



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DETERMINAN INEFISIENSI BIAYA OBAT  
PADA PASIEN RAWAT INAP PESERTA ASKES  
DI RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID  
SUKANTO JAKARTA TAHUN 2008**

**OLEH :  
ELISABETH SRI LESTARI  
NPM : 0706188990**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, TAHUN 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DETERMINAN INEFISIENSI BIAYA OBAT  
PADA PASIEN RAWAT INAP PESERTA ASKES  
DI RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID  
SUKANTO JAKARTA TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Oleh :  
**ELISABETH SRI LESTARI**  
**NPM 0706188990**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

### **DETERMINAN INEFISIENSI BIAYA OBAT PADA PASIEN RAWAT INAP PESERTA ASKES DI RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID SUKANTO JAKARTA TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, Juni 2009

Pembimbing Tesis

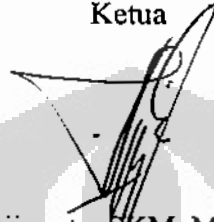


(Pujiyanto, SKM, M.Kes)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

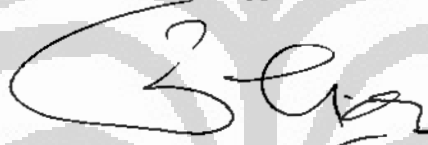
Depok, 29 Juni 2009

Ketua

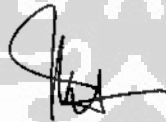


(Pujiyanto, SKM, M.Kes )

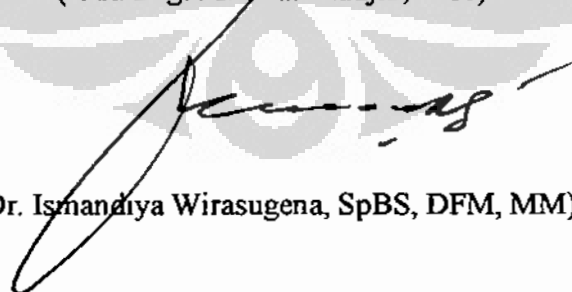
Anggota



(Budi Hidayat, SKM, MPPM, Phd)



( DR. Drg. Mardiyati Nadjib, MSc)



(Dr. Ismandiyya Wirasugena, SpBS, DFM, MM)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Elisabeth Sri Lestari  
NPM : 0706188990  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan  
Angkatan : 2007  
Jenjang : Magister

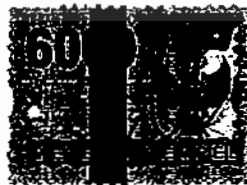
menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**DETERMINAN INEFISIENSI OBAT PADA PASIEN RAWAT INAP PESERTA ASKES DI RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID SUKANTO JAKARTA TAHUN 2008.**

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, Juni 2009



(ELISABETH SRI LESTARI)

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Elisabeth Sri Lestari  
Tempatr/Tanggal Lahir : Klaten, 5 Oktober 1960  
Alamat : Jalan Batusari I No. 60 Rt 11/02  
Kramatjati Jakarta Timur

### Riwayat Pendidikan :

1. SD Maria Assumpta Klaten, lulus tahun 1972
2. SMP Pangudi Luhur Bersubsidi Putri Klaten, lulus tahun 1975
3. SMA Negeri I Klaten, lulus tahun 1979
4. Akademi Keperawatan Dep. Kes. R.I. Jakarta, lulus tahun 1983
5. Sekolah Perwira Militer Sukarela Wanita Polri Sukabumi, lulus tahun 1984
6. Susjur Pabuk hankam/ ABRI, lulus tahun 1986
7. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia Jakarta, lulus tahun 1996
8. Fakultas Ilmu Keperawatan UPN Jakarta, lulus tahun 2005
9. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Program Pasca sarjana (2009)

### Riwayat Pekerjaan :

1. September 1984 - April 1985 : Staf ICU Rumah Sakit Polri
2. April 1985 – November 2000 : Panitwat Rumah Sakit Polri
3. Nov. 2000- September 2001 : Kepala Bidang Perawatan Rumah Sakit Polri
4. Juni 1994 - Mei 2004 : Kakor Gadik Akper Polri Jakarta
5. Mei 2004 - Sekarang : Pudir Administrasi & Keuangan Akper Polri Jakarta
6. September 2001 – Feb. 2008 : Kasubdep SDM Rumah Sakit Polri
7. Feb. 2008 – sekarang : Koordinator Billing System Rumah Sakit Polri

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul **“Determinan Inefisiensi Biaya Obat Pada Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2008”**

Terima kasih penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk perbaikan tesis ini, walaupun tesis ini masih jauh dari harapan beliau. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D selaku penguji dalam seminar proposal, seminar hasil dan ujian sidang yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis bukan hanya dalam perbaikan tesis ini, tetapi juga hal lain yang sangat berarti.
2. Ibu DR. Drg. Mardiaty Nadjib, MSc selaku penguji sidang thesis ini
3. Dr. Ismandiya Wirasugena, SpBS, DFM, MM yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk hadir sebagai penguji luar pada ujian tesis dan telah memberikan saran, bimbingan pada saat pengumpulan dan pengolahan data serta untuk perbaikan tesis ini.

4. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Kepala Pusat kedokteran Dan Kesehatan Polri yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Kepala Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia serta mengambil data untuk penelitian.
7. Sesrumkitpolpus, selaku pimpinan langsung yang telah memberikan dukungan yang sangat berarti pada saat penulis melaksanakan pendidikan sampai menyelesaikan tesis ini
8. Direktur Akper Polri dengan segala dukungannya yang sangat berarti
9. Rasa hormat dan terima kasih buat Alm. ayah dan ibunda tercinta, yang selama hidupnya telah mendidik penulis untuk selalu menjadi orang yang berarti.
10. Kepada staf Billing Sistem Rumkitpolpus yang telah membantu penulis memperoleh data untuk melengkapi tesis ini.
11. Koordinator P2D dan Kepala Instalasi Farmasi Rumkitpolpus yang banyak membantu penulis selama penulisan tesis.
12. Para dokter yang telah bersedia menjadi responden dan sangat besar artinya bagi penulis dalam rangka penyelesaian tesis
13. Mas Hari yang banyak membantu penulis untuk pengolahan data tesis.



14. Ari, Yanti, Jatmi, Titik, Firdaus Yuli, Rosyid, Uke dan Ni Luh yang amat sangat membantu dalam pengumpulan data untuk keperluan tesis dengan tidak mengenal lagi waktu istirahat.
15. Kenedy, Woro, Ratna dan Bhisma yang telah bersedia menjadi oponen pada saat ujian proposal maupun ujian hasil, masukan-masukannya sangat berarti bagi penulis
16. Temen-temen, terutama Arif, Linda, Marina, Rani, terima kasih support nya
17. Kepada Mas San, Dita dan Ajeng yang dengan segala dukungannya.
18. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Juni 2008

Penulis

Elisabeth Sri Lestari

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
EKONOMI KESEHATAN  
Tesis, Juni 2008

Elisabeth Sri Lestari

**Determinan Inefisiensi Biaya Obat Pada Pasien Rawat Inap Peserta Askes  
Di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2008**

xi + 94 halaman, 23 tabel, 3 gambar, 3 lampiran

**ABSTRAK**

Salah satu indikasi peningkatan pelayanan kualitas rumah sakit adalah apabila penggunaan obat di rumah sakit dilakukan secara rasional, dengan manajemen pelayanan farmasi yang efektif sehingga dapat dicapai efisiensi biaya obat bagi pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran seberapa besar inefisiensi biaya obat pada pasien rawat inap peserta askes dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Proporsi efisiensi biaya obat dihitung dengan mengurangi jumlah biaya obat pasien sesuai resep dokter dengan jumlah biaya obat yang riil terpakai oleh pasien. Sedangkan determinan inefisiensi biaya obat yang diteliti adalah faktor internal yakni karakteristik dokter yang meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja dan tingkat pendidikan dokter, selain itu juga faktor eksternal karakteristik pasien yang meliputi kelas perawatan, diagnosa penyakit serta komplikasi penyakit. Dalam hal ini dilakukan juga penelitian untuk mengetahui faktor yang paling dominan mempengaruhi timbulnya inefisiensi biaya obat. Data diperoleh dengan menggunakan data sekunder yaitu data rekam medik pasien dan data personalia dan dilanjutkan secara kualitatif dengan wawancara mendalam dengan responden dokter yang merawat pasien rawat inap peserta askes pada tahun 2008. Besar populasi pada penelitian ini adalah 2172 rekam medik dan besar sampel 231 rekam medik yang dipilih secara acak. Metode analisis yang digunakan adalah univariat, bivariat dengan uji t dan uji anova serta analisis multivariat dengan regresi linier ganda. Kemudian dilanjutkan secara kualitatif dengan cara wawancara mendalam dan sebagai respondennya adalah 5 orang dokter yang merawat pasien askes tahun 2008.

Hasil penelitian menunjukkan terjadi inefisiensi biaya obat DPHO sebesar 25.15% dan inefisiensi biaya obat Non DPHO sebesar 5.46%. Faktor internal yang mempengaruhi inefisiensi biaya obat adalah umur, masa kerja dan tingkat pendidikan dokter, sedangkan faktor eksternal adalah diagnosa penyakit (kebidanan).

Dari penelitian ini disarankan perlunya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang *retur* obat yang tidak terpakai, diterapkannya sistem *One Unit Dose Dispensing* secara paripurna, dilakukannya penyegaran tentang perkembangan ilmu kedokteran, standar operasional prosedur serta peraturan-peraturan yang diperlakukan di rumah sakit. Selain itu disarankan agar apotik askes menyediakan obat DPHO secara lengkap.

Daftar bacaan : 36 ( 1969-2008 )

Kata kunci :

Inefisiensi biaya obat, perilaku, kebijakan pimpinan

Universitas Indonesia

**PUBLIC HEALTH PROGRAM  
HEALTH ECONOMIC  
Thesis, June 2009**

**Elisabeth Sri Lestari**

**Determinant of Inefficiency Medicine Cost, for inpatient Health Insurance at the Raden Said Sukanto Central Police Hospital, Jakarta, in 2008.**

xi + 94 pages, 23 tables, 3 pictures, 3 appendices

**ABSTRACT**

One of the indications of improvement in the quality of hospital services is the rational utilization of medicine, through the effective management of pharmaceutical services with the purpose to gain an efficient medicine cost for the patient.

The purpose of the study is to identify the proportion of inefficiency medicine cost for inpatient health insurance patient's as well as its determinant

The proportion of inefficiency cost based on medicine dispensing minus the actual cost of medicines spent by the patient. While the study on the pattern determinant of dispensing is the internal factor, namely, the physician's characteristics covering age, gender, term of service, and the level of educational background, including the patient's characteristic as the external factor, covering the hospital class level, diagnose and complication of the disease. A study is also done to identify the most dominant factor that influences the inefficiency of medicine cost. The data is obtained from secondary data, which is the patient's medical record and personnel data, continued with the qualitative method through in depth interviews with the physicians as respondent who treated health insurance patients who were hospitalized in 2008.

The total study population include 2172 medical records and total sample 231 medical records taken at random. The analysis method is univariate, bivariate using t-test and anova tests, and a multivariate analysis with a multiple linier regression, continued with the qualitative method of in depth interviews. Respondents are 5 physicians who treated health insurance patient in 2008.

Results of the study indicates that the proportion of inefficiency in the DPHO cost is 25,15 % and the inefficiency of non DPHO cost is 5.46 %. The internal factor influencing the inefficiency of medicine cost includes age, term of service and level of the doctor's educational background, while the predominating external factor in inefficiency of medicine cost is the diagnose of the disease (gynecology).

The study suggest the hospital management to make a policy on returning untaken medicines, apply the system of complete One Unit Dose Dispensing, conduct upgrading courses in medical science, standard operational procedures, and hospital regulations. The study also suggests that the health insurance pharmacy provides complete DPHO medicines.

References : 36 (1969 – 2008)

Key words: Inefficiency of medicine cost, behavior, management's policy

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
KATA PENGANTAR .....	i
ABSTRAK .....	iv
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	6
1.4. Tujuan Penelitian .....	6
1.4.1. Tujuan Umum .....	6
1.4.2. Tujuan Khusus .....	6
1.5. Manfaat Penelitian .....	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	7
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1. Pelayanan Farmasi Rumah Sakit .....	8
2.2. Sistem Distribusi Obat di Rumah Sakit .....	11
2.3. P.T. Askes (Persero) .....	16
2.3.1. Kepesertaan P.T. Askes .....	17
2.3.2. Pedoman Penerapan OUDD Bagi Peserta Askes Rawat Inap di Rumah Sakit .....	18
2.3.3. Prosedur Pemberian Obat Bagi Peserta Askes Rawat Inap di Rumah Sakit .....	19
2.4. Perilaku .....	21
2.4.1. Pengertian .....	21
2.4.2. Faktor Penentu Perilaku .....	24
<b>3. GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID SUKANTO JAKARTA</b>	
3.1. Sejarah Sejarah Singkat Rumkitpolpus R.S. sukanto .....	27
3.2. Organisasi dan Manajemen Rumkitpolpus R.S. sukanto ..	28
3.3. Falsafah, Visi dan Misi .....	30
3.4. SDM Rumkitpolpus R.S. Sukanto.....	31
3.5. Profil Rumkitpolpus R.S. Sukanto .....	32
3.6. Kinerja Rumkitpolpus R.S. Sukanto Tahun 2006-2008 ...	33
3.7. Fasilitas dan Jenis Pelayanan .....	34
<b>4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
4.1. Kerangka Konsep .....	39
4.2. Hipotesis Penelitian.....	39

4.3.	Kerangka Konsep .....	41
4.4.	Definisi Operasional .....	42
<b>5.</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
5.1.	Desain Penelitian.....	44
5.2.	Waktu dan Lokasi Penelitian .....	44
5.3.	Populasi dan Sampel .....	44
5.4.	Pengumpulan Data .....	47
5.5.	Pengolahan Data .....	48
5.6.	Analisa Data .....	49
<b>6.</b>	<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>53</b>
6.1.	Instalasi Farmasi Rumah sakit .....	53
6.2.	Hasil Penelitian .....	53
6.3.	Analisa Univariat .....	54
6.4.	Analisa Bivariat .....	58
6.5.	Analisa Multivariat : Regresi Linier Ganda .....	66
6.6.	Wawancara Mendalam .....	75
<b>7.</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>82</b>
7.1.	Keterbatasan Penelitian .....	82
7.2.	Tinjauan Hasil Penelitian .....	84
7.3.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan Jenis Kelamin Dokter .....	85
7.4.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan Tingkat Pendidikan Dokter.....	86
7.5.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan Kelas Perawatan pasien .....	87
7.6.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan Diagnosa Penyakit Pasien .....	88
7.7.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan Komplikasi Penyakit Pasien....	90
7.8.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan umur dan masa kerja dokter.....	90
7.9.	Hubungan Antara Inefisien Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Dengan keadaan lain .....	91
7.10.	Persamaan Regresi .....	91
7.11.	Faktor Yang Paling Dominan .....	92
<b>8.</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>93</b>
8.1.	Kesimpulan .....	93
8.2.	Saran .....	94

## DAFTAR PUSTAKA

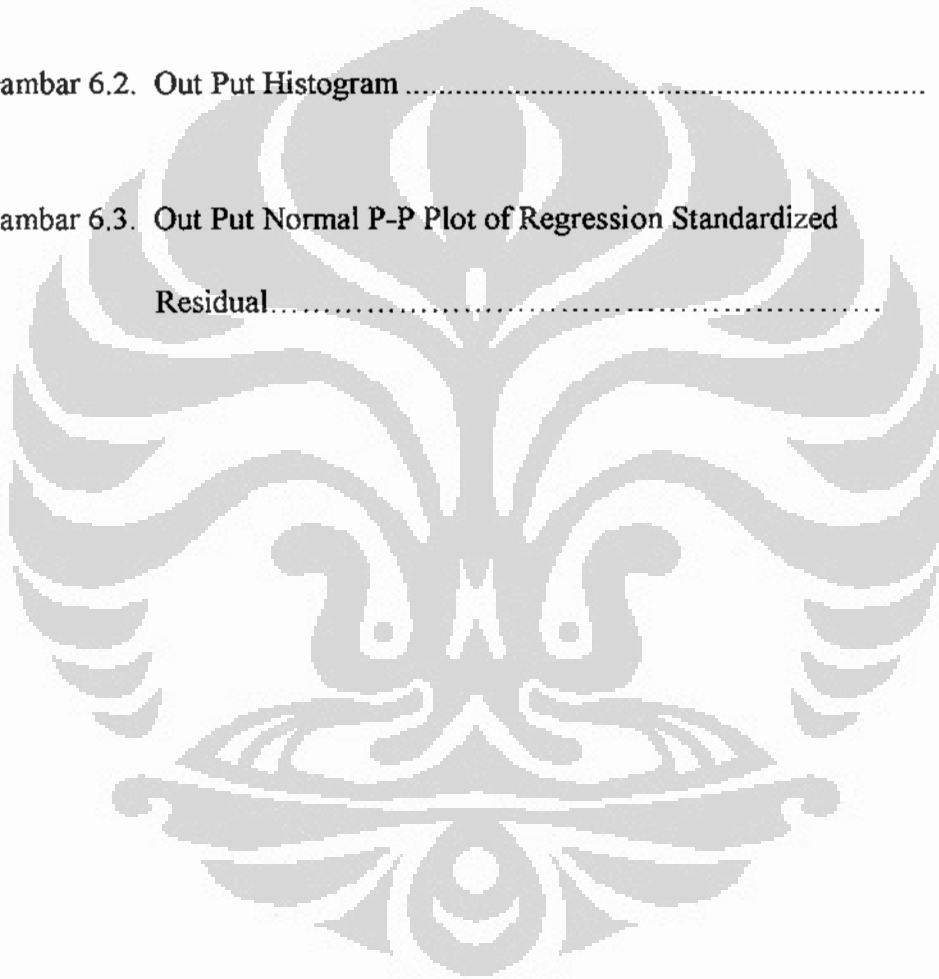
## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 1.1.	Realisasi Klaim Obat dan Total Klaim Pelayanan Kesehatan Peserta Askes Yang Dilayani Di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2006-2008 .....	5
Tabel 3.1.	Jumlah dan Kualifikasi SDM Rumkitpolpus R.S. Sukanto.....	32
Tabel 3.2.	Kinerja Rumkitpolpus R.S. Sukanto th 2006-2008...	
Tabel 3.3.	Distribusi Tempat Tidur Untuk Pelayanan Rawat Inap.	38
Tabel 5.1.	Hasil Perhitungan Inefisiensi Biaya Obat dari 30 Sampel Pasien .....	45
Tabel 5.2.	Proporsi Sampel Penelitian Menurut Kelas Perawatan	47
Tabel 6.1.	Hasil Perhitungan Inefisiensi Biaya Obat 231 Sampel/ Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto	54
Tabel 6.2.	Distribusi Sample Pasien Rawat Inap Peserta Askes Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Dokter Yang Merawat Di Rumkitpolpus R.S. Sukanto. ....	55
Tabel 6.3.	Output Descriptive Statistic Variabel Umur, Masa Kerja Dokter dan Efisiensi biaya obat DPHO dan Non DPHO.....	55
Tabel 6.4.	Distribusi Sample Pasien Rawat Inap Peserta Askes Menurut Kelas Perawatan, Diagnosa Penyakit dan Komplikasi Penyakit Pasien Di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.....	57

Tabel 6.5.	Output Uji t-test Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Jenis Kelamin Pada Tahun 2008.....	58
Tabel 6.6.	Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Tingkat Pendidikan Dokter Pada Tahun 2008...	60
Tabel 6.7..	Out Put Post Hoc Tests ( Tingkat Pendidikan Dokter).....	60
Tabel 6.8.	Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Kelas Perawatan Pada Tahun 2008.....	61
Tabel 6.9.	Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Komplikasi Penyakit Pada Tahun 2008 .....	62
Tabel 6.10.	Output Uji Korelasi Umur Dan Masa Kerja .....	63
Tabel 6.11.	Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Diagnosa Penyakit Pada Tahun 2008.....	64
Tabel 6.12.	Out Put Post Hoc Tests (Diagnosa Penyakit) .....	65
Tabel 6.13.	Seleksi Variabel Kandidat Dengan Metode Back Ward	67
Tabel 6.14.	Out Put Residuals Statistics(a) .....	68
Tabel 6.15.	Out Put Model Summary <sup>c</sup> .....	69
Tabel 6.16	Output Uji Anova <sup>c</sup> .....	70
Tabel 6.17	Out Put Coefficient <sup>a</sup> .....	74

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 6.1 Out Put Scatterplot.....	71
Gambar 6.2. Out Put Histogram.....	72
Gambar 6.3. Out Put Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual.....	73

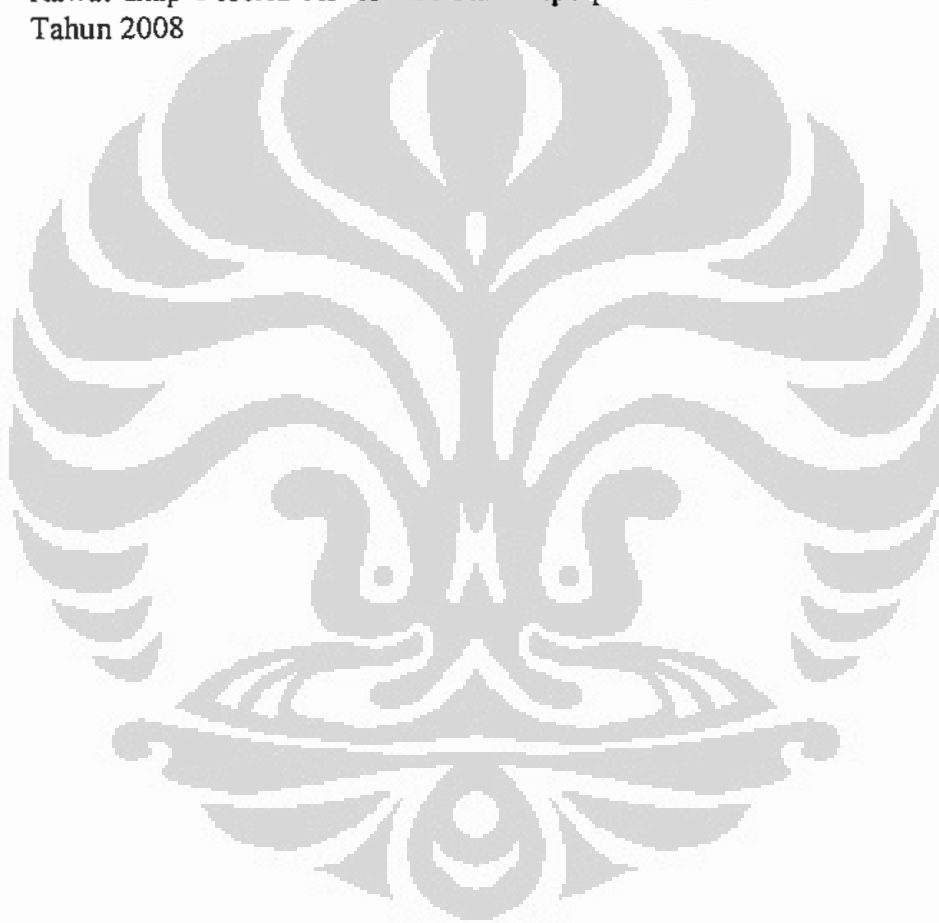




## DAFTAR LAMPIRAN

### Nomor Lampiran

1. Struktur Organisasi Rumkitpolpus Raden Said Sukanto Jakarta
2. Out Put Hasil SPSS
3. Pedoman Wawancara Mendalam Dengan Dokter Yang Merawat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2008



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

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

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan berbagai upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh dan terpadu, yaitu pelayanan yang bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative. Pelayanan kesehatan di rumah sakit lebih ditekankan pada pelayanan yang bersifat kuratif dan rehabilitative dimana obat-obatan merupakan salah satu faktor penting dalam penyembuhan pasien (Manajemen Pelayanan Kesehatan di rumah sakit), oleh karena itu pengelolaan obat yang efisien akan sangat membantu dalam mewujudkan jasa pelayanan yang bermutu.

