwakilan SMF Medik, SMF Bedah dan SMF Umum.



Gambar 3.3 Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011

Sumber: SK Penetapan PFT Tahun 2011 “telah diolah kembali”

Adapun prinsip-prinsip formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya yaitu:

1. Dalam pelaksanaan Subkomite Farmasi dan Terapi bekerjasama dengan Instalasi Farmasi membentuk PFT.
2. Komitmen para dokter terhadap RSU Dharma Yadnya melalui formularium diwujudkan dengan cara yaitu: dokter wajib meresepkan obat sesuai dengan daftar formularium yang telah disepakati, dan bila dokter meresepkan obat di luar daftar Formularium, Instalasi Farmasi berhak mengganti dengan obat yang kandungan generiknya sama dengan obat dalam daftar, dengan terlebih dahulu menghubungi dokter yang bersangkutan.
3. Setiap jenis obat disediakan generiknya.
4. Untuk obat-obatan spesifik yang tidak dimiliki oleh tiga rekanan utama, tetap akan disediakan dari prinsipal farmasi tambahan.
5. Menentukan hanya tiga farmasi yang akan dijadikan rekanan utama, yang diperoleh dari usulan dokter spesialis, dan dokter umum. Penentuan tiga farmasi dilakukan melalui *voting* oleh dokter spesialis, dan dokter umum yang hadir dengan melingkari tiga dari daftar 12 nama Farmasi, yang terbanyak digunakan sebelumnya di rumah sakit. Dari pilihan terbanyak akan diperoleh tiga farmasi yang akan menjadi rekanan utama.
6. Negosiasi dengan pihak farmasi dilakukan oleh negosiator PFT setelah tiga rekanan farmasi terpilih, untuk meningkatkan nilai tawar Direksi

BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1 Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka, diperoleh beberapa teori pembuatan formularium sebagai berikut:

4.1.1 Teori pembuatan formularium Savelli

Savelli (1996) menjabarkan tahapan dan langkah membuat sebuah sistem formularium:

1. Tahap administratif yaitu memperkenalkan konsep sistem formularium dan mendapatkan dukungan, membuat PFT, dan membuat kebijakan, dan prosedur terkait dengan formularium.
2. Tahap pembuatan daftar obat formularium, yaitu memilih klasifikasi terapeutik, mengumpulkan data mengenai pola penggunaan obat saat ini, menganalisis morbiditas dan pola penggunaan obat, melakukan pengelompokan obat, mendapatkan persetujuan daftar formularium, sampai dengan mensosialisasikan masyarakat rumah sakit mengenai kebijakan dan prosedur penggunaan obat non formularium, penambahan dan pemusnahan dari daftar formularium dan juga mengenai substitusi generik, dan substitusi terapeutik.

4.1.2 Teori pembuatan formularium WHO(2004)

Langkah-langkah pembuatan formularium adalah:

1. Memprioritaskan sebuah daftar penyakit yang biasanya dirawat di rumah sakit, dan menentukan pengobatan utama untuk setiap penyakit.
2. Membuat Draft Daftar Obat, meminta pendapat, dan membuat daftar formularium akhir.
3. Membuat kebijakan dan pedoman untuk penerapannya.
4. Memberikan edukasi pada staf mengenai Daftar Formularium, dan memonitor penerapannya.

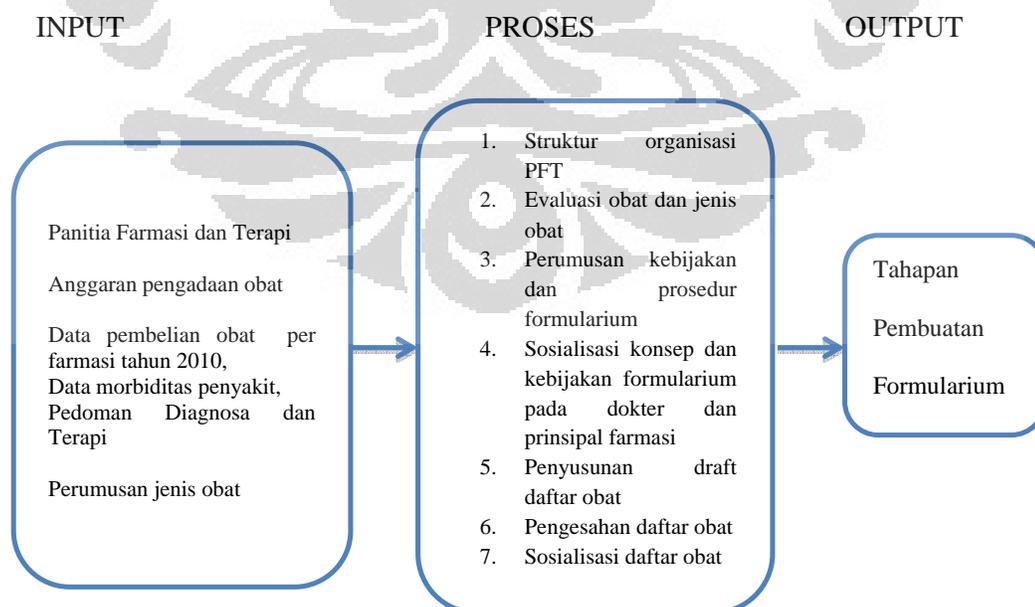
4.1.3 Teori pembuatan formularium Kunders (2004)

Langkah-langkah pembuatan formularium yaitu:

1. Menunjuk PFT yang terdiri dari staf medis, yaitu: dokter, farmasis, dan perwakilan manajemen.
2. Menggariskan tujuan, organisasi, fungsi dan lingkup PFT, dan membuat metode untuk mengevaluasi obat.
3. Mempublikasikan obat dalam Daftar Formularium secara rutin.
4. Membuat prosedur untuk merevisi daftar formularium.

4.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan pertimbangan dari semua dasar teori tersebut, dan pertimbangan dari pembandingan yaitu dari proses pembuatan formularium di Rumah Sakit "JIH", diketahui ada beberapa tahapan proses pembuatan formularium. Proses pembuatan formularium yaitu: membentuk struktur organisasi PFT, evaluasi obat dan jenis obat, membuat kebijakan dan prosedur terkait dengan formularium, sosialisasi konsep dan kebijakan formularium, penyusunan draft daftar obat, pengesahan daftar obat formularium, sampai dengan sosialisasi masyarakat rumah sakit mengenai Daftar Obat Formularium. Sehingga dibuatlah kerangka konsep sebagai berikut :



4.3 Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR
1.	Struktur organisasi PFT	Panitia Farmasi dan Terapi adalah suatu badan yang terdiri dari dokter, farmasis dan staf medis profesional, yang menjalankan sistem formularium, membentuk dan memelihara formularium, dan membuat serta menerapkan kebijakan penggunaan obat.	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara
2.	Evaluasi obat dan jenis obat	PFT mengumpulkan dan menganalisis data pola penggunaan obat, dan morbiditas serta melakukan pengelompokan jenis obat	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara
3.	Perumusan kebijakan dan prosedur formularium	Perumusan kebijakan dan prosedur formularium yang dibuat oleh PFT, yang nantinya disahkan oleh Direktur RS, sehingga PFT mendapatkan wewenang untuk menerapkan keputusan, dan mendapatkan kepatuhan dari seluruh staf medik.	Telaah dokumen WM	Check list Pedoman wawancara
4.	Sosialisasi konsep dan kebijakan formularium pada dokter dan prinsipal farmasi	Memperkenalkan konsep sistem formularium, yaitu suatu metode untuk mengevaluasi dan menseleksi produk obat yang tepat ke dalam formularium institusi pelayanan kesehatan, sehingga diperoleh obat yang berkualitas tinggi dengan biaya yang efektif. Serta memperkenalkan kebijakan dan prosedur yang sudah dibuat terkait formularium.	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara
5.	Penyusunan draft daftar obat formularium	Draft daftar obat disusun dengan mempertimbangkan usulan dari dokter dan prinsipal farmasi	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara

6.	Pengesahan daftar obat formularium	Draft daftar obat formularium yang telah dibuat oleh PFT, mendapatkan pengesahan dari Direktur rumah sakit.	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara
7.	Sosialisasi Daftar obat formularium	Sosialisasi kepada masyarakat rumah sakit mengenai isi dari daftar obat formularium.	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara
8.	Tahapan Pembuatan Formularium	Tahapan pembuatan terjadinya dokumen kumpulan obat dan informasi berkaitan, yang dipertimbangkan oleh staf profesional di rumah sakit itu, sebagai yang paling berguna dalam perawatan penderita	Telaah dokumen WM	Checklist Pedoman wawancara

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini mempergunakan desain penelitian kualitatif. Ada dua alasan dipilihnya desain kualitatif dalam penelitian ini, yaitu oleh karena alasan konseptual, dan alasan praktis. Alasan konseptual karena penelitian kualitatif menggali informasi secara mendalam, sehingga penelitian kualitatif dapat memberikan pemahaman mendalam mengenai pembuatan formularium di RSUD Dharma Yadnya. Sehingga setelah memperoleh pemahaman mendalam mengenai tahapan pembuatan formularium, dapat segera diaplikasikan dalam rumah sakit. Sedangkan alasan praktisnya yaitu penelitian ini memakan waktu yang singkat, biaya penelitian yang lebih murah, dan selama penelitian berlangsung rancangan penelitian dapat dimodifikasi.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Direksi, di ruang Komite Medik, di Poliklinik Spesialis, di Unit Farmasi, di ruang tunggu rumah sakit sejak 15 April sampai dengan 15 Mei 2012.

5.3 Informan penelitian dan kriteria

5.3.1 Informan penelitian

Informan dalam penelitian kualitatif ditetapkan secara *purposive* untuk memenuhi prinsip *adequacy* dan *appropriateness*. Proses pembuatan formularium melibatkan berbagai pihak sehingga sebagai informan penelitian melibatkan: 2 orang dari Direksi, 1 orang dari Komite Medik, 1 orang dokter spesialis penulis resep, 1 orang kepala unit farmasi, 1 orang asisten apoteker, dan 2 orang perwakilan perusahaan farmasi (PPF).

5.3.2 Kriteria informan

5.3.2.1 Direksi, dengan kriteria:

- a. Bekerja di RSUD Dharma Yadnya
- b. Terkait dengan formularium

5.3.2.2 Komite Medik, dengan kriteria:

- a. Bekerja di RSUD Dharma Yadnya
- b. Terkait dengan formularium

5.3.2.3 Dokter spesialis penulis resep, dengan kriteria:

- a. Mempunyai SIP di RSUD Dharma Yadnya
- b. Dokter spesialis yang praktek di Poliklinik Spesialis

5.3.2.4 Kepala unit farmasi, dengan kriteria :

- a. Bekerja di RSUD Dharma Yadnya
- b. Terkait dengan formularium

5.3.2.5 Perwakilan perusahaan farmasi, dengan kriteria:

- a. Bekerja melakukan *detailing* obat di RSUD Dharma Yadnya
- b. Terkait formularium

5.3.2.6 Asisten apoteker, dengan kriteria

- a. Bekerja di RSUD Dharma Yadnya
- b. Terkait formularium

5.4 Pengumpulan Data

5.4.1 Sumber Data

Sumber data penelitian ini berupa data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti melalui wawancara mendalam. Sedangkan data sekunder berasal dari telaah dokumen, dan observasi lapangan yang berhubungan dengan proses pembuatan formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya, Denpasar.

5.4.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang dipergunakan yaitu pedoman wawancara, alat pencatat, *tape recorder*, dan lembar *checklist* dari dokumen yang berhubungan dengan pembuatan formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya, Denpasar.

5.4.3 Metode Pengambilan Data

Dilakukan dengan cara wawancara mendalam terhadap informan, kemudian telaah dokumen, dan observasi lapangan. Wawancara mendalam dilakukan dengan dibantu dengan menggunakan pedoman wawancara, direkam, dan dicatat.

5.5 Upaya menjaga validitas data

Untuk menjaga validitas data, dipergunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dengan melakukan *crosscheck* data yang disampaikan oleh informan. Triangulasi metode yang dilakukan dengan memperoleh data dari sumber yang sama dengan wawancara mendalam dengan telaah dokumen. Dalam penelitian ini triangulasi sumber yaitu *crosscheck* keterangan dari kabid penunjang medis, sekretaris PFT, kepala unit farmasi, dokter spesialis, kabid pelayanan medis, asisten apoteker, dan PPF. Triangulasi metode di samping wawancara mendalam juga dilakukan telaah dokumen.

5.6 Pengolahan dan Analisis Data

5.6.1 Pengolahan Data

Ada lima langkah untuk mengolah data yaitu: pertama hasil wawancara mendalam dibuat dalam bentuk transkrip hasil wawancara mendalam, kedua transkrip hasil wawancara mendalam dikelompokkan ke dalam *folder* pertanyaan dan *folder* informan untuk memudahkan, ketiga dilakukan reduksi data dengan cara membuat rangkuman inti, dan menjaga agar pernyataan yang perlu tetap ada di dalamnya, keempat data disajikan dalam bentuk matriks penelitian, dan yang terakhir data diinterpretasikan sesuai dengan tahapan proses yang diteliti.

5.6.2 Analisis Data

Hasil wawancara mendalam diolah dan dianalisis dengan melihat kesamaan dan perbedaan isi materi yang disampaikan informan. Kemudian dilakukan reduksi data, yaitu proses menseleksi, mempertajam, menyederhanakan atau melakukan transformasi dari data kasar menjadi informasi yang lebih terarah, pemaparan penyajian informasi secara terorganisasi, sehingga dapat mengarah pada satu kesimpulan.

5.7 Langkah-langkah Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menghadap Direktur Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya, untuk minta ijin melakukan penelitian, oleh karena dalam penelitian ini diperlukan wawancara mendalam dengan beberapa informan, begitu juga dengan telaah dokumen yang berkaitan dengan pembuatan formularium. Peneliti melampirkan surat resmi dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Proses penelitian ini dilakukan sejak 15 April sampai dengan 15 Mei 2012. Proses wawancara dilakukan sesuai dengan waktu dan keberadaan informan. Selain itu dilakukan juga pengambilan data sekunder di Ruang Komite Medik.

5.8. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini keterbatasan-keterbatasan penelitian yang dialami. Dalam proses pengambilan data kinerja farmasi yaitu jumlah resep yang terlayani, peneliti mendapatkan pencatatan dan pelaporan resep yang terlayani di unit rawat jalan dan unit rawat inap tidak dipisahkan, sehingga tidak dapat dibedakan jumlah resep yang terlayani di unit rawat inap dan unit rawat jalan. Begitu juga dalam proses pengambilan data anggaran pengadaan obat, ditemukan bahwa rumah sakit tidak membuat rencana kerja anggaran untuk pengadaan obat.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi

PFT mendukung Direksi dalam manajemen obat dalam suatu sistem kesehatan. Organisasi PFT mewakili masukan dari berbagai segmen organisasi kesehatan. Oleh karena PFT sebagian besar mengatur apa yang akan diresepkan dokter, dan bagaimana farmasis mengatur perbekalan obat, sehingga para profesional ini akan menjadi suara yang signifikan dalam PFT.

6.1.1 Keberadaan Organisasi PFT dan Pengesahan PFT

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 2,3,4,5, didapatkan keterangan bahwa Panitia farmasi dan terapi ada di Rumah Sakit Dharma Yadnya. Dari informan 5 diperoleh keterangan bahwa: *“Ya panitia Farmasi dan Terapi sudah ada di rumah sakit Dharma Yadnya.”*

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 5, 6, didapatkan keterangan bahwa pembentukan PFT ini ada SK pembentukannya. Dan dari hasil telaah dokumen, dapat dilihat SK susunan keanggotaan subkomite medik RSUDY pada SK Direktur No. 30 / SK-DIR / RSDY / III / 2011 mengenai susunan keanggotaan Panitia Farmasi dan Terapi. Dari informan 4 diperoleh keterangan bahwa: *”SK ada, nanti saya tunjukkan Dok.”*

6.1.2 Keanggotaan PFT

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 5, didapatkan keterangan bahwa PFT dibentuk pada saat pembentukan Komite Medik yang baru. Dimana pada saat itu Ketua Komite medik yang baru memilih Ketua Panitia Farmasi dan Terapi. Kemudian Ketua PFT memilih memilih sekretaris PFT dan negosiator PFT.

Dari wawancara mendalam dengan informan 5, didapatkan keterangan bahwa Ketua PFT ditunjuk berdasarkan senioritas dan pengalamannya, untuk memimpin Panitia Farmasi dan Terapi *“setelah ketua medik itu terpilih, ketua komite medik itu lalu memilih ..menunjuk salah satu dokter spesialis yang dianggap senior dan dianggap berpengalaman untuk memimpin Panitia Farmasi dan terapi.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, didapatkan keterangan bahwa sekretaris PFT ada tiga, yaitu apoteker, dokter, dan staf bagian keuangan.

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 5, 7, diperoleh keterangan bahwa negosiator PFT adalah dokter spesialis. Menurut informan 3 *“juga menetapkan negosiator 2 orang dokter spesialis.”* Dan menurut informan 5 *“dan juga memilih sekretaris dan dua orang negosiator teman sejawat dokter spesialis.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 4, dan 6, didapatkan keterangan bahwa anggota PFT terdiri dari perwakilan SMF-SMF. Menurut informan 4 *“sebagai ketua PFT ditunjuk Prof yang dibantu oleh tiga orang sekretaris, yaitu seorang apoteker, seorang dokter dan saya sendiri dari bagian Keuangan. PFT dilengkapi dengan dua orang negosiator, dua orang dokter spesialis, anggotanya adalah perwakilan SMF-SMF.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 3, diperoleh keterangan bahwa pada saat pembentukan Komite medik itu, juga ada rencana penerapan formularium yang pertama kalinya di Rumah Sakit Dharma Yadnya. Didapatkan juga keterangan bahwa salah satu sekretaris PFT adalah apoteker baru di Rumah Sakit Dharma Yadnya yaitu: *“Begini tahun 2011 itu ada perubahan kepengurusan Komite Medik, sekaligus ada rencana penerapan formularium di rumah sakit, dan ini adalah formularium yang pertama kalinya kita terapkan di rumah sakit. Ketua Komite medik yang terpilih saat itu kemudian memilih Ketua Subkomite Farmasi dan Terapi. Nah beliau lah yang kemudian membentuk Panitia farmasi dan terapi, dengan memilih 3 sekretaris PFT yaitu apoteker, apoteker*

kita yang baru, dokter dan staf dari bagian keuangan. Juga menetapkan negosiator 2 orang dokter spesialis.”

6.2 Evaluasi Obat dan Jenis Obat

Setelah struktur organisasi PFT terbentuk, tugas PFT selanjutnya dalam pembuatan formularium adalah melakukan evaluasi obat dan jenis obat.

6.2.1 Keberadaan Pelaporan Pembelian Obat, Pola Morbiditas, dan PDT

Dari telaah dokumen, dan dari wawancara mendalam dengan informan 3, 4, 6, didapatkan keterangan bahwa pelaporan mengenai pembelian obat, pola morbiditas, dan pedoman diagnosa dan terapi itu ada di rumah sakit.