Pada dasarnya lahir dan berkembangnya asuransi kesehatan di BUMN milik Departemen Kesehatan adalah dalam rangka mengikuti perkembangan industry kesehatan. Dibentuk sebagai Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) pada tahun 1968 untuk menangani pengobatan pegawai dan keluarganya yang tidak dapat lagi ditanggung oleh APBN maka dengan Keppres ditetapkan bahwa pegawai negeri harus membayar premi sebesar 2% dari gaji pokoknya. Pada tahun 1984 berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku tidak memungkinkan lagi keberadaan "badan" diluar struktur Departemen maka BPDPK dirubah menjadi suatu Perusahaan Umum di lingkungan Departemen Kesehatan yaitu Perum Husada Bhakti. Pada tahun 1992 Perum Husada Bhakti berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

Pemeliharaan kesehatan Pegawai Negeri Sipil, penerima pensiunan, veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya telah diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia no. 69 tahun 1991. Dalam hal ini

Universitas Indonesia

penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dilaksanakan oleh Badan Usaha Milik Negara dan telah memberikan manfaat yang positif. Oleh karena itu dalam pelaksanaannya perlu dilakukan peningkatan-peningkatan baik dalam mutu pelayanan kesehatan termasuk pelayanan obat-obatan, luasnya pemeliharaan kesehatan maupun jangkauan kepesertaannya (Penjelasan atas PP no. 69 tahun 1991).

PT Askes (Persero) yang berkedudukan di Jakarta didirikan dengan Akte Notaris Muhani Salim, SH No. 104 dan 105, tanggal 20 Agustus 1992 yang telah diubah terakhir dengan Akte Notaris Nanda Fauz Iwan, SH tertanggal 10 Maret 2004. PT Askes memiliki visi, misi dan tujuan sebagai berikut :

- a. Visi :  
Menjadi perusahaan spesialis Asuransi Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dan Market Leader di Indonesia.
- b. Misi perusahaan ini adalah :  
Turut membantu pemerintah di bidang kesehatan dengan menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang bersifat sosial berdasarkan manage care dan indemnity untuk kemanfaatan bagi Stakeholders.
- c. Tujuan :  
Dalam rangka mewujudkan visi dan misi yang telah ditetapkan PT Askes (Persero memiliki budaya perusahaan yang dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari tercermin sebagai perilaku segenap jajaran perusahaan mulai dari direksi hingga pegawai terendah berupa integritas, pelayanan prima, kerjasama dan pembelajaran secara terus menerus. PT Askes (Persero) menerapkan prinsip-prinsip Good Corporate Governance (GCG) sebagai berikut : transparansi, akuntabel, bertanggung jawab, mandiri dan berkeadilan. (Profil PT Askes 2008).

Akhir-akhir ini bisnis asuransi tampak meningkat bukan saja yang diselenggarakan oleh BUMN tetapi juga oleh badan swasta, konsekwensinya adalah bahwa kerjasama antara badan penyelenggara asuransi kesehatan dengan pihak Penyelenggara Kesehatan terutama rumah sakit, baik dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan maupun pengendalian biaya perlu dibina secara

Universitas Indonesia

baik. Melalui kerjasama ini dapat pula diciptakan Standar pelayanan atas dasar standar profesi yang pada gilirannya akan dapat dinikmati oleh masyarakat sebagai peserta asuransi kesehatan.

Upaya pelayanan kefarmasian merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara paripurna. Upaya tersebut dimaksudkan untuk :

- a. Menjamin ketersediaan, keterjangkauan, penerapan obat generik dan obat esensial yang bermutu bagi masyarakat.
- b. Mempromosikan penggunaan obat yang rasional dan obat generic.
- c. Meningkatkan pelayanan kualitas kefarmasian.
- d. Melindungi masyarakat dari penggunaan obat yang tidak memenuhi persyaratan, mutu dan keamanan (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2005).

Berpedoman pada Peraturan Presiden no. 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Nasional tahun 2004-2009, dalam hal ini yang terkait dengan peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit, direksi PT Asuransi (Persero) menerbitkan Keputusan nomor 182/Kep/0505 tanggal 17 mei 2005 tentang pedoman penerapan pelayanan obat rawat inap secara One Unit/ One Day Dose Dispensing (OUDD) bagi peserta Askes di rumah sakit.

Walaupun konsep OUDD telah diperkenalkan lebih dari 20 tahun yang lalu, kebanyakan rumah sakit lambat menerapkannya karena system ini memerlukan biaya awal yang besar dan juga memerlukan suatu peningkatan jumlah yang radikal dari staf apoteker, apabila dibandingkan dengan system tradisional. Namun karena adanya kegunaan utama yaitu mengurangi kesalahan obat, mengurangi keterlibatan perawat dalam penyiapan obat dan untuk efisiensi pemakaian obat, banyak rumah sakit memulai studi intensif rasio manfaat biaya, dan berbagai hasil studi tersebut sangat menguntungkan (Siregar, 2004).

Penelitian sebelumnya tentang penerapan OUDD pernah dilakukan oleh Hadi Subroto pada tahun 1995 tentang Evaluasi pelayanan obat dengan "unit dose" di RS Moewardi Surakarta, dimana diharapkan hasilnya dapat memacu kinerja instalasi farmasi dan perawat bangsal, peningkatan pelayanan obat di RS

**Universitas Indonesia**

dan terjadi penghematan biaya obat. Penelitian sejenis juga pernah dilakukan oleh Evi Basyarudin pada tahun 2001 tentang Penerapan system unit dose dispensing pada pasien rawat inap peserta asuransi kesehatan di RSUD Prof M.A. Hanafiah S.M. Batusangkar, yang diperoleh kesimpulan adanya penghematan biaya obat rawat inap.

Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto (Rumkitpolpus RS Sukanto) berdiri sejak 23 Mei 1966 yang menjadi bagian dari institusi Kepolisian Negara republik Indonesia (Polri). Rumkitpolpus menjadi unsur pelaksana dari Pusat Kedokteran dan Kesehatan Polri (Pusdokkes Polri), yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi personel anggota Polri dan keluarganya serta menyelenggarakan dukungan kesehatan bagi tugas operasional dan pembinaan Polri dalam kapasitasnya sebagai rumah sakit rujukan tertinggi dari rumah sakit bhayangkara di seluruh Indonesia, selain itu juga melaksanakan pemberian pelayanan kesehatan kepada Purnawirawan Polri dan Pegawai Negeri Sipil Polri beserta keluarganya, peserta asuransi kesehatan dan masyarakat pada umumnya. (Kep. Kapolri, 2002)

Rumkitpolpus RS Sukanto telah terakreditasi oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia, pada tanggal 6 Februari 2008 dengan diterimanya sertifikat akreditasi rumah sakit dengan status terakreditasi penuh (12 bidang pelayanan), yang meliputi bidang administrasi manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi K3, radiologi, laboratorium, kamar operasi, pengendalian infeksi nosokomial di RS dan perinatal resiko tinggi. Rumkitpolpus RS Sukanto mencanangkan sosialisasi Pin-3Z with smile, maksudnya adalah zero complaint, zero accident dan zero cost serta pelayanan yang disertai dengan keramah tamahan.

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan terhadap peserta asuransi kesehatan, Rumkitpolpus RS Sukanto berpedoman pada Permenkes RI no. 518/Menkes/per/VI/2008 tanggal 6 Juni 2008 tentang Tarif pelayanan kesehatan bagi peserta PT Askes (Persero) dan anggota keluarganya di Balai Kesehatan Masyarakat dan Rumah Sakit Pemerintah.

Gambaran klaim obat peserta askes yang dilayani di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta, dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2008 dapat dilihat pada table berikut ini :

Tabel 1.1 : Realisasi Klaim Obat dan Total Klaim Pelayanan Kesehatan Peserta Askes Yang Dilayani Di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2006-2008

TAHUN	TOTAL KLAIM PEL. KES.(Rp.)	KLAIM OBAT (Rp.)	PROPORSI (%)
2006	3.687.088.000.	960.868.771.	26,06%
2007	3.321.752.600.	923.559.747.	27,80%
2008	3.769.711.040.	900.742.533.	23,89%

Sumber : Laporan Keuangan Rumkitpolpus raden Said Sukanto Jakarta tahun 2008

Dari tabel 1.1. di atas dapat dilihat bahwa proporsi klaim obat peserta askes yang dilayani di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto pada tahun 2007 ke tahun 2008 mengalami penurunan sebesar 3.91, hal ini mengindikasikan efek dari diterapkannya program PT Askes (Persero) tentang *One Unit Dose Dispensing* secara komputerisasi pada instalasi farmasi Rumkitpolpus Raden said Sukanto. Walaupun demikian dari sampling terhadap 30 rekam medik masih ditemukan inefisiensi obat DPHO sebesar 18.40% dan inefisiensi obat Non DPHO sebesar 3.49%.

### 1.2. Rumusan Masalah

Tidak efisiennya biaya obat pasien rawat inap peserta askes di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden said Sukanto tahun 2008 mendorong perlu dilakukannya penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi inefisiensi biaya obat untuk pasien askes rawat inap.

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

Universitas Indonesia

Berapa besar inefisiensi biaya obat bagi pasien rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus Raden Said Sukanto pada tahun 2008 dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi inefisiensi tersebut.

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

##### **1.4.1. Tujuan umum**

Dapat dicapainya efisiensi biaya obat bagi pasien rawat inap peserta askes di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta.

##### **1.4.2. Tujuan Khusus**

- a. Diperolehnya gambaran tentang inefisiensi biaya obat bagi peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto pada tahun 2008.
- b. Diperolehnya gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi inefisiensi biaya obat untuk pasien rawat inap peserta askes sosial di Rumkitpolpus RS Sukanto pada tahun 2008.
- c. Diperolehnya gambaran tentang faktor yang paling dominan mempengaruhi inefisiensi biaya obat untuk pasien rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus RS Sukanto pada tahun 2008.

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

##### **1.5.1. Bagi Pasien**

Memperoleh kemudahan dalam mendapatkan obat rawat inap

##### **1.5.2. Bagi Rumah sakit**

- a. Meningkatkan citra rumah sakit dalam pelayanan obat
- b. Penggunaan obat yang rasional dan mencegah over utilisasi

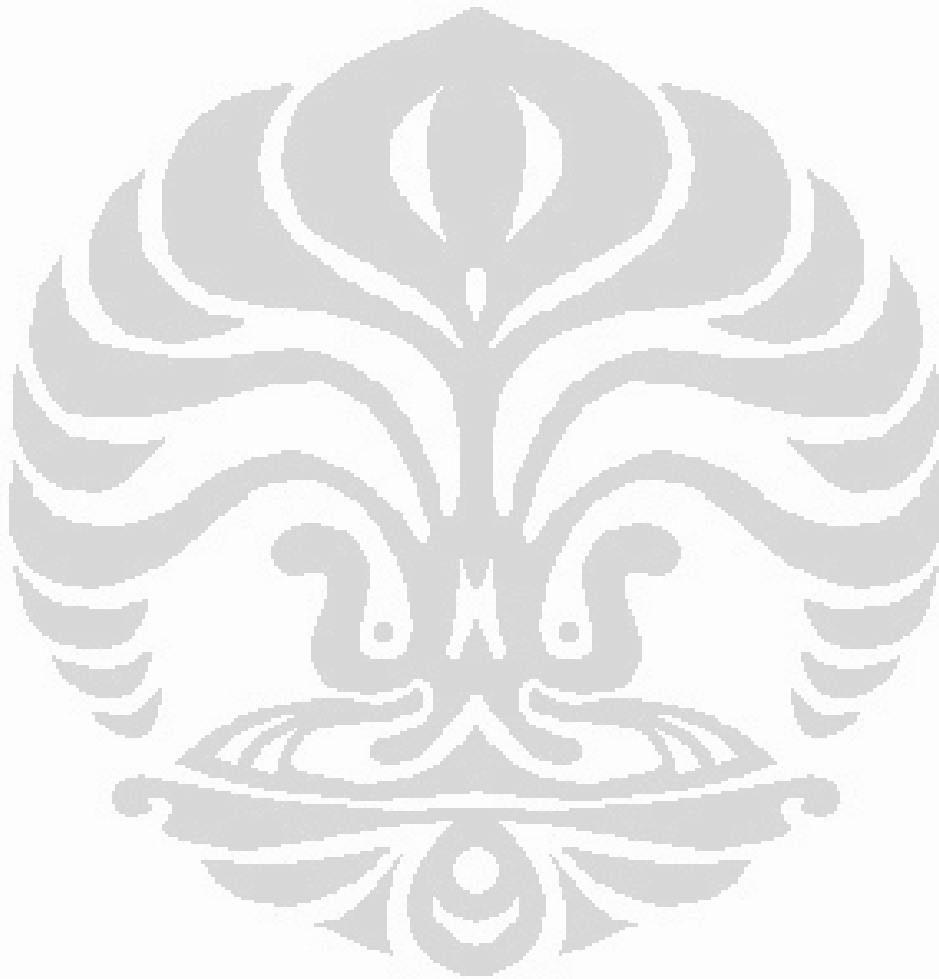
##### **1.5.3. Bagi PT Askes (Persero)**

Pemakaian biaya obat rawat inap lebih efisien dan dalam jangka panjang dapat mengendalikan tren kenaikan biaya pelayanan obat rawat inap.

**Universitas Indonesia**

### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Rumah sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta, pada pasien rawat inap peserta Askes yang dirawat pada tahun 2008, sebelum dilakukan pendistribusian obat dengan sistem one unit dose dispensing secara optimal.





## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Pelayanan Farmasi Rumah Sakit**

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

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

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

Dalam memberikan pelayanan farmasi kepada pasien rawat inap, sering dijumpai keluhan yang tidak saja berasal dari pasien, tetapi tidak jarang juga berasal dari perawat. Keluhan pasien terutama mengenai masalah mahal biaya pengobatan yang harus dibayar serta cukup banyaknya sisa obat yang tidak dipergunakan lagi. Sedangkan perawat sering merasakan pekerjaan untuk melakukan asuhan keperawatan banyak<sup>10</sup> a karena harus mengelola obat/ barang farmasi serta menyiapkan obat yang harus diberikan kepada pasien.

Keberadaan rumah sakit ialah untuk menyediakan pelayanan diagnostic dan pengobatan kepada pasien. Obat-obatan adalah bagian integral dari pelayanan pasien.

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

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

Proses penggunaan obat di rumah sakit meliputi serangkaian tindakan, dimulai dari proses persiapan, penyaluran sampai penggunaan obat oleh pasien. Pada dasarnya proses penyaluran obat/ dispensing proses adalah dimulai dari persiapan obat sampai dengan penyerahan obat kepada pasien, hal ini merupakan dasar dalam logistik farmasi. Kesalahan dalam system sering terjadi karena kurangnya dispensing praktis, yaitu suatu penyaluran obat yang mengikuti perjalanan dari instalasi farmasi sampai kepada pasien, sehingga dicapai efisiensi, efektifitas dan penghematan biaya karena kebocoran pemakaian obat bisa dikendalikan.

Pada umumnya untuk melakukan peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, khususnya dalam hal pelayanan farmasi perlu adanya perhatian dalam beberapa hal sebagai berikut :

a. Bidang organisasi

Penyelenggaraan pelayanan yang efisien dan bermutu pada rumah sakit dengan fasilitas terbatas tetapi harus memenuhi standar pelayanan profesi perlu pembenahan di bidang organisasi dan manajemen pada instalasi farmasi, yang mencakup kualifikasi pendidikan personel, tugas, tanggung jawan dan wewenang dalam bagan organisasi serta jenis-jenis pelayanan yang diberikan.

b. Manajemen dan pelayanan obat

Perlu adanya pengaturan dalam penulisan resep yang rasional, dengan pengawasannya, sehingga obat dapat sampai ke pasien secara cepat, tepat, aman dan efektif. Untuk pengaturan tersebut perlu adanya komite farmasi dan terapi, formularium atau Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) serta system distribusi obat yang baik.

Akan tetapi untuk mencapai hal tersebut masih diperlukan adanya perubahan perilaku dokter dan farmasis (apoteker) dalam melayani pasien. Bagi dokter perubahan perilaku ini sangat kompleks, karena dokter lebih independen dalam melaksanakan terapi dibanding dengan petugas-petugas lain di rumah sakit. Usaha kearah perubahan perilaku ini perlu adanya regulasi, edukasi dan pedoman-pedoman, yang secara keseluruhan akan mengarah ke terapi yang rasional, yang pada akhirnya mempunyai tujuan, efektifitas dan penghematan biaya.

Setiap melakukan terapi yang menggunakan obat maka perlu dipilih dan ditetapkan bentuk sediaan obat dari masing-masing jenisnya secara tepat. Untuk hal tersebut perlu factor-faktor yang terkait dalam memilih atau menetapkan bentuk sediaan obat seperti faktor pasien, penyakit dan sifat obat, hal ini perlu dipahami agar pemilihan bentuk sediaan obat tepat dan sesuai dengan penyakit obat dan pasiennya, sehingga seorang dokter dapat menentukan obat yang tepat, efeknya maksimal dan efek samping seminimal mungkin.

c. Faktor penyakit.

Dengan memperhatikan berat ringannya penyakit, bila keadaan penyakitnya berat perlu pengobatan dengan efek yang cepat, maka bentuk sediaan obat pilihannya adalah injeksi, dan bila keadaan penyakitnya ringan bisa dipilih bentuk sediaan obat per oral, misalnya tablet, kapsul ataupun sirup. Selain itu perlu diperhatikan juga lokasi penyakit, untuk pengobatan local bentuk sediaan obat yang dipilih tergantung lokasi penyakitnya, misalnya jika lokasi penyakitnya di kulit maka bentuk sediaan obat yang dipilih adalah salep dan jika lokasi penyakitnya di anus maka sediaan obat yang dipilih adalah supositoria.

Faktor pasien, yang harus diperhatikan disini adalah :

a. Umur pasien.

Untuk bayi, dipilih bentuk sediaan obat tetes dan untuk anak-anak bentuk sediaan obat sirup, sedangkan untuk dewasa relative semua bentuk sediaan obat bisa dipilih.

b. Keadaan pasien

Pasien tidak sadar, muntah, habis operasi atau pasien dalam kondisi tidak bisa minum obat maka dipilih bentuk sediaan obat supositoria atau injeksi

c. Keadaan sosial ekonomi pasien

Pasien yang kurang mampu sebaiknya puyer, jangan diberikan dalam bentuk sirup karena harganya relative mahal.

### 2.1.1. Sistem Distribusi Obat di Rumah Sakit

Sistem distribusi obat untuk pasien rawat inap yang diterapkan bervariasi dari rumah sakit ke rumah sakit lain, dan hal itu tergantung pada kebijakan pimpinan rumah sakit, kondisi dan keberadaan fasilitas fisik, personel dan tata ruang rumah sakit. Sistem distribusi obat mencakup penghantaran sediaan obat yang telah di-dispensing Instalasi Farmasi Rumah sakit ke tempat rawat inap pasien dengan keamanan dan ketepatan obat, ketepatan pasien, ketepatan jadwal, tanggal dan waktu serta metode pemberian obat.

Dalam menuju efisiensi pelayanan obat perlu adanya desain distribusi yang tepat dan mengacu pada system perumahsakitian yang modern. Peran apoteker, perawat, dokter serta administrator rumah sakit masing-masing saling mempengaruhi dan ada ketergantungan timbal balik

Secara umum, ada empat konsep pendistribusian obat pasien rawat inap di rumah sakit (Siregar, 2004) :

**a. Sistem distribusi obat resep individu.**

Resep individu adalah adalah order/ resep yang ditulis oleh dokter untuk setiap pasien. Pada system ini kebutuhan obat individu tidak tersedia di ruang perawatan tetapi harus diambil/ ditebus ke tempat pelayanan farmasi/ apotik dengan membawa resep. Selanjutnya seluruh obat yang sudah diambil tersebut dibawa ke ruang perawatan untuk diserahkan kepada perawat untuk disimpan. Biaya pengobatan yang ditanggung pasien tinggi karena setiap sisa obat yang tidak digunakan tetap harus dibayar.

Sistem ini digunakan pada rumah sakit kecil atau rumah sakit pribadi karena memudahkan pembayaran atas obat-obatan dan memberikan pelayanan kepada pasien secara individu. Ada beberapa keuntungan dari system ini antara lain semua resep/ order dikaji langsung oleh apoteker dan mempermudah penagihan biaya obat kepada pasien. Sedangkan keternatsannya adalah kurang efisien dalam hal pemanfaatan obat-obatan karena semua obat yang diresepkan langsung dibayar.

**b. Sistem Floor Stock.**

Pada system ini seluruh obat-obatan disediakan di ruangan perawatan, kecuali obat yang jarang digunakan atau obat yang harganya mahal. Kebutuhan obat individu langsung dapat dilayani oleh perawat tanpa harus mengambil/ menebus obat ke tempat pelayanan farmasi/ apotik, sehingga apoteker tidak terlibat sama sekali dalam proses review. Proses pengelolaan persediaan, penyimpanan dan peracikan obat serta penyampaiannya kepada pasien menjadi beban pekerjaan perawat.