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 7, didapatkan keterangan bahwa pencatatan dan pelaporan pembelian obat ada di rumah sakit. Dari informan 2 diperoleh keterangan bahwa, setiap faktur yang datang dicatat di komputer dan buku faktur, biasanya laporan ini dicetak dan diserahkan ke bagian keuangan: *“kalau pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat di rsu dharma yadnya ada, setiap faktur yang datang dicatat di komputer dan buku faktur, biasanya laporan ini di print dan diserahkan ke bagian keuangan.”*

6.2.2 Cara Melakukan Evaluasi Obat dan Jenis Obat

Dari telaah dokumen dan wawancara mendalam dengan informan 2, 3, dan 4, didapatkan keterangan bahwa Panitia Farmasi dan Terapinya menggunakan laporan pembelian obat selama tahun 2010 untuk evaluasi obat dalam rangka formularium. Dimana laporan pembelian obat ini disusun berdasarkan jumlah pembelian ke setiap prinsipal farmasi selama setahun. Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, 7, PFT hanya menggunakan 12 prinsipal farmasi terbanyak yang dipergunakan oleh dokter saja, sebagai dasar bagi para dokter untuk memberikan usulan.

Dari wawancara mendalam dengan informan 4 didapatkan keterangan bahwa laporan pembelian obat dipergunakan untuk evaluasi obat hanya untuk memudahkan saja, *“tetapi PFT hanya menggunakan laporan pembelian obat*

selama tahun 2010. Agar memudahkan saja ya, sehingga yang dipakai hanya laporan pembelian obat saja.”

6.3 Perumusan Kebijakan dan Prosedur Formularium

Langkah selanjutnya adalah perumusan kebijakan dan prosedur yang mendapatkan dukungan sepenuhnya dari pimpinan rumah sakit, sehingga PFT punya kewenangan penuh untuk membuat dan menerapkan keputusan, dan meminta kepatuhan dari staf medis.

6.3.1 Keberadaan Kebijakan dan Prosedur Formularium

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, dan 6 didapatkan keterangan bahwa tidak ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium. Dikatakan bahwa ada prinsip-prinsip formularium yang dibicarakan pada saat rapat formularium, yang juga tertuang dalam notulen rapat. Dari wawancara mendalam dengan informan 3, diperoleh keterangan bahwa prinsip-prinsip formularium ini belum di SK kan karena kekurangtahuan Direksi bahwa seharusnya dibuatkan SK, *”Dan ini saya rasa belum di SK kan dan mungkin karena kekurangtahuan kami mengenai hal ini, bahwa seharusnya di SK kan.”*

Dari telaah dokumen berupa notulen rapat formularium dan wawancara mendalam dengan informan 3, didapatkan keterangan bahwa dalam prinsip-prinsip formularium dijelaskan mengenai pembentukan PFT, bentuk komitmen dokter terhadap formularium adalah dengan meresepkan obat sesuai daftar formularium, pembatasan bahwa tiga prinsipal farmasi saja yang dipergunakan yang diperoleh dari usulan dokter spesialis, dan setara generik, *“Kebijakan dan prosedur mengenai formularium tidak ada, tidak ada SK. Yang ada itu prinsip-prinsip formularium misalnya mengenai bentuk komitmen dokter terhadap formularium, mengenai pembatasan 3 farmasi saja yang akan kita pergunakan, mengenai setara generik, dan yang lainnya. Semuanya ada dalam notulen rapat formularium. Nanti bisa dibaca itu “.*

6.3.2 Yang Berperan dalam Pembuatan Prinsip-Prinsip Formularium

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, yang berperan dalam pembuatan prinsip-prinsip formularium ini adalah Ketua PFT karena mempunyai pengalaman formularium di rumah sakit lainnya. Dari informan 6 diperoleh keterangan bahwa, *“dalam hal ini karena kita masih belajar, yaitu yang paling banyak berperan adalah Ketua PFT yang mengusulkan beberapa prinsip-prinsip dalam formularium.”* Sedangkan dari wawancara mendalam dengan informan 3 diperoleh keterangan bahwa: *“Yang menyusun draft kebijakan nya adalah Ketua PFT, karena beliau adalah mantan direktur di RS lain dan sudah pernah membuat formularium.. Sedangkan Formularium kami baru pertama kalinya kami terapkan di Rumah Sakit Dharma Yadnya.”*

6.3.3 Pembuatan Draft Kebijakan sampai Disetujui Direksi

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, prinsip-prinsip formularium ini kemudian disampaikan dalam rapat formularium kepada dokter dan Direksi. Sehingga akhirnya tercapai kesepakatan bersama antara Direksi, PFT dan dokter mengenai prinsip-prinsip formularium yang akan diterapkan di rumah sakit. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 4 diperoleh keterangan *“Ketua PFT membuat prinsip-prinsip formularium itu, lalu pada saat rapat formularium yang dihadiri oleh manajemen dan Dokter, prinsip-prinsip tersebut disampaikan. Dan ketiga pihak ini sepakat untuk menjalankan prinsip-prinsip formularium tersebut.”* Sedangkan dari hasil wawancara dengan informan 3 diperoleh keterangan bahwa: *“Memang dalam rapat itu digunakan sebagai kesempatan untuk mencapai kesepakatan antara user, PFT dan Direksi. Dan saat rapat memang tujuannya agar tercapai kesepakatan antara Direksi, PFT dan user, dan semuanya menyetujui prinsip-prinsip formularium yang dibuat oleh Ketua PFT.”*

6.4 Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium Kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

Sosialisasi dimaksudkan untuk mendapatkan dukungan. Untuk memastikan suksesnya penerapan sistem formularium, PFT melakukan sosialisasi untuk mendapatkan dukungan dari staf medis dan manajemen.

6.4.1 Keberadaan Sosialisasi serta Cara Sosialisasi Konsep dan Kebijakan pada Dokter dan Prinsipal

Dari telaah dokumen berupa notulen rapat formularium, dan wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 5, 6, didapatkan keterangan bahwa prinsip formularium dijelaskan kepada dokter-dokter oleh Ketua PFT dalam rapat formularium. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 3 diperoleh keterangan bahwa: *“Dalam rapat formularium, ketua PFT yang menjelaskan mengenai prinsip-prinsip formularium yang akan diterapkan di RS.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 5, diperoleh keterangan bahwa seluruh dokter spesialis yang hadir membuat suatu kesepakatan terhadap kebijakan yang akan diterapkan: *“dan kemudian pada saat rapat itu kita, seluruh dokter spesialis yang hadir membuat suatu kesepakatan terhadap kebijakan yang akan diterapkan.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 1, 3, 4, 6, didapatkan keterangan bahwa prinsip formularium dijelaskan kepada prinsipal farmasi oleh PFT dan manajemen. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan 3 diperoleh keterangan bahwa: *“Kalau sosialisasinya, sosialisasi ke prinsipal, itu diberikan oleh PFT, dan dihadiri oleh Direksi.”*

6.4.2 Keberadaan Notulen sosialisasi

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 5, dan 6 diperoleh keterangan bahwa ada notulen rapat sosialisasi kepada dokter dan prinsipal farmasi. Dan dari wawancara mendalam dengan informan 3 diperoleh keterangan bahwa: *“Sosialisasi kepada dokter dan ke prinsipal farmasi ada notulennya. Ya, nanti bisa dilihat.”*

6.4.3 Penjelasan yang Penting bagi Prinsipal Farmasi

Dari wawancara mendalam dengan informan 1, 8, didapatkan keterangan bahwa kebijakan yang penting bagi prinsipal farmasi adalah bahwa hanya tiga farmasi yang dipergunakan di rumah sakit Dharma Yadnya, pemilihan produknya berdasarkan “*all product*”, dan bila ada produk yang sangat spesifik dan tidak dimiliki oleh tiga farmasi ini, dapat disediakan oleh pihak rumah sakit. Keterangan dari informan 8 yaitu: *“Poin-poin yang dijelaskan yaitu ada pertama, pada prinsipnya ya “all product” Dok, terus ada tiga farmasi utama yang akan terpilih, dan kalau ada obat-obatan yang tidak dimiliki oleh ketiga farmasi ini maka boleh dicarikan ke farmasi lain. Dimana sistem kerjasamanya berlaku selama 1 tahun Dokter.”*

6.5 Penyusunan Draft Daftar Obat Formularium

Pada tahap ini, PFT akan menyusun draft daftar formularium akan dibuat, sebelum mendapatkan persetujuan dari Direksi.

6.5.1 Usulan untuk Penyusunan Draft Daftar Obat dan Cara Memberikan Usulan

Dari telaah dokumen berupa notulen rapat formularium, dan wawancara mendalam dengan informan 1, 2, 3, 4, 5, 6, diperoleh keterangan bahwa yang memberikan masukan untuk daftar obat formularium adalah *user* yaitu dokter spesialis dan dokter umum, serta prinsipal farmasi. PFT mengundang dokter spesialis dan dokter umum untuk rapat formularium. Dalam rapat, dokter-dokter ini memilih atau melingkari tiga farmasi saja dari 12 farmasi pada blanko usulan. Kemudian hasil pemilihan tersebut dibuat daftar tabulasi sampai didapatkan tiga nama prinsipal farmasi utama. Dan dari wawancara mendalam dengan sekretaris PFT didapatkan keterangan bahwa blanko pemilihan tiga prinsipal tersebut masih tersedia dan dapat dilihat, dan dari telaah dokumen sekumpulan blanko usulan dokter terlihat ada nama 12 besar farmasi yang dilingkari tiga buah, dengan nama dan tanda tangan dokter yang memilih.

Dari telaah dokumen notulen rapat dengan prinsipal farmasi dan wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, didapatkan keterangan bahwa tiga prinsipal farmasi yang terpilih diundang oleh PFT dan membicarakan rencana kerjasama formularium.

Dari wawancara mendalam dengan informan 1, diperoleh keterangan bahwa prinsipal farmasi diminta untuk membuat daftar produk lengkap yang akan diajukan ke PFT: *“Dari prinsipal farmasi sendiri, kami diminta untuk membuat list produk yang lengkap yang akan diajukan ke PFT, Dok.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 8, diperoleh keterangan bahwa prinsipal farmasi yang terpilih ini diundang oleh PFT untuk membicarakan kesiapan untuk bekerjasama: *“yaitu kami dijelaskan, dan pada saat itu ditanyakan kesiapan kami untuk bekerjasama sesuai dengan poin-poin yang sudah disebutkan oleh negosiator, dalam hal ini pihak Farmasi dan Terapi.”*

Sedangkan dari wawancara mendalam dengan informan 2, diperoleh keterangan bahwa tiga besar prinsipal farmasi yang terpilih ini dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi, yang dilakukan oleh negosiator PFT, dihadiri juga oleh anggota PFT yang lain, dan direksi: *“Kemudian hasil pemilihan tersebut dihitung sampai didapatkan 3 farmasi utama, yang kemudian kita undang untuk negosiasi. Negosiasi ini dilakukan oleh negosiator PFT dihadiri juga oleh anggota PFT yang lain, dan direksi. Diharapkan 3 besar farmasi yg kita ajak kerjasama ini dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi.”*

6.5.2 Cara Melakukan Seleksi terhadap Usulan Dokter dan Prinsipal

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4,6, diperoleh keterangan bahwa usulan dokter dan usulan prinsipal farmasi dipertimbangkan oleh Direksi dan PFT. Kemudian dari wawancara mendalam dengan informan 4 diperoleh keterangan bahwa setelah masukan dokter, dan prinsipal farmasi dipertimbangkan kemudian diputuskan untuk bekerjasama dengan prinsipal yang terpilih: *“Masukan dari dokter dan dari prinsipal dipertimbangkan, lalu diputuskan untuk bekerjasama dengan prinsipal yang terpilih. Yang*

mempertimbangkan masukan dan usulan tersebut adalah pihak manajemen dan PFT.”

6.6 Pengesahan Daftar Obat Formularium

Draft daftar obat yang disusun oleh PFT, selanjutnya diserahkan kepada Direksi untuk mendapatkan pengesahan, yang berbentuk SK pengesahan.

6.6.1 Langkah Selanjutnya Setelah Terbentuk Draft Daftar Obat

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 4,6, diperoleh keterangan bahwa setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, kemudian draft daftar obat ini diberikan kepada Direksi. Informan 2 mengatakan: *“Selanjutnya Draft daftar obat ini diberikan kepada Direksi”*, dan informan 4 mengatakan: *“Draft daftar obat diserahkan ke manajemen.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 3, dan 4, diperoleh keterangan bahwa Direktur mengeluarkan surat instruksi kepada semua dokter, agar daftar obat tersebut dipergunakan sebagai acuan dalam peresepan dokter di rumah sakit. Informan 3 mengatakan: *“Direksi mengeluarkan instruksi kepada semua user untuk menggunakan 3 besar farmasi tersebut dalam peresepannya di Rumah Sakit Dharma Yadnya, sedangkan informan 4 mengatakan: “kemudian Direktur mengeluarkan instruksi ke semua user dalam hal ini dokter, untuk menggunakan daftar obat itu sebagai acuan dalam penulisan resep.”*

Dari wawancara mendalam dengan informan 6, diperoleh keterangan bahwa Direksi mengeluarkan surat himbauan kepada dokter agar menggunakan obat dari 3 farmasi tersebut: *“Setelah selesai kemudian diajukan ke Direksi, kemudian Direksi baru mengeluarkan surat himbauan kepada dokter untuk dapat menggunakan daftar obat-obat dari tiga farmasi yang telah disepakati.”*

6.6.2 Persetujuan Direksi terhadap Draft Daftar Obat dalam bentuk SK

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4, 6, didapatkan keterangan bahwa persetujuan Direksi tidak ada dalam bentuk Surat Keputusan.

Dari wawancara mendalam dengan informan 3, dan 4, diperoleh keterangan bahwa formularium adalah sesuatu hal yang baru, dan pengetahuan dan pemahaman mengenai formularium masih kurang. Informan 3 mengatakan: *“Ya itulah, mungkin karena kekurangtahuan kami karena formularium obat adalah sesuatu yang baru di RS ini, jadi sepertinya masih banyak kekurangannya.”* Dan informan 4 mengatakan: *“Seperti yang tadi saya sampaikan, ini merupakan sesuatu yang baru. Jadi kami belum memahami apa-apa yang menjadi kelengkapan dalam proses formularium ini.”*

6.7 Sosialisasi Daftar Obat Formularium

Setelah daftar obat formularium disahkan oleh Direktur, tahap selanjutnya adalah PFT kembali melakukan sosialisasi mengenai isi dari daftar obat formularium yang telah disahkan kepada yang terkait dengan penggunaan obat di rumah sakit.

6.7.1 Keberadaan Sosialisasi dan Cara Sosialisasi Daftar Obat

Dari wawancara mendalam dengan informan 2, 3, 4,6, diperoleh keterangan bahwa penjelasan kepada dokter berupa surat tertulis, perawat diberikan penjelasan secara lisan ke unit terkait agar dokter-dokter diingatkan mengenai daftar obat formularium, kemudian apoteker dan asisten apoteker diberikan penjelasan saat rapat farmasi setiap minggu.

Dari wawancara mendalam dengan informan 5, didapatkan keterangan bahwa setelah diputuskan tiga prinsipal farmasi yang diajak bekerjasama berdasarkan semua pilihan dokter spesialis dan dokter umum yang bekerja di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya, kemudian daftar obat formularium tersebut disebarluaskan kepada seluruh dokter. Sehingga dirasakan tidak ada pemaksaan, karena itu merupakan pilihan dokter, sehingga dokter memang harus mengutamakan dan memanfaatkan produk mereka *“Setelah diputuskan 3 prinsipal farmasi yang diajak bekerjasama berdasarkan semua pilihan dokter spesialis dan dokter umum yang bekerja di rumah sakit umum dharma yadnya, kemudian dibuatlah daftar obat yang dipunyai oleh ketiga prinsipal farmasi tersebut, kemudian daftar obat itu disebarkan luaskan kepada seluruh dokter*

spesialis, dan juga dokter umum di IGD dan Poliklinik. Jadi tidak ada pemaksaan, karena itu adalah merupakan pilihan kita, kita yang memilih, artinya kalau konsekwensinya adalah kita akan memakai apapun yang ketiga prinsipal farmasi itu punya dalam praktek sehari-hari. Dan kita memang harus mengutamakan dan memanfaatkan produk mereka.

Dari wawancara mendalam dengan informan 3, dan 4, diperoleh keterangan bahwa penjelasan diberikan kepada tiga prinsipal farmasi yang terpilih saja. Dari informan 3, diperoleh keterangan: *“Sedangkan prinsipal farmasi, hanya dijelaskan pada ketiga farmasi yang akan diajak bekerjasama.”*

6.7.2 Yang Memberikan Sosialisasi Daftar Obat

Dan wawancara mendalam dengan informan 1, 3, 4, 8, diperoleh keterangan bahwa penjelasan diberikan kepada prinsipal farmasi oleh PFT dan Direksi. Dari informan 1, diperoleh keterangan mengenai kapan formularium tersebut mulai berlaku di Rumah Sakit Dharma Yadnya: *“Kalau pada kami dijelaskan dokter, setelah kami terpilih dalam tiga besar, kami dipanggil dan diberikan penjelasan oleh PFT mengenai kapan formularium itu mulai berlaku di RSDY.”*

Dari wawancara dengan informan 2, 3, 4, 6, diperoleh keterangan bahwa penjelasan kepada dokter diberikan oleh direktur berupa surat, perawat diberikan penjelasan oleh apoteker, dan asisten apoteker diberikan penjelasan oleh apoteker.

Dari wawancara mendalam dengan informan 5, diperoleh keterangan bahwa penjelasan kepada dokter diberikan berupa surat dari Direktur dilengkapi dengan daftar obat formularium. Dan dari telaah dokumen diperoleh surat instruksi Direktur kepada dokter serta daftar obat formularium yang akan dipergunakan: *“Penjelasannya mengenai daftar obat formularium secara detail tidak ada diberikan lagi secara face to face, baik dari pihak manajemen atau pihak Panitia Farmasi dan Terapi, tetapi penjelasan itu diberikan berupa surat dan daftar obat formularium yang dibagikan ke kita.”*

BAB 7

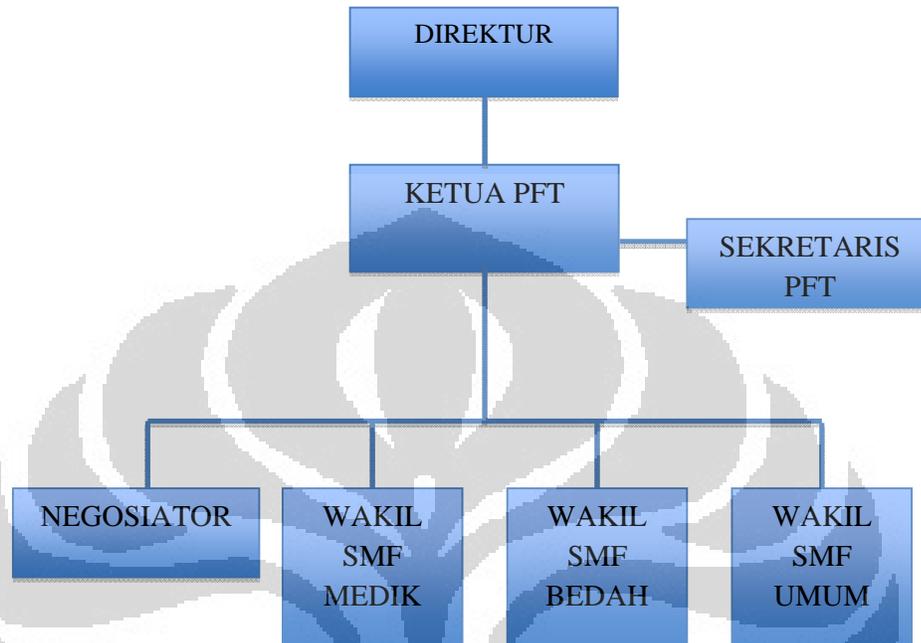
PEMBAHASAN

7.1 Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi

7.1.1 Keberadaan Struktur Organisasi PFT dan Pengesahan PFT

PFT adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur, yang dibutuhkan oleh rumah sakit untuk mengatur penggunaan obat di rumah sakit, yang terdiri dari dokter, farmasis, dan staf medis profesional lainnya, yang menjalankan sistem formularium, membentuk dan memelihara formularium, dan membuat serta menerapkan kebijakan mengenai obat. Struktur organisasi PFT sangat penting dalam pembuatan formularium di rumah sakit. Di RSUD Dharma Yadnya, organisasi PFT ada dibentuk pertama kalinya bulan Maret 2011. Pembentukan PFT ini ada SK pembentukannya, yaitu pada SK Direktur No. 30 / SK-DIR / RSDY / III / 2011 mengenai susunan keanggotaan Panitia Farmasi dan Terapi. Dengan adanya Panitia Farmasi dan Terapi, secara teoritis formularium tidak menjadi masalah. Tetapi kenyataannya hanya 60 % dokter yang menuliskan resep sesuai dengan formularium. Masih banyak terjadi persepan obat non formularium, baik itu obat yang biasa diresepkan oleh dokter tersebut, maupun berupa obat baru, sehingga biaya operasional obat belum efisien. Dan dari sudut pandang manajerial, ada 7,5 % resep-resep yang tidak terlayani di rumah sakit dan diambil di luar rumah sakit, terutama dari unit rawat jalan, dan ini tentunya merugikan rumah sakit. Kebijakan dan prosedur mengenai formularium belum ada SK-nya. Seleksi obat dari usulan dokter adalah usulan pribadi Dokter, tanpa melalui persetujuan ketua SMF, dan ini menunjukkan peran PFT masih lemah.

7.1.2 Keanggotaan PFT



Gambar 7.1 Struktur Organisasi Panitia Farmasi dan Terapi Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya Tahun 2011

Sumber: SK Penetapan PFT Tahun 2011 “telah diolah kembali”

Di RSU Dharma Yadnya keanggotaan PFT yaitu: ketua PFT seorang dokter senior; tiga orang sekretaris PFT yaitu: apoteker, dokter, dan staf keuangan; negosiator PFT terdiri dari dua orang dokter spesialis, dan anggotanya adalah dokter perwakilan SMF-SMF yang ada di rumah sakit, yaitu SMF Bedah, SMF Medik dan SMF Umum. Menurut peneliti, struktur organisasi PFT di RSU Dharma Yadnya belum mewakili semua multidisiplin yang terkait dengan penggunaan obat, sedangkan untuk membuat suatu sistem formularium diperlukan koordinasi dengan multidisiplin terkait dengan penggunaan obat di rumah sakit. Dimana proses penggunaan obat dalam rumah sakit sangat kompleks dan terkait multidisiplin. Penggunaan obat di rumah sakit mulai dari peresepan, pengadaan dan distribusi obat, pemberian obat ke pasien, serta pemantauan efek obat dan penggantian terapi terhadap pasien. Keempat proses ini dilakukan dan

menjadi tanggung jawab staf profesional dari multidisiplin yaitu: apoteker, asisten apoteker, dokter, dan perawat. Walaupun peraturan perundangan mengatakan bahwa penggunaan obat di rumah sakit menjadi tanggung jawab apoteker, namun dalam pelaksanaannya apoteker tidak mungkin mengawasi semua proses tersebut secara langsung, misalnya apoteker tidak dapat mengawasi secara langsung dokter yang meresepkan obat dan perawat yang memberikan obat pada pasien. Oleh karena itu dalam formularium diperlukan koordinasi multidisiplin.

Koordinasi juga diperlukan karena kelemahan organisasi di rumah sakit adalah kita melihat rumah sakit terdiri dari banyak kotak, dari bagian layanan farmasi, poli spesialis, gudang farmasi, bagian pengadaan farmasi, unit rawat inap dan kotak lainnya. Hal inilah yang menyebabkan sangat diperlukannya koordinasi dalam rumah sakit. Kita melihat bahwa PFT seharusnya merupakan tempat koordinasi antar unit yang terkait dengan penggunaan obat di rumah sakit, dimana 90 % unit pelayanan di rumah sakit memerlukan obat. Sedangkan kalau di RSUD Dharma Yadnya masih terkotak-kotak dalam unit-unit, jadi pendekatannya lebih kepada koordinasi antar unit. Koordinasi mengenai formularium seharusnya dilakukan dalam organisasi PFT ini. Sehingga keanggotaan PFT di RSUD Dharma Yadnya, selain koordinasi dengan dokter yang meresepkan, dan farmasis yang mengatur perbekalan obat, juga diperlukan koordinasi dengan perawat di bagian rawat inap, perawat di unit rawat jalan, farmasis dari unit pelayanan, gudang farmasi dan bagian pengadaan, staf mutu, perwakilan manajemen rumah sakit yaitu dari pelayanan medik karena pelayanan medik ini yang paling terpengaruh dengan adanya formularium, dan juga staf keuangan yang juga mempengaruhi biaya pengeluaran obat di rumah sakit. Misalnya perawat di ruang rawat inap ikut berkoordinasi dalam PFT, karena perawat yang memberikan obat secara langsung kepada pasien, terutama di unit rawat inap. Perawat juga yang pertama kali mengawasi respon pasien terhadap obat yang diberikan sebelum disampaikan kepada dokter, dan perawat juga perlu berkoordinasi mengenai masalah terkait penggunaan obat non formularium. Kemudian farmasis dari unit pelayanan diperlukan ikut berkoordinasi, karena farmasis di unit pelayanan lebih mengetahui mengenai pola persepsian obat para dokter di rumah sakit. Staf mutu diperlukan untuk ikut memberikan saran dalam PFT terkait dengan Program Penjaminan

Mutu di rumah sakit. Sedangkan perwakilan manajemen rumah sakit dalam PFT, agar dapat memberikan saran sehingga pengambilan keputusan dalam PFT tidak bertentangan dengan kebijakan administratif dan kebijakan finansial rumah sakit.

Dari keanggotaan PFT di RSUD Dharma Yadnya, kita lihat ada dua orang dokter yang bertugas menjadi ujung tombak negosiasi dengan prinsipal farmasi. Dalam teori, ini adalah peran Direksi untuk berhubungan dengan pihak luar, dibantu oleh unit pengadaan, dan unit keuangan. Sehingga kejelasan PFT dengan pihak luar ini agar diperbaiki.

Di RSUD Dharma Yadnya, ada tiga orang sekretaris PFT. Menurut peneliti, sekretaris PFT, oleh karena masa kerja baru sebagai sekretaris PFT, sehingga belum mengetahui kompetensi mengenai tugasnya dalam PFT. Peranan sekretaris sangat strategis dalam PFT, dan kompetensi seorang sekretaris PFT menjadi suatu pertimbangan yang begitu penting. Sangat strategis karena terlibat dalam semua proses formularium, yaitu mulai dari penyusunan kebijakan dan prosedur formularium, dalam proses pembuatandaftar obat formularium, dalam sosialisasi daftar obat formularium, dan juga dalam layanan obat di rumah sakit. Juga sangat strategis karena berperan mewakili kepentingan rumah sakit, yaitu berkomunikasi dan berkoordinasi dalam PFT agar keputusan yang dibuat oleh PFT tidak bertentangan dengan kebijakan administratif dan kebijakan finansial rumah sakit. Menurut peneliti, sekretaris PFT di RSUD Dharma Yadnya perlu difungsikan, dengan cara memberikan pelatihan dalam jangka pendek mengenai formularium, sehingga dengan demikian mereka mampu menjalani tugasnya sebagai sekretaris PFT.

Keanggotaan PFT di RSUD Dharma Yadnya juga terdiri dari perwakilan SMF-SMF yaitu Ketua SMF yang ada di rumah sakit, yang terdiri dari SMF Bedah, SMF Medik dan SMF Umum. Di RSUD Dharma Yadnya perannya belum berjalan dengan baik. Karena usulan dokter mengenai obat dalam daftar obat formularium, belum melalui persetujuan Ketua SMF, melainkan usulan pribadi Dokter. Dalam PFT diperlukan peran aktif Ketua SMF-SMF ini yang terdiri dari dokter-dokter yang berpengaruh. Dengan aktifnya dokter-dokter yang

berpengaruh ini, sehingga dapat membuat keputusan PFT lebih mudah diadopsi oleh dokter penulis resep dalam SMF-SMF tersebut.

7.2 Evaluasi dan Jenis Obat

7.2.1 Keberadaan Pelaporan Pembelian Obat, Pola Morbiditas dan PDT

Pada dasarnya, formularium selain sebagai alat efisiensi biaya operasional obat, juga pada prinsipnya mengutamakan kepentingan pelanggan rumah sakit yaitu pasien. Sehingga sangat penting bagi PFT untuk mengetahui dan mengerti kebutuhan terapeutik pasien dalam rumah sakit, mengetahui juga apakah obat dibeli, dan dipakai secara rasional sesuai morbiditas, juga untuk menjamin kualitas pengobatan yang diberikan terhadap pasien, dan juga menjamin ketersediaan obat bagi pasien.

Di RSUD Dharma Yadnya pelaporan pola morbiditas, pola pembelian obat, dan PDT tersedia di rumah sakit. Pola morbiditas yang tersedia adalah 10 besar penyakit masing-masing spesialisasi yang dimiliki oleh rumah sakit.

7.2.2 Cara Melakukan Evaluasi Obat dan Jenis Obat

Dari teori yang didapatkan dari tinjauan pustaka mengenai evaluasi obat dan jenis obat, data yang dikumpulkan yaitu data morbiditas misalnya 50 diagnosa terbanyak selama satu tahun terakhir, data penggunaan obat di rumah sakit selama setahun terakhir dari data pembelian obat rumah sakit. Untuk mengetahui apakah obat dipergunakan secara rasional sesuai morbiditas di rumah sakit. Penting bagi PFT agar mengerti kebutuhan terapeutik pasien yang harus dipenuhi dan apakah obat dibeli dan dipergunakan secara rasional. Juga penting untuk mengidentifikasi obat spesifik yang mengambil porsi besar dari anggaran obat. Analisis ABC dipakai untuk memprioritaskan jenis obat A dalam seleksi obat dan keputusan pengorderan. Sedangkan analisis VEN dipakai untuk memprioritaskan seleksi obat dan pembelian berdasarkan dampaknya terhadap kesehatan, yaitu vital, essential dan obat non essential. Dan WHO (2003) menambahkan bahwa jika pemilihan obat tidak mempertimbangkan Pedoman Diagnosa dan Terapi,

maka tidak akan meningkatkan kualitas pengobatan, dan obat-obat esensial juga dapat dipergunakan secara tidak tepat.

Dari observasi di Rumah Sakit “JIH”, diperoleh keterangan bahwa evaluasi obat dan jenis obat yang diterapkan di rumah sakitnya, adalah berdasarkan pada metode epidemiologis dan metode konsumsi. Metode epidemiologis misalnya pada saat musim penyakit demam berdarah, obat-obatan untuk pasien demam berdarah akan tersedia lebih banyak. Metode konsumsi berdasarkan kepada kriteria *fast moving* yaitu obat yang perputarannya cepat dan *slow moving* yaitu obat yang perputarannya lambat; serta analisis ABC dan VEN; membatasi “*me too*” dengan kuota 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA.

Di RSUD Dharma Yadnya, hanya laporan pembelian obat selama tahun 2010 yang digunakan oleh PFT untuk evaluasi obat formularium. Dimana laporan pembelian obat ini disusun berdasarkan jumlah pembelian ke setiap prinsipal farmasi selama setahun, dan PFT hanya menggunakan 12 prinsipal farmasi terbanyak yang dipergunakan oleh dokter saja, dari puluhan farmasi yang sebelumnya dipakai di rumah sakit. Menurut peneliti, sistem evaluasi obat dan jenis obat di RSUD Dharma Yadnya perlu diperbaiki. 12 besar farmasi terbanyak ini, hanya mencerminkan kebutuhan rumah sakit saja, akan tetapi seharusnya evaluasi obat dan jenis obat mengalir dari kebutuhan dasar dari 10 penyakit terbanyak yang dirawat di rumah sakit. Sedangkan pelaporan 10 besar penyakit terbanyak belum dipergunakan sebagai dasar evaluasi obat dan jenis obat. Sehingga daftar obat yang dihasilkan belum sesuai dengan kebutuhan pasien di lapangan. Dan menurut peneliti bahwa konsep formularium yang dipergunakan untuk mengutamakan kesehatan pasien tidak terjawab.

Mengutamakan kebutuhan pasien, berarti selain sesuai dengan 10 penyakit terbanyak di rumah sakit, juga harus dijamin ketersediaan obat-obat yang dibutuhkan pasien dalam rumah sakit. Hanya dengan menggunakan 12 besar farmasi terbanyak sebagai dasar evaluasi obat, juga tidak menjawab konsep formularium untuk mengutamakan kesehatan pasien dengan menjamin ketersediaan obat, juga sebagai alat efisiensi biaya operasional obat.

Mengutamakan kepentingan pasien dengan menjamin ketersediaan obat di rumah sakit erat kaitannya dengan: jenis obat vital, esensial, dan non esensial; utilisasi obat oleh dokter; harga obat; dan anggaran pengadaan obat. Sedangkan selama ini di RSUD Dharma Yadnya belum pernah dibuat anggaran pembelian obat setiap tahunnya maupun setiap bulannya, biaya pengadaan obat sesuai dengan pemakaian, belum pernah direncanakan. Utilisasi obat oleh dokter biasanya dengan melakukan *forecasting* secara manual, yang berdasarkan kepada jadwal praktek dokter spesialis, pemakaian obat di unit rawat inap, serta jadwal pasien operasi. Hal ini dikarenakan belum tersedianya sistem informasi manajemen terintegrasi terkait dengan farmasi, sehingga obat yang biasanya banyak dipakai oleh dokter akan diorder lebih banyak, sedangkan bila lambat peresepannya, akan diorder seadanya saja. Sedangkan harga obat tercantum dalam komputer, yang fungsinya untuk mengisi stok dan mengurangi stok, namun belum ada sistem yang prioritas dengan mengelompokkan utilisasi obat dengan harga obat, atau yang biasa disebut analisis ABC. Sehingga dapat disimpulkan bahwa salah satu fungsi PFT yaitu fungsi evaluasi obat dan jenis obat belum berjalan dan perlu diperbaiki.

Bila dibandingkan dengan evaluasi obat dan jenis obat di Rumah Sakit JIH tersebut, yang berdasarkan pada metode epidemiologis dan metode konsumsi. Menurut peneliti, evaluasi obat dan jenis obat di RS "JIH" lebih tertata dengan baik, sesuai dengan konsep formularium yang dipergunakan sebagai alat efisiensi biaya operasional obat, dengan tetap mengutamakan kepentingan pasien dengan menjamin ketersediaan obat bagi pasien, dan tentunya perlu diadopsi. Penjelasan mengenai metode-metode tersebut, yaitu metode epidemiologis adalah ketersediaan obat disesuaikan dengan musim penyakit, misalnya pada saat musim penyakit demam berdarah akan terjamin ketersediaan obat demam berdarah lebih banyak daripada biasanya. Sedangkan metode konsumsi, ketersediaan obat berdasarkan kepada kriteria *fast moving*, *slow moving*, analisis ABC VEN, dan membatasi produk "*me too*" dengan kuota 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA.

Kriteria *fast moving* yaitu obat yang perputarannya cepat, dan *slow moving* yaitu obat yang perputarannya lambat. Obat *fast moving* oleh karena

perputarannya cepat, atau penjualannya tinggi, dapat diatur dengan baik agar perputaran modal dalam persediaan obat menjadi efektif, dan tidak terjadi kekosongan stok. Sedangkan obat *slow moving* oleh karena perputarannya lambat, disediakan dalam jumlah stok yang minimal, kecuali untuk obat *life saving*. Sehingga dengan begitu dapat tercapai efisiensi biaya pengadaan obat, dengan tetap mengutamakan kesehatan pasien. Analisis ABC dan VEN dapat memberikan informasi mengenai obat yang mengambil porsi besar dalam anggaran, dan memprioritaskan seleksi dan pembelian obat berdasarkan dampaknya terhadap kesehatan, yaitu vital, esensial dan obat non esensial. Sehingga ini menjamin keberadaan obat yang berguna bagi pasien. Efisiensi biaya operasional obat, juga dapat dilakukan dengan membatasi obat “*me too*” yang masuk ke rumah sakit dengan membuat kuota. Kuota 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA. Bila “*me too*” tidak dibatasi, obat yang generiknya sama dengan nama paten yang berbeda-beda akan banyak tersedia di rumah sakit karena permintaan dokter yang berbeda-beda, sehingga biaya operasional pembelian obat tidak terkontrol, juga obat-obat tersebut belum dapat dipastikan kualitasnya bagi pasien.

7.3 Perumusan Kebijakan dan Prosedur Formularium

Formularium adalah suatu produk kebijakan manajemen rumah sakit, karena sifat dari kebijakan itu untuk menjalankan kendali manajemen terhadap sistem formularium yang diciptakan, wajib dipatuhi, dan mengikat seluruh staf rumah sakit terutama tenaga medis, dan kepatuhan juga dilaporkan. Sehingga seharusnya dibuat dalam kebijakan yang tertulis, terinci, sistematis, dan konsisten. Pelaksanaan kebijakan diatur dalam suatu prosedur. Dan terutama dokter, diharapkan bekerja mematuhi kebijakan rumah sakit, untuk sebesar-besarnya kepentingan pasien. Karena pada dasarnya formularium dibuat untuk kepentingan pasien.

7.3.1 Keberadaan Kebijakan dan Prosedur Formularium

Di RSUD Dharma Yadnya diketahui bahwa belum ada kebijakan dan prosedur secara tertulis mengenai formularium. Prinsip-prinsip yang tercantum

dalam draft kebijakan formularium belum dibuat dalam bentuk kebijakan tertulis. Menurut peneliti, kriteria fungsi-fungsi PFT belum berjalan dengan baik, sehingga perlu diperbaiki. Dimana salah satu kriteria fungsi PFT adalah membuat kebijakan dan prosedur formularium. Kebijakan adalah fungsi yang sangat penting bagi PFT, karena fungsi-fungsi lainnya baru dapat berjalan dengan baik, bila sudah ada kebijakan mengenai formularium yang dibuat. Hal ini mungkin oleh karena formularium baru pertama kalinya diterapkan di rumah sakit, sehingga Direksi belum mengetahui, dan belum melakukan supervisi terhadap fungsi PFT. Kurangnya pengetahuan dan pengalaman ini mengakibatkan tidak disadari pentingnya, dan juga tidak tahu bagaimana penggunaannya dalam manajemen. Sehingga menurut peneliti, diperlukan keterlibatan dan supervisi Direksi terhadap fungsi PFT. Fungsi PFT juga perlu diperkuat dengan segera mendokumentasikan kebijakan dan prosedur formularium secara sistematis dan tertulis. Sehingga PFT punya kewenangan penuh untuk membuat dan menerapkan keputusan, dan meminta kepatuhan dari staf medis.