Keuntungan bila menerapkan system ini adalah obat selalu tersedia setiap saat, menghindari kemungkinan pengembalian obat yang tidak terpakai, sedangkan kerugiannya adalah kemungkinan terjadinya kekeliruan obat, kerusakan stock, kehilangan obat serta menyita waktu para perawat.

**c. Gabungan Floor Stock dan Resep Individu.**

Dengan penggabungan system floor stock dan resep individu dimaksudkan untuk mengurangi kerugian dari kedua system tersebut.

**d. Sistem Unit Dose Dispensing**

Definisi unit dose yang ditampilkan oleh American Society of Hospital Pharmacist (ASHP) adalah pengobatan yang diminta, dikemas, ditangani, dicatat dan ditagih biayanya secara dosis tunggal, yang berisi sejumlah obat yang cukup untuk satu dosis pemberian atau pemakaian.

Pemberian obat secara unit dose merupakan salah satu cara pemberian obat kepada pasien dan pengawasannya. Sistem unit dose dapat dioperasikan dengan salah satu dari 3 metode dibawah ini, yang pilihannya tergantung pada kebijakan dan kondisi suatu rumah sakit :

- 1). Sistem unit dose dapat diselenggarakan secara sentralisasi. Sentralisasi dilakukan oleh instalasi farmasi rumah sakit sentral ke semua ruang rawat inap pasien.
- 2). Sistem unit dose desentralisasi, dilakukan oleh beberapa cabang instalasi farmasi rumah sakit di sebuah rumah sakit.
- 3). Sistem unit dose kombinasi sentralisasi dan desentralisasi, biasanya hanya dosis awal dan dosis keadaan darurat dilayani cabang instalasi farmasi rumah sakit, dosis selanjutnya dilayani oleh instalasi farmasi sentral.

Pada dasarnya pemberian dengan cara ini adalah setiap pemberian obat hanya terdiri dari satu paket pemberian, yang langsung bisa dipakai oleh pasien

dan pemberian itu tidak boleh lebih dari keperluan 24 jam. Unsur dasar system unit dose adalah sebagai berikut:

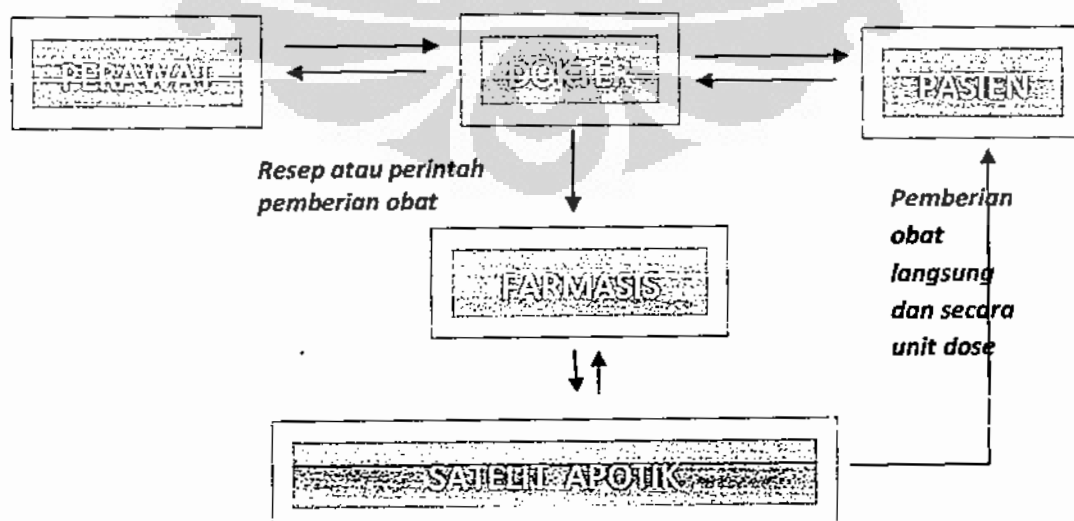
- 1). Obat dikemas dalam bungkus tunggal.
- 2). Obat diracik dalam bentuk siap pakai.
- 3). Hanya untuk 24 jam dan pelayanan berada pada daerah perawatan pasien.

Keuntungan bila menggunakan system unit dose dispensing adalah:

- a. Pelayanan obat yang paripurna
- b. Mengurangi kejadian salah obat, karena apoteker dapat langsung melakukan pengawasan terhadap pemberian obat
- c. Menurunkan biaya total dari obat
- d. Lebih efisien penggunaan tenaga perawat untuk melakukan asuhan keperawatan, karena pengobatan disiapkan / dilakukan oleh farmasis.
- e. Memperbaiki kontrol obat dan pemakaian obat secara keseluruhan.
- f. Menghilangkan adanya duplikasi permintaan obat.
- g. Menghilangkan hutang obat yang tidak terbayar
- h. Menghindari obat-obat yang tidak terpakai

Sedangkan kerugian jika menggunakan system unit dose dispensing adalah dibutuhkan tenaga apoteker yang lebih banyak.

Alur pelayanan obat sesuai dengan pelayanan unit dose :



Universitas Indonesia

Dalam permintaan obat pada system unit dose dispensing harus jelas tertulis tentang nama pasien, nama obat, bangsal, dosis sewaktu, frekwensi pemberian, cara pemberian obat, tanggal dan waktu penulisan permintaan serta tanda tangan dokter.

Lembar permintaan ini dibuat rangkap dengan cara karbon, foto copy atau disimpan dalam computer dan salah satu copy dimasukkan dalam catatan medic pasien untuk mengisi profil informasi pasien.

Dalam melayani obat, apoteker akan mencocokkan obat dengan Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) PT Askes (Persero), karena pelayanan hanya terbatas pada DPHO tersebut. Dalam keadaan khusus atau kedaruratan, dokter dapat meminta obat Non DPHO atau obat-obat yang dibatasi penggunaannya..

Waktu pemberian obat biasanya sudah ditentukan oleh bagian keperawatan sehingga farmasis hanya mengikutinya, kecuali ada instruksi khusus. Demikian juga menurut Soerjono Seto dkk (2006), system distribusi obat di rumah sakit dibagi menjadi :

a. *Centralized*

- 1). Individual prescription, biasa dilakukan di rumah sakit swasta
- 2). Total Ward Floor Stock, biasanya dilakukan di rumah sakit kecil
- 3). Kombinasi dari butir 1) dan 2), biasanya dilakukan di rumah sakit umum

b. *Decentralized*

Unit dose dispensing system, disini peran farmasis (apoteker) di rumah sakit akan, harus dan telah berkembang sesuai dengan perjalanan waktu harus selalu diikuti oleh fungsi penyaluran dan fungsi-fungsi lainnyadari siklus manajemen di bidang logistik.

Dalam menuju efisiensi pelayanan obat, perlu adanya desain distribusi obat yang tepat yang mengacu pada system perumahsakitian yang modern. Peran apoteker, perawat, dokter serta administrator rumah sakit masing-masing saling mempengaruhi dan adanya ketergantungan timbal balik.



Untuk membuat keputusan tentang pemilihan system distribusi obat, perlu sudah adanya prosedur sebagai berikut :

- a. Sebelum obat diberikan kepada pasien harus ada pengontrolan apoteker terhadap resep asli atau copy resep.
- b. Obat yang diberikan kepada pasien harus sudah ada cara pemberian, cara pemberian, tanggal kadaluwarsa dan nomor control (batch)
- c. Fasilitas dan perlengkapan untuk menyiapkan obat harus sudah cukup adekuat
- d. Fasilitas dan perlengkapan tersebut di atas harus memungkinkan adanya pengecekan rutin sebelum didistribusi.

## 2.2 P.T. Askes (Persero)

Upaya pengembangan asuransi kesehatan social yang lebih sistematis mulai diwujudkan pada tahun 1968, yakni diupayakannya asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan keluarganya. Hal ini merupakan upaya asuransi kesehatan soaial pertama di Indonesia. Asuransi kesehatan social adalah asuransi kesehatan yang wajib diikuti oleh sekelompok penduduk (misalnya pegawai negeri), manfaat atau paket kesehatan yang dijamin ditetapkan oleh peraturan dan sama untuk semua peserta, dan iuran atau preminya ditetapkan dengan prosentasi upah atau gaji. (Thabrany, 2005).

Program asuransi kesehatan pegawai negeri ini semula dikelola oleh suatu badan dalam tubuh Departemen Kesehatan yang dikenal dengan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK). Seperti biasanya suatu badan di dalam birokrasi tidak memiliki fleksibilitas yang cukup dalam merespon perubahan tuntutan peserta maupun fasilitas kesehatan. Oleh karenanya askes kemudian dikelola secara korporat dengan mengkonversi BPDPK menjadi Perusahaan Umum (Perum) yang dikenal dengan perum Husada Bhakti (PHB) pada tahun 1984. Dengan perubahan menjadi PHB maka pengelolaan askes dapat lebih fleksibel. Namun demikian status perum yang merupakan konsep penyelenggaraan tugas operasional pemerintah dinilai kurang leluasa dalam pengembangan asuransi kesehatan kepada pihak di luar pegawai negeri.

Universitas Indonesia

Perkembangan selanjutnya PHB dikonversi menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia yang disingkat PT Askes. (Thabrany, 2005).

Penyelenggaraan Asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan keluarganya saat ini didasarkan atas Peraturan Pemerintah (PP) no. 69/91 yang di tanda tangani oleh presiden pada tanggal 23 Desember 1991. Dalam PP tersebut istilah yang digunakan adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, tidak disebutkan asuransi kesehatan. Kata asuransi kesehatan dapat ditemui pada PP No. 2/ 92 tentang Penunjukan PT Asuransi Kesehatan Indonesia disingkat PT Askes sebagai badan penyelenggara program pemeliharaan kesehatan PNS

### 2.2.1. Kepesertaan PT Askes

Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No. 69/ 1991 peserta Askes adalah :

- a). Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) dan Pegawai Negeri Sipil (PNS), penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan. PNS aktif di lingkungan TNI dan Polri serta anggota aktif TNI dan Polri tidak wajib menjadi peserta askes karena mereka mendapat jaminan dari system jaminan kesehatan bagi TNI dan Polri yang dikelola oleh Departemen Hankam.
- b). Penerima pension meliputi
  - 1). PNS yang berhenti dengan hak pension
  - 2). Anggota TNI dan Polri serta PNS di lingkungan TNI dan Polri yang berhenti dengan hak pensiun.
  - 3). Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pension
  - 4). Janda atau duda atau anak yatim piatu dari PNS, anggota TNI dan Polri serta pejabat Negara yang mempunyai hak pension
- c). Keluarga yang ditanggung meliputi isteri atau suami dari peserta, dan anak yang sah atau anak angkat dari peserta sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

### 2.2.2. Pedoman Penerapan OUDD bagi Peserta Askes Rawat Inap di Rumah Sakit

Obat merupakan salah satu kebutuhan pelayanan kesehatan yang utama, oleh karena itu ketersediaan obat dalam jumlah dan jenis yang cukup harus senantiasa dijamin di setiap lini pelayanan kesehatan. Untuk menjamin mutu dan pengendalian biaya obat, salah satu kebijakan operasional PT Askes adalah menetapkan jenis obat dan harganya yang menjadi hak peserta askes dirangkum dalam Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) PT Askes.

Menurut Suzanna Zadli Razak (2006), Kepala Divisi Pengembangan PT Askes (Persero), bahwa telah dilakukan berbagai cara untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, antara lain dengan :

- a. Pengendalian prospective dan pengendalian retrospective
  - 1). Verifikasi klaim
  - 2). Telaah Utilisasi
  - 3). Umpan balik kepada rumah sakit dan apotik
- b. Pelaksanaan Program Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS).

Dalam hal ini PT Askes bekerjasama dengan rumah sakit, bertujuan untuk memberikan kemudahan bagi peserta program askes yang membutuhkan informasi atau legalisasi berkaitan dengan pemeriksaan atau tindakan yang dijamin PT. Askes (Persero).

- c. Penetapan DPHO  
Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) bertujuan sebagai standar obat yang dijamin oleh PT Askes (Persero). Standarisasi yang dilakukan oleh PT Askes (Persero) bukan berarti membatasi ruang gerak para dokter dalam memberikan terapi kepada pasien, namun lebih ditujukan sebagai alat kendali biaya atas pelayanan obat bagi peserta.
- d. Penerapan One Unit Dose Dispensing .

Program one unit dose dispensing ini dilaksanakan pada pelayanan obat rawat inap tingkat lanjutan di rumah sakit. Dengan program ini obat diberikan secara teratur per unit atau per hari kebutuhan obat pasien, sehingga tidak terjadi pemborosan obat.

Bahwa dalam rangka meningkatkan kepuasan peserta melalui peningkatan mutu pelayanan bagi seluruh peserta, PT Askes (Persero) menerapkan pelayanan obat rawat inap secara One Unit Dose Dispensing (OUDD), hal ini dilakukan karena prosentase keluhan peserta askes mengenai pelayanan obat dibanding total keluhan dari tahun ke tahun relatif meningkat (Sutadji, 2005).

Tujuan umum penerapan pelayanan obat secara unit dose dispensing ini adalah terlaksananya pemberian obat secara rasional dan efektif dan meningkatkan kepuasan peserta dalam mendapatkan pelayanan obat di rumah sakit, sedangkan tujuan khususnya adalah (1) Terselenggaranya pemberian obat sesuai DPHO secara optimal bagi pasien rawat inap di rumah sakit, memberikan kemudahan dan penyederhanaan administrasi pelayanan obat bagi peserta askes yang dilakukan rawat inap. Dan yang menjadi sasaran penerapan program unit dose dispensing adalah rumah sakit yang menjadi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi peserta askes. Keberhasilan program ini tergantung dukungan dari seluruh jajaran rumah sakit mulai dari petugas instalasi farmasi, petugas ruang perawatan dan para dokter serta kesiapan jajaran PT Askes (Persero) untuk meyakinkan pihak rumah sakit dalam menerapkan program unit dose dispensing.

**Prosedur Pemberian Obat Kepada Pasien rawat Inap Peserta askes:**

- a. Resep obat ditulis oleh dokter di ruang perawatan. Apabila dokter menulis obat diluar DPHO, maka petugas ruang perawatan atau petugas instalasi farmasi mengkomunikasikan kepada dokter yang menulis resep untuk sedapat mungkin dilakukan penggantian obat-obatan yang terdapat dalam DPHO, selanjutnya resep tersebut diteruskan ke instalasi farmasi rumah sakit.

- b. Berdasarkan resep dokter dari ruang keperawatan, petugas instalasi farmasi menyalin jenis obat untuk pasien pada format catatan penggunaan obat (CPO) untuk masing-masing pasien.
- c. Bagi rumah sakit yang pelayanan obat rawat inapnya langsung dilayani oleh instalasi farmasi, petugas instalasi farmasi dapat langsung melakukan peracikan atau pembagian obat untuk pemakaian 1 (satu) hari serta melakukan pemberian label, etiket pada obat untuk masing-masing pasien.
- d. Obat bersama dengan CPO diantar petugas instalasi farmasi ke ruang perawatan setiap hari atau setiap kali pemberian obat. Penyerahan obat tersebut kepada pasien diserahkan melalui petugas ruang perawatan.
- e. Petugas ruang perawatan memberikan obat kepada pasien untuk setiap jadwal pemberian obat.
- f. Untuk penggunaan obat-obat tertentu (infuse atau injeksi) diberikan dengan bantuan perawat.
- g. Setiap kali pasien makan/ minum/ menerima obat injeksi, pasien atau anggota keluarga membubuhkan paraf pada format CPO
- h. Bila pemakaian obat dihentikan oleh dokter, dokter yang bersangkutan agar menuliskan tanggal dan jam penghentian obat tersebut dan menuliskan nama obat pengganti pada kolom keterangan format CPO, dengan demikian obat yang sudah terlanjur diserahkan dan belum dipergunakan akan dikembalikan ke instalasi farmasi.
- i. Pada saat pasien meninggalkan ruang perawatan (sembuh/ dirujuk/ pulang paksa/ meninggal dunia), pasien atau anggota keluarga menanda tangani kolom terakhir pemberian obat pada format CPO.
- j. Pada pasien pulang, dapat diberikan resep atau obat sebagai bekal di rumah untuk kebutuhan maksimal 3 (tiga) hari dan menjadi satu kesatuan dari kebutuhan obat rawat inap pasien yang bersangkutan.

## 2.3. Perilaku

### 2.3.1. Pengertian.

Perilaku dari pandangan biologis, adalah merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organism yang bersangkutan, dengan demikian dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup baik tumbuhan, hewan ataupun manusia mempunyai perilaku. Perilaku pada manusia hakekatnya adalah tindakan atau aktivitas manusia itu sendiri (Notoatmodjo, 2007).

Perilaku dan gejala perilaku yang nampak pada kegiatan organism, termasuk perilaku manusia dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan faktor lingkungan. Faktor keturunan merupakan konsep dasar atau modal untuk perkembangan perilaku berikutnya, sedangkan lingkungan merupakan kondisi atau media untuk perkembangan perilaku.

Perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara rangsangan (stimulus) dan respon (Skinner, 1938). Respon atau reaksi manusia dibagi menjadi respon yang bersifat pasif seperti persepsi, pengetahuan dan respon yang bersifat aktif seperti tindakan/ praktek nyata. Perilaku manusia sangat kompleks, mempunyai ruang lingkup yang sangat luas.

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme, namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

- 1) Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya : jenis kelamin, tingkat kecerdasan, pengetahuan, tingkat emosional, motivasi dan lain sebagainya.

2) Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku manusia sangat kompleks dan ruang lingkupnya luas, perilaku dibagi menjadi 3 domain (Notoatmodjo, 2007) yaitu :

- a. Ranah kognitif (cognitive domain), yaitu terbentuknya pengetahuan baru karena adanya rangsangan dari luar
- b. Ranah afektif (affective domain), yaitu timbulnya respon batin dalam bentuk sikap si subyek terhadap obyek yang telah diketahuinya itu.
- c. Ranah psikomotor (psychomotor domain), akhirnya rangsangan yakni obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan terhadap atau sehubungan dengan rangsangan atau obyek.

Namun demikian pada kenyataannya adanya rangsangan yang diterima subyek dapat langsung menimbulkan tindakan, artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa terlebih dahulu mengetahui makna dari rangsangan atau stimulus yang diterimanya.

Perilaku kesehatan mencakup perilaku semua lapisan masyarakat, karena kesehatan adalah tanggung jawab bersama, baik konsumen, pemberi pelayanan kesehatan maupun pemerintah. Perubahan perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor baik dari dalam individu maupun dari luar individu (lingkungan). Aspek-aspek individu merupakan dasar yang mempengaruhi perilaku seperti persepsi, motivasi dan emosi.

Demikian pula dengan Green, Anderson dengan kerangka konsepnya juga membedakan berbagai faktor yang menyebabkan masalah kesehatan yaitu faktor perilaku terdiri dari faktor predisposisi (predisposing factor), Kemampuan dalam pemanfaatan kesehatan (enabling factor) dan kebutuhan untuk menggunakan pelayanan kesehatan (need).

Komponen predisposisi adalah variabel-variabel yang menggambarkan karakteristik individu, yaitu :

- a. Variabel demografi, misalnya : umur, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga.
- b. Struktur sosial misalnya pendidikan, pekerjaan, ras dan agama
- c. Kepercayaan terhadap pelayanan medis. Dokter dan penyakitnya mempunyai pengaruh yang besar terhadap tingkah laku seseorang terhadap kesehatan dan penyakit.

Komponen pendukung (enabling) adalah kondisi yang memungkinkan individu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, antara lain:

- a. Sumber keluarga, misalnya pendapatan keluarga, tabungan, jaminan kesehatan dan sumber pelayanan medis keluarga
- b. Sumber masyarakat, misalnya tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan.

Komponen kebutuhan adalah rangsangan atau alasan langsung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, ada 2 cara penilaian :

- a. Perceived need adalah kondisi kesehatan seseorang yang dirasakan dan dapat diukur dari laporan status kesehatan (tingkat kesehatan dan gejalanya)
- b. Evaluated need, adalah penentuan berat ringannya penyakit seseorang dari hasil diagnosis klinis yang diukur dari berbagai kondisi dan gejalanya.

Untuk memahami perilaku individu dengan lebih baik, terlebih dahulu harus harus memahami karakteristik yang melekat pada individu. Adapun karakteristik yang dimaksud adalah ciri-ciri biografis, kepribadian, persepsi dan sikap (Sopiah, 2008). Ciri-ciri biografis yang melekat pada individu antara lain :Umur, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Jumlah tanggungan dan Masa kerja.

Dasar-dasar perilaku individual dapat berupa karakteristik biografik dan karakteristik-karakteristik pribadi lainnya (Muchlas, 2008). Dalam hal ini variabel-variabel yang termasuk karakteristik biografik ini cukup banyak dan bisa berisi sejumlah konsep yang kompleks, diantaranya adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga dan lamanya bekerja.



Variabel yang berdampak pada penulisan resep sehingga, tidak mengakibatkan pemborosan obat diantaranya adalah karakteristik biografis yang meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, banyaknya tanggungan dan masa kerja (Robbins, 2008).

a. Usia.

Kemerosotan ketrampilan fisik akibat usia dapat terjadi pada pekerjaan-pekerjaan yang mensyaratkan kerja otot yang berat, atau jika terjadi kemerosotan karena usia, sering diimbangi oleh keunggulan karena pengalaman. Usia menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana dia merespon stimulus yang dilancarkan individu atau pihak lain.

b. Jenis Kelamin

Tidak ada perbedaan yang berarti dalam produktivitas pekerjaan antara pria dan wanita. Peran historis wanita dalam perawatan anak dan sebagai pencari nafkah sekunder sudah sangat berubah dalam generasi sekarang.

c. Status perkawinan.

Perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar yang mungkin membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting.

d. Masa kerja

Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan, pekerjaan terdahulu dari seorang karyawan merupakan indikator peramalan terbaik untuk memperkirakan perilaku masa depan.