Di RSU Dharma yadnya, draft kebijakan yang sudah dibuat oleh PFT yaitu: pembentukan PFT, bentuk komitmen dokter terhadap formularium adalah dengan meresepkan obat sesuai daftar formularium, pembatasan bahwa tiga prinsipal farmasi saja yang dipergunakan yang diperoleh dari usulan dokter, setara generik, dan negosiasi dengan prinsipal Farmasi dilakukan oleh negosiator PFT. Mengenai poin struktur organisasi PFT, pembatasan pilihan 3 prinsipal farmasi saja, dan negosiator PFT sudah dibahas sebelumnya. Mengenai poin bahwabentuk komitmen dokter terhadap formularium adalah dengan meresepkan obat sesuai daftar formularium serta prinsip kesetaraan generik, menurut peneliti poin ini penting, namun belum didukung oleh kebijakan dan prosedur tertulis. Karena kenyataannya di lapangan, walaupun ada prinsip ini dalam draft kebijakan, tetapi hanya 60 % dokter yang menuliskan resep sesuai dengan formularium. Juga masih banyak terjadi peresepan obat non formularium, baik itu obat yang biasa diresepkan oleh dokter tersebut, maupun berupa obat baru. Biaya obat non formularium mencapai sepertiga dari total biaya pengadaan obat, sehingga biaya operasional obat belum efisien. Dan dari sudut pandang manajerial, juga ada 7,5 % resep-resep yang tidak terlayani di rumah sakit dan

diambil di luar rumah sakit, terutama dari unit rawat jalan. Banyaknya obat non formularium membuat biaya obat menjadi tidak efisien dan adanya resep yang tidak terlayani ini tentunya merugikan rumah sakit. Menurut peneliti, kebijakan dan prosedur, atau draft kebijakan yang ada, tidak memiliki kemampuan merespon atau mengantisipasi ini. Hal diatas dapat diantisipasi dengan membuat kebijakan dan prosedur mengenai penambahan atau pemusnahan obat dari Daftar Formularium, dan kebijakan prosedur mengenai penggunaan obat non formularium. Dengan membuat dua kebijakan ini, juga membuat kebijakan formularium menjadi lebih dinamis atau lebih fleksibel, karena rumah sakit menghargai aspirasi dokter terhadap pilihan obat yang akan diperuntukkan bagi pasien.

Sedangkan bila membandingkan dengan penerapan di RS “JIH”, kebijakan formularium yang diterapkan dalam rumah sakit tersebut yaitu: **apoteker** berhak mengganti obat bila tidak ada dalam formularium atau bila stok obat kosong untuk rawat jalan maupun rawat inap; **evaluasi obat dan jenis obat** berdasarkan pada kriteria *fast moving* dan *slow moving*; analisis ABC VEN, PFT membatasi “*me too*” dengan cara 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA; **Dokter** akan mengusulkan obat atas persetujuan Ketua SMF, dengan memberikan alasan pendukungnya, melalui pengisian formulir yang sudah disiapkan oleh PFT, formulir yang akan diisi oleh dokter untuk kemudian diajukan ke PFT, PFT kemudian mengajukan ke Direksi, bila disetujui baru akan diproses oleh PFT; permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga kebijakan formularium bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formularium misalnya obat *life saving*, atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri; **prinsipal** mengajukan usulan dengan persyaratan suatu produk dapat masuk formularium adalah memiliki CPOB dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk, dan terdaftar dalam Balai POM, dan bersedia melakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi; dan kewenangan yang tertinggi ada pada **Direksi**. Menurut peneliti, untuk kesuksesan formularium di RSUD Dharma Yadnya, peneliti menyarankan untuk mengadopsi kebijakan dan prosedur dari Rumah Sakit “JIH”,

dan menambahkan mengenai kebijakan prosedur obat non formularium, serta kebijakan prosedur mengenai penambahan dan pemusnahan obat dari daftar obat formularium.

7.3.2 Yang Berperan dalam Pembuatan Kebijakan Formularium

Di RSUD Dharma Yadnya, formularium baru pertama kalinya diterapkan di RSUD Dharma Yadnya selama 24 tahun RSUD Dharma Yadnya berdiri, dan yang paling banyak berperan dalam pembuatan prinsip dalam draft kebijakan formularium adalah Ketua PFT. Karena sebelumnya mempunyai pengalaman membuat formularium di rumah sakit lainnya. Menurut peneliti, anggota PFT belum aktif berfungsi dalam membuat kebijakan dan prosedur terkait dengan formularium. Oleh karena formularium baru pertama kalinya diterapkan di rumah sakit, sehingga menjadi anggota PFT adalah suatu pengalaman baru, sehingga dari segi pengetahuan mengenai formularium perlu ditambahkan. Tentunya yang pertama kali dilakukan agar PFT dapat menjalankan perannya membuat kebijakan, dengan memaksimalkan pengetahuan seluruh anggota PFT melalui pelatihan dalam jangka pendek, sampai kemudian PFT berhasil merumuskan kebijakan dan prosedur formularium.

7.3.3 Pembuatan Draft Kebijakan sampai Disetujui Direksi

Di RSUD Dharma Yadnya, prinsip-prinsip formularium dalam draft kebijakan yang dibuat oleh Ketua PFT, kemudian disampaikan dalam rapat formularium kepada Direksi, dokter spesialis dan dokter umum. Sampai akhirnya dalam rapat ini tercapai kesepakatan bersama antara Direksi, PFT dan dokter mengenai prinsip-prinsip formularium yang akan diterapkan di rumah sakit. Menurut peneliti, proses setelah draft kebijakan sampai dengan persetujuan Direktur yang dilakukan di RSUD Dharma Yadnya belum sesuai dengan tata kelola dalam organisasi. Belum sesuai dengan tata kelola dalam organisasi, karena dalam struktur organisasi, PFT berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab terhadap Direktur, sehingga seharusnya draft kebijakan mendapatkan persetujuan Direktur terlebih dahulu, setelah itu baru kebijakan disosialisasikan kepada dokter-dokter.

7.4 Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal farmasi

Sosialisasi dimaksudkan untuk memberikan pengetahuan kepada yang terkait, dengan tujuan agar mendapatkan dukungan orang-orang yang terkait. Berbicara mengenai formularium, diperlukan dukungan dari seluruh masyarakat rumah sakit yang berhubungan dengan penggunaan obat, agar penerapan sistem formularium dapat berjalan dengan baik.

7.4.1 Keberadaan Sosialisasi serta Cara Sosialisasi Konsep dan Kebijakan pada Dokter dan Prinsipal Farmasi

Di RSUD Dharma Yadnya, prinsip-prinsip dalam draft formularium dijelaskan kepada dokter-dokter oleh Ketua PFT dalam rapat formularium, yang dihadiri oleh Direksi. Sekaligus dalam rapat tersebut menghasilkan kesepakatan antara Direksi, PFT dan dokter mengenai prinsip-prinsip formularium yang akan diterapkan. Prinsip formularium juga dijelaskan kepada prinsipal farmasi oleh PFT dan Direksi. Adapun prinsip-prinsip formularium yang dijelaskan kepada dokter yaitu: mengenai pembentukan PFT, bentuk komitmen dokter terhadap formularium adalah dengan meresepkan obat sesuai daftar formularium, pembatasan bahwa tiga prinsipal farmasi saja yang akan dipergunakan, setara generik, dan negosiasi dengan prinsipal farmasi dilakukan oleh negosiator PFT. Menurut peneliti, sosialisasi yang diberikan Ketua PFT kepada dokter spesialis dan dokter umum kurang cermat, yaitu pada poin bahwa ada pembatasan 3 farmasi saja yang akan dipergunakan di rumah sakit, dan poin mengenai negosiasi dengan prinsipal dilakukan oleh negosiator PFT. Walaupun maksud dan tujuan sosialisasi adalah untuk mendapatkan dukungan dokter, akan tetapi dapat mempersepsikan bahwa peran dokter dalam formularium adalah sebagai penentu. Oleh karena itu sosialisasi yang diberikan kepada dokter sebaiknya mengenai peran dokter dalam daftar formularium adalah sebagai pengusul. Poin mengenai pembatasan 3 farmasi saja selama 1 tahun, menurut peneliti juga kurang dinamis dan kurang menghargai aspirasi dokter. Akan lebih dinamis bila

pengusulan obat formularium dapat dilakukan setiap 3 bulan sekali, dan dokter tentunya akan lebih merasa dihargai aspirasinya.

Bila dilihat dari contoh penerapan yang sudah berhasil dilakukan di RS “JIH”, sosialisasi yang diberikan kepada dokter adalah mengenai yang disosialisasikan kepada dokter yaitu: pertama, kebijakan mengenai usulan obat oleh dokter dilakukan dengan cara mengisi formulir pengusulan obat yang sudah disiapkan oleh PFT, dan agar mendapat persetujuan oleh Ketua SMF yang terkait, disertai dengan alasan pendukungnya. Kemudian usulan tersebut akan diserahkan ke PFT, PFT akan menyerahkan ke Direksi untuk dipertimbangkan; dan kedua permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga kebijakan formularium bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formularium misalnya obat *life saving*, atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri. Poin pertama menjelaskan mengenai peranan dokter dalam formularium, yaitu memberikan usulan obat yang akan dipergunakan di rumah sakit, kemudian poin yang kedua menunjukkan bahwa formularium bersifat dinamis dan tetap memfasilitasi usulan para dokter dengan tetap mempertanggungjawabkan setiap usulan obat yang sudah dipenuhi oleh Direksi. Menurut peneliti, RSU Dharma Yadnya sebaiknya memperhatikan dan mengantisipasi dengan cermat bahan apa saja yang dapat disosialisasikan kepada para dokter, dan untuk kesuksesan formularium, dapat mengadopsi bagaimana sosialisasi kebijakan formularium diberikan kepada dokter.

Di RSU Dharma Yadnya sosialisasi kepada prinsipal farmasi diberikan oleh PFT dan Direksi, dengan mengundang ketiga prinsipal farmasi hasil pilihan dokter. Kemudian diberikan penjelasan mengenai ketentuan berikut: hanya tiga farmasi utama yang dipergunakan, pemilihan produknya berdasarkan “*all product*”, bila ada produk yang sangat spesifik, dan tidak dimiliki oleh tiga farmasi utama, dapat disediakan oleh pihak rumah sakit, dan dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi. Seperti yang sudah dibahas sebelumnya mengenai dokter yang bertugas menjadi ujung tombak negosiasi dengan prinsipal farmasi. Dalam teori, ini adalah peran Direksi untuk

berhubungan dengan pihak luar, dibantu oleh PFT, unit pengadaan, dan unit keuangan. Sehingga kejelasan fungsi PFT dengan pihak luar ini agar diperbaiki. Sedangkan penjelasan yang diberikan kepada prinsipal farmasi juga dimaksudkan selain untuk memberikan informasi, juga untuk mendapatkan dukungan dan kepercayaan mereka, sehingga penjelasan mengenai kebijakan formularium dapat diberikan dengan lebih detail kepada prinsipal farmasi. RSUD Dharma yadnya dapat mengadopsi contoh kebijakan yang disosialisasikan kepada prinsipal farmasi, yaitu: **apoteker** berhak mengganti obat bila tidak ada dalam formularium atau bila stok obat kosong untuk rawat jalan maupun rawat inap; **evaluasi obat dan jenis obat** berdasarkan pada kriteria *fast moving* dan *slow moving*; analisis ABC VEN, PFT membatasi “*me too*” dengan cara 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA; **Dokter** akan mengusulkan obat atas persetujuan Ketua SMF, dengan memberikan alasan pendukungnya, melalui pengisian formulir yang sudah disiapkan oleh PFT, formulir yang akan diisi oleh dokter untuk kemudian diajukan ke PFT, PFT kemudian mengajukan ke Direksi, bila disetujui baru akan diproses oleh PFT; permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga kebijakan formularium bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formularium misalnya obat *life saving*, atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri; **prinsipal** mengajukan usulan dengan persyaratan suatu produk dapat masuk formularium adalah memiliki CPOB dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk, dan terdaftar dalam Balai POM, dan bersedia melakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi; dan kewenangan yang tertinggi ada pada **Direksi**.

7.4.2 Keberadaan Notulen sosialisasi

Dari dokumen notulen rapat diketahui bahwa konsep formularium tidak dijelaskan kepada dokter. Menurut peneliti, sosialisasi konsep formularium seharusnya dijelaskan kepada dokter, dan seluruh multidisiplin dan unit yang terkait penggunaan obat di rumah sakit. Bila tidak dijelaskan, masyarakat rumah sakit tidak mengetahui dan tidak memahami pentingnya konsep formularium

rumah sakit. Bila masyarakat rumah sakit, terutama penulis resep tidak mengetahui dan tidak paham, tentunya sulit untuk mengharapkan perubahan pola persepan dokter. Apalagi dimana formularium diterapkan pertama kalinya, akan terjadi perubahan besar dalam persepan, sehingga sosialisasi mengenai konsep formularium menjadi begitu penting. Penting untuk menjelaskan latar belakang mengapa formularium itu diperlukan dalam institusi rumah sakit. Ditambahkan dengan menjelaskan data biaya pembelian obat terhadap keseluruhan biaya operasional rumah sakit, data persentase pendapatan rumah sakit dari keseluruhan pendapatan rumah sakit, jumlah obat *expired* beserta kerugiannya, dan contoh-contoh duplikasi obat. Juga penting untuk menjelaskan manfaat sistem formularium. Manajemen akan tertarik dimana formularium dapat mengurangi anggaran obat, dan dokter akan tertarik pada informasi klinik. Pada akhirnya dari sosialisasi ini diharapkan pembatasan persepan akan diterima oleh dokter, sehingga kebiasaan persepan dokter akan berubah. Dan bagian pengadaan obat, juga paham dan setuju untuk mengadakan obat formularium saja.

7.4.3 Penjelasan yang Penting bagi Prinsipal Farmasi

Kebijakan yang penting bagi prinsipal farmasi adalah bahwa hanya tiga farmasi yang dipergunakan di rumah sakit Dharma Yadnya, pemilihan produknya berdasarkan “*all product*”, perjanjian kerjasama selama 1 tahun, dan bila ada produk spesifik yang tidak dimiliki oleh tiga farmasi ini, dapat disediakan oleh rumah sakit. Menurut peneliti, sosialisasi yang diberikan pada prinsipal farmasi juga perlu dicermati. Pada poin bahwa pemilihan produknya berdasarkan “*all product*”, dapat menjadi peluang bagi prinsipal farmasi utama untuk memasukkan obat baru, yang awalnya tidak dipakai oleh dokter di rumah sakit. Kemudian pada poin yang menyebutkan bila ada produk spesifik yang tidak dimiliki oleh tiga farmasi ini dapat disediakan oleh rumah sakit. Poin ini juga menjadi peluang bagi prinsipal farmasi lain untuk memasukkan produk mereka. Yang terjadi di lapangan adalah, prinsipal farmasi yang tidak termasuk formularium menawarkan obat ke rumah sakit memanfaatkan peluang ini. Misalnya golongan analgetik terbaru, vitamin yang salah satu kandungannya sangat spesifik, ataupun obat

dengan dosis berbeda dengan obat formularium. Sedangkan kebijakan dan prosedur mengenai penambahan obat formularium dan penggunaan obat non formularium belum ada. Sehingga menurut peneliti, sosialisasi ke prinsipal farmasi juga sebaiknya dicermati.

7.5 Penyusunan Draft Daftar Obat Formularium

Penyusunan draft daftar obat menjadi bagian penting dari formularium, dimana pada tahap ini dipilih dan dipastikan obat yang nantinya akan dipergunakan oleh dokter untuk kesehatan pasien. Karena pasien adalah yang utama, sehingga pemilihan obat pada proses ini mengutamakan mutu dari obat tersebut. Pemilihan obat dilakukan dengan mempertimbangkan usulan dokter dan prinsipal farmasi.

7.5.1 Usulan untuk Penyusunan Draft Daftar Obat dan Cara Memberikan Usulan

Di RSUD Dharma Yadnya, yang memberikan usulan untuk daftar obat formularium adalah yaitu dokter spesialis, dokter umum, serta prinsipal farmasi. Dokter spesialis dan dokter umum diundang dalam rapat formularium, dimana dokter memilih tiga farmasi dari 12 farmasi pada blanko usulan. Sampai didapatkan tiga nama prinsipal farmasi utama hasil usulan dokter. Tiga prinsipal farmasi yang terpilih diundang oleh PFT dan Direksi untuk membicarakan usulan mereka terkait rencana kerjasama formularium. Menurut peneliti, peran PFT dalam proses ini belum berjalan. Karena usulan dokter adalah usulan pribadi dokter, tanpa persetujuan Ketua SMF dalam PFT. Sehingga obat-obatan formularium dominan datangnya dari usulan dokter. Kenyataannya di lapangan, hanya 60 % dokter saja yang patuh meresepkan obat sesuai dengan daftar formularium, masih ada persepan obat non formularium, ada 7,5 % resep yang tidak terlayani di rumah sakit terutama dari unit rawat jalan. Hal ini disebabkan karena PFT yaitu Ketua SMF belum dapat berperan dengan baik, yang merupakan dokter yang berpengaruh, senior, dan disegani oleh anggota dalam SMF yang terkait. Belum berfungsinya Ketua PFT, karena belum ada kebijakan

dan prosedur yang mengatur mengenai proses penyusunan draft daftar obat dalam PFT. Seharusnya PFT, yaitu Ketua SMF difungsikan dalam PFT, sehingga akan membuat keputusan PFT lebih mudah diadopsi oleh dokter. Dengan demikian menurut peneliti sebaiknya di RSUD Dharma Yadnya dibuat kebijakan dan prosedur yang tertulis, mengenai penyusunan Draft Daftar Obat dengan mengadopsi metode dari Rumah Sakit “JIH”, dimana usulan dari Dokter agar disertai persetujuan dari Ketua SMF yang bersangkutan, disertai dengan alasan pendukungnya. Sehingga PFT dapat berperan baik dalam proses penyusunan draft daftar obat ini.

Mengenai usulan prinsipal farmasi untuk penyusunan draft daftar obat di RSUD Dharma Yadnya, menurut peneliti PFT belum berjalan dengan baik. Karena PFT belum meminta persyaratan yang menjamin mutu obat yang akan diusulkan ke rumah sakit. Penjelasan PFT kepada prinsipal farmasi belum meminta persyaratan ini. Dengan demikian konsep bahwa formularium untuk kepentingan kesehatan pasien belum terjawab, dan dapat membahayakan pasien. Sehingga cara menjaga mutu obat formularium adalah PFT membuat *checklist* persyaratan yang dapat memastikan mutu obat yang akan diajukan prinsipal ke rumah sakit. Persyaratan tersebut misalnya seperti: pengajuan terperinci yang menjelaskan tentang efektifitas klinis obat tersebut, penelitian-penelitian yang mendukung / *evidence based*, memiliki CPOB yaitu persyaratan cara pembuatan obat yang baik dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk, dan terdaftar dalam Balai POM.

7.5.2 Cara Melakukan Seleksi terhadap Usulan Dokter dan Prinsipal

Di RSUD Dharma Yadnya, usulan dokter dan usulan prinsipal farmasi dibicarakan antara Direksi dan PFT, sampai kemudian diputuskan untuk bekerjasama dengan tiga prinsipal farmasi yang terpilih tersebut. Menurut peneliti, usulan dokter dan usulan prinsipal farmasi belum diproses dengan baik dalam PFT, sebelum dibicarakan dengan Direksi. Mungkin saja hal ini yang membuat peran PFT belum berjalan dalam penyusunan draft daftar obat formularium. Kedua usulan seharusnya dibicarakan dalam PFT dulu, sampai menghasilkan draft daftar obat yang bisa dipertanggungjawabkan kepada Direksi.

Dan menurut peneliti, dalam proses ini juga belum ada prosedur yang mengatur mengenai kedua usulan ini sampai diperoleh draft daftar obat di dalam PFT. Misalnya usulan dokter tersebut diberikan kepada Ketua SMF untuk mendapatkan persetujuan, disertai dengan alasannya. Usulan yang disetujui oleh Ketua SMF kemudian dibandingkan dengan usulan prinsipal farmasi. Usulan dokter yang sudah disetujui dan usulan prinsipal yang sesuai, kemudian digabungkan dalam 1 berkas, kemudian berkas-berkas ini diajukan kepada Direksi, yang memegang kewenangan tertinggi. Sehingga menurut peneliti, perlu dibuatkan prosedur mengenai penyusunan draft daftar obat dalam PFT.