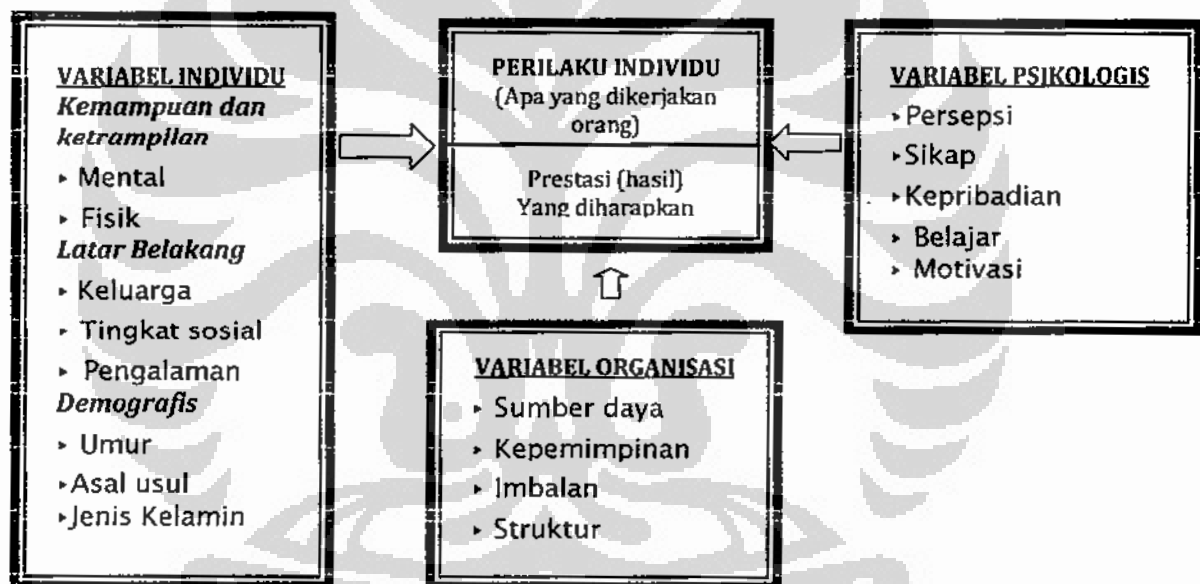
### 2.3.2. Faktor Penentu Perilaku

Faktor penentu perilaku atau determinan perilaku sulit dibatasi karena perilaku merupakan resultante berbagai faktor, baik internal maupun eksternal individu. Pada dasarnya perilaku manusia dibagi menjadi tiga aspek, yaitu aspek fisik, aspek psikologis dan aspek sosial. Ketiga aspek tersebut sulit ditarik garis yang tegas untuk mempengaruhi perilaku manusia.

Ahli psikologi Gibson (1993) mengemukakan bahwa perilaku manusia sangat kompleks, oleh sebab itu yang perlu dikaji hanyalah yang relevan dan sangat berpengaruh terhadap perubahan perilaku manusia. Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku, yaitu variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi.

Perilaku seorang pekerja sangat kompleks, dipengaruhi oleh berbagai variabel, yaitu faktor individu dan faktor organisasi dan factor psikologis seperti diagram dari Gibson, et al (1993) berikut :

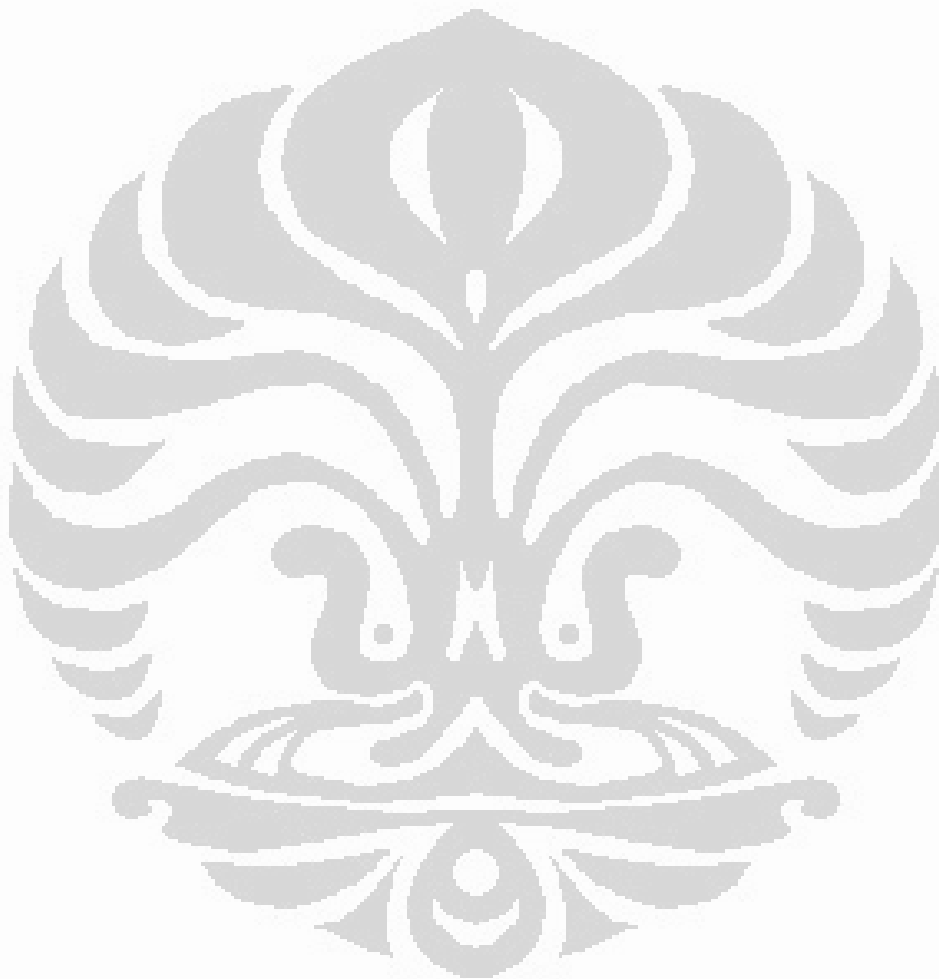
Gambar : Variabel yang mempengaruhi perilaku (Gibson, et al 1993) :



Variabel individu yang dapat dilihat pada gambar di atas digolongkan atas kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis.

Kemampuan adalah sifat yang dibawa sejak lahir atau dipelajari yang memungkinkan seseorang melakukan suatu pekerjaan yang bersifat mental atau fisik.

Sedangkan ketrampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat.



**Universitas Indonesia**

**BAB III**  
**GAMBARAN UMUM**  
**RUMAH SAKIT KEPOLISIAN PUSAT RADEN SAID SUKANTO**  
**JAKARTA**

**3.1. Sejarah singkat Rumah sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto**

Perkembangan Rumah sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto tidak terlepas dari perkembangan Pusat Kedokteran dan Kesehatan Kepolisian Republik Indonesia (Pusdokkes Polri). Dalam Surat Keputusan Men-Pangak No. Pol. : 11/SK/MK/1964 tertanggal 28 Oktober 1964, ditetapkan struktur organisasi Direktorat Kesehatan AKRI, di dalam struktur tersebut tercantum adanya Rumah Sakit Angkatan Kepolisian (RSAK).

Bangunan Rumah sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto merupakan bangunan bekas Sekolah Polisi Negara yang terletak di kecamatan Kramatjati Jakarta Timur, dibangun di atas tanah seluas 40.000 M<sup>2</sup>. Selanjutnya bangunan berupa barak-barak tersebut diperbaiki dan disesuaikan untuk dijadikan rumah sakit sesuai kebutuhan pada saat itu.

Pada tanggal 23 Mei 1966 diresmikan penggunaannya sebagai Rumah Sakit Angkatan Kepolisian (RSAK) oleh Men-Pangak, dan sejak saat itulah Rumah Sakit Angkatan Kepolisian mulai melaksanakan kegiatan operasional. Dalam perkembangan selanjutnya pada tahun 1974, RSAK berganti namanya menjadi Rumah Sakit Pusat Polri (RSP Polri). Sejak tanggal 14 Mei 1974 dengan Surat Keputusan Menhankam Pangab No : Skep/13560/V/1974, RSP Polri ditetapkan sebagai Rumah Sakit Bersama ABRI. Kemudian pada bulan Februari 1977 dengan Surat Keputusan Menhankam Pangab No : Skep/225/II/1977 RSP Polri ditetapkan sebagai Rumah Sakit Abri tingkat II.

Selanjutnya pada tanggal 30 Oktober 1984, berdasarkan Keputusan Kapolri No Pol : Kep/09/X/1984 diadakan perubahan struktur dan fungsinya, sehingga terbentuklah organisasi rumah sakit yang baru yang diberi nama Rumah Sakit Kepolisian Pusat.

Untuk mengurangi kesan bahwa Rumah Sakit Kepolisian Pusat hanya diperuntukkan bagi anggota Polri dan keluarganya saja, serta rumah sakit untuk para tahanan, maka diusulkan pemberian nama pada rumah sakit. Deri sekian banyak nama yang diajukan, terpilihlah nama Raden Said Sukanto, Pimpinan Kepolisian Negara Republik Indonesia yang pertama sebagai nama Rumah Sakit Kepolisian Pusat. Dengan Surat Keputusan Kapolri No Pol : Skep/177/XI/1994, Rumah Sakit Kepolisian Pusat diberi nama Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto.

### **3.2. Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto (Rumkitpolpus R.S. Sukanto)**

Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto merupakan salah satu badan pelaksana pada Pusat Kedokteran dan Kesehatan Polri di tingkat Markas Besar Kepolisian Republik Indonesia yang mempunyai tugas pokok membina, menyelenggarakan dan melaksanakan fungsi rumah sakit bagi pelaksanaan tugas-tugas operasional kepolisian.

Dalam rangka pelaksanaan tugas tersebut di atas, fungsi Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto melaksanakan :

1. Menyelenggarakan kegiatan serta upaya dalam bidang pemeriksaan, pengobatan dan perawatan sampai taraf spesialisik, baik yang bersifat pelayanan maupun dukungan kesehatan terhadap anggota Polri dan keluarganya, serta masyarakat umum yang memerlukan.
2. Menyelenggarakan kegiatan dan sarana penunjangnya sebagai rumah sakit rujukan tertinggi bagi rumah sakit Bhayangkara di lingkungan Polri.
3. Menyelenggarakan kegiatan dan pengembangan ilmu, tehnik dan prosedur pelayanan rumah sakit.
4. Menyelenggarakan kegiatan pembinaan sarana kedokteran kepolisian dan kesehatan serta penunjang lainnya.
5. Menyelenggarakan kegiatan pendidikan dan latihan sesuai program Direktorat pendidikan Polri.

6. Menyelenggarakan kegiatan lain yang menunjang pelaksanaan tugas Rumah Sakit Kepolisian.

Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto merupakan rumah sakit rujukan tertinggi bagi rumah sakit – rumah sakit Bhayangkara di lingkungan kepolisian, yang dalam kegiatannya Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto menyelenggarakan pelayanan kesehatan dalam bentuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan terhadap anggota Polri beserta keluarganya dan memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat umum dengan menggunakan keahlian dan fasilitas yang tersedia serta melaksanakan dukungan kesehatan dalam menunjang tugas operasional Polri.

Tipe organisasi yang digunakan pada Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto adalah organisasi garis dan staf, dalam hal ini kewenangan Kepala rumah sakit dapat dilimpahkan secara lurus vertical kepada para kepala departemen. Di jajaran staf dipimpin oleh Sekretaris rumah sakit, yang fungsinya adalah melakukan pengendalian staf yang menjadi tanggung jawabnya, dalam hal ini para Kepala urusan, yakni ada 4 kepala urusan dan 2 koordinator, yang terdiri dari Kaur Administrasi & tata usaha, Kaur perencanaan, Kaur logistik (materiil kesehatan dan materiil non kesehatan), kaur perawatan sarana dan prasarana, koordinator admission office dan koordinator billing system. Para kaur tersebut melakukan tugas sesuai dengan bidangnya masing-masing dan bertanggung jawab langsung kepada sekretaris rumah sakit.

Departemen-departemen operasional berjumlah 3 departemen, yakni Departemen Sumber Daya Manusia dan Penelitian (Dep SDMT), Departemen Pelayanan Medik (Dep LMP) dan Departemen Kedokteran Kepolisian dan Penunjang Medik (Dep DPTM). Setiap Departemen dibantu oleh 3 Kepala Sub departemen (Kasubdep). Dep SDM dibantu oleh Kasubdep SDM, Kasubdep Pendidikan dan Latihan dan Kasubdep Sistim Informasi Medis / Rekam Medis. Dep Yan Med dibantu oleh Kasubdep Yanmed, Kasubdep Keperawatan dan Kasubdep Humas & Pemasaran. Sedangkan Kadep DPTM dibantu oleh Kasubdep Dokpol, Kasubdep Hukum Medik dan Kasubdep Penunjang Medik.

Departemen DPTM membawahi 12 Instalasi Pelayanan yang meliputi instalasi, perawatan tahanan, forensik, narkoba, patologi klinik, patologi anatomi, rehabilitasi medik, gizi, sentral sterilisasi, farmasi, radiologi, laundry dan pusat pelayanan terpadu. Sedangkan Dep LMP membawahi 5 instalasi pelayanan yang meliputi instalasi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, pemeriksaan kesehatan dan instalasi bedah sentral. Setiap instalasi dipimpin oleh seorang Ka Instalasi yang bertanggung jawab kepada kepala departemen terkait.

Satuan Medis Fungsional (SMF) dipimpin oleh seorang Kepala Komite Medik (Kakomed). SMF merupakan sekumpulan tenaga fungsional dari berbagai kualifikasi, yang terdiri dari tenaga medis (dokter umum, spesialis dan sub spesialis), paramedis (apoteker, perawat dan paramedis lainnya). SMF melakukan tugas operasional pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien. Komite medic memiliki 18 SMF diantaranya adalah SMF penyakit dalam, kebidanan, kulit kelamin, anak, jiwa, paru, mata, bedah, patologi anatomi, radiologi, saraf, gigit, jantung, THT, anesthesia, bedah saraf, bedah orthopedi dan bedah urologi, Untuk setiap jenis spesialisasi ditunjuk seorang koordinator SMF.

### **3.3. Falsafah, Visi dan Misi**

Mengacu pada visi dan misi Kepolisian Republik Indonesia serta visi dan misi Pusat Kedokteran dan Kesehatan Polri, maka dirumuskan falsafah, moto, visi dan misi Rumkitpolpus R.S. Sukanto sebagai berikut :

#### **1. Falsafah**

Dengan Iman dan taqwa berdasarkan Pancasila kita tingkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Indonesia

2. **Motto**  
“Suksesku adalah Kepuasan Pasien / Pelanggan”
  
3. **Visi**  
Terwujudnya Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto sebagai rumah sakit rujukan tertinggi Polri yang handal dan kredibel.
  
4. **Misi**
  - a. Memberikan pelayanan prima yang berbasis pada profesionalisme
  - b. Menjadi rujukan bagi rumah sakit Bhayangkara di Indonesia
  - c. Memberikan dukungan Kedokteran Kepolisian sesuai kebutuhan operasional Polri
  - d. Menjadi pusat pelayanan penanganan kasus trauma
  - e. Sebagai pusat pelatihan dan pendidikan SDM, penelitian dan pengembangan kesehatan dan kedokteran kepolisian.
  - f. Menadi Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto yang terakreditasi secara nasional.

#### **3.4. SDM RUMKITPOLPUS R.S. SUKANTO**

Dengan kapasitas 416 tempat tidur, Rumkitpolpus R.S. Sukanto diawaki oleh 125 orang tenaga medis, 501 tenaga paramedis dan 325 tenaga non medis dengan peincian sebagai berikut :



Tabel 3.1. Jumlah dan Kualifikasi SDM Rumkitpolpus R.S. Sukanto

KUALIFIKASI TENAGA		POLRI/ PNS	HONORER
Tenaga Medis :	Dokter Umum	21	17
	Dokter Gigi	7	-
	Dokter spesialis	49	17
	Dokter Gigi Spesialis	13	1
<b>JUMLAH DOKTER</b>		<b>90</b>	<b>35</b>
Paramedis	Apoteker	3	-
	Asisten Apoteker	21	
	Perawat	221	156
	Bidan	29	-
	Non Perawat	72	2
<b>JUMLAH PARAMEDIS</b>		<b>346</b>	<b>158</b>
Non Medis	Sarjana lain	15	1
	SLTA	149	157
<b>JUMLAH TENAGA NON MEDIS</b>		<b>164</b>	<b>158</b>
<b>JUMLAH SDM KESELURUHAN</b>		<b>951</b>	

### 3.5. Profil Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto

Rumkitpolpus R.S. Sukanto adalah rumah sakit milik Kepolisian Republik Indonesia, merupakan rumah sakit rujukan tingkat I di lingkungan Polri atau secara umum merupakan Rumah Sakit Tipe B Pendidikan. Rumah sakit ini melayani anggota Polri dan Pegawai Negeri Sipil Polri beserta keluarganya, perawat Polri, peserta asuransi kesehatan peserta jamkesmas dan masyarakat pada umumnya.

Rumkitpolpus R.S. Sukanto telah memenuhi standar pelayanan rumah sakit oleh Departemen Kesehatan R.I. dengan diterimanya sertifikat akreditasi untuk 12 bidang pelayanan yang terdiri dari bidang administrasi manajemen, pelayanan medis, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K 3, radiologi, laboratorium, kamar operasi, pengendalian infeksi nosokomial di RS dan perinatal resiko tinggi. Pada saat ini sedang dipersiapkan untuk memenuhi target akreditasi penuh 16 bidang pelayanan, yang rencananya akan dilaksanakan pada tahun 2011.

Secara geografis Rumkitpolpus R.S. Sukanto terletak di jalan RS Polri kecamatan Kramatjati Jakarta timur, yang memiliki populasi penduduk 204.629 orang dengan luas wilayah rumah sakit 36.175 m<sup>2</sup>, fasilitas kesehatan yang ada di wilayah kecamatan kramatjati diantaranya adalah 1 buah puskesmas kecamatan, 7 buah puskesmas kelurahan, 101 buah posyandu, dan sejumlah balai pengobatan.

### **3.6. Kinerja Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Tahun 2006-Tahun 2008**

Berdasarkan data indicator pelayanan kesehatan Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto pada tahun 2006- 2008, maka dapat digambarkan kinerja Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto sebagai berikut :

Tabel 3. 2 Kinerja Rumkitpolpus R.S. Sukanto th 2006-2007

No	Uraian	Th. 2006	Th. 2007
1	Angka Pemanfaatan Tempat Tidur (BOR)	71,85 %	75,61 %
2	Rata-rata Hari Rawat (ALOS)	7,01 hari	7,50
3	BTO (Bed Turn Over)/ kali rata-rata satu tahun	43,96	42,00
4	TOI (Turn Over Interval)	2,33 hari	2,11
5	Jumlah Pasien Rawat Inap	17.784	18.802
6	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Rata-rata Per Hari	790 orang	680
7	Angka Kematian Bersih (NDR) > 48 jam	4,32 <sup>0/00</sup>	4,90 <sup>0/00</sup>
8	Angka Kematian Kotor (GDR) < 48 jam	5,23 <sup>0/00</sup>	6,27 <sup>0/00</sup>

(Laporan Kegiatan Rumkitpolpus R.S. Sukanto Th 2006-2007)

### 3.7. Fasilitas dan Jenis Pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Rumkitpolpus R.S. Sukanto secara garis besar adalah sebagai berikut :

1. Fasilitas Diagnostik
  - a. Radiologi 24 jam
    - Radiografi
    - *Computed Tomography – Scan* (CT-Scan)
    - Ultrasonografi (USG)
  - b. Elektrokardiografi (EKG)
  - c. *Treat Mill*
  - d. Echokardiografi
  - e. Laboratorium Klinik , uji narkotik 24 jam
  - f. Patologi Anatomi, Forensik Patologi, Forensik Klinik
  - g. Elektroencefalografi (EEG)

Universitas Indonesia

- h. Bronkoskopi
- i. Spirometri
- j. Endoskopi
- k. Colonoskopi
- l. Audiometri
- m. ESWL

## 2. Fasilitas Pelayanan

### **Pelayanan Medis**

- a. IGD 24 jam
- b. Rawat Jalan
- c. Rawat Inap
- d. *Intensice Care Unit (ICU), Intensive Coronary Care Unit (ICCU), Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*
- e. Bedah Sentral
- f. *Medical Check Up (Pemeriksaan Kesehatan)*
- g. **Kompartemen Kedokteran Kepolisian**
  - Instalasi Perawatan Tahanan
  - Instalasi Forensik
  - Instalasi Narkoba
  - Instalasi Pusat Pelayanan Terpadu dan Pusat Pemulihan Medik Korban Trafficking

### **Pelayanan Penunjang Medik**

- a. Instalasi Farmasi, Apotik Umum 24 jam, Apotik Dinas Rawat Jalan, Apotik Dinas Rawat Mondok dan apotik Rawat Inap Askes & Jamsostek
- b. Bank Darah

- c. Hemodialisa
- d. CSSD sebagai pusat sterilisasi
- e. Instalasi Gizi
- f. Instalasi Laundry
- g. Instalasi Pengolahan Limbah

**Jenis Pelayanan Spesialis yang ada**

- 1) Spesialis Penyakit Dalam
- 2) Sub Spesialis Ginjal dan Hypertensi
- 3) Spesialis Paru
- 4) Spesialis Kardiologi/ Jantung
- 5) Spesialis Kebidanan dan Kandungan
- 6) Spesialis Bedah Umum
- 7) Spesialis Bedah Orthopedi
- 8) Spesialis Bedah Urologi
- 9) Sub Spesialis Bedah Onkologi/ Bedah Tumor
- 10) Spesialis Bedah Anak
- 11) Spesialis Bedah Saraf
- 12) Spesialis Bedah Plastik
- 13) Spesialis Mata
- 14) Spesialis Saraf
- 15) Spesialis THT
- 16) Spesialis Anestesi
- 17) Spesialis Anak
- 18) Spesialis Kedokteran Jiwa
- 19) Spesialis Kulit Kelamin
- 20) Spesialis Andrologi
- 21) Spesialis Rehabilitasi Medik
- 22) Spesialis Radiologi

- 23) Spesialis Patologi Klinik
- 24) Spesialis Patologi Anatomi
- 25) Spesialis Gizi Klinis
- 26) Spesialis Kedokteran Forensik

#### **Pelayanan Kedokteran Gigi**

- 1) Spesialis Bedah Mulut
- 2) Spesialis Prostodonsi
- 3) Spesialis Konservasi
- 4) Spesialis Orthodonsi
- 5) Spesialis Pedodonsi/ Kedokteran Gigi Anak
- 6) Spesialis Periodonsi

#### **Rawat Inap**

Memiliki 23 ruang perawatan dengan kapasitas 416 tempat tidur, dengan distribusi sebagai berikut :

Tabel 3.3. Distribusi Tempat Tidur Untuk Pelayanan Rawat Inap.

No	Nama Ruang Perawatan	Keterangan	Jumlah Tempat Tidur
1	VIP Soewarno	Perawatan Umum VVIP	7
2	Cendrawasih 1	Perawatan Umum Kelas 1	13
3	Cendrawasih 2	Perawatan Umum Kelas 2	15
4	Cendrawasih 3	Perawatan Umum Kelas 1	13
5	Cendrawasih 4	Perawatan Umum Kelas VIP	9
6	Cendana 1	Perawatan Umum Kelas 2	24
7	Cendana 2	Perawatan Umum Kelas 2	26
8	Pusat pelayanan terpadu bagi Korban Kekerasan terhadap wanita & anak	Perawatan Khusus Masalah Kepolisian	6
9	Pusat Pemulihan Medik Korban Trafficking	Perawatan Khusus Masalah Kepolisian	30
10	Tembesu	Perawatan Khusus Tahanan	35
11	Anggrek	Perawatan Anak	25
12	Bougenvile	Perinatologi	10
13	Cempaka 1	Kamar bersalin Kelas 1 & 2	6
14	Cempaka 2	Perawatan Kebidanan kls 1 & 2	23
15	Nuri	Perawatan Umum Prioritas Penyakit saraf kelas III	16
16	Parkit 1	Perawatan Umum Prioritas Penyakit paru kelas III	20
17	Mahoni 1	Perawatan Umum Prioritas Penyakit Bedah kelas III	23
18	Mahoni 2	Perawatan Umum Prioritas Penyakit Bedah kelas III	22
19	Cemara 1	Perawatan Umum Prioritas Penyakit Penyakit dalam laki-laki kelas III	20
20	Cemara 2	Perawatan Umum Prioritas Penyakit Penyakit dalam wanita kelas III	21
21	Eboni	Perawatan Kesehatan Jiwa	37
22	ICU / ICCU	Intensive Care Unit / Intensive Coronary Care Unit	7
23	HCU	High Care Unit	8
<b>Jumlah</b>			<b>416</b>

## BAB 4

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep yang digunakan berdasarkan pada model gabungan Stephen P. Robin (2008) dan Charles J.P. Siregar (2004) dengan memodifikasi sesuai kebutuhan serta informasi dari peneliti terdahulu.

Menurut Charles, J.P. Siregar (2004), *Unit Dose Dispensing* merupakan metode *dispensing* dan pengendalian obat yang dikoordinasikan instalasi farmasi rumah sakit dalam rumah sakit, system dosis unit dapat berbeda dalam bentuk, tergantung pada kebutuhan khusus rumah sakit. Akan tetapi unsur khusus berikut adalah dasar dari semua system dosis unit yaitu : obat dikandung dalam kemasan unit tunggal, di- *dispensing* dalam bentuk siap konsumsi, dan untuk kebanyakan obat tidak lebih dari 24 jam persediaan dosis, dihantarkan ke atau tersedia pada ruang perawatan pasien pada setiap waktu.

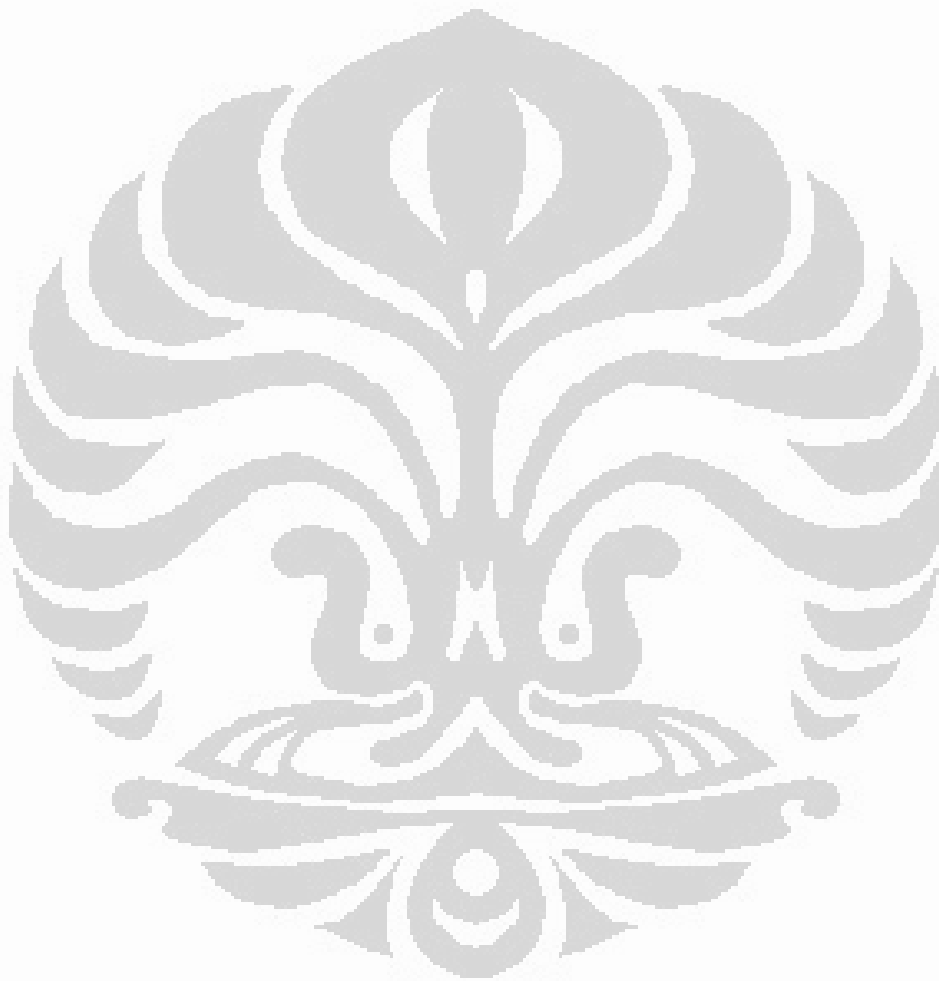
Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden said Sukanto khusus pasien peserta askes. Prinsip utama penerapan system ini adalah mekanisme pemberian obat kepada pasien rawat inap peserta askes untuk penggunaan satu hari dalam upaya mencegah pemborosan pemakaian obat.

#### 4.2. HIPOTESIS PENELITIAN

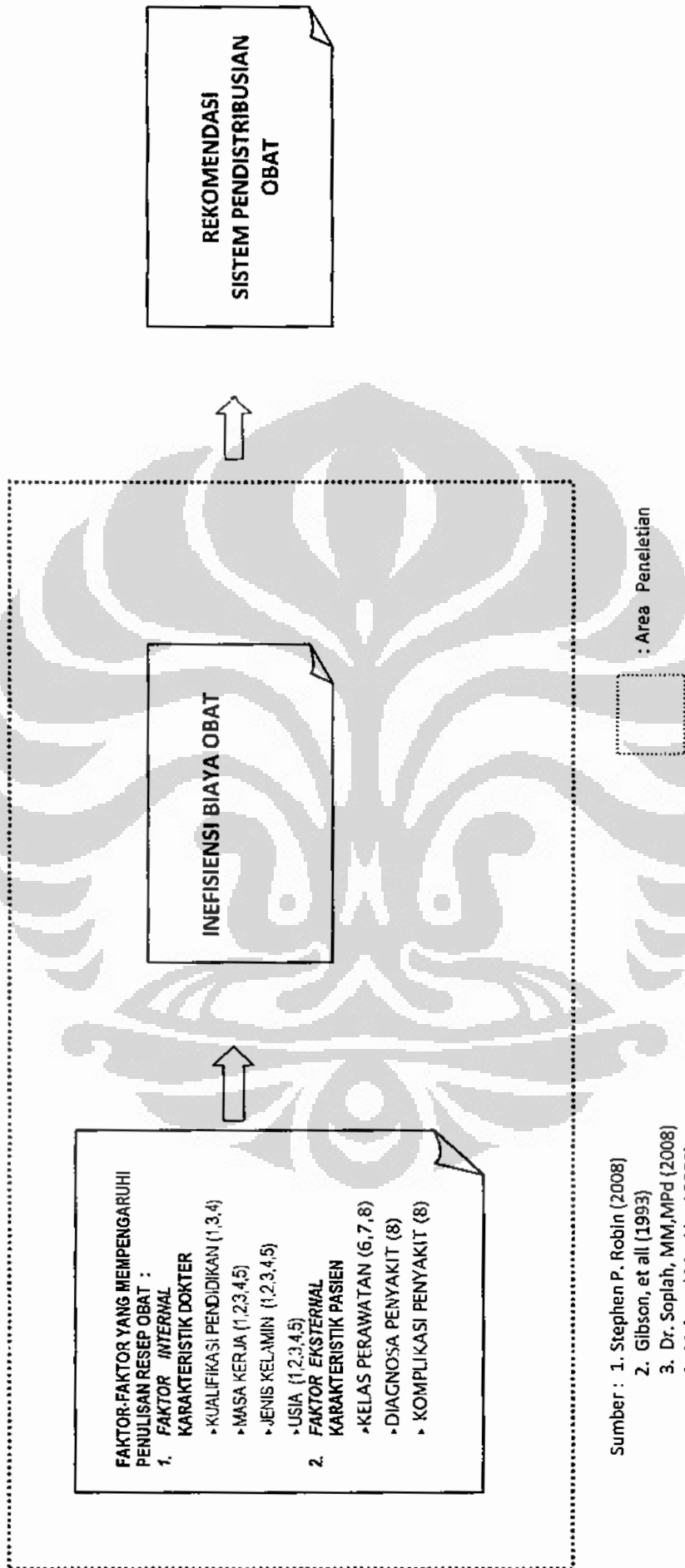
1. Ada hubungan antara kualifikasi pendidikan dokter dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.
2. Ada hubungan antara masa kerja dokter dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.
3. Ada hubungan antara jenis kelamin dokter dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.
4. Ada hubungan antara umur dokter dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.



5. Ada hubungan antara kelas perawatan pasien dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.
6. Ada hubungan antara diagnosa penyakit pasien dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.
7. Ada hubungan antara komplikasi penyakit pasien dengan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus RS Sukanto.



### 3.3. KERANGKA KONSEP



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENULISAN RESEP OBAT :**

1. **FAKTOR INTERNAL KARAKTERISTIK DOKTER**
  - ▶ KUALIFIKASI PENDIDIKAN (1,3,4)
  - ▶ MASA KERJA (1,2,3,4,5)
  - ▶ JENIS KELAMIN (1,2,3,4,5)
  - ▶ USIA (1,2,3,4,5)
2. **FAKTOR EKSTERNAL KARAKTERISTIK PASIEN**
  - ▶ KELAS PERAWATAN (6,7,8)
  - ▶ DIAGNOSA PENYAKIT (8)
  - ▶ KOMPLIKASI PENYAKIT (8)

Sumber : 1. Stephen P. Robin (2008)  
 2. Gibson, et all (1993)  
 3. Dr. Sopliah, MM,MPd (2008)  
 4. Makmuri Mucklas ( 2008)  
 5. Notoatmodjo (2007)  
 6. Prof. Dr. Charles J.P. Siregar, M.Sc (2004)  
 7. Drs. Soerjono Seto, Apt, MM dkk (2006).  
 8. Christina Sri Lestari, dkk (2007)

**Tabel 4.1. DEFINISI OPERASIONAL**

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Inefisiensi Biaya Obat	Proporsi biaya obat yang diresepkan dokter tetapi tidak terpakai oleh pasien	Biaya obat terpakai dibagi Total biaya obat	Format Isian	Proporsi	Rasio
2	Biaya obat yang diresepkan dokter	Biaya obat sesuai permintaan atau pesanan obat tertulis dari dokter kepada apoteker pengelola apotik untuk disediakan.	Jumlah obat yg diresepkan dokter X harga obat	Format Isian	Rupiah	Rasio
3	Biaya obat yg terpakai oleh pasien	Biaya obat sesuai resep dokter yang riil terpakai oleh pasien	Jumlah obat yg terpakai oleh pasien X harga obat	Format Isian	Rupiah	Rasio
4	Kualifikasi Pendidikan Dokter	Tingkat pendidikan kedokteran yang dilalui dokter sampai lulus	Melihat Data Personel	Ijasah	1 = dokter umum 2= dokter spesialis 3 = Dokter sub spesialis	Ordinal
5	Masa Kerja Dokter	Lama kerja dokter dihitung berdasarkan tanggal mulai tugas di Runkitpolpus sampai dengan waktu menulis resep.	Melihat Data Personel	Skep Pengangkatan Pegawai	Tahun	Rasio
6	Jenis Kelamin Dokter	Ciri yang membedakan dokter menjadi golongan laki-laki atau perempuan.	Melihat Data Personel	Daftar Riwayat Hidup	1 = laki-laki 2 = perempuan	Nominal
7	Usia dokter	Usia dokter yang dihitung berdasarkan ulang tahun kelahiran sampai dengan	Melihat Data Personel	Daftar Riwayat Hidup	Tahun	Rasio

		waktu menulis resep				
8	Kelas Perawatan Pasien	Klasifikasi ruang rawat inap di rumah sakit sesuai dg kelas perawatan yang digunakan pasien	Melihat Data Rekam Medik	Data rekam medik	1 = kelas 3 2 = kelas 2 3 = kelas 1 4 = kelas vip	Ordinal
9	Diagnosa Penyakit	Diagnosa penyakit yang ditegakkan oleh dokter pada saat pasien pulang dari rawat inap	Melihat Data Rekam Medik	Data rekam medik	1 = Penyakit dalam, paru, jantung 2 = Peny. Kebidanan 3 = Penyakit Bedah, saraf, mata 4 = Penyakit anak	Nominal
10	Komplikasi Penyakit	Diagnosa penyakit yg diderita pasien selain diagnose yg ditegakkan saat pasien pulang dari rawat inap	Melihat Data Rekam Medik	Rekam medik	1 = ada komplikasi 2 = tidak ada komplikasi	Ordinal

## **BAB 5 METODE PENELITIAN**

### **5.1. Disain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah studi analitik dengan rancangan cross sectional, analisa data dilakukan secara kuantitatif.

### **5.2. Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta. Data yang diambil adalah data sekunder yaitu dokter yang melayani pasien rawat inap peserta askes pada tahun 2008, 231 orang pasien rawat inap peserta askes yang dirawat pada tahun 2008, resep obat dan obat yang riil digunakan oleh 231 orang pasien tersebut. Pengumpulan dan pengolahan data dilakukan pada bulan April 2009 sampai dengan Juni 2009.

### **5.3. Populasi dan Sampel**

Pelayanan obat bagi pasien rawat inap peserta asuransi kesehatan dilayani oleh petugas instalasi farmasi rumah sakit yang ditunjuk secara khusus dan bekerja sama dengan PT Askes (Persero). Untuk pencatatan pengeluaran obat dilakukan secara komputerisasi dengan program dari PT Askes (Persero) dengan ketentuan bahwa resep yang dilayani untuk peserta Askes adalah resep obat yang termasuk dalam Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) yang diterbitkan oleh PT Askes (Persero) dan dilakukan penyesuaian/ diperbaharui untuk setiap tahunnya. Ketentuan peresepan obat pasien rawat inap peserta askes adalah bahwa obat injeksi atau infus diberikan untuk resep 1 hari dan obat oral diberikan untuk resep 3 hari. Apabila ada obat sisa tidak ada ketentuan retur/ pengembalian obat. Untuk obat-obat yang harus diberikan kepada pasien rawat inap peserta askes yang tidak ada dalam DPHO, resep diambil ke apotik umum dan biaya obat Non DPHO ini menjadi tanggung jawab pasien dan keluarganya.

Sebagai variabel dependen pada penelitian ini adalah inefisiensi obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto tahun 2008. Data yang digunakan untuk menghitung besarnya inefisiensi biaya obat adalah data sekunder yakni Perincian tagihan biaya resep obat pasien askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto tahun 2008 yang terpilih menjadi sampel, Catatan Rekam Medik pasien yang terpilih secara acak menjadi sampel penelitian serta buku catatan pemakaian obat pasien askes di setiap ruang rawat inap

Sebelum penelitian dimulai, dilakukan pengambilan sampel sebanyak 30 Rekam medik dan perincian biaya obat pasien peserta askes rawat inap, yang dipilih secara random dengan perangkat lunak komputer Hal ini perlu dilakukan karena untuk menghitung nilai proporsi yang akan digunakan dalam menghitung sampel penelitian dengan menggunakan rumus lemeshow, et.all.

Kepada pasien diresepkan obat Non DPHO karena Obat yang harus diberikan kepada pasien tidak tercantum dalam DPHO pasien askes. Data obat Non DPHO diperoleh dari catatan instruksi pengobatan oleh dokter pada rekam medik pasien dan harga obat Non DPHO diambil dari IMS karena pasien diperbolehkan mengambil obat di apotik dimana saja.

Hasil perhitungan inefisiensi biaya obat untuk 30 sampel tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1. Hasil Perhitungan Inefisiensi Biaya Obat dari 30 Sampel Pasien

NO	URAIAN	BIAYA OBAT DPHO	BIAYA OBAT NON DPHO
1	Resep Obat	Rp. 18.428.266,13	Rp. 4.238.678,39
2	Terpakai	Rp. 15.037.794,98	Rp. 4.090.585,84
3	Sisa/ Inefisiensi	Rp. 3.390.471,15	Rp. 148.092,55
4	<b>Proporsi Inefisiensi</b>	<b>18,40 %</b>	<b>3,49 %</b>

Universitas Indonesia

Berdasarkan data inefisiensi biaya obat di atas, selanjutnya dihitung sampel penelitian dengan menggunakan rumus Lemeshow, et, al, 1990 sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 pq}{d^2}$$

d = presisi = derajat ketepatan yang diinginkan = 0,05

z = Standar Deviasi Normal, pada alfa = 0,05, yaitu Zn = 1,96

Derajat kepercayaan 95 %

p = Estimasi Proporsi, yaitu 18,40% = 0,184

q = 1 - p = 0,816

n = besar sampel yang akan diteliti

$$n = \frac{(1.96)^2 (0,184) (1-0,184)}{(0,05)^2}$$

$$n = 230,71 \quad \rightarrow \quad n = 231$$

Sebanyak 231 sampel penelitian diambil secara acak yang dipilih secara random dengan menggunakan perangkat lunak Microsoft excel. Jumlah Pasien askes rawat inap pada tahun 2008 adalah 2225, untuk pasien yang dirawat di ruang ICU berjumlah 53 pasien di *eksklusi*, dengan alasan karena pasien dengan indikasi rawat di ruang ICU adalah pasien yang berasal dari seluruh kelas perawatan yang ada di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden said Sukanto dan diberikan pelayanan yang sama sesuai dengan diagnose penyakitnya. Jadi populasi penelitian ini berjumlah 2172 disusun berdasarkan kelas perawatan pasien, dimulai dari kelas VIP, kelas 1, kelas 2 dan diakhiri dengan kelas 3.

Selanjutnya dihitung inefisiensi biaya obat per pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto dengan cara menghitung selisih antara biaya obat sesuai resep yang diperoleh melalui data instalasi farmasi rumah sakit dikurangi dengan riil biaya obat yang digunakan oleh pasien selama dirawat, yang dihitung dengan menggunakan data sekunder yaitu catata rekam medik pasien dan buku catatan pemberian obat kepada pasien yang ada di setiap ruang rawat inap.

Tabel 5. 2. Proporsi Sampel Penelitian Menurut Kelas Perawatan, Perbandingan Proporsi Populasi dan Proporsi Sampel

NO	KELAS PERAWATAN	JML PASIEN	PROPORSI	
			POPULASI	SAMPEL
1	Kelas VIP	24	10,39%	10,39%
2	Kelas 1	22	9,52 %	9,52%
3	Kelas 2	149	64,50 %	64,50%
4	Kelas 3	36	15,59 %	15,59%
<b>Jumlah</b>		<b>231</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100%</b>

Dari tabel 5. 2 dapat dilihat bahwa tidak ada perbedaan yang menyolok antara distribusi populasi dan sampel menurut kelas perawatan.

#### 5.4. Pengumpulan Data

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data tentang karakteristik dokter yang terkait dengan penulisan resep pasien askes yang diambil sebagai sampel diperoleh dari catatan personalia Departemen Sumber Daya Manusia Rumkitpolpus, sedangkan data tentang karakteristik pasien diperoleh dari catatan rekam medis pasien rawat inap peserta askes sosial yang telah terpilih secara acak menjadi sampel. Data tentang resep pasien diperoleh dari instalasi farmasi rumah sakit didasarkan pada catatan rekam medis pasien dan



dihitung jumlah obat yang dikeluarkan berdasarkan resep dokter dan data tentang jumlah obat yang riil terpakai oleh pasien diperoleh dari catatan pemberian obat di ruang rawat didasarkan pada instruksi dokter yang dapat dilihat pada catatan rekam medis pasien.

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan responden 5 orang dokter yang merawat pasien rawat inap peserta askes. Responden ini memang tidak dipilih secara acak seperti pada penelitian kuantitatif, tetapi telah memenuhi prinsip pengambilan sampel penelitian kualitatif yaitu kesesuaian dan kecukupan. Kesesuaian artinya disini bahwa sampel dipilih berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki yang berkaitan dengan topic penelitian ( 2 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis dan 1 orang dokter sub spesialis). Sedangkan kecukupan maksudnya adalah bahwa data yang diperoleh dari responden akan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian.

Teknik wawancara mendalam ini dipandang tepat digunakan pada penelitian ini karena bertujuan memperoleh informasi tentang hal-hal yang sifatnya dianggap sensitif, yang akan sangat sulit diperoleh jawabannya bila menggunakan teknik FGD, karena responden akan merasa malu untuk mengungkapkannya, tujuan lainnya adalah untuk menggali masalah yang rumit, dalam hal ini adalah bagaimana dokter menangani pengobatan pasien sehingga dapat menimbulkan inefisiensi biaya obat, yang akan sangat sulit diperoleh jawabannya bila menggunakan teknik FGD, karena informasi yang diperoleh diharapkan sangat bervariasi dan tanggapan yang diberikan mungkin tidak sesuai dengan yang telah dilakukan. Oleh karena itu sangat tepat jika digunakan teknik wawancara mendalam. Responden dokter sangat bervariasi jam kerjanya karena menangani pasien yang jumlahnya sangat banyak, sehingga sulit dikumpulkan pada suatu saat, kecuali untuk suatu hal yang sangat penting bagi keperluan mereka.