7.6 Pengesahan Daftar Obat Formularium

7.6.1 Langkah Selanjutnya Setelah Terbentuk Draft Daftar Obat

Setelah draft daftar obat formularium yang berisikan obat dari ketiga farmasi tersebut dibuat oleh PFT, kemudian draft daftar obat ini diberikan kepada Direksi. Selanjutnya Direktur mengeluarkan surat instruksi kepada semua dokter, agar daftar obat tersebut dipergunakan sebagai acuan dalam peresepan dokter di rumah sakit. Menurut peneliti, keterlibatan dan supervisi Direksi pada proses belum berjalan, sehingga perlu diperbaiki. Karena draft daftar obat diajukan kepada Direktur, belum dibicarakan secara internal dalam manajemen rumah sakit. Dan menurut peneliti juga karena tidak adanya kebijakan dan prosedur yang dibuat mengenai proses persetujuan daftar obat formularium di tingkat manajemen.

7.6.2 Persetujuan Direksi terhadap Draft Daftar Obat dalam bentuk SK

Di RSUD Dharma Yadnya, draft daftar obat yang disetujui oleh Direktur, belum disahkan Direktur dalam bentuk Surat Keputusan. Menurut peneliti, pada proses ini dukungan, dan keterlibatan Direksi terhadap fungsi PFT belum berjalan dengan baik. Sebenarnya daftar obat yang sudah dibuat menjadi belum bersifat mengikat seluruh masyarakat rumah sakit, bila belum diformalkan. Sehingga belum bisa mengharapkan kepatuhan dari masyarakat rumah sakit, terutama dokter penulis resep. Pengesahan daftar obat formularium adalah suatu produk

kebijakan manajemen rumah sakit, dengan tujuan agardaftar obat formularium yang pertama kalinya diciptakan ini dipatuhi, dan mengikat seluruh masyarakat rumah sakit terutama tenaga medis, dan kepatuhan juga dilaporkan. Sehingga untuk kesuksesan formularium, keterlibatan Direksi diperlukan dengan membuat SK pengesahan secara tertulis mengenai pemberlakuan Daftar Obat Formularium di RSUD Dharma Yadnya.

7.7 Sosialisasi Daftar Obat Formularium

Sosialisasi dilakukan untuk mendapatkan dukungan, terkait dengan Daftar Obat Formularium, semua staf terkait dalam rumah sakit diberikan penjelasan mengenai Daftar Obat Formularium untuk mendapatkan dukungan mereka.

7.7.1 Keberadaan Sosialisasi dan Cara Sosialisasi Daftar Obat

Di RSUD Dharma Yadnya, penjelasan kepada dokter berupa surat instruksi untuk menggunakan daftar obat yang disertakan sebagai acuan persepsan dokter di rumah sakit, perawat diberikan penjelasan lisan ke unit terkait agar dokter diingatkan mengenai daftar obat formularium, kemudian apoteker dan asisten apoteker diberikan penjelasan saat rapat farmasi setiap minggu. Dan sosialisasi pada tiga prinsipal farmasi diberikan secara lisan.

Menurut peneliti, sosialisasi yang diberikan kepada dokter, perawat, apoteker, serta asisten apoteker, belum berjalan dengan baik. Sosialisasi belum efektif karena sosialisasi ke dokter, perawat, apoteker dan asisten, semuanya dilakukan secara terpisah, dan ini memakan waktu yang lebih lama. Struktur organisasi dibuat agar komunikasi menjadi efektif, dan ini belum dimanfaatkan dalam sosialisasi ini. Kemudian kualitas informasi yang diberikan dapat berbeda-beda, hal ini ditunjukkan oleh masih banyak dokter, perawat, dan asisten apoteker, yang tidak mengetahui obat yang termasuk dalam daftar obat formularium, dan obat non formularium diorder oleh bagian pengadaan obat. Sosialisasi juga belum lengkap karena belum disosialisasikan mengenai penggunaan obat non formularium dan kebijakan dan prosedur bagaimana penambahan dan penghapusan obat dalam daftar formularium tidak disosialisasikan, karena juga

kebijakan dan prosedur mengenai hal ini belum dibuat, seperti pada pembahasan sebelumnya. Dan SK pengesahan Daftar Obat Formularium belum disosialisasikan karena belum ada. Sehingga menurut peneliti, untuk kesuksesan formularium, sosialisasi daftar obat formularium serta kebijakan dan prosedurnya agar efektif, diberikan melalui suatu forum sosialisasikan kepada *supervisor-supervisor* unit yang terkait penggunaan obat di rumah sakit, dan Ketua-Ketua SMF. Disertai jugadengan Daftar Obat Formularium dan SK pengesahannya.

Sosialisasi kepada prinsipal farmasi dilakukan secara lisan, tanpa disertai daftar obat formularium. Dan juga tanpa SK pengesahan, karena memang belum ada. Menurut peneliti, sosialisasi ke prinsipal belum berjalan dengan baik. Karena yang diharapkan dari sosialisasi ini, adalah untuk menjaga kepercayaan dengan pihak luar rumah sakit yang diajak bekerja sama. Sehingga dalam sosialisasi, diperlukan juga SK pengesahan daftar obat dan Daftar obat formularium.

7.7.2 Yang Memberikan Sosialisasi Daftar Obat

Di RSUD Dharma Yadnya, penjelasan kepada dokter diberikan oleh direktur berupa surat, perawat diberikan penjelasan oleh apoteker, dan asisten apoteker diberikan penjelasan oleh apoteker. Penjelasan kepada prinsipal farmasi diberikan oleh PFT dan Direksi. Menurut peneliti, peran PFT belum berjalan dengan baik memberikan sosialisasi kepada masyarakat rumah sakit, dan keterlibatan Direksi dalam sosialisasi ini belum berjalan dengan baik. Karena penyampaian suatu informasi, siapa yang berbicara apa, akan menjadi sangat penting. Sehingga untuk kesuksesan formularium, PFT yang berperan aktif melakukan sosialisasi, dengan didampingi Direksi, kemudian sosialisasi diberikan kepada semua supervisor unit terkait, akan memberikan dampak yang sangat baik.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Pengorganisasian PFT yang kurang efektif. Struktur organisasi PFT tidak multidisiplin dan belum mewakili unit yang terlibat penggunaan obat. Belum dibuat fungsi, tugas, wewenang dan tanggung jawab PFT secara jelas. Kriteria kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap peran dalam PFT belum ditetapkan. Tidak ada kebijakan yang mengatur mengenai pengorganisasian PFT.
2. Kebijakan dan prosedur formularium belum dibuat secara sistematis dan tertulis, sehingga belum diketahui oleh mereka yang terlibat.
3. Direksi dan PFT belum berperan, karena dominannya peran dokter sebagai ujung tombak negosiasi.
4. Peran PFT dalam merumuskan formularium belum berjalan baik, karena obat-obat formularium dominan datang dari usulan dokter.

8.2 Saran

Beritik tolak dari kesimpulan tersebut, maka disusun beberapa saran:

1. Kepada Direksi, diperlukan keterlibatan dan supervisi Direksi sebagai bentuk pengendalian manajemen terhadap formularium, sebaiknya: pengorganisasian PFT perlu disempurnakan, seperti membuat struktur organisasi PFT yang baik, mewakili semua multidisiplin dan unit yang terlibat penggunaan obat di rumah sakit seperti dalam model "JIH". Perlu ditambahkan dengan perwakilan dari staf keuangan, perwakilan dari perawat, perwakilan manajemen, perwakilan unit pengadaan, dan farmasis unit layanan obat. Organisasi PFT perlu dibuatkan peran, fungsi, dan tugas yang jelas, yang dapat dilihat pada

lampiran secara rinci. Perlu dibuat standar kompetensi untuk setiap peran dalam PFT, terutama peran sekretaris PFT. Dan diperlukan juga pelatihan jangka pendek untuk mempersempit gap kompetensi ini. Dan Direksi dapat mendukung pengorganisasian PFT dengan membuat kebijakan tertulis mengenai hal ini.

2. Kepada Direksi, diperlukan dukungan dan keterlibatan Direksi dalam membuat kebijakan dan prosedur terkait dengan formularium secara sistematis dan tertulis, dan peneliti menyarankan untuk membuat kebijakan mengenai penambahan atau pemusnahan obat dalam daftar formularium, membuat kebijakan prosedur mengenai penggunaan obat non formularium, dan juga mengadopsi kebijakan dan prosedur dari Rumah Sakit "JIH", yang dapat dilihat pada lampiran mengenai "JIH".
3. Kepada Direksi dan PFT, diperlukan keterlibatan aktif sebagai ujung tombak dalam berhubungan dengan pihak luar.
4. Kepada dokter yang berperan sebagai perwakilan SMF dalam PFT, supaya terlibat aktif dalam merumuskan daftar obat formularium.
5. Kepada peneliti lain, bahwa penelitian ini masih belum sempurna dan masih diperlukan kesinambungan di bidang Pelaksanaan Formularium.

DAFTAR PUSTAKA

Ababa, Addis. (2004). *Working guidelines for the establishment and operation of drug therapeutics committee*. 16 Mei 2012.

<http://www.docstoc.com/docs/76974987/>

Andreski, Michael T. (2009). *Development of a model of the pharmacy and therapeutics committee to predict the level off prescriber adoption of its decision*.

28 April 2012. <http://ir.uiowa.edu/cgi/>

Anggriani, Yusi, et al. (2008). *Pengaruh proses pengembangan dan revisi formularium rumah sakit terhadap pengadaan stok obat*, *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*. 4 Mei 2012. <http://repository.univpancasila.ac.id/>

Anthony, Robert N. & Govindarajan, Vijay. (2005). *Management control system*. Jakarta: Penerbit Salemba Empat.

Armitstead, John. (2010). *Formulary system*. University of Kentucky Hospital, Department of Pharmacy Policy. 13 Desember 2011.

<http://www.hosp.uky.edu/pharmacy/departpolicy/>

Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar administrasi kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.

Balu, Sanjeev. (2004). *Contemporary issues affecting P & T committees part I : the evolution*, P & T Vol. 29, No. 11. 4 Mei 2012.

<http://www.ptcommunity.com/ptjournal/fulltext/29/11/>

Balu, Sanjeev. (2004). *Contemporary issues affecting P & T committees part II : the evolution*, P & T Vol. 29, No. 12. 4 Mei 2012.

<http://www.ptcommunity.com/ptjournal/fulltext/29/12/>

Barker, Carol. (1996). *The health care policy process*. London: Sage Publications Ltd.

Bhagavan, P.S. (2010). *Pharmacy therapeutics committee*. 30 November 2011. <http://www.pharmainfo.net/bhagavan-p-s/blog/12-hospital-pharmacy-series-therapeutic-committee>

Bjorkman, Ingeborg K., et al. (2005). *The role of drug and therapeutics committees: perceptions of chairs and informations officers*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 18 No. 4.20 Mei 2012. <https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/the-role-of-drug-and-therapeutics-committees-perceptions-of-chairs-and-p0X3x60TEH>

Bjorkman, Ingeborg K. (2007). *Developing the role of the drug and therapeutics Committees : perception of chairs*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 20 No. 2. 17 Mei 2012. <http://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/developing-the-role-of-the-drug-and-therapeutics-committees-e0fao8sGER>

Boucher, Bradley A. (2010). *Formulary decisions: then and now*.30 November 2011. <http://www.pharmacotherapy.org/supplements/>

Cahill, Judith A., et al. (2000). *Principles of sound drug formulary system*.30 November 2011. <http://www.pbm.va.gov/LinksAndOtherResources/>

Chu Vang, et al. (2006). *Improving the performance of drug and therapeutics committees in hospitals - a quasi-experimental study in laos*, Eur J Clin Pharmacol.20 Mei 2012. <http://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/>

Daftar Obat Esensial Nasional. (2011).

Desselle, Shane P., & Zgarrick, David P. (2009). *Pharmacy management*. New York: McGraw-Hill.

Dranove, David. (2003). *Determinants of HMO formulary adoption decisions*. 13 Desember 2011. <http://www.kellogg.northwestern.edu/research/chime/papers/>

Ee Lyn Tan. (2005). *Drug and therapeutics committees: studies in australian hospitals*. Universitas Sidney, Fakultas Farmasi. 28 April 2012. <http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/711/1/>

Fijn, R., et al. (1999). *Drug and therapeutics committees in dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures*, Br. J Clinical Pharmacology, 48. 20 Mei 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2014287/pdf/>

Gardner, Heather. (1992). *Health policy*. Australia: Churchill Livingstone.

Gray, Thomas, et al. (2004). *Guidelines for therapeutic interchange*. 28 April 2012. <http://www.accp.com/docs/positions/guidelines/>

Gunten, Vera v. (2008). *Clinical pharmacy standards and practice in europe*. 16 Mei 2012. <http://www.rsv-gnw.ch>

House of Commons. (2005). *The influence of the pharmaceutical industry*. 16 Mei 2012. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/>

Johns Hopkins Hospital. (2011). *Medical staff bylaws*. 16 Mei 2012. <http://dcs.jhmi.edu/evo/>

KepMenKes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit.

Kepmenkes No. 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis di Rumah Sakit.

Kunders, G.D. (2004). *Hospitals*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Publishing Company Ltd.

Laing, R.O., Hogerzeil, H.V., & Degnan, D.R. (2001). *Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries*. Oxford University Press.20 Mei 2012. <http://populationmedicine.net/content/>

Laupacis, Andreas. (2002). *Inclusion of drugs in provincial drug benefit program : who is making these decisions, and are they the right ones?* JAMC.20 Mei 2012. <http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/166/1/44.full.pdf+html>

LeBlanc, Jaclyn M.,& Dasta, Joseph F. (2005). *Scope of international hospital pharmacy practices*, The Annals of Pharmacology. 20 Mei 2012. <http://faculty.ksu.edu.sa/NAloudah/Documents/>

Management and Sciences for Health and World Health Organization. (2007). *Drug and Therapeutics Committee Training Course*.28 April 2012. <http://www.msh.org/projects/rpmlplus/>

Marvin A. (1992).*ASHP Guidelines on Formulary System Management*.30 November 2011. <http://faculty.ksu.edu.sa/SinaaAlaqeel/Lectures/>

Maswar, Judiwan D. (2001). *Analisis sistem pengendalian manajemen farmasi di rumah sakit puri cinere*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Matthew, Mel. (1994). *The drug approval process in select canadian hospital*. Universitas British Columbia, Fakultas Ilmu Farmasi.28 April 2012. <https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/3490/>

McLean, William. (2007). *Do formularies enhance patient safety*. JCPH Vol. 60, no. 2. 13 Desember 2012.

<http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Do+Formularies+Enhance+Patient+safety&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

Mittmann, Nicole&Knowles, Sandra. (2009). *A survey of pharmacy and therapeutic committees across canada : scope and responsibilities*, Can J Clin Pharmacol.20 Mei 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Modul metodologi penelitian kesehatan. (2007). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Nissen,Lisa. (2009). *Current status of pharmacist influences on prescribing medicines*, Am J Health System Pharmacist, Vol 66. 4 Mei 2012. http://www.ajhp.org/content/66/5_Supplement_3/

NSW Health. (2007). *Core tasks, skills, and knowledge for hospital pharmacy*. 16 Mei 2012. <http://www.health.nsw.gov.au/resources/alliedhealth/>

Ombaka, Eva. (2009). *Current Status of Medicines Procurement*, Am J Health System Pharmacy. 4 Mei 2012. <http://www.ajhp.org/content/66/>

Permenkes No. 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.

Quick, J.D. (1997). *Managing drug supply*. USA: Kumarian Press, Inc.

Savelli, Anthony,et al. (April, 1996). *Manual for the development and maintenance of hospital drug formularies*.7 November 2011.

<http://pdf.usaid.gov/>

Siregar, Charles J.P. (2004). *Farmasi rumah sakit teori dan penerapan*. EGC.

Smith, Mickey C. (1996). *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care*. New York: The Haworth Press.

Tayeb, Wasfi A.E. (2003). *Hospital pharmacy*. 28 April 2012. <http://alalawi.weebly.com/uploads/3/1/1/2/3112304/>

Taylor, Robert J. & Taylor, Susan B. (1994). *The aupha manual of health services management*. Maryland: Aspen Publishers, Inc

Tyler, Linda S., et al. (2008). *ASHP Guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system*. 30 November 2011. <http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/>

Tyler, Linda S., et al. (2008). *ASHP Statement on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary System*. 30 November 2011. <http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

World Health Organization. (2003). *Drug and therapeutics committees a practical guide*.

Weekes, Lynn M., et al. (1998). *Indicators for drug and therapeutics committees*. 28 April 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1873960/>

Wolper, Lawrence F. (1995). *Health care administration*. Maryland: Aspen Publishers, Inc.

WHO. (2004). *How to develop a national formulary based on the WHO model formulary*. 16 Mei 2012. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6171e/>

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Nama pewawancara :

Nama pencatat :

Tempat :

Tanggal :

I. PETUNJUK UMUM

1. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada informan, atas kesediaannya meluangkan waktu untuk diwawancarai.
2. Menjelaskan tentang maksud, dan tujuan wawancara.

II. PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

1. Wawancara dilakukan oleh pewawancara.
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran, dan pendapat informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar, ataupun jawaban yang salah.
5. Semua pendapat, pengalaman dan saran akan dijamin kerahasiaannya.
6. Sampaikan ke informan bahwa wawancara ini akan direkam pada *tape recorder* untuk membantu ingatan pewawancara.

III. PELAKSANAAN WAWANCARA

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan maksud wawancara pada informan
3. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 1
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Perwakilan Perusahaan Farmasi (PPF)
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :

PERTANYAAN :

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

Prinsipal Farmasi :

- a. Konsep dan kebijakan formularium dijelaskan tidak kepada prinsipal farmasi, bila iya bagaimana caranya menjelaskan ?
- b. Apa saja poin-poin yang dijelaskan ?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 2
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Kepala Unit Farmasi
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Therapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

2. Evaluasi Obat dan Jenis Obat

- a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas, dan pedoman diagnosa dan terapi di RSDY ?
- b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?

3. Perumusan Draft Kebijakan dan Prosedur oleh PFT untuk kemudian disetujui oleh Direktur RS

- a. Apakah ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium yang sudah dibuat oleh PFT, jika ada bisa ditunjukkan kebijakan dan prosedur apa saja yang sudah dibuat?

- b. Bisa diceritakan siapa saja yang berperan dalam pembuatan kebijakan dan prosedur ini?
- c. Bagaimana proses pembuatan draft kebijakan dan prosedur mengenai formularium, sampai dengan disetujui oleh Direksi?

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Apakah konsep dan kebijakan formularium dijelaskan kepada dokter dan prinsipal farmasi, bila iya bagaimana caranya menjelaskan?
- b. Apakah ada notulennya?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

6. Persetujuan Draft Daftar Obat oleh Direktur RS

- a. Setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, terus diapakan?
- b. Apakah ada persetujuan Direksi dalam bentuk SK, kalau ada bisa saya lihat?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 3
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Kabid Penunjang Medis
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Terapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini, dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

2. Evaluasi Obat dan Jenis Obat

- a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas, dan pedoman diagnosa dan terapi di RSDY ?
- b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?

3. Perumusan Draft Kebijakan dan Prosedur oleh PFT untuk kemudian disetujui oleh Direktur RS

- a. Apakah ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium yang sudah dibuat oleh PFT, jika ada bisa ditunjukkan kebijakan dan prosedur apa saja yang sudah dibuat?

- b. Bisa diceritakan siapa saja yang berperan dalam pembuatan kebijakan dan prosedur ini?
- c. Bagaimana proses pembuatan draft kebijakan dan prosedur mengenai formularium sampai dengan disetujui oleh Direksi?