### **5.5. Pengolahan Data**

Data yang sudah terkumpul kemudian diolah dengan menggunakan program computer dengan tahapan sebagai berikut :

**Universitas Indonesia**

### 5.5.1. Editing Data

Dilakukan editing sebelum data di entry ke program computer dengan tujuan agar data yang terkumpul lengkap, jelas dan sesuai dengan kebutuhan penelitian.

### 5.5.2. Data Koding

Pemberian kode yang kemudian dimasukkan ke dalam rekapan. Fungsi pemberian kode ini untuk memudahkan analisis data dan data entry.

### 5.5.3. Data Entry

Setelah semua data di entry, selanjutnya data dimasukkan ke dalam program computer untuk diolah

### 5.5.4. Data Cleaning

Setelah data dimasukkan, kemudian dilakukan pengecekan ulang untuk memastika apakah data yang telah dimasukkan tidak ada kekeliruan, kemudian data siap dianalisa dengan bantuan program computer.

## 5.6. Analisa Data

### 5.6.1. Analisis Univariat

Analisis data univariat dilakukan dengan menampilkan distribusi frekuensi untuk melihat gambaran karakteristik dokter yang meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja dan tingkat pendidikan dokter. Dalam hal ini yang diteliti adalah kaitan karakteristik dokter dalam penulisan resep obat yang tidak dikonsumsi oleh pasien secara keseluruhan. Sedangkan karakteristik pasien terdiri Diagnosa utama, komplikasi penyakit serta kelas perawatan yang menunjukkan status ekonomi pasien.

### 5.6.2. Analisis Bivariat

Pada analisis ini dilakukan test untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna antara setiap variable independen dengan variable dependen dan untuk melihat perbedaan proporsi variable dependen pada semua kategori variable independen. Tehnik analisa data dilakukan dengan menggunakan uji statistik t-test dan anova test. Syarat untuk dilakukan uji beda mean independen ini sudah terpenuhi yaitu bahwa data berdistribusi normal, kedua kelompok data independen dan variabel yang dihubungkan numeric dan kategorik (variabel katagorik terdiri dari 2 kelompok). Sedangkan beberapa asumsi untuk uji anova juga sudah terpenuhi yaitu varian homogen, sampel/ kelompok independen, data berdistribusi normal dan data yang dihubungkan adalah numerik dan katagorik (untuk katagorik yang lebih dari 2 kelompok)

### 5.6.3. Analisa Multivariat

Analisa ini merupakan analisis hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Analisa yang dilakukan adalah dengan menggunakan uji statistik regresi linier ganda.

Tujuan analisis regresi linier ganda adalah untuk menemukan model regresi yang paling sesuai menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan variabel dependen. Pada prinsipnya, model regresi ganda dapat berguna untuk dua hal :

- a. Prediksi, memperkirakan variabel dependen dengan menggunakan informasi yang ada pada sebuah atau beberapa variabel independen.
- b. Estimasi, mengkuantifikasi hubungan sebuah atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen. Pada fungsi ini regresi dapat digunakan untuk mengetahui variabel independen apa saja yang berhubungan dengan variabel dependen. Selain itu dapat juga diketahui seberapa besar hubungan masing-masing variabel independen terhadap variabel independen lainnya. Dari analisa ini dapat diketahui variabel mana yang paling besar/ dominan mempengaruhi variabel dependen.

### Langkah-Langkah Dalam Permodelan Regresi Linier Ganda:

- 1) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Masing-masing variabel independen dihubungkan dengan variabel dependen (bivariat), bila hasil bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat.
- 2) Melakukan analisis secara bersamaan, melakukan pemilihan variabel yang masuk dalam model yaitu variabel yang mempunyai nilai P value  $< 0,05$ . Untuk variabel yang P valuenya  $> 0,05$  dilakuka pengeluaran dari model satu persatu, dimulai dari variabel yang P valuenya paling paling besar.
- 3) Melakukan uji asumsi :
  - a) Asumsi eksistensi (variabel random).  
Untuk setiap nilai dari variabel independen, variabel dependen adalah variabel random yang mempunyai mean dan varian tertentu.
  - b) Asumsi Indepensi  
Suatu keadaan dimana variabel bebas satu sama lain tidak saling tergantung atau tidak saling mempengaruhi, untuk mengetahui asumsi ini dilakukan uji Durbin Watson, bilai nilai durbin -2 sampai dengan +2 berarti asumsi indepenensi terpenuhi.
  - c) Asumsi linieritas.  
Nilai mean dari variabel dependen untuk suatu kombinasi variabel independen terletak pada garis/ bidang linier, yang dibentuk dari persamaan regresi. Asumsi linieritas dapat diketahui dari uji anova, bila hasil signifikan ( $P \text{ value} < \alpha$ ) maka model berbentuk linier.
  - d) Asumsi Homoscedascity  
Varian nilai variabel dependen sama untuk semua nilai variabel independen;. Bila titik sebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian homogen pada setiap nilai variabel independen, dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

e) Asumsi normalitas

Variabel dependen mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variabel independen, dapat diketahui bila data menyebar di sekitar garis linear maka model regresi memenuhi asumsi model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

4) Melakukan Uji Interaksi

Setelah diperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, kemudian dilihat ada tidaknya interaksi antar variabel independen.

5) Penentuan model akhir

Disini dari tabel coefisient dapat dilihat persamaan garisnya dan dapat diketahui koefisien regresi masing-masing variabel. Disamping itu dapat diketahui juga variabel independen mana paling besar pengaruhnya atau peranannya terhadap variabel dependen.

## **BAB 6**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1. Instalasi Farmasi Rumah Sakit**

Instalasi Farmasi Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi dengan latar pendidikan apoteker yang bertanggung jawab langsung kepada Kepala Departemen Kedokteran Kepolisian dan Penunjang Medik. Kepala Instalasi farmasi dibantu oleh 36 orang staf yang terdiri dari 4 orang apoteker, 21 orang asisten apoteker dan 11 orang administrasi. Di bawah Instalasi farmasi rumah sakit ada 3 Kasub instalasi yaitu Kasub instalasi bidang distribusi dan peningkatan mutu, Kasub instalasi bidang perbekalan kesehatan dan Kasub instalasi bidang Farmasi klinik. Dibawah Kasub instalasi ada lima Paur, yaitu Paur pelayanan resep rawat inap, Paur pelayanan resep rawat jalan, Paur logistic farmasi, Paur produksi non steril serta Paur administrasi. Pelayanan yang dilakukan oleh instalasi farmasi adalah hanya pada jam kerja saja, tetapi pelayanan apotik instalasi farmasi rumah sakit dilakukan pada 24 jam sehari yang dibagi menjadi 3 shift, yang melayani pasien dinas, pasien askes maupun pasien pada umumnya.

#### **6.2. Hasil Penelitian**

Jumlah pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto pada tahun 2008 berjumlah 2.225 rekam medik pasien. Sebagai Populasi penelitian sebanyak 2172 rekam medik, karena pasien yang di rawat di ruang ICU berjumlah 53 pasien di *Eksklusi*, dengan alasan karena pasien dengan indikasi rawat di ruang ICU adalah pasien yang berasal dari seluruh kelas perawatan yang ada di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden said Sukanto dan diberikan pelayanan yang sama sesuai dengan diagnose penyakitnya.

Hasil perhitungan inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden said Sukanto untuk 231 sampel adalah sebagai berikut :

Tabel 6.1. Hasil Perhitungan Inefisiensi Biaya Obat 231 Sampel/ Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto :

NO	URAIAN	BIAYA OBAT DPHO (Rp)	BIAYA OBAT NON DPHO (Rp)	TOTAL (Rp)
1	Resep Obat	80.939.558	29.310.629	110.250.187
2	Terpakai	60.580.491	27.708.644	88.289.136
3	Sisa/ Inefisiensi	20.359.067	1.601.984	21.961.051
4	<b>Inefisiensi</b>	<b>25,15%</b>	<b>5,46 %</b>	<b>19,91%</b>

Tabel 6.1. memperlihatkan bahwa terjadi inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes sebesar 19,91%. Secara rinci inefisiensi biaya obat DPHO pasien rawat inap peserta askes mencapai 25,15% atau hampir 5 kali lipat inefisiensi biaya obat Non DPHO (5,46%)

Dari jumlah populasi 2172 rekam medik, maka dapat dilakukan ekstrapolasi dengan menghitung total nilai inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes tahun 2008 sebagai berikut :  $(2172 : 231) \times \text{Rp. } 110.250.187 \times 19,91\% = \text{Rp. } 206.394.650$

### 6.3. Analisa Univariat

Variabel independen pada penelitian ini meliputi Karakteristik dokter yang terdiri dari Kualifikasi pendidikan, pengalaman kerja, jenis kelamin dan usia. Serta karakteristik pasien yang terdiri dari kelas perawatan, diagnose keluar dan komplikasi.

Tabel 6.2. Distribusi Sampel Pasien Rawat Inap Peserta Askes Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Dokter Yang Merawat Di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.

No	Variabel	Kategori	Distribusi	
			Frek	%
1	Jenis Kelamin	1 = Laki-laki	191	82.7%
		2 = Wanita	40	17.3%
2	Tingkat Pendidikan	1 = Dokter Umum	29	12.6%
		2 = Dokter Spesialis	142	61.5%
		3 = Dokter Sub Spesialis	60	26.0%

Tabel 6.3. Output Descriptive Statistic Variabel Umur, Masa Kerja Dokter dan Efisiensi biaya obat DPHO dan Non DPHO

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	231	31.00	65.00	47.6840	7.03838
Masa Kerja	231	1.00	33.00	17.6883	9.35938
Inefisiensi DPHO (Proporsi)	231	.00000	.60130	.2515342	.15880769
Inefisiensi Non DPHO (Proporsi)	231	.00000	.68450	.0546554	.14148010
Valid N (listwise)	231				

### 6.3.1. Faktor Internal

Karakteristik Dokter Meliputi :

#### 1. Jenis Kelamin

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa dokter laki-laki lebih banyak melayani pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto yaitu sebanyak 82,7% sampel/ pasien dibandingkan dengan dokter wanita yang melayani 17,3% sampel/ pasien.



## 2. Tingkat Pendidikan

Bahwa pada tahun 2008 dokter spesialis paling banyak melayani pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto yaitu sebanyak 61,5% sampel/ pasien, sedangkan dokter konsulen/ sub spesialis melayani 26,0% sampel/ pasien dan dokter umum melayani paling sedikit 12,6% sampel/ pasien.

## 3. Umur Dokter

Dari tabel 6.3. dapat dilihat bahwa umur dokter yang melayani pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto minimal adalah berumur 31 tahun, maksimal berumur 65 tahun dan rata-rata berumur 47,6 tahun.

## 4. Pengalaman Kerja

Sedangkan masa kerja dokter yang melayani pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto minimum memiliki masa kerja 1 tahun, maksimum memiliki masa kerja 33 tahun dan masa kerja rata-rata adalah 17,6 tahun.

### 6.3.2. Faktor Eksternal

Tabel 6.4. Distribusi Sample Pasien Rawat Inap Peserta Askes Menurut Kelas Perawatan, Diagnosa Penyakit dan Komplikasi Penyakit Pasien Di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.

No	Variabel	Kategori	Distribusi	
			Frek	%
1	Kelas Perawatan	1 = Kelas VIP	24	10.4%
		2 = Kelas 1	22	9.5%
		3 = Kelas 2	148	64.1%
		4 = Kelas 3	37	16.0%
2	Diagnosa Penyakit	1=Penyakit Dalam, Paru, Jantung	142	61,47%
		2=Penyakit Kebidanan	7	3,03%
		3=Penyakit Bedah, Saraf, Mata, THT	76	32,9%
		4=Penyakit Anak	6	2,6%
3	Komplikasi Penyakit	1 = Ada Komplikasi	8	3.5%
		2 = Tidak Ada Komplikasi	223	96.5%

Karakteristik Pasien Meliputi :

1. Kelas Perawatan

Pasien peserta rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto lebih banyak dirawat di kelas 2 yaitu sebanyak 64,1% sampel, kemudian di kelas 3 sebanyak 16,0 % sampel, dikelas VIP sebanyak 10,4% sampel dan di kelas 1 sebanyak 9,5% sampel.

2. Diagnosa Penyakit

Pasien peserta askes yang di rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto sebanyak 61,47% sampel didiagnosa penyakit dalam, paru dan jantung, sebanyak

32,9% sampel didiagnosa penyakit bedah, saraf, mata dan THT, sedangkan sebanyak 3,03% sampel didiagnosa penyakit kebidanan dan sebanyak 2,6% sampel didiagnosa penyakit anak.

### 3. Komplikasi Penyakit

Pasien rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto pada tahun 2008 lebih banyak tidak mengalami komplikasi penyakit yaitu sebanyak 96,5 % sampel, sedangkan yang menderita komplikasi penyakit sebanyak 3,5 % sampel.

### 6.4. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu faktor internal dan faktor eksternal dengan variabel dependen yaitu inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes di Rumah sakit kepolisian Pusat raden said sukanto.

#### 6.4.1. Hubungan Faktor Eksternal (Jenis Kelamin) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto

Tabel 6.5 Output Uji t-test Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Jenis Kelamin Pada Tahun 2008

Inefisiensi DPHO	Mean		SD	SE	p-value	N
	Proporsi	Rp				
► Laki-laki	0,2435	75.748	0,1636	0,011	0,055	191
► Wanita	0,2894	75.300	0,1284	0,020		40
Inefisiensi Non DPHO	Mean	Rp	SD	SE	p-value	N
► Laki-laki	0,0518	26.484	0,1314	0,0951	0,286	191
► Wanita	0,0931	14.029	0,2347	0,0371		40

Dengan jumlah sampel 231, rata-rata nilai inefisiensi biaya obat DPHO pasien rawat peserta askes inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto oleh dokter laki-laki adalah 24,35% (Rp.4.957.432,83) dengan standar deviasi 16,36% , sedangkan untuk dokter wanita adalah 28,94% (Rp. 5.891.914,00) dengan standar deviasi 12,84%.

Dari hasil uji pengaruh jenis kelamin terhadap Inefisiensi biaya obat DPHO dengan uji t didapat nilai p-value  $0.055 > 0.05$  yang artinya bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap Inefisiensi biaya obat DPHO, disini tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata inefisiensi Biaya obat DPHO yang diberikan oleh dokter laki-laki dan dokter wanita.

Dengan jumlah sampel 231, rata-rata nilai inefisiensi biaya obat Non DPHO pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto oleh dokter berjenis kelamin laki-laki adalah 5,18% (Rp.1.054.599,67) dengan standar deviasi 13,14 % , sedangkan untuk dokter berjenis kelamin wanita adalah 9,31 % (Rp.1.895.429,14) dengan standar deviasi 23,47 %.

Untuk pengaruh jenis kelamin terhadap Inefisiensi biaya obat Non DPHO dengan uji t didapat nilai p-value  $0.286 > 0.05$  yang artinya bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap Inefisiensi biaya obat Non DPHO, disini tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata inefisiensi biaya obat Non DPHO yang diberikan oleh dokter laki-laki dan dokter wanita..

6.4.2. Hubungan Faktor Eksternal (Pendidikan Dokter) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto

Tabel 6.6. Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Tingkat Pendidikan Dokter Pada Tahun 2008

Variabel	Mean		SD	95 % CI	p-value
	Proporsi	Rp			
<b>Inefisiensi Obat DPHO</b>					
Tingkat Pendidikan Dokter					0,008
▷ Dokter Umum	0,2708	65.144	0,1355	0,2192 – 0,3224	
▷ Dokter Spesialis	0,2706	77.576	0,1552	0,2448 – 0,2963	
▷ Dokter Sub Spesialis	0,1970	77.100	0,1670	0,1538 – 0,2402	
<b>Inefisiensi Obat Non DPHO</b>					0,747
Tingkat Pendidikan Dokter	0,0693	17.069	0,1891	0,0025 – 0,1413	
▷ Dokter Umum	0,0621	24.133	0,1664	0,3455 – 0,0897	
▷ Dokter Spesialis	0,0464	25.842	0,0979	0,0122 – 0,0717	
▷ Dokter Sub Spesialis					

Tabel 6.7. Out Put Post Hoc Tests ( Tingkat Pendidikan Dokter)

*Multiple Comparisons*

*Tukey HSD*

Dependent Variable	(I) Pendidikan	(J) Pendidikan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Inefisiensi DPHO	Umum	Sub Spesialis	.07378793	.03531742	.094	-.0095302	.1571061
		Spesialis	.00022455	.03182171	1.000	-.0748468	.0752959
	Sub Spesialis	Umum	-.07378793	.03531742	.094	-.1571061	.0095302
		Spesialis	-.07356338(*)	.02404498	.007	-.1302885	-.0168383
	Spesialis	Umum	-.00022455	.03182171	1.000	-.0752959	.0748468
		Sub Spesialis	.07356338(*)	.02404498	.007	.0168383	.1302885

\* The mean difference is significant at the .05 level.

Untuk inefisiensi obat Non DPHO memiliki p-value 0,747 berarti tidak significant, maka tidak dilakukan *Multiple Comparisons Tukey HSD*

Dari hasil analisa Anova terlihat bahwa tingkat pendidikan berpengaruh pada inefisiensi biaya obat DPHO dengan nilai p-value 0,008 (< 0,05).

Untuk tingkat pendidikan Dokter Sub Spesialis inefisiensi biaya obat DPHO nya berbeda dengan yang tingkat pendidikannya Dokter Spesialis, dengan nilai p-value 0,07.

Untuk pengaruh tingkat pendidikan dokter terhadap inefisiensi biaya obat Non DPHO bagi pasien rawat inap peserta askes di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto di dapat nilai p-value 0,747, yang berarti tidak ada pengaruh yang signifikan, disini rata-rata inefisiensi biaya obat Non DPHO antar tingkat pendidikan dokter hampir sama dan tidak berbeda jauh.

Pada table 6.7. terlihat hasil dari uji *Multiple Comparisons Tukey HSD* yang berguna untuk menelusuri lebih lanjut tingkat pendidikan dokter yang berhubungan secara signifikan. Untuk mengetahuinya dapat terlihat dalam kolom *Sig*, yaitu dokter dengan tingkat pendidikan Sub Spesialis dengan Spesialis, dengan nilai p-value 0,07.

#### 6.4.3. Hubungan Faktor Internal (Kelas Perawatan) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto

Tabel 6.8. Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Kelas Perawatan Pada Tahun 2008

Variabel	Mean		SD	95 % CI	p-value
	Proporsi	Rp			
<b>Inefisiensi Obat DPHO</b>					
Kelas perawatan					
▶ Kelas VIP	0,2944	128.735	0,1623	0,0331 – 0,2258	0,339
▶ Kelas 1	0,2769	58.301	0,1434	0,2133 – 0,3405	
▶ Kelas 2	0,2443	69.669	0,1563	0,2189 – 0,2697	
▶ Kelas 3	0,2288	75.187	0,1692	0,1715 – 0,2860	
<b>Inefisiensi Obat Non DPHO</b>					
Kelas perawatan					
▶ Kelas VIP	0,0708	28.628	0,1617	0,0025 – 0,1391	0,425
▶ Kelas 1	0,1040	26.433	0,2150	0,0087 – 0,1993	
▶ Kelas 2	0,0485	23.077	0,1295	0,0274 – 0,0695	
▶ Kelas 3	0,0681	24.171	0,1984	0,0095 – 0,1352	

\* *The mean difference is significant at the .05 level.*

Universitas Indonesia

Dari hasil uji Anova terlihat bahwa kelas perawatan tidak berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto. Nilai p-value untuk inefisiensi biaya obat DPHO 0,339 ( $>0,05$ ) dan p-value untuk inefisiensi biaya obat Non DPHO 0,425 ( $>0,05$ ).

Selanjutnya Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Kelas Perawatan ini tidak dilakukan uji *multiple comparisons Tukey HSD* karena memiliki nilai p-value 0.339 ( $> 0,05$ ) untuk Inefisiensi biaya Obat DPHO dan p-value 0,425 ( $> 0,05$ ) untuk Inefisiensi biaya Obat Non DPHO.

#### 6.4.4. Hubungan Faktor Internal (Komplikasi Penyakit) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.

Tabel 6.9. Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di Rumkitpolpus Menurut Komplikasi Penyakit Pada Tahun 2008

Inefisiensi DPHO	Mean		SD	SE	p-value	N
	Proporsi	Rp				
▶ Tidak Ada Komplikasi	0,2482	75.331	0,1592	0,0106	0,098	223
	0,3429	84.437	0,1211	0,0428		8
▶ Ada Komplikasi						
Inefisiensi Non DPHO	Mean	Rp	SD	SE	p-value	N
▶ Tidak Ada Komplikasi	0,0582	25.538	0,1540	0,0103	0,721	223
	0,0781	6.579	0,1756	0,0620		8
▶ Ada Komplikasi						

Dari hasil uji t terlihat bahwa komplikasi penyakit tidak berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto. Nilai p-value untuk inefisiensi biaya obat DPHO 0,098 ( $>0,05$ ) dan p-value untuk inefisiensi biaya obat Non DPHO 0,721 ( $>0,05$ ).

6.4.5. Hubungan Faktor Internal (Umur dan Masa Kerja Dokter) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.

Tabel 6.10. Output Uji Korelasi Umur Dan Masa Kerja

**Correlations**

		Inefisiensi DPHO	Inefisiensi non DPHO	Umur	Masa Kerja			
Umur	Pearson	-.217(**)	.086	1	.765(**)			
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)					.001	.192	.000
	N					231	231	231
Masa Kerja	Pearson	-.091	.107	.765(* *)	1			
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)					.169	.105	.000
	N					231	231	231

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dari hasil uji korelasi terlihat bahwa umur berpengaruh negatif terhadap inefisiensi biaya obat DPHO dengan p-value 0.001 dan nilai koefisiensi -0.217. Untuk masa kerja tidak berpengaruh signifikan terhadap inefisiensi biaya obat DPHO p-value 0.169 ( $>0,05$ ). Umur tidak berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat Non DPHO dengan nilai p-value 0.192 ( $>0,05$ ). Masa kerja tidak berpengaruh signifikan terhadap inefisiensi biaya obat Non DPHO dengan nilai p-value 0.105. ( $>0,05$ )



6.4.6. Hubungan Faktor Internal (Diagnosa) dengan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus R.S. Sukanto.

Tabel 6.11. Output Uji Anova Perbedaan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap

Variabel	Mean		SD	95 % CI	p-value
	Proporsi	Rp			
<b>Inefisiensi Obat DPHO</b>					0,001
Diagnosa Penyakit	0,2474	77.703	0,1469	0,2230 – 0,2717	
▸ Penyakit dlm, Paru, Jantung	0,4877	53.128	0,0743	0,4190 – 0,5565	
▸ Penyakit Kebidanan	0,2389	77.993	0,1737	0,1992 – 0,2786	
▸ Penyakit Bedah, Saraf, Mata.	0,2329	29.452	0,0997	0,1282 – 0,3376	
▸ Penyakit Anak					
<b>Inefisiensi Obat Non DPHO</b>					0,709
Diagnosa Penyakit					
▸ Penyakit dlm, Paru, Jantung	0,0582	20.643	0,1599	0,0317 – 0,0848	
▸ Penyakit Kebidanan	0,0000	-	0,0000	0,0000 – 0,0000	
▸ Penyakit Bedah, Saraf, Mata.	0,0675	32.491	0,1563	0,0318 – 0,1032	
▸ Penyakit Anak	0,0356	10.770	0,0550	0,0222 – 0,0933	

Dari hasil uji anova terlihat bahwa diagnosa penyakit berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat DPHO dengan nilai p-value 0.001. Untuk inefisiensi biaya obat Non DPHO, diagnosa penyakit tidak berpengaruh, dengan nilai p-value 0.709. Jika dilihat dari besarnya proporsi inefisiensi biaya obat Non DPHO memang sangat kecil, bahkan penyakit kebidanan inefisiensi biaya obat Non DPHO = 0%.

Tabel 6.12. Out Put Post Hoc Tests (Diagnosa Penyakit)

## Multiple Comparisons

## Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Pendidikan	(J) Pendidikan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Inefisiensi DPHO	Penyakit Dalam	Peny.Kebidanan	-.24038360(*)	.05967833	.000	-.3948408	-.0859264
		Peny. Bedah	.00843895	.02190756	.981	-.0482614	.0651393
		Peny. Anak	.01446878	.06424329	.996	-.1518033	.1807409
	Penyakit kebidanan	Peny. Dalam	.24038360(*)	.05967833	.000	.0859264	.3948408
		Peny. Bedah	.24882256(*)	.06088355	.000	.0912460	.4063991
		Peny. Anak	.25485238(*)	.08575585	.017	.0329023	.4768025
	Penyakit Bedah	Peny. Dalam	-.00843895	.02190756	.981	-.0651393	.0482614
		Peny.Kebidanan	-.24882256(*)	.06088355	.000	-.4063991	-.0912460
		Peny. Anak	.00602982	.06536439	1.000	-.1631439	.1752035
	Penyakit Anak	Peny. Dalam	-.01446878	.06424329	.996	-.1807409	.1518033
		Peny.Kebidanan	-.25485238(*)	.08575585	.017	-.4768025	-.0329023
		Peny. Bedah	-.00602982	.06536439	1.000	-.1752035	.1631439

\* The mean difference is significant at the .05 level.

Pada table 6.12 terlihat hasil dari uji *Multiple Comparisons Tukey HSD* yang berguna untuk menelusuri lebih lanjut diagnose penyakit yang berhubungan secara signifikan. Untuk mengetahuinya dapat terlihat dalam kolom *Sig*, yaitu diagnose penyakit kebidanan dengan diagnose penyakit dalam (p-value = 0.000), diagnose penyakit kebidanan dengan diagnose penyakit bedah (p-value = 0.000) dan diagnose penyakit kebidanan dengan diagnose penyakit anak (p-value 0.017)

## 6.5. Analisis Multivariat : Regresi Linier Ganda

### 6.5.1. Permodelan Multivariat

Tahap berikutnya adalah melakukan analisis multivariate secara bersama-sama. Variabel yang valid dalam multivariat adalah variabel yang mempunyai  $p\text{-value} < 0,05$ . Bila dalam model multivariate dijumpai variabel yang  $p\text{-value} > 0,05$ , maka variabel tersebut harus dikeluarkan dari model, pengeluaran variabel dilakukan tidak secara serempak, melainkan bertahap satu persatu dikeluarkan, dimulai dari  $p\text{-value}$  yang terbesar.

Analisa multivariate yang akan digunakan adalah dengan menggunakan analisa regresi linier ganda. Pada analisa regresi linier ganda variabel dependen dan independen merupakan variabel numerik. Karena pada variabel independen terdapat variabel katagorik seperti jenis kelamin, pendidikan, kelas perawatan, diagnosa penyakit dan komplikasi maka variabel-variabel tersebut dirubah mendadi variabel dummy. Variabel dummy untuk jenis kelamin yang menjadi referen category adalah wanita, pendidikan reference category adalah dokter umum, kelas perawatan reference category adalah kelas 3 , diagnosa penyakit reference category adalah penyakit dalam dan komplikasi referen katagorinya adalah tidak ada komplikasi.

Tabel 6.13. Seleksi Variabel Kandidat Dengan Metode Back Ward

		Coefficients <sup>a</sup>					Collinearity Statistics		
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF	
		B	Std. Error	Beta					
1	(Constant)	.474	.091		5.191	.000			
	JK	-.026	.032	-.062	-.819	.414	.658	1.519	
	Umur	-.006	.002	-.278	-2.598	.010	.335	2.987	
	Masa Kerja	.005	.002	.303	2.889	.004	.348	2.878	
	spesialis	-.047	.050	-.130	-.942	.347	.202	4.944	
	sub_spesialis	.019	.037	.057	.502	.616	.295	3.395	
	kebidanan	.250	.062	.270	4.005	.000	.842	1.188	
	bedah	8.36E-005	.023	.000	.004	.997	.844	1.184	
2	(Constant)	.474	.090		5.295	.000			
	JK	-.026	.032	-.062	-.827	.409	.669	1.496	
	Umur	-.006	.002	-.278	-2.673	.008	.353	2.832	
	Masa Kerja	.005	.002	.303	2.934	.004	.357	2.801	
	spesialis	-.047	.049	-.130	-.948	.344	.204	4.904	
	sub_spesialis	.019	.037	.057	.504	.614	.296	3.376	
	kebidanan	.250	.061	.270	4.064	.000	.863	1.158	
	3	(Constant)	.470	.089		5.280	.000		
JK		-.018	.028	-.044	-.667	.505	.871	1.148	
Umur		-.006	.002	-.266	-2.632	.009	.373	2.682	
Masa Kerja		.005	.002	.306	2.974	.003	.358	2.791	
spesialis		-.067	.029	-.186	-2.321	.021	.594	1.682	
kebidanan		.254	.061	.275	4.187	.000	.882	1.134	
4		(Constant)	.467	.089		5.254	.000		
		Umur	-.006	.002	-.279	-2.820	.005	.388	2.580
	Masa Kerja	.005	.002	.320	3.175	.002	.373	2.680	
	spesialis	-.072	.028	-.198	-2.555	.011	.630	1.588	
	kebidanan	.250	.060	.271	4.149	.000	.889	1.125	

a. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Pada permodelan pertama adalah variabel yang memiliki nilai p-value >0.05 ada 4 yaitu jenis kelamin p-value = 0.414, tingkat pendidikan dokter spesialis p-value = 0.347, tingkat pendidikan dokter sub spesialis p-value = 0.616 dan diagnose penyakit bedah p-value = 0.997. Diagnose penyakit bedah memiliki nilai p-value paling besar yaitu sebesar 0.997, maka variabel diagnose penyakit bedah dikeluarkan dari model.

Permodelan kedua variabel tingkat pendidikan dokter subspesialis memiliki nilai p-value paling besar yaitu 0.614, maka variabel tingkat pendidikan dokter subspesialis dikeluarkan dari model.

Permodelan selanjutnya variabel jenis kelamin memiliki nilai p-value paling besar yaitu 0.409, maka variabel jenis kelamin dikeluarkan dari model.

Dari hasil analisis ternyata tidak ada lagi variabel yang memiliki nilai p-value > 0.05, dengan demikian proses pencarian variabel yang masuk dalam model telah selesai.

### 6.5.2. Uji Asumsi

Agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid, maka persamaan yang dihasilkan harus memenuhi asumsi-asumsi yang dipersyaratkan uji regresi linier ganda. Hasilnya adalah sebagai berikut :

#### a. Asumsi Eksistensi (Variabel Random)

Asumsi ini ingin melihat apakah data yang diambil tersebar secara random. Diakatakan asumsi dipenuhi jika nilai mean residual nilainya nol.

Tabel 6.14. Out Put Residuals Statistics(a)

	Residuals Statistics(a)				
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.1261487	.5155172	.2515342	.06460898	231
Residual	-.29393756	.39484793	.00000000	.14507089	231
Std. Predicted Value	-1.941	4.086	.000	1.000	231
Std. Residual	-1.982	2.662	.000	.978	231

a Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Dari tabel tersebut di atas terlihat bahwa nilai residual Mean adalah nol, berarti bahwa data yang diambil tersebar secara random dan memenuhi kriteria asumsi existency.

### b. Asumsi Indepensi

Tabel 6.15. Out Put Model Summary<sup>e</sup>

Model Summary <sup>e</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.382(a)	.146	.119	.14904480	
2	.382(b)	.146	.123	.14871174	
3	.381(c)	.145	.126	.14846516	
4	.379(d)	.143	.128	.14828278	2.096

- a Predictors: (Constant), bedah, Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis  
 b Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis  
 c Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, Umur, spesialis  
 d Predictors: (Constant), Masa Kerja, kebidanan, Umur, spesialis  
 e Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Asumsi ini untuk melihat nilai Y antara satu observasi dengan yang lain tidak saling bergantung. Asumsi ini dipenuhi jika Durbin-Watson antara - 2 sampai dengan 2. Dari hasil perhitungan didapat bahwa nilai Durbin-Watson 2.096 yang artinya masih ada sedikit pengaruh. Nilai R Square menunjukkan bahwa pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah sebesar 14,3 %.

### c. Asumsi Linieritas

Tabel 6.16. Output Uji Anova<sup>c</sup>

ANOVA<sup>e</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.847	7	.121	5.445	.000 <sup>a</sup>
	Residual	4.954	223	.022		
	Total	5.801	230			
2	Regression	.847	6	.141	6.382	.000 <sup>b</sup>
	Residual	4.954	224	.022		
	Total	5.801	230			
3	Regression	.841	5	.168	7.632	.000 <sup>c</sup>
	Residual	4.959	225	.022		
	Total	5.801	230			
4	Regression	.831	4	.208	9.452	.000 <sup>d</sup>
	Residual	4.969	226	.022		
	Total	5.801	230			

a. Predictors: (Constant), bedah, Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

b. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

c. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, Umur, spesialis

d. Predictors: (Constant), Masa Kerja, kebidanan, Umur, spesialis

e. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

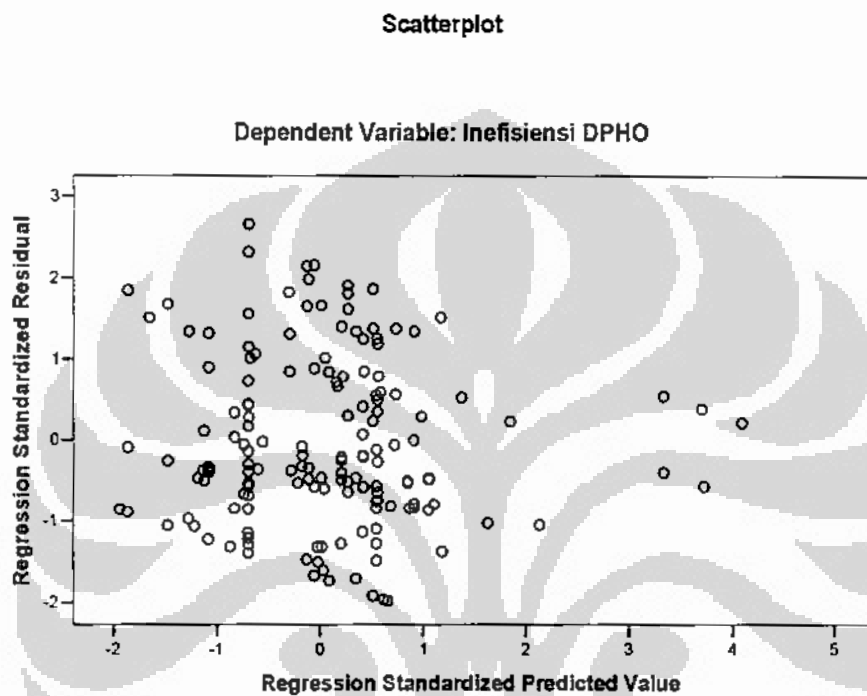
Asumsi linieritas untuk memastikan bahwa model hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen berbentuk linier. Dikatakan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen berbentuk linier jika nilai p-value pada uji anova  $< 0.05$ . Dari hasil didapat nilai p-value = 0.000 yang berarti asumsi linierity terpenuhi.

### d. Asumsi Homoscedascity (Asumsi Homogenitas)

Disini apabila ditarik garis diagonal dari angka nol akan memperlihatkan bahwa variansi error sama (homogen), hal ini ditunjukkan oleh penyebaran titik yang merata dan tidak berpola tertentu disekitar garis titik nol, maka disebut varian homogeny pada setiap nilai X, bertarti asumsi homogenitas terpenuhi.

Sebaliknya bila titik tebaran membentuk pola tertentu misalnya mengelompok di bawah atau di atas garis tengah nol, maka diduga variannya terjadi heteroscedasticity.

Grafik 6.1 Out Put Scatterplot



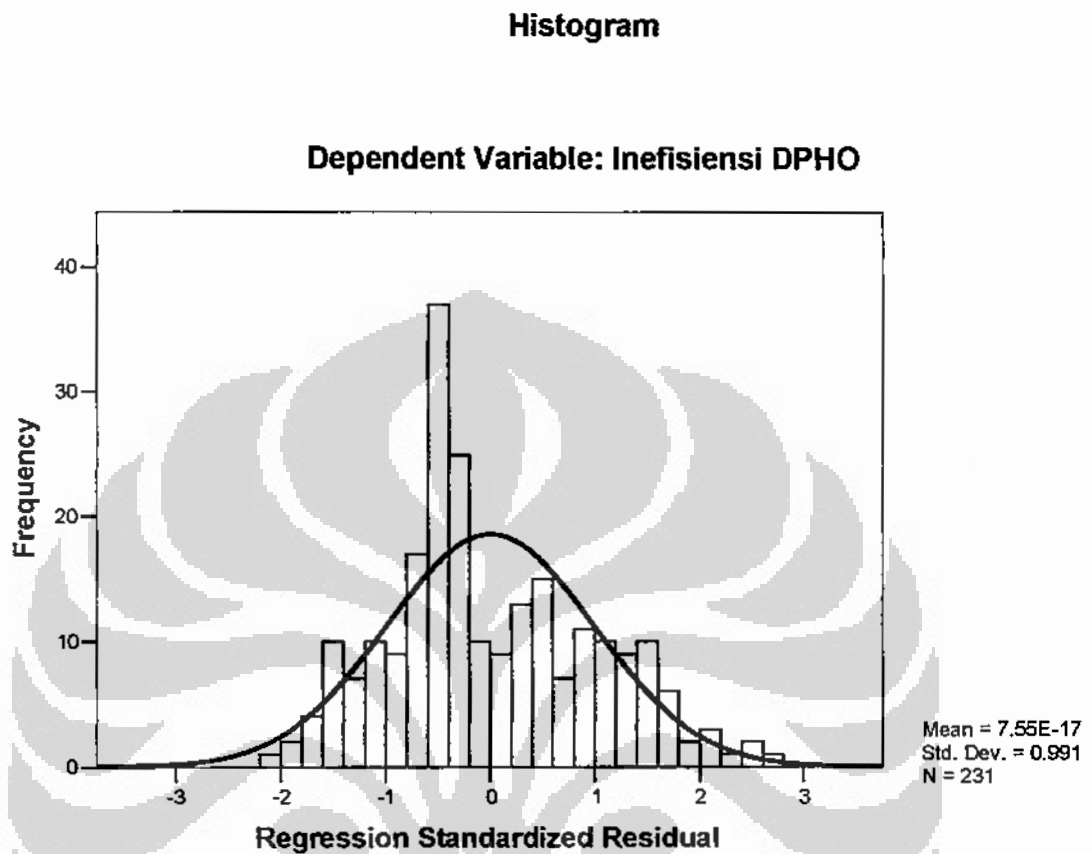
Dari hasil plot di atas terlihat titik tebaran mempunyai pola yang sama antara titik-titik di atas dan di bawah titik garis diagonal 0, dengan demikian asumsi homoscedascity terpenuhi.

**e. Asumsi Normalitas**

Asumsi normalitas adalah untuk melihat apakah error terdistribusi secara normal. Dapat diketahui dari normal P-P Plot residual, bila data menyebar di sekitar garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.



Grafik 6.2 Out Put Histogram



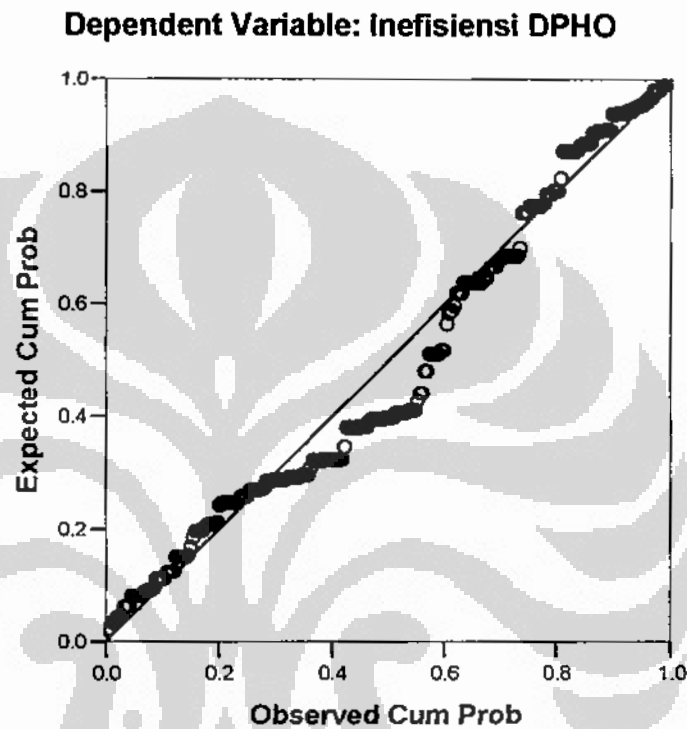
- a. Predictors: (Constant), syaraf, Komplikasi, kelas\_vip, JK, sub\_spesialis, kelas\_1, Umur, kelas\_2, Masa Kerja, spesialis
- b. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Dari grafik Histogram di atas terlihat bahwa grafik berbentuk distribusi normal sehingga dapat dikatakan bahwa asumsi normalitas terpenuhi.

Multivariate normality digunakan untuk melihat apakah error terdistribusi secara normal. Gambar histogram dan grafik normal P-P plot terbukti bahwa bentuk distribusinya normal, sehingga asumsi multivariate normality dapat dipenuhi.

Grafik 6.3. Out Put Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

## Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

f. **Asumsi Multikolinieritas**

Dalam regresi linier tidak boleh terjadi sesama variabel independen berkorelasi secara kuat (multicollinearity). Untuk mendeteksi collinearity dapat diketahui dari nilai VIF (Variance Inflation Factor), bila nilai VIF > 10 maka mengindikasikan telah terjadi collinearity atau dapat dikatakan terjadi korelasi antar variabel independen

Dari table 6.17 di bawah ini dapat dilihat bahwa nilai VIF tidak ada yang > 10, maka dapat dikatakan bahwa asumsi multikolinearitas terpenuhi.

Selanjutnya dilakukan uji interaksi diantara variabel yang dominan yaitu umur, masa kerja, tingkat pendidikan dokter dan diagnose penyakit, namun

hasilnya menunjukkan bahwa tidak ada interaksi antara ke empat variabel kandidat tersebut, sehingga dapat dibuat Interpretasi model sebagai berikut :

Dari hasil uji asumsi dan uji collinearitas ternyata semua asumsi terpenuhi sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi besarnya inefisiensi biaya obat DPHO bagi pasien peserta askes rawat inap.

Tabel 6.17 Out Put Coefficient <sup>a</sup>

Coefficient <sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.467	.089		5.254	.000		
	Umur	-.006	.002	-.279	-2.820	.005	.388	2.580
	Masa Kerja spesialis	.005	.002	.320	3.175	.002	.373	2.680
	kebidanan	-.072	.028	-.198	-2.555	.011	.630	1.588
		.250	.060	.271	4.149	.000	.889	1.125

a. Dependen Variabel : Inefisiensi Biaya obat DPHO

Setelah dilakukan analisis ternyata variabel independen yang masuk model regresi adalah variabel umur dokter, masa kerja dokter, tingkat pendidikan dokter (spesialis) dan diagnosa penyakit pasien (kebidanan)

Pada table 6.16 terlihat koefisien determinasi ( R Square) menunjukkan nilai 0.143 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 14,3% variasi variabel dependen inefisiensi obat DPHO.

Pada table 6.18 (Koefisien<sup>a</sup>) dapat diperoleh persamaan garisnya, dari kolom B dapat diketahui koefisien regresi masing-masing variabel. Dari hasil di atas, persamaan regresi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n + \text{Error}$$

$$Y = 0,467 - 0,06 \text{ Umur Dokter} + 0,05 \text{ Masa Kerja Dokter} - 0,272 \text{ Tingkat Pendidikan Dokter Spesialis} + 0.250 \text{ Diagnosa penyakit Kebidanan}$$

Dari hasil analisa terlihat bahwa yang berpengaruh terhadap inefisiensi DPHO adalah umur dokter p-value 0.005, masa kerja p-value 0.002, tingkat pendidikan (dokter spesialis) p-value 0.011 dan diagnose penyakit kebidanan dengan p-value 0.000. Berdasarkan nilai koefisien maka terlihat bahwa setiap beda satu tahun usia dokter akan menurunkan inefisiensi sebesar 0.006 atau 0.6%. Untuk penambahan masa kerja satu tahun akan meningkatkan inefisiensi sebesar 0.005 atau 0.5%. Untuk tingkat pendidikan dokter spesialis dibandingkan dengan dokter umum (karena referen katagori) perbedaan inefisiensi sebesar 0,272 atau 27,2% Untuk diagnose penyakit kebidanan dibandingkan dengan penyakit dalam (karena referen katagori) perbedaan inefisiensi sebesar 0.250 atau 25%.

Dapat disimpulkan bahwa yang berbeda secara signifikan terhadap inefisiensi adalah umur dokter, masa kerja, tingkat pendidikan dokter dan diagnosa penyakit.