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Apakah konsep dan kebijakan formularium dijelaskan kepada dokter dan prinsipal farmasi, bila iya bagaimana caranya menjelaskan?
- b. Apakah ada notulennya?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

6. Persetujuan Draft Daftar Obat oleh Direktur RS

- a. Setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, terus diapakan?
- b. Apakah ada persetujuan Direksi dalam bentuk SK, kalau ada bisa saya lihat?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 4
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Sekretaris PFT
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Therapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

2. Evaluasi Obat dan Jenis Obat

- a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas dan pedoman diagnosa dan terapi di RSDY ?
- b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?

3. Perumusan Draft Kebijakan dan Prosedur oleh PFT untuk kemudian disetujui oleh Direktur RS

- a. Apakah ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium yang sudah dibuat oleh PFT , jika ada bisa ditunjukkan kebijakan dan prosedur apa saja yang sudah dibuat?

- b. Bisa diceritakan siapa saja yang berperan dalam pembuatan kebijakan dan prosedur ini?
- c. Bagaimana proses pembuatan draft kebijakan dan prosedur mengenai formularium sampai dengan disetujui oleh Direksi?

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Apakah konsep dan kebijakan formularium dijelaskan kepada dokter dan prinsipal farmasi, bila iya bagaimana caranya menjelaskan?
- b. Apakah ada notulennya?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

6. Persetujuan Draft Daftar Obat oleh Direktur RS

- a. Setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, terus diapakan?
- b. Apakah ada persetujuan Direksi dalam bentuk SK, kalau ada bisa saya lihat?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 5
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Dokter Spesialis
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Therapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

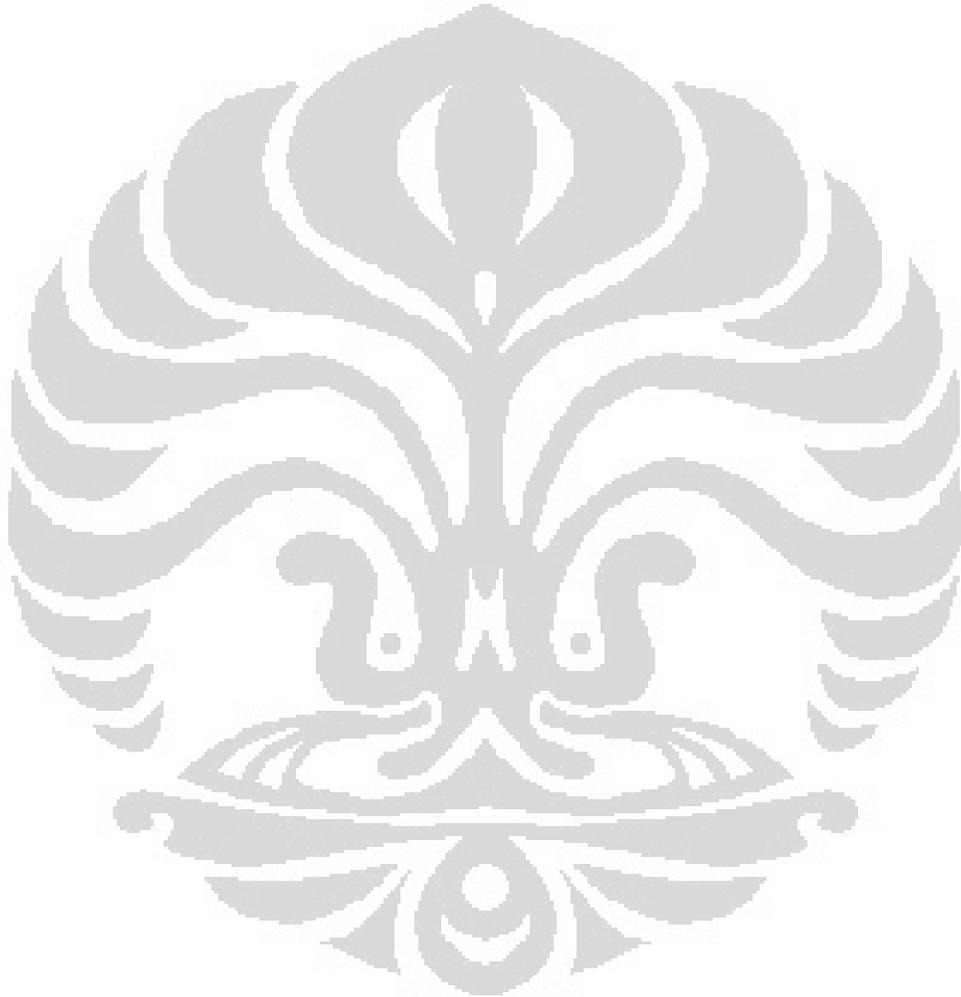
- a. Apakah konsep dan kebijakan formularium dijelaskan kepada dokter, bila iya bagaimana caranya menjelaskan?
- b. Apakah ada notulennya?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?



IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 6
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Kabid Pelayanan Medis
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Therapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

2. Evaluasi Obat dan Jenis Obat

- a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas, dan pedoman diagnosa dan terapi di RSDY ?
- b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?

3. Perumusan Draft Kebijakan dan Prosedur oleh PFT untuk kemudian disetujui oleh Direktur RS

- a. Apakah ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium yang sudah dibuat oleh PFT, jika ada bisa ditunjukkan kebijakan dan prosedur apa saja yang sudah dibuat?

- b. Bisa diceritakan siapa saja yang berperan dalam pembuatan kebijakan dan prosedur ini?
- c. Bagaimana proses pembuatan draft kebijakan dan prosedur mengenai formularium sampai dengan disetujui oleh Direksi?

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Apakah konsep dan kebijakan formularium dijelaskan kepada dokter, bila iya bagaimana caranya menjelaskan?
- b. Apakah ada notulennya?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

6. Persetujuan Draft Daftar Obat oleh Direktur RS

- a. Setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, terus diapakan?
- b. Apakah ada persetujuan Direksi dalam bentuk SK, kalau ada bisa saya lihat?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 7
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Asisten Apoteker
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :
7. Lama Bekerja di Jabatan :

PERTANYAAN :

1. Pembentukan PFT

- a. Apakah Panitia Farmasi dan Therapi ada di RSDY, bila ada bisa diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?
- b. Apakah ada SK pembentukannya?

2. Evaluasi Obat dan Jenis Obat

- a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas dan pedoman diagnosa dan terapi di RSDY ?
- b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis, dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

IDENTITAS INFORMAN

1. Nomor Informan : 8
2. Nama Informan :
3. Jabatan : Perwakilan Perusahaan Farmasi (PPF)
4. Umur :
5. Jenis Kelamin :
6. Lama Bekerja :

PERTANYAAN :

4. Sosialisasi Konsep dan Kebijakan Formularium kepada Dokter dan Prinsipal Farmasi

Prinsipal Farmasi :

- a. Konsep dan kebijakan formularium dijelaskan tidak kepada prinsipal farmasi, bila iya bagaimana caranya menjelaskan ?
- b. Apa saja poin-poin yang dijelaskan ?

5. Seleksi Daftar Obat dari Pengajuan Usulan Dokter dan Prinsipal Farmasi

- a. Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?
- b. Bagaimana caranya melakukan seleksi terhadap usulan-usulan ini ?

7. Sosialisasi Daftar Obat Formularium

- a. Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis, dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana caranya ?
- b. Siapa yang memberikan penjelasan?

**MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM TENTANG PROSES PEMBUATAN FORMULARIUM
DI RUMAH SAKIT UMUM DHARMA YADNYA TAHUN 2011**

Informan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6	Informan 7	Informan 8
Pertanyaan								
1.Struktur Organisasi PFT a.Apakah ada PFT di RSDY, bila ada apakah ada SK pembentukan PFT ini?		<i>PFT ada, dan SK nya ada.</i>	<i>PFT ada, SK nya ada, nanti bisa, nanti saya ambilkan.</i>	<i>PFT ada di rumah sakit Dharma Yadnya. SK ada, nanti saya tunjukkan Dok</i>	<i>Ya panitia Farmasi dan Terapi sudah ada di rumah sakit Dharma Yadnya. Ada, jadi setelah PFT terbentuk kemudian diadakan rapat, dan kemudian biasanya manajemen mengirimkan notulen rapat itu kepada seluruh</i>	<i>Iya, kalau mengenai panitia Farmasi dan Terapi ada, kalau SK Panitia Farmasi dan Terapi ada.</i>	<i>Kalau PFT ada disini, mengenai SK saya kurang tahu dan juga belum pernah lihat itu</i>	

					dokter spesialis , jadi kita semua tahu setiap ada rapat, hasil- hasilnya, kita semua tahu			
b. bisakah diceritakan sedikit mengenai pembentukan PFT ini dan keanggotaannya?	mengenai pembentukannya kalau tidak salah bulan februari 2011 saat pembentukan komite medik terbaru, saat itu juga ketua pft itu dipilih oleh ketua komite medik, kemudian ketua PFT memilih tiga orang sekretaris PFT, seorang apoteker, seorang dokter, dan seorang dari bagian keuangan.	begini tahun 2011 itu ada perubahan kepengurusan Komite Medik, sekaligus ada rencana penerapan formularium di rumah sakit, dan ini adalah formularium yang pertama kalinya kita terapkan di rumah sakit. Ketua Komite medik yang terpilih saat itu kemudian memilih Ketua Subkomite Farmasi dan therapy. Nah beliaulah yang	Dibentuk saat rapat Komite Medik, diputuskan bahwa Komite Medik harus dilengkapi dengan SMF dan PFT. Sebagai ketua PFT ditunjuk Prof. yang dibantu oleh tiga orang Sekretaris yaitu apoteker, seorang dokter dan saya sendiri dari bagian Keuangan. PFT dilengkapi dengan dua orang negosiator, dua orang dokter spesialis.	Pada awalnya ada pembentukan komite medik, dan setelah ketua medik itu terpilih, ketua komite medik itu lalu menunjuk salah satu dokter spesialis yang dianggap senior dan dianggap berpengalaman untuk memimpin Panitia Farmasi dan juga memilih sekretaris dan dua orang negosiator teman sejawat	PFT ini merupakan kelanjutan dari subkomite farmasi yang diketuai oleh seorang Profesor mempunyai sekretaris 3 orang dan anggotanya dari perwakilan dari SMF atau perwakilan 3 SMF yang kita miliki disini.	Pembentukannya kurang tahu, yang jelas ada ketua PFT nya, ada sekretarisnya, ada negosiatornya itu dokter spesialis, dan untuk anggotanya kurang tahu.		

		Juga memilih negosiator dua orang dokter spesialis, dan anggotanya dari SMF-SMF.	kemudian membentuk Panitia farmasi dan terapi, dengan memilih 3 sekertaris PFT yaitu apoteker, apoteker kita yang baru, dokter dan staf dari bagian keuangan. Juga menetapkan negosiator 2 orang dokter spesialis.	anggotanya adalah perwakilan SMF-SMF	dokter spesialis		
<p>2. Evaluasi dan Jenis Obat</p> <p>a. Apakah ada pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat, pola morbiditas dan pedoman diagnosa dan terapi di rumah sakit ?</p>		Kalau pencatatan dan pelaporan pola pembelian obat di rsu dharma yadnya ada, setiap faktur yang datang dicatat di komputer dan buku faktur, biasanya laporan ini di print dan diserahkan ke bagian keuangan.	ada	ada	Ada..ada	Untuk catatan pembeliannya itu ada di gudang, trus sisanya itu kurang tahu	

		Untuk pola morbiditas dan pedoman diagnosa terapi saya kurang tahu.					
b. Apakah PFT menggunakan pelaporan ini untuk evaluasi obat dan jenis obat untuk kepentingan formularium? Kalau iya, bagaimana caranya mengevaluasi obat dan jenis obat?		Iya, PFT menggunakan pelaporan pembelian obat yang dipisahkan per farmasi sesuai jumlah pembeliannya. Caranya dengan menghitung pembelian masing-masing farmasi selama setahun sebelumnya, sampai didapatkan 12 farmasi yang paling banyak	Iya, PFT menggunakan pelaporan pembelian obat yang dipisahkan per farmasi sesuai jumlah pembeliannya. Caranya dengan menghitung pembelian masing-masing farmasi selama setahun sebelumnya, sampai didapatkan 12 farmasi yang paling banyak dibeli dan digunakan. 12 nama ini lalu diberikan	Iya tentu saja, tetapi PFT hanya menggunakan laporan pembelian obat selama tahun 2010. Agar memudahkan saja ya, sehingga yang dipakai hanya laporan pembelian obat saja. Caranya ya laporan pembelian obat ini disusun berdasarkan nominal pembelian per farmasi selama setahun, Sehingga PFT hanya		Kalau mengenai morbiditas belum mampu diterapkan oleh PFT, namun kita menggunakan pola pembelian obat yang dipakai dasar untuk menetapkan farmasi, pilihan farmasi yang akan dipilih, bahwa panitia farmasi menggunakan 12 besar farmasi atau prinsipal yang banyak masuk ke rumah	Ada, trus yang dipakai menjadi pedoman itu 12 farmasi yang umumnya kita pakai.

		dibeli dan digunakan. 12 nama ini lalu diberikan kepada PFT untuk diberikan kepada user agar dipilih.	kepada PFT untuk diberikan kepada user agar dipilih.	menggunakan 12 prinsipal farmasi terbanyak yg digunakan oleh user saja sebagai dasar untuk memberikan usulan.		sakit Dharma yadnya		
<p>3. Perumusan Draft kebijakan dan prosedur oleh PFT untuk kemudian disetujui oleh Direktur RS</p> <p>a. Apakah ada kebijakan dan prosedur mengenai formularium yang sudah dibuat oleh PFT, jika ada bisa ditunjukkan draft kebijakan dan</p>		Tidak ada ya. Yang ada hanya notulen rapat sosialisasi rencana formularium dan prinsip-prinsip formularium yang diterapkan di RSUDY. Juga instruksi Direktur RS kepada user agar menggunakan Daftar Obat formularium.	Kebijakan dan prosedur mengenai formularium tidak ada, tidak ada SK. Yang ada itu prinsip-prinsip formularium misalnya mengenai bentuk komitmen dokter terhadap formularium, mengenai pembatasan 3 farmasi saja yang akan kita pergunakan, mengenai setara generik, dan yang	Sampai saat ini belum ada. Begini, ini karena baru pertama kalinya kita melaksanakan formularium sehingga kita belum banyak mengetahui bagaimana melaksanakan formularium dengan benar. Yang ada itu bukan kebijakan, tapi ada prinsip-prinsip formularium yang sudah disosialisasikan dan		Kami rasa belum itu, hanya PFT menggunakan prinsip-prinsip formularium yang diusulkan oleh Ketua PFT, kemudian dibicarakan dalam rapat bersama Direksi, dokter baik dokter spesialis maupun dokter umum, sampai ditemukan suatu kesepakatan, itu semua ada dalam		

<p>prosedur apa saja yang sudah dibuat?</p>			<p>lainnya. Semuanya ada dalam notulen rapat formularium. Nanti bisa dibaca itu.</p>	<p>disepakati bersama antara PFT, Manajemen dan user dalam hal ini dokter spesialis. Prinsip-prinsip formularium bisa dilihat dalam notulen rapat.</p>		<p>notulen.</p>		
<p>b.Bisa diceritakan siapa saja yang berperan dalam pembuatan prinsip-prinsip ini, kalau misalnya kebijakan dan prosedur tidak ada?</p>		<p>Prof Raka Widiana yang berperan, beliau ketua PFT yang punya pengalaman membuat formularium di RS lain.</p>	<p>Yang menyusun draft kebijakan nya adalah Ketua PFT, karena beliau adalah mantan direktur di RS lain dan sudah pernah membuat formularium.. Sedangkan Formularium kami baru pertama kalinya kami terapkan di Rumah Sakit Dharma</p>	<p>Ya, dalam hal ini yang berperan adalah Ketua PFT, beliauah yang membuat prinsip-prinsip itu karena memang hanya beliau yg memahami tentang formularium</p>		<p>Dalam hal ini karena kita masih belajar, yaitu yang paling banyak berperan adalah Ketua PFT yang mengusulkan beberapa prinsip-prinsip dalam formularium.</p>		

			<i>Yadnya.</i>					
<i>c. Bagaimana proses pembuatan draft dari prinsip-prinsip formularium sampai dengan disetujui oleh Direksi?</i>		<i>Ketua PFT yang membuat, kemudian disosialisasikan kepada user dan direksi dalam rapat formularium, untuk dicapai kesepakatan bersama antara PFT, user dan Direksi.</i>	<i>Prinsip-prinsip formularium yang dibuat oleh Prof sekaligus disosialisasikan dalam rapat formularium kepada user dan Direksi. Memang dalam rapat itu digunakan sebagai kesempatan untuk mencapai kesepakatan antara user, PFT dan Direksi. Dan saat rapat memang tujuannya agar tercapai kesepakatan antara Direksi, PFT dan user, dan semuanya menyetujui prinsip-prinsip formularium yang dibuat oleh Ketua PFT. Dan ini</i>	<i>Ketua PFT membuat prinsip-prinsip formularium itu, lalu pada saat rapat formularium yang dihadiri oleh manajemen dan Dokter, prinsip-prinsip tersebut disampaikan. Dan ketiga pihak ini sepakat untuk menjalankan prinsip-prinsip formularium tersebut.</i>		<i>Ketua PFT menyusun suatu draft yang isinya prinsip-prinsip formularium, kemudian itu disosialisasikan kepada dokter atau user, baik spesialis maupun dokter umum, kemudian kepada prinsipal sampai ditemukan suatu kesepakatan bersama....loh, bukan sampai ke prinsipal ya, sampai pada direksi saja, kemudian sampai ditemukan suatu kesepakatan</i>		

			<p>saya rasa belum di SK kan dan mungkin karena kekurangtahuan kami mengenai hal ini, bahwa seharusnya di SK kan.</p>				
<p>4. Sosialisasi konsep dan kebijakan formularium kepada dokter dan prinsipal farmasi</p> <p>a. Konsep dan kebijakan formularium dijelaskan tidak kepada dokter atau prinsipal farmasi, bila iya</p>	<p>Dijelaskan kepada kami dokter, melalui rapat bersama panitia Farmasi dan Terapi bersama pihak manajemen, kami dijelaskan mengenai maksud dan tujuan diadakannya formularium dari rumah sakit dharma yadnya.</p>	<p>Konsep dan prinsip formularium tentu saja dijelaskan kepada Dokter, seperti yang saya ceritakan tadi bahwa PFT menjelaskan konsep dan prinsip- prinsip formularium dalam rapat formularium yang dibawakan oleh Ketua PFT.</p>	<p>Dalam rapat formularium, ketua PFT yang menjelaskan mengenai konsep dan prinsip-prinsip formularium yang akan diterapkan di RS. Kalau sosialisasinya, sosialisasi ke prinsipal, itu diberikan oleh PFT dan dihadiri oleh Direksi.</p>	<p>Iya , tentu saja mereka dijelaskan. Pada saat rapat formularium yang tadi saya sebut, disana sekaligus disampaikan mengenai konsep dan prinsip-prinsip formularium yang akan dilaksanakan di rumah sakit. Kalau penjelasan konsep dan prinsip formularium ke prinsipal farmasi</p>	<p>Iya, dijelaskan konsep kebijakan formularium dijelaskan pada waktu rapat oleh Prof selaku Ketua PFT, dan kemudian mengenai tata caranya dan lain sebagainya dan kemudian pada saat rapat itu kita, seluruh dokter spesialis yang hadir membuat</p>	<p>Iya dijelaskan, baik kepada dokter maupun kepada prinsipal, kepada dokter dijelaskan oleh Ketua PFT melalui rapat formularium, kepada prinsipal dijelaskan oleh PFT dan Direksi dengan memanggil khusus, pertemuan khusus</p>	<p>Kami memang medapat penjelasan Dokter, yang pertama kami diundang oleh pihak rumah sakit, dan yang menjelaskan itu adalah dari pihak Direktur rumah sakit sendiri, dan PFT. Dijelaskan mengenai rumah sakit akan</p>

<p>bagaimana caranya menjelaskan ?</p>	<p><i>Kebijakan yang penting buat kami sebagai farmasi, bahwa 3 besar farmasi dipergunakan di rumah sakit dharma yadnya, pemilihan produknya all produk, yang ketiga dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar daripada Direksi, terus yang ke empat bila ada produk yang sangat spesifik dan tidak dimiliki oleh tiga besar farmasi yang masuk dalam</i></p>			<p><i>dilakukan dengan mengundang mereka secara khusus, kemudian diberikan penjelasan oleh manajemen dan PFT.</i></p>	<p><i>suatu kesepakatan terhadap kebijakan yang akan diterapkan.</i></p>	<p><i>antara direksi, PFT dan Prinsipal.</i></p>		<p><i>menerapkan formularium Dokter.</i></p>
--	--	--	--	---	--	--	--	--

	<p><i>formularium maka dapat disediakan oleh pihak rumah sakit. Berikut.....infor masi dari kami Dok</i></p>						
<p>b.Apakah ada notulennya?</p>		<p><i>Ada</i></p>	<p><i>Sosialisasi kepada dokter dan ke prinsipal farmasi ada notulennya. Ya, nanti bisa dilihat</i></p>	<p><i>Ada, nanti saya ambilkan.</i></p>	<p><i>Iya, iya</i></p>	<p><i>Ada, itu semua ada.</i></p>	
<p>c.Apa saja poin- poin yang dijelaskan</p>	<p><i>Kebijakan yang penting buat kami sebagai farmasi, bahwa 3 besar farmasi dipergunakan di rumah sakit dharma yadnya, pemilihan produknya all produk, yang</i></p>						<p><i>Poin-poin yang dijelaskan yaitu ada pertama, pada prinsipnya ya "all product" Dok, terus ada tiga farmasi utama yang akan terpilih, dan kalau ada obat-obatan</i></p>

	<p>ketiga dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar daripada Direksi, terus yang ke empat bila ada produk yang sangat spesifik dan tidak dimiliki oleh tiga besar farmasi yang masuk dalam formularium maka dapat disediakan oleh pihak rumah sakit.</p>							<p>yang tidak dimiliki oleh ketiga farmasi ini maka boleh dicarikan ke farmasi lain. Dimana sistem kerjasamanya berlaku selama 1 tahun Dokter.</p>
<p>5. Penyusunan draft daftar obat formularium</p>	<p>Sepengetahuan kami untuk masukan itu ada dua Dokter, yang</p>	<p>Yang memberikan masukan yaitu semua user yaitu Dr Sp dan Dr</p>	<p>Yang memberikan masukan adalah dokter dan prinsipal farmasi. Caranya</p>	<p>Yang memberikan masukan dalam hal ini adalah semua dokter baik itu</p>	<p>Yang memberikan masukan untuk obat-obat formularium itu</p>	<p>Yang memberikan masukan yaitu dari user juga memberikan</p>		<p>Caranya yaitu ada dari dokter dan juga farmasi. Kalau</p>

<p>a.Siapa saja yang memberikan masukan bagi obat-obatan formularium, dan bagaimana caranya memberikan masukan untuk daftar formularium?</p>	<p>pertama itu dari dokter spesialis sebagai user dan masukan dari prinsipal farmasi Dok. Dari prinsipal farmasi sendiri, kami diminta untuk membuat list produk yang lengkap yang akan diajukan ke PFT Dok, sedangkan untuk dokter spesialis kalau tidak salah, mereka mengajukannya melalui formularium 12 besar farmasi yang disodorkan oleh PFT. Selanjutnya user akan memilih 3</p>	<p>Umum, juga usulan dari prinsipal farmasi. PFT mengundang semua user yaitu dr sp dan dr umum untuk rapat formularium. Dalam rapat, dokter-dokter ini memilih atau melingkari 3 farmasi saja dari 12 farmasi. Kemudian hasil pemilihan tersebut dihitung sampai didapatkan 3 farmasi utama, yang kemudian kita undang untuk negosiasi. Negosiasi ini dilakukan oleh negosiator PFT</p>	<p>dokter diundang dalam rapat formularium kemudian diminta memberikan usulan dengan cara memilih 3 farmasi dari 12 farmasi yang diajukan oleh PFT, sampai mendapatkan 3 pilihan farmasi yang paling banyak dipilih user. Kalau ke prinsipal, ketiga farmasi yang terpilih ini diundang oleh PFT untuk membicarakan usulan dari mereka mengenai rencana kerjasama formularium</p>	<p>Dokter Spesialis dan Dokter umum, dan prinsipal farmasi. Caranya yaitu saat rapat formularium, masukan diberikan dengan mengisi blanko usulan memilih 3 prinsipal farmasi dari 12 besar farmasi. Kemudian dibuat daftar tabulasi, sehingga menghasilkan 3 farmasi yang paling banyak dipilih. Untuk blankonya kita punya, kalau mau dilihat, bisa, nanti saya perlihatkan. Masukan dari prinsipal, dengan</p>	<p>adalah semua dokter spesialis yang praktek di rumah sakit dharma yadnya, kemudian para Dokter umum yang bertugas di UGD dan Poliklinik rumah sakit dharma yadnya, kemudian 12 besar prinsipal farmasi yang memang sejak sebelum-sebelumnya sudah banyak dipakai oleh para dokter spesialis dan dokter umum yang bertugas di Rumah Sakit Umum Dharma Yadnya, kemudian</p>	<p>masukan, yang kami maksud dengan user yaitu dokter juga memberikan masukan, baik dokter spesialis maupun dokter umum, kemudian juga dari prinsipal. Kalau dari dokter, masukan itu dengan cara dokter spesialis dan dokter umum yang ada disini mengisi blanko, dengan memilih tiga dari 12 farmasi yang terbanyak dipakai di rumah sakit dharma yadnya ini, kemudian dari prinsipal,...ee</p>		<p>dari farmasi kami diundang rapat Dokter, yaitu kami dijelaskan dan pada saat itu ditanyakan kesiapan kami untuk bekerjasama sesuai dengan poin-poin yang sudah disebutkan oleh negosiator, dalam hal ini pihak Farmasi dan Terapi.</p>
--	--	---	---	--	---	---	--	---

	<p>dari 12 besar farmasi tersebut. Setelah itu usulan-usulan tersebut diseleksi lagi oleh PFT.</p>	<p>dihadiri juga oleh anggota PFT yang lain, dan direksi. Diharapkan 3 besar farmasi yg kita ajak kerjasama ini dapat dilakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi.</p>		<p>mengundang 3 farmasi yang terpilih untuk dijelaskan maksud dan tujuan formularium diadakan, dan menanyakan kesanggupan mereka untuk bekerjasama</p>	<p>setelah itu dokter spesialis dan para dokter umum diberikan kesempatan untuk memilih tiga prinsipal farmasi yang ingin diajak bekerjasama. Berdasarkan hasilnya terpilihlah 3 besar prinsipal farmasi. Kalau masukan-masukan dari prinsipal farmasi saya kurang tahu, karena pembicaraan itu biasanya hanya antara Panitia Farmasi dan Terapi dengan Direksi, dan Komite medik.</p>	<p>memberikan masukan melalui pertemuan khusus antara Direksi dan PFT.</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--

<p>b.Bagaimana cara melakukan seleksi terhadap usulan ini ?</p>	<p><i>Ndak tau Dok kita</i></p>	<p><i>Kedua usulan, baik dari user dan prinsipal farmasi dipertimbangkan oleh PFT dan Direksi, sampai akhirnya diputuskan 3 buah prinsipal farmasi yang kita akan ajak kerjasama.</i></p>	<p><i>Usulan dari dokter dan usulan dari prinsipal dipertimbangkan oleh PFT dan Direksi, sampai diperoleh 3 prinsipal farmasi yang akan diajak bekerjasama.</i></p>	<p><i>Masukan dari dokter dan dari prinsipal dipertimbangkan, lalu diputuskan untuk bekerjasama dengan prinsipal yang terpilih. Yang mempertimbangkan masukan dan usuan tersebut adalah pihak manajemen dan PFT</i></p>	<p><i>Tata cara melakukan seleksi terhadap usulan-usulan itu, kita secara detail para dokter spesialis mungkin tidak cukup mengetahui itu.</i></p>	<p><i>Semua usulan-usulan itu ditabulasi kemudian ditetapkanlah..ee.. farmasi yang akan dipilih kemudian obat-obatan yang akan dipergunakan dari farmasi yang dipilih tersebut, nah kemudian semua usulan itu baik dari user maupun dari prinsipal dipertimbangkan oleh PFT dan Direksi, kemudian baru diambil suatu keputusan.</i></p>		<p><i>Dalam hal ini, saya mohon maaf sebelumnya Dok, karena kami tidak tahu.</i></p>
<p>6. Pengesahan daftar obat</p>		<p><i>Selanjutnya Draft daftar obat ini</i></p>	<p><i>Direksi mengeluarkan</i></p>	<p><i>Draft daftar obat diserahkan ke</i></p>		<p><i>Setelah selesai kemudian</i></p>		

<p>formularium</p> <p>a. Setelah draft daftar obat formularium dibuat oleh PFT, terus diapakan?</p>		<p>diberikan kepada Direksi.</p>	<p>instruksi kepada semua user untuk menggunakan 3 besar farmasi tersebut dalam peresepannya di Rumah Sakit Dharma Yadnya. Instruksinya bisa saya lihat? Bisa bisa</p>	<p>Manajemen, kemudian Direktur mengeluarkan instruksi ke semua user dalam hal ini dokter, untuk menggunakan daftar obat itu sebagai acuan dalam penulisan resep.</p>		<p>diajukan ke Direksi, kemudian Direksi baru mengeluarkan surat himbauan kepada dokter untuk dapat menggunakan daftar obat-obat dari tiga farmasi yang telah disepakati.</p>		
<p>b. Apakah ada persetujuan Direksi dalam bentuk SK, kalau ada bisa saya lihat?</p>		<p>Tidak ada dalam bentuk SK, tetapi ada instruksi yang dikeluarkan oleh Direktur kepada semua user agar menggunakan daftar obat formularium dari 3 besar farmasi tersebut</p>	<p>Nah, kami tidak membuat SK daftar obat formularium. Kenapa Dok, kenapa tidak dibuatkan....Ya itulah, mungkin karena kurangnya kami karena formularium obat adalah sesuatu yang</p>	<p>Mengenai hal itu, belum ada. Seperti yang tadi saya sampaikan, ini merupakan sesuatu yang baru. Jadi kami belum memahami apa-apa yang menjadi kelengkapan dalam proses formularium ini. Ya nanti Dok,</p>		<p>Untuk sementara belum ada</p>		

			baru di RS ini, jadi sepertinya masih banyak kekurangannya.	hasil penelitian dokter bisa memberikan kami masukan untuk menyempurnakan formularium di rumah sakit kita.				
<p>7. Sosialisasi Daftar obat Formularium</p> <p>a,Setelah ada daftar obat formularium, apakah ada penjelasan mengenai daftar obat ini kepada dokter, perawat, farmasis dan prinsipal farmasi? Kalau ada penjelasan, bagaimana</p>	<p>Kalau pada kami dijelaskan dokter, setelah kami terpilih dalam tiga besar, kami dipanggil dan diberikan penjelasan oleh PFT mengenai kapan formularium itu mulai berlaku di RSDY. Begitu saja Dok</p>	<p>Penjelasan kepada dokter berupa surat instruksi, kemudian kalau apoteker dan asisten apoteker dijelaskan melalui rapat farmasi yang diadakan setiap minggu. Kalau kepada perawat, daftar obat formularium dijelaskan dan diberikan ke setiap unit oleh</p>	<p>Sosialisasi dengan cara Direktur menerbitkan instruksi mengenai formularium yang dikirimkan kepada semua user. Kalau pada perawat sosialisasinya berupa Daftar Obat Formularium yang dibagikan ke unit-unit agar mereka dapat membantu mengingatkan dokter mengenai obat-obatan yang</p>	<p>Kepada dokter, itu kan berupa instruksi dari Direktur. Kemudian kepada perawat, diberikan daftar obat formularium ke semua unit terkait agar mereka membantu mengingatkan dokter saat dokter meresepkan obat. Kemudian kepada asisten apoteker, mereka memang mengadakan rapat</p>	<p>Setelah diputuskan 3 prinsipal farmasi yang diajak bekerjasama berdasarkan semua pilihan dokter spesialis dan dokter umum yang bekerja di rumah sakit umum dharma yadnya, kemudian dibuatlah daftar obat yang dimiliki oleh ketiga prinsipal</p>	<p>Setelah ditetapkan daftar obat-obat maka penjelasan atau sosialisasi dilakukan melalui satu, kepada dokter spesialis dikeluarkan dengan surat himbauan agar dokter spesialis dan dokter umum yang praktek di rumah sakit umum dharma yadnya menggunakan daftar obat yang</p>	<p>Untuk penjelasan daftar formularium ada, itu tahunya dari rapat mingguan farmasi.</p>	<p>Memang ada penjelasan yang ditujukan pada kami, dan memang dalam hal ini disampaikan langsung oleh Direktur Rumah sakit, dan pihak PFT sendiri.</p>

<p>caranya ?</p>		<p>apoteker, tujuannya supaya para perawat bisa mengingatkan dokter saat memberikan terapi di ruangan, Poli umum, ICU dan IGD. Kalau penjelasan ke prinsipal farmasi, saya kurang tahu.</p>	<p>ada dalam daftar obat formularium. Kalau asisten apoteker, mereka mengetahui melalui rapat farmasi setiap minggu. Sedangkan prinsipal farmasi, hanya dijelaskan pada ketiga farmasi yang akan diajak bekerjasama.</p>	<p>unit farmasi terkait dengan pelaksanaan formularium setiap minggu. Kepada prinsipal farmasi, kita hanya berbicara dengan 3 prinsipal yang terpilih itu saja.</p>	<p>farmasi tersebut, kemudian daftar obat itu disebarluaskan kepada seluruh dokter spesialis dan juga dokter umum di IGD dan Poliklinik. Jadi tidak ada pemaksaan, karena itu adalah merupakan pilihan kita, kita yang memilih, artinya kalau konsekwensinya adalah kita akan memakai apapun yang ketiga prinsipal farmasi itu punya dalam praktek sehari-hari. Dan kita memang harus</p>	<p>telah ditetapkan dari 3 farmasi yang telah disepakati tersebut, kemudian untuk perawat itu melalui rapat rutin dijelaskan oleh apoteker ke masing-masing unit dengan menyertai dan memberikan daftar obat formularium yang telah disepakati, namun kepada prinsipal itu tetap melalui rapat atau pertemuan khusus antara PFT dan Direksi.</p>		
------------------	--	---	--	---	---	--	--	--

					mengutamakan dan memanfaatkan produk mereka.			
b.Siapa yang memberikan penjelasan?	<i>Dari PFT dan Direktur Rumah Sakit Dharma Yadnya Dok.</i>	Jadi penjelasan kepada dokter berupa surat instruksi dari direktur, terus kalau apoteker dan asisten apoteker dijelaskan melalui rapat farmasi, dan dijelaskan oleh... <i>Apoteker</i> Dan kepada perawat dijelaskan oleh... <i>Apoteker</i>	<i>Kepada dokter lewat surat instruksi Direktur, perawat dijelaskan oleh apoteker, kepada asisten apoteker diberikan oleh apoteker, dan prinsipal farmasi dijelaskan oleh PFT dan Direksi.</i>	<i>Kalau ke Dokter, bentuknya instruksi yang dilengkapi daftar obat seperti yang saya sebutkan tadi, kepada perawat yang menjelaskan adalah apoteker, kemudian kepada asisten apoteker yang menjelaskan juga apoteker, sedangkan ketiga prinsipal farmasi rekanan formularium diberikan penjelasan oleh Direktur dan PFT.</i>	<i>Penjelasannya mengenai daftar obat formularium secara detail tidak ada diberikan lagi secara face to face, baik dari pihak manajemen atau pihak Panitia Farmasi dan Terapi, tetapi penjelasan itu diberikan berupa surat dan daftar obat formularium yang dibagikan ke kita.</i>	<i>Kalau kepada unit atau instalasi farmasi itu yang lebih berperan adalah apoteker, kemudian kalau kepada dokter spesialis sudah melalui surat himbauan Direktur tersebut, namun kepada prinsipal yang paling banyak adalah Ketua PFT yang didampingi oleh Direksi.</i>	<i>yang memberikan penjelasan apoteker</i>	<i>Direktur rumah sakit sendiri dan PFT.</i>

**DAFTAR TRIANGULASI PROSES PEMBUATAN FORMULARIUM
DI RUMAH SAKIT UMUM DHARMA YADNYA TAHUN 2011**

No	Jenis Informasi	Sumber	Wawancara Mendalam	Penelusuran Dokumen
1.	Struktur Organisasi PFT	Kepala Unit Farmasi Kabid Jangmed Sekretaris PFT Dokter Spesialis Kabid Yanmed	Ada Ada Ada Ada Ada	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM

2.	Evaluasi Obat dan Jenis Obat	Kepala Unit Farmasi Kabid Jangmed Sekretaris PFT Kabid Yanmed Asisten Apoteker	Berdasarkan Pola Pembelian Obat per-farmasi Berdasarkan Pola Pembelian Obat per-farmasi Berdasarkan Pola Pembelian Obat per-farmasi Berdasarkan Pola Pembelian Obat per-farmasi	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM
3.	Perumusan Kebijakan dan Prosedur Formularium	Kepala Unit Farmasi Kabid Jangmed Sekretaris PFT Kabid Yanmed	Belumada Belumada Belumada Belumada	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM
4.	Sosialisasi konsep dan kebijakan formularium pada dokter dan p	PPF kecil	Ada, oleh PFT dan Direksi	Sesuai WM

	rinsipalfarmasi	Kepala Unit Farmasi	Ada, olehKetuaPFT dalamrapatformularium	Sesuai WM
		KabidJangmed	Ada, olehKetuaPFT dalamrapatformularium	Sesuai WM
		Sekretaris PFT	Ada,olehKetua PFT dalamrapatformularium	Sesuai WM
		Dokterspesialis	Ada, olehKetua PFT dalamrapatformularium	Sesuai WM
		KabidYanmed	Ada, olehKetua PFT dalamrapatformularium	Sesuai WM
		PPF besar	Ada, oleh PFT danDireksi	
5.	Penyusunan Draft DaftarObatFormularium	PPFkecil	Usulandokterdanprinsipalfarmasi	Sesuai WM
		Kepala Unit Farmasi	Usulandokterdanprinsipalfarmasi	Sesuai WM
		KabidJangmed	Usulandokterdanprinsipalfarmasi	Sesuai WM
		Sekretaris PFT	Usulandokterdanprinsipalfarmasi	Sesuai WM
		Dokterspesialis	Usulandokterdanprinsipalfarmasi	Sesuai WM

		lis Kabid Yanme d PPF besar	Usulan dokter dan prinsipal farmasi Usulan dokter dan prinsipal farmasi Usulan dokter dan prinsipal farmasi	
6.	Pengesahan Daftar Obat Formularium	Kepala Unit Farmasi Kabid Jangmed Sekretaris PFT Kabid Yanme d	Tidak ada SK Tidak ada SK Tidak ada SK Tidak ada SK	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM
7.	Sosialisasi Daftar Obat Formularium	PPF kecil Kepala Unit Farmasi Kabid Jangmed	Ada, lisan oleh PFT dan Direksi Ada Ada Ada	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM

		Sekretaris PFT Dokter spesialis Kabid Yanmed Asisten Apoteker PPF besar	Ada, secara tertulis oleh Direktur, disertai Daftar Obat Ada, lisan ke unit-unit oleh apoteker Ada, lisan di rapat mingguan farmasi oleh apoteker Ada, lisan oleh PFT dan Direksi	Sesuai WM Sesuai WM Sesuai WM
--	--	--	---	-------------------------------------

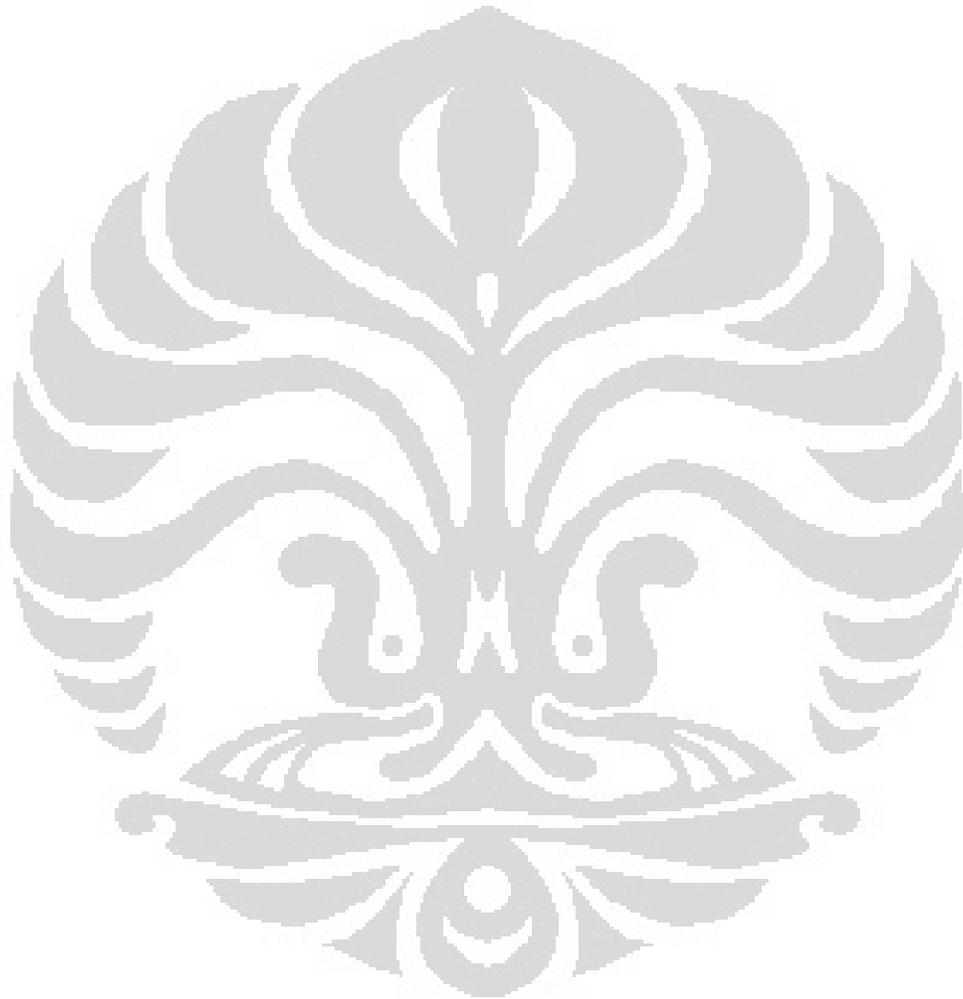
FUNGSI DAN TUGAS PANITIA FARMASI DAN TERAPI

Fungsi PFT, yang baku disepakati dalam tinjauan pustaka yaitu: secara obyektif melakukan evaluasi dan seleksi mengenai obat untuk formularium, membuat kebijakan dan prosedur terkait formularium, memberikan edukasi mengenai obat dan penggunaan obat, dan juga memelihara suatu formularium. Sedangkan yang berbeda yaitu: memberikan nasehat kepada staf medik, manajemen dan unit farmasi sehubungan dengan obat, memantau masalah terkait dengan penggunaan obat misalnya memantau reaksi obat merugikan, berpartisipasi dalam program penjaminan mutu yang terkait dengan peresepan, penyiapan, distribusi dan penggunaan obat, dan memberikan masukan bagi unit farmasi terkait dengan penerapan distribusi obat yang efektif.

Sesuai dengan Kepmenkes Nomor 1197 / SK / Menkes / SK / X / 2004, bahwa dalam penyelenggaraan standar pelayanan instalasi farmasi perlu adanya suatu subkomite / panitia farmasi dan terapi di rumah sakit, yang salah satu fungsinya adalah membantu instalasi farmasi dalam meninjau kebijakan dan peraturan penggunaan obat.

Tugas dan tanggung jawab Ketua PFT yaitu: memastikan bahwa tujuan dan sasaran PFT diterapkan; memastikan bahwa keputusan PFT berdasarkan pada bukti ilmiah; membentuk hubungan baik antara PFT dengan manajemen; menunjuk seorang pengganti dari anggota PFT bila berhalangan hadir; melaporkan kinerja pada manajemen; mewakili PFT dalam rapat manajemen yang berkaitan dengan PFT; mengadakan rapat rutin dan rapat luar biasa; dan memimpin rapat. Tugas dan tanggung jawab Sekretaris PFT yaitu: dalam berkonsultasi dengan Ketua membuat catatan dan agenda semua rapat; mempersiapkan waktu rapat dan menginformasikannya kepada anggota PFT; mengikuti rencana PFT; memastikan bahwa keputusan PFT dilaporkan kepada manajemen rumah sakit; menyebarkan bahan yang berhubungan dengan rapat kepada seluruh anggota dan tugas dari tim PFT minimal 3 hari sebelum rapat; menindaklanjuti laporan reaksi obat merugikan; dan berpartisipasi dalam aktifitas PFT lainnya. Tugas dan tanggung jawab anggota PFT yaitu: menunjukkan kompetensi profesional dengan cara berpartisipasi aktif dalam rapat; mengusulkan isu yang perlu dibahas; berpartisipasi dalam aktifitas PFT

lainnya; dan setiap anggota wajib memberitahukan bila berhalangan hadir dalam rapat.



RUMAH SAKIT “JIH”

Rumah Sakit “JIH” awalnya bernama Jogja International Hospital, mulai beroperasi sejak 5 Februari 2007, berdasarkan Surat Izin Penyelenggaraan Sementara Rumah Sakit No. 503 / 0393 / DKS / 2007. Pada tanggal 31 Maret 2007 *grand opening* Jogja International Hospital.

Jogja International Hospital memperoleh ijin operasional tetap dari Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tanggal 28 April 2008, Surat Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit No. 445 / 3282 / IV.2.

Berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan RI No. YM.02.10 / III / 2743 / 10 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 659 / Menkes / Per / VIII / 2009, tanggal 14 Agustus 2009, tentang Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia, pasal 15, maka per tanggal 1 Agustus 2010 nama Jogja International Hospital diganti menjadi RUMAH SAKIT “JIH”.

Fasilitas Layanan:

Terdiri dari rawat jalan, rawat inap, *emergency* (UGD), laboratorium, radiologi, farmasi, medical check up, dan hemodialisa.

Rawat Jalan

Poliklinik Spesialis Rumah Sakit “JIH”, memiliki lebih dari 70 dokter spesialis dan juga 4 psikolog, mempunyai lebih dari 20 ruang poliklinik yang nyaman dan didukung oleh dokter-dokter spesialis dan subspecialis, dan menawarkan pelayanan menyeluruh terhadap kesehatan pelanggan.

Rawat Inap

Ruang rawat inap yang tersedia di Rumah Sakit “JIH” yaitu: Super VIP (Orchid), VIP (Jasmine), Kelas Utama (Alamanda), Kelas I (Camelia), Kelas II (Bougenvile), dan Kelas III (Gardenia).

Emergency

Antara lain:

1. Pelayanan gawat darurat
Perawatan medis dan operasi minor, observasi, tes laboratorium, pemeriksaan radiologi, dan unit farmasi
2. Panggilan kerumah, kantor, atau hotel
3. Pelayanan ambulans
Transportasi antar jemput ambulans, perawat pendamping selama transit, penyediaan pelayanan medis untuk acara-acara tertentu, evakuasi medis, dan pelayanan P3K.

Layanan Penunjang Medis

- A. Radiologi yaitu:
CT scan multislice, USG 3 dan 4 dimensi, fluoroscopy / rontgen dan panoramik
- B. Laboratorium
- C. Fisioterapi

Kinerja Departemen Farmasi

Kinerja Departemen Farmasi tahun 2011 sesuai dengan RKAP yang direncanakan. Pencapaian pendapatan farmasi tahun 2011 tumbuh sebesar 17,7 % bila dibandingkan dengan tahun 2010 atau 89 % bila dibandingkan dengan RKAP 2011.

SDM departemen farmasi tahun 2011, bertambah 3 orang staff farmasi, yang terdiri dari 2 orang asisten apoteker, dan 1 orang apoteker, sehingga seluruhan tenaga di departemen farmasi berjumlah 26 orang. Peningkatan kualitas pelayanan farmasi dilakukan secara konsisten dengan memonitor SLA (*Service Level Agreement*) yang dilakukan setiap bulan. Respon atau kecepatan pelayanan farmasi di UGD dilakukan dengan membentuk satelit farmasi di UGD mulai bulan April 2011.

Formularium Rumah Sakit “JIH”

Pembuatan formularium untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi terapi obat diselesaikan pada bulan Oktober 2011. Penjelasan mengenai proses pembuatan formularium di Rumah Sakit “JIH” diperoleh dari wawancara dengan Direktur Operasional dan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan Rumah Sakit “JIH”, didapatkan keterangan bahwa struktur organisasi PFT terdiri dari Ketua PFT yaitu seorang dokter, kemudian sekretarisnya adalah seorang apoteker, dan anggotanya terdiri dari dokter yang merupakan Ketua SMF, apoteker, dan kepala perawat.

Dimana peranan apoteker sangat besar karena hampir terlibat dalam semua proses dalam formularium, yaitu mulai dari terlibat dalam penyusunan kebijakan dan prosedur formularium, terlibat dalam proses pembentukan formularium, terlibat dalam sosialisasi buku formularium, dan juga terlibat dalam layanan obat di rumah sakit.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Bagian Pengadaan, didapatkan keterangan bahwa mengenai evaluasi obat dan jenis obat diperoleh keterangan bahwa evaluasi obat dan jenis obat yang diterapkan di rumah sakitnya adalah berdasarkan pada metode epidemiologis dan metode konsumsi. Metode epidemiologis misalnya pada saat musim penyakit demam berdarah. Metode konsumsi berdasarkan pada kriteria *fast moving* yaitu obat yang perputarannya cepat, dan *slow moving* yaitu obat yang perputarannya lambat; serta analisis ABC dan VEN; membatasi “*me too*” dengan kuota 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional, didapatkan keterangan bahwa kebijakan formularium yang dibuat oleh PFT diperoleh keterangan bahwa kebijakan formularium yang diterapkan dalam rumah sakit tersebut yaitu: apoteker berhak mengganti obat bila tidak ada dalam formularium,

ataubilastokobatkosonguntukrawatjalanmaupunrawatinap;
 DokterakanmengusulkanobatataspersetujuanKetua SMF
 disertaidenganalasanpendukungnyamelaluipengisianformulir yang
 sudahdisiapkanoleh PFT, formulir yang
 akandiisiolehokteruntukkemudiandiajukanke PFT, PFT
 kemudiamengajukankeDireksi, biladisetujuibaruakandiprosesoleh PFT;
 evaluasiobatdanjenisobatberdasarkanpadakriteria*fast moving*dan*slow moving*;
 membatasi “*me too*” dengancara 1 generik, 4 obat paten dalamnegeri, dan 2 obat
 paten PMA; permohonanusulnobatdapatdisusulkansetiap 3
 bulansekalimelaluiprosedurpengusulansehinggaformulariumbersifatdinamis,
 dengansyaratobatsebelumnya agar dihabiskanterlebihdahulu,
 danbilaadausulnobatdengannamagenerik yang belumadadalamformularium,
 misalnyaobat*life saving*, atausitostatikaakandiprosesmelaluiimekanismetersendiri;
 persyaratansuatuprodukterdapatmasukformulariumadalahmemiliki CPOB dan MSD,
 memilikisertifikatanalisisprodukdanterdaftardalamBalai POM,
 danbersediamelakukannegosiasiuntukmeningkatkanilaiawarDireksi;
 dankewenangan yang tertinggiadapadaDireksi.

Dari

wawancaradenganApotekerKepalaBagianPengadaanmengenaisosialisasikebijakan
 , diperolehketeranganbahwa yang
 disosialisasikankepadadokteradalahkebijakanmengenaiusulnobatolehokterdilak
 ukandengancaramengisi formulirpengusulanobat yang sudahdisiapkanoleh PFT,
 danharusdisetujuiolehKetua SMF yang terkait,
 disertaidenganalasanpendukungnya. Kemudianusulantersebutakandiserahkanke
 PFT, PFT akanmenyerahkankeDireksiuntukdipertimbangkan.
 Sedangkansosialisasi yang diberikankepadaprinsipalfarmasilebih detail,
 yaitumengenaiApotekerberhakmenggantiobatbilatidakadadalamformulariumataub
 ilastokobatkosonguntukrawatjalanmaupunrawatinap;

DokterakanmengusulkanobatataspersetujuanKetua SMF
 disertaidenganalasanpendukungnyamelaluipengisianformulir yang
 sudahdisiapkanoleh PFT, formulir yang
 akandiisiolehokteruntukkemudiandiajukanke PFT, PFT

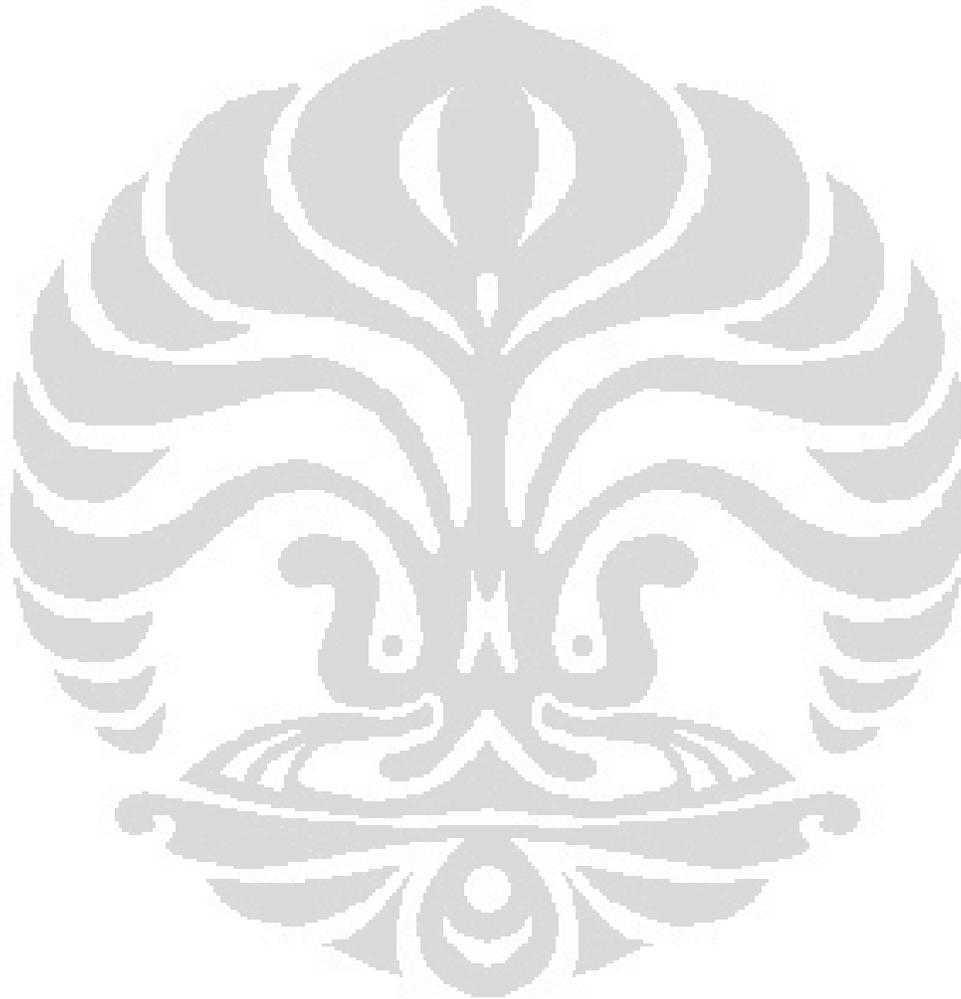
kemudian mengajukan ke Direksi, bila disetujui baru akan diproses oleh PFT; evaluasi obat dan jenis obat berdasarkan pada kriteria *fast moving* dan *slow moving*; PFT membatasi “*me too*” dengan cara 1 generik, 4 obat paten dalam negeri, dan 2 obat paten PMA; permohonan usulan obat dapat disusulkan setiap 3 bulan sekali melalui prosedur pengusulan sehingga formulir bersifat dinamis, dengan syarat obat sebelumnya agar dihabiskan terlebih dahulu, dan bila ada usulan obat dengan nama generik yang belum ada dalam formulir misalnya obat *life saving* atau sitostatika akan diproses melalui mekanisme tersendiri; persyaratan suatu produk dapat masuk formulir adalah memiliki CPOB dan MSD, memiliki sertifikat analisis produk dan terdaftar dalam Balai POM, dan bersedia melakukan negosiasi untuk meningkatkan nilai tawar Direksi; dan kewenangan yang tertinggi ada pada Direksi.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional mengenai penyusunan draft formulir, diperoleh keterangan bahwa usulan dokter dibuat dengan mengisi formulir pengajuan obat yang sudah disiapkan oleh PFT, disertai persetujuan Ketua SMF yang bersangkutan dengan alasan pendukung. Kemudian formulir usulan diserahkan kepada PFT. Sehingga dengan demikian dapat diharapkan kepatuhan dari dokter tersebut. Mengenal usulan dari prinsip farmasi, juga dengan mengisi formulir pengajuan usulan yang disiapkan oleh PFT disertai tenggat waktu pengajuan selama 1 bulan. Kedua usulan baik dari dokter dan prinsip farmasi kemudian akan diproses di PFT melalui rapat PFT, sampai terbentuk Draft Daftar Obat Formulir.

Dari wawancara dengan Direktur Operasional mengenai pengesahan formulir, diperoleh keterangan bahwa Draft Formulir yang dibuat oleh PFT, kemudian diserahkan ke Direksi. Draft Formulir dibicarakan dalam rapat Direksi, sampai akhirnya disetujui dan disahkan oleh Direktur dengan SK Pengesahan.

Dari wawancara dengan Apoteker Kepala Pengadaan mengenai sosialisasi buku formulir, diperoleh keterangan bahwa sosialisasi dilakukan melalui forum sosialisasi formulir yang diberikan oleh PFT

dan Direksi. Sosialisasi diberikan kepada kepala Staf Medik Fungsional, *supervisor* (apoteker) dan kepala perawat, disertai dengan SK pengesahan, dan buku formularium. Sosialisasi kepada prinsipal farmasi dilakukan secara lisan, disertai dengan buku formularium dan SK pengesahan.



STRUKTUR ORGANISASI RSU DHARMA YADNYA