Dari table 5.21 dapat dilihat bahwa variabel independen diagnose penyakit (Kebidanan) adalah merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi nilai inefisiensi biaya obat DPHO, yang ditunjukkan dengan nilai yang tercantum pada kolom Beta dalam hal ini adalah variabel masa kerja dengan nilai sebesar 0.320.

## **6.6. Wawancara Mendalam**

### **6.6.1. Karakteristik Responden**

Responden dalam penelitian ini terdiri dari 5 orang dokter dengan tingkat pendidikan yang berbeda, yaitu 2 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis dan 1 orang dokter sub spesialis. Responden dengan tingkat pendidikan dokter sub spesialis hanya berjumlah 1 orang, karena rumah sakit ini hanya memiliki 2 orang dokter sub spesialis dimana salah satu dari mereka sedang dalam kondisi sakit. Lama wawancara bervariasi antara 15 – 60 menit. Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja. Umur responden bervariasi antara 31 – 60 tahun, 2 responden berjenis kelamin wanita dan 3 Responden berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan responden bervariasi yaitu dokter umum sebanyak 2 orang, dokter s pesialis sebanyak 2 orang dan

dokter sub spesialis sebanyak 1 orang, sedangkan masa kerja responden bervariasi antara 1 – 25 tahun.

### **6.2.1. Gaya Menulis Resep**

#### **6.2.1.1. Dokter Umum**

Responden dokter umum menyatakan bahwa landasan penulisan resep pada awalnya adalah hasil dari pemeriksaan fisik dan anamesa kepada pasien, baru kemudian dilakukan penyesuaian jenis obat setelah ada hasil pemeriksaan penunjang, misalnya pemeriksaan laboratorium.

berikut salah satu petikan pernyataannya :

*“ ..... sebelum memberikan obat ke pasien rawat inap pasien saya periksa fisiknya terlebih dahulu, saya anamesa tentang apa yang dirasakan, kemudian baru saya tuliskan resep sesuai keluhan atau gejala yang pasien rasakan, dan setelah ada hasil pemeriksaan penunjang, misalnya hasil pemeriksaan laboratorium baru kemudian disesuaikan jenis obat yang diberikan kepada pasien. ” (Responden dokter umum).*

#### **6.2.1.2. Gaya Menulis Resep Dokter Spesialis Dan Sub Spesialis**

Sedangkan 3 responden lain, yakni 2 orang dokter spesialis dan 1 orang dokter sub spesialis mempunyai pandangan senada, seperti yang dikutip di bawah ini: Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa resep dari Instalasi Gawat Darurat rata-rata diganti pada keesokan harinya oleh dokter spesialis atau dokter sub spesialis yang merawat pasien. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden dokter spesialis dan subspecialis landasan penulisan resep pada awalnya adalah hasil dari pemeriksaan fisik dan anamesa kepada pasien selain sangat penting dengan mempertimbangkan etiologi penyakitnya, baru kemudian dilakukan penyesuaian jenis obat setelah ada hasil pemeriksaan penunjang.

*“..... landasan penulisan resep adalah dari etiologi atau penyebab penyakitnya, tetapi tentu saja harus mempertimbangkan hasil pemeriksaan fisik, symptom, hasil pemeriksaan penunjang dan keluhan pasien” (Responden dokter sub spesialis)*

**Universitas Indonesia**

### 6.6.3. Alasan Penggantian Obat

#### 6.6.3.1 Timbulnya Side Efek, kondisi klinis yang memburuk

*Lv Side Efek* obat merupakan efek samping atau respon obat yang diminum pada kesehatan. Respon obat ini juga bervariasi, misalnya tidak terlihat secara klinis, terjadi efek yang tidak begitu membahayakan atau bahkan dapat membahayakan kehidupan. Walaupun secara epidemiologis efek yang membahayakan lebih banyak terjadi pada lansia karena sudah menurunnya fungsi ginjal dan hati, sehingga obat akan di ekskresi lebih lambat dari dalam tubuh. Kelima orang responden mempunyai pandangan yang sama dalam hal ini.

Hasil penelitian ini menunjukkan memang ada indikasi mengganti obat sebelum obat terdahulu yang diresepkan dokter habis dengan alasan adanya side efek yang membahayakan kesehatan pasien, kondisi klinik yang jelek atau menurun serta karena sudah tidak ada indikasi pemakaiannya lagi.

Berikut adalah petikan jawaban responden :

*“ ..... salah satu alasan saya mengganti obat sebelum obat yang saya resepskan terdahulu habis adalah karena timbulnya efek samping yang membahayakan kesehatan pasien, sebagai contohnya pemberian obat Tb paru yang dapat menyebabkan kondisi ikterik pada pasien, itu harus segera diganti atau dihentikan pemberian obatnya karena dapat membahayakan fungsi liver pasien” (Responden dokter spesialis).*

*“..... alasan saya mengganti obat bagi pasien rawat inap sebelum obat yang terdahulu habis adalah pertama respon klinisnya jelek atau memburuk dan yang kedua ada efek samping yang sangat membahayakan jiwa pasien” (Responden dokter sub spesialis).*

*“..... alasan saya mengganti obat bagi pasien rawat inap sebelum obat yang terdahulu habis adalah karena adanya efek samping dan karena sudah tidak ada indikasi pemakaiannya lagi” (Responden dokter umum)*

#### 6.6.3.2 Disesuaikan Hasil Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi dan lain sebagainya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan diagnosis pasti bagi pasien

Ini merupakan sebuah ciri bahwa relasi kekuasaan antara dokter dan pasien tidak seimbang. Penyebab terjadinya hubungan yang tidak seimbang ini adalah perbedaan pengetahuan mengenai sehat sakit dan posisi pasien sebagai orang yang memerlukan bantuan dokter yang menyebabkan posisi pasien menjadi individu yang ada dibawah (*subordinasi*) dokter.

Jika dilibatkan dengan konteks ketidak mengertian pasien mengenai obat-obatan, maka peran instruksi (resep) dokter menjadi sangat efektif, artinya bahwa pada saat pasien tidak memiliki wawasan yang cukup tentang sifat atau jenis obat, maka keputusan sepihak dari dokter menjadi sangat penting, namun demikian dituntut kejujuran seorang dokter dalam memberikan obat kepada pasien secara tepat.

Penempatan pasien askes pada suatu kelas perawatan diatur sesuai dengan ketentuan, yakni golongan kepegawaiannya, untuk pasien dengan golongan I dan II dirawat dikelas III, untuk golongan III berhak di rawat di kelas II, untuk golongan IVa dan IVb berhak dirawat dikelas I sedangkan untuk golongan IVc ke atas berhak dirawat di kelas VIP.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa penempatan pasien askes sudah diatur sesuai dengan golongannya dan pengaruh perbedaan inefisiensi obat tergantung pada penentuan *treatment* untuk proses penyembuhan dituntut kejujuran seorang dokter dalam memberikan obat kepada pasien secara tepat.

Hal tersebut di atas tidak dapat membuktikan hypothesis bahwa ada hubungan antara kelas perawatan pasien dengan inefisiensi biaya obat.

#### **7.6. Hubungan Antara Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Peserta Askes Inap Dengan Diagnosa Penyakit Pasien.**

Dalam Buku Seni Menulis Resep Teori Dan Praktek (Christina dkk, 2007) disebutkan bahwa dalam penulisan resep para dokter sebaiknya memperhatikan jenis obat primer (causative), Jenis obat sekunder (symptomatic) dan jenis obat tertier (acuvan) 2 orang dokter umum menyatakan landasan menulis resep pada saat pasien baru masuk ruang rawat adalah jenis obat sekunder (sympomatik)

Berlandaskan pada Keputusan Menteri Kesehatan R.I. nomor

1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit dicanangkan penggunaan obat secara rasional yakni tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat pasien dan waspada terhadap efek samping obat.

Inefisiensi biaya obat DPHO dapat terjadi bila dilihat dari hasil wawancara mendalam dengan para dokter yang merawat pasien adalah karena adanya perubahan diagnose dari pasien masuk dan selama dalam perawatan, hal ini diakibatkan setelah dilakukannya pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi maupun pemeriksaan penunjang lainnya dimana hasilnya mempengaruhi perubahan diagnose dan selanjutnya membuat dokter mengganti resep yang sudah diberikan sebelumnya, sementara resep sebelumnya tersebut belum habis terpakai dan tidak adanya kebijaksanaan *retur* obat yang tidak terpakai.

Hasil dari wawancara mendalam dengan para dokter yang merawat pasien, terjadinya penggantian obat pasien sebelum obat dari resep yang terdahulu habis, karena terjadi Side Efek yang membahayakan kondisi kesehatan pasien. Sementara itu dengan tidak adanya kebijakan retur obat yang tidak terpakai hal ini menyebabkan inefisiensi biaya obat.

Terjadinya penggantian obat pasien sebelum obat dari resep yang terdahulu habis, dengan alasan karena sudah tidak ada lagi indikasi untuk meneruskan pemakaian obat yang telah diresepkan, dengan kondisi yang sama juga, bahwa dengan tidak adanya kebijakan retur obat yang tidak terpakai hal ini menyebabkan inefisiensi biaya obat.

Terjadinya penggantian obat pasien sebelum obat dari resep yang terdahulu habis, dengan alasan karena respon klinisnya jelek atau memburuk dan tidak adanya kebijakan retur obat yang tidak terpakai hal ini juga menyebabkan inefisiensi biaya obat.

Tidak dipakainya obat yang telah diresepkan dokter karena pasien menolak untuk menggunakannya. Dan obat juga tidak bisa di retur lagi maka menimbulkan inefisiensi biaya obat

Keadadaan tersebut di atas mendukung hasil uji statistik yang



memperlihatkan adanya hubungan antara inefisiensi biaya obat DPHO pasien rawat inap peserta askes dengan diagnose penyakit, hal ini dibuktikan dengan nilai  $p\text{-value } 0.001 < 0.05$

#### **7.7. Hubungan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes dengan Komplikasi Penyakit**

Dari hasil uji t terlihat bahwa komplikasi penyakit tidak berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumkitpolpus R.S. Sukanto. Nilai  $p\text{-value}$  untuk inefisiensi biaya obat DPHO 0,098 ( $>0,05$ ) dan  $p\text{-value}$  untuk inefisiensi biaya obat Non DPHO 0,721 ( $>0,05$ ).

Hal ini dapat terjadi karena ditemukannya komplikasi penyakit pada pasien walaupun menambah jenis obat yang diresepkan tetapi obat habis digunakan oleh pasien sehingga tidak menambah nilai inefisiensi biaya obat.

#### **7.8. Hubungan Inefisiensi Biaya Obat Pasien Rawat Inap Peserta Askes dengan Faktor Umur dan Masa Kerja Dokter.**

Dari hasil uji korelasi terlihat bahwa umur berpengaruh negatif terhadap inefisiensi biaya obat DPHO dengan  $p\text{-value } 0.001$  dan nilai koefisiensi  $-0.217$ .

Artinya bahwa semakin bertambah 1 tahun umur dokter akan mengurangi nilai inefisiensi obat DPHO sebesar 21,7%. Hal ini tidak sesuai dengan teori Robbins (2008) bahwa kinerja akan merosot dengan makin bertambahnya usia. Tetapi penelitian ini sesuai dengan teori Gibson (1993) bahwa pekerja yang lebih tua dianggap lebih cakap secara teknis. dan bahwa ada sejumlah kualitas positive yang dibawa orang tua ke pekerjaan mereka, khususnya pertimbangan, etika kerja dan komitmen terhadap mutu.

Umur tidak berpengaruh terhadap inefisiensi biaya obat Non DPHO dengan nilai  $p\text{-value } 0.192$  ( $>0,05$ ).

Untuk masa kerja tidak berpengaruh signifikan terhadap inefisiensi biaya

obat DPHO p-value 0.169 ( $>0,05$ ). Masa kerja juga tidak berpengaruh signifikan terhadap inefisiensi biaya obat Non DPHO dengan nilai p-value 0.105. ( $>0,05$ ).

Hasil penelitian ini tidak dapat membuktikan hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara masa kerja dengan inefisiensi biaya obat pasien rawat inap.

#### 7.9. Kedaan Lain Yang Menyebabkan Inefisiensi Biaya Obat

Dari hasil wawancara mendalam juga diperoleh temuan bahwa perilaku individu dokter dan tenaga kesehatan lain dalam hal ini perawat, dapat menyebabkan timbulnya nilai inefisiensi biaya obat. Perilaku tersebut antara lain adanya perbedaan jumlah resep yang diminta dokter kepada apoteker pengelola apotik dengan instruksi pemberian obat yang ditulis di rekam medik pasien yang menjadi dasar bagi perawat dalam pemberian obat kepada pasien dengan alasan untuk stock obat di ruangan. Diresepkannya obat pasien untuk pasien anggota Polri aktif pada resep DPHO pasien askes, walaupun sebenarnya sudah ada ketentuan bahwa obat yang dibutuhkan untuk anggota Polri aktif dan tidak tersedia dalam formularium rumah sakit dapat diajukan ke pimpinan rumah sakit melalui system restitusi. Demikian juga faktor ketidaktelitian dan ketidakjujuran petugas/ individu mempengaruhi timbulnya efisiensi biaya obat

#### 7.10. Persamaan Regresi

Sebelum diperoleh persamaan regresi, perlu dilakukan uji asumsi yang bertujuan untuk mendapatkan pendugaan parametrik ( nilai  $b_0$ ,  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_3$ -dan  $b_4$ ) yang baik, dalam hal ini mempunyai sifat *Best Linier Unbias Estimation*, yakni sifat liniernya tidak bias dan variasi/ error nya minimum.

Setelah dilakukan analisis ternyata variabel independen yang masuk model regresi adalah variabel umur dokter, masa kerja dokter, tingkat pendidikan dokter (spesialis) dan diagnosa penyakit pasien (kebidanan)

Koefisien determinasi ( R Square) menunjukkan nilai 0.143 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan bahwa variasi variabel independen mempengaruhi inefisiensi biaya obat DPHO sebesar 14.3%.

Persamaan regresi yang diperoleh dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n + \text{Error}$$

$$Y = 0,467 - 0,06 \text{ Umur Dokter} + 0,05 \text{ Masa Kerja Dokter} - 0,272 \text{ Tingkat Pendidikan Dokter Spesialis} + 0.250 \text{ Diagnosa Penyakit Kebidanan}$$

Berdasarkan nilai koefisien maka terlihat bahwa setiap beda satu tahun usia dokter akan menurunkan inefisiensi sebesar 0.006 atau 0.6%. Untuk penambahan masa kerja satu tahun akan meningkatkan inefisiensi sebesar 0.005 atau 0.5%. Untuk tingkat pendidikan dokter spesialis dibandingkan dengan dokter umum (karena referen katagori) perbedaan inefisiensi sebesar 0,272 atau 27,2% Untuk diagnose penyakit kebidanan dibandingkan dengan penyakit dalam (karena referen katagori) perbedaan inefisiensi sebesar 0.250 atau 25%.

#### 7.11. Faktor Yang Paling Dominan

Bahwa variabel independen masa kerja adalah merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi nilai inefisiensi biaya obat DPHO, yang ditunjukkan dengan nilai yang tercantum pada kolom Beta dalam hal ini adalah variabel **masa kerja** dengan nilai sebesar 0.320 setelah dikontrol oleh variabel umur dokter, tingkat pendidikan dokter (spesialis) dan diagnosa penyakit pasien (kebidanan).

## BAB 8

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1. Kesimpulan

Dari uraian hasil penelitian dengan segala keterbatasannya serta melihat kepada tujuan penelitian yaitu dapat diketahui perlu tidaknya dilaksanakannya pendistribusian obat dengan sistem *one unit dose dispensing* secara optimal pada pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta, sehingga dapat dicapai efisiensi biaya obat bagi peserta askes rawat inap, maka dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

- a. Proporsi inefisiensi biaya obat bagi pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta tahun 2008 adalah 25,15% untuk inefisiensi biaya obat DPHO dan 5,46% untuk biaya obat Non DPHO.
- b. Faktor-faktor internal yang mempengaruhi terjadinya inefisiensi biaya obat bagi pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta tahun 2008 setelah dilakukan analisis multivariate dengan menggunakan metode regresi linier ganda adalah :Umur dokter, Masa Kerja Dokter dan Tingkat Pendidikan Dokter
3. Faktor eksternal yang mempengaruhi terjadinya inefisiensi biaya obat bagi pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta tahun 2008 setelah dilakukan analisis multivariate dengan menggunakan metode regresi linier ganda adalah diagnose penyakit pasien.
4. Faktor yang paling dominan mempengaruhi terjadinya inefisiensi biaya obat bagi pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta tahun 2008 setelah dilakukan analisis multivariate dengan menggunakan metode regresi linier ganda adalah diagnose penyakit (Kebidanan).

## 8.2. Saran

Untuk dapat mencapai efisiensi biaya obat pasien peserta askes rawat inap di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Raden Said Sukanto Jakarta, perlu dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

- a. Diperlukan kebijakan pimpinan rumah sakit tentang *retur* obat dari resep dokter yang yang merawat dan tidak terpakai oleh pasien sebelum pasien pulang dari rawat inap.
- b. Untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi rumah sakit, perlu diberlakukannya system pendistribusian obat pasien peserta Askes rawat inap dengan system *One Unit Dose Dispensing* secara paripurna.
- c. Dengan mempertimbangkan pada faktor-faktor internal (umur, masa kerja dan tingkat pendidikan) yang mempengaruhi terjadinya inefisiensi biaya obat, adalah merupakan faktor yang sifatnya sangat individual, maka perlu dilakukan intervensi misalnya penyegaran pengetahuan tentang peraturan-peraturan dan standar operasional prosedur yang berlaku di lingkungan Rumkitpolpus R.S. Sukanto.
- d. Perlu penyediaan obat DPHO secara lengkap oleh apotik Rumkitpolpus, untuk meningkatkan mutu pelayanan farmasi rumah sakit khususnya bagi pasien peserta askes.
- e. Untuk PT Askes (Persero) agar dapat lebih menggiatkan program Utilisasi review agar biaya rawat inap lebih efisien dalam jangka panjang dan dapat mengendalikan tren kenaikan biaya pelayanan obat rawat inap.

## DAFTAR PUSTAKA

American Society of Hospital Pharmasist, 1989, *Statement on the pharmacist role with respect to drug delivery system and administration devices in practice standard of ASHP.*

Anderson, Ronald, 1969, *A behavioral Models of Families use health service*, The university of chicago

Basyarudin, E.2001, *Penerapan Sistem Unit Dose Dispensing Pada Pasien Rawat Inap Peserta Asuransi Kesehatan di RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah S.M. Batusangkar*, [Tesis]. Program Pascasarja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Budiarto, 2004, *Metodologi Penelitian Kedokteran*, EGC, Jakarta

Darmawi H, 2006, *Manajemen asuransi*, PT Bumi aksara, Jakarta.

Dapartemen Kesehatan Republik Indonesia, 1999, Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I.No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

Departemen Kesehatan R.I. 2004, Keputusan Menteri Kesehatan R.I. no. 1197/MENKES/SK/2004 tentang *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah sakit*,

Departemen Kesehatan R.I. 2007, *Profil Kesehatan Indonesia 2005*.

Departemen Kesehatan R.I. 2008, Permenkes R.I. nomor : 518/MENKES/Per/VI/2008 tentang *Tarif pelayanan kesehatan bagi peserta PT Askes (Persero) dan anggota keluarganya di balai kesehatan masyarakat dan rumah sakit pemerintah*,

Gibson, et all, 1993. *Organisasi perilaku, struktur dan proses*, alih bahasa : Djarkasih, Penerbit Erlangga, Jakarta.

Green, L.W. et al, 1980, *Health Education Planning : a Diagnostic approach*, Mayfield Publishing Co, California.

Gunawan, H, 1996. Beberapa hambatan dalam pengembangan komite medic di RSUD R. Syamsudin, SH, Sukabumi, *Journal manajemen & administrasi rumah sakit Indonesia* Kars UI, Jakarta

Hastono S, 2007, *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Ilyas Y, 2002, *Kinerja, teori, penilaian dan penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Kepolisian Negara Republik Indonesia, 2002, Keputusan Kapolri No. Pol. : Kep/53/X/2002 tanggal 16 Oktober 2002 lampiran "K" tentang Organisasi dan Tata Kerja Pusdokkes Polri.

Lemeshow, S. et al, 1990, *Adequacy of sample size in health studies*, World health Organization

Lestari S, dkk, 2007, *Seni menulis resep, teori dan praktek*, PT Perca, Jakarta.

Momon Sudarma, 2008, *Sosiologi untuk kesehatan*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta

Muchlas M, 2008, *Perilaku Organisasi*, Gajah mada university press, Yogyakarta.

Nainggolan, N. 2005, *Analisis Biaya Sendiri (Out of Pocket) Pasien Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RS Persahabatan 2005*, [Tesis]. Program Pascasarja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Notoatmodjo, S, 2005, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta

Notoatmodjo, S. 2007, *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Peraturan Pemerintah R.I. nomor 69 tahun 1991 tentang *pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil, penerima pension, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya*.

Peraturan Pemerintah R.I. nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan jangka Menengah (RPJM) Nasional tahun 2004-2009

Prasetyo, B, dkk, 2007, *Metodologi Penelitian Kuantitatif : Teori dan Aplikasi*, Raja Grafindo Perkasa, Jakarta

PT Askes (Persero), 2005, Keputusan Direksi tentang *Pedoman penerapan pelayanan obat rawat inap secara unit dose dispensing bagi peserta askes rawat inap di rumah sakit*,

PT Askes (Persero), 2007, *Daftar dan Plafon Harga Obat bagi peserta askes Sosial dan Askes komersial periode Januari – desember 2008*, edisi XXVII, Jakarta

Universitas Indonesia

PT Askes (Persero), 2007, *Profil PT Askes (Persero)*, [www.ptaskes.com](http://www.ptaskes.com), diakses pada tanggal 17 Februari 2009

Razak S.Z. 2006, *Kiat-kiat dalam mengendalikan biaya kesehatan pegawai*, PT Askes (Persero), Jakarta.

Robbins, 2008, *Perilaku organisasi*, alih bahasa : Benjamin Molan, PT Indeks, Jakarta.

Seto S. dkk, 2006, *Manajemen Farmasi, lingkup : apotik, farmasi rumah sakit, pedagang besar farmasi, industri farmasi*, Airlangga University Press, Surabaya.

Siregar, J.P. 2004, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*, Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.

Sopiah, 2008, *Perilaku Organisasional*, penerbit andi, Yogyakarta

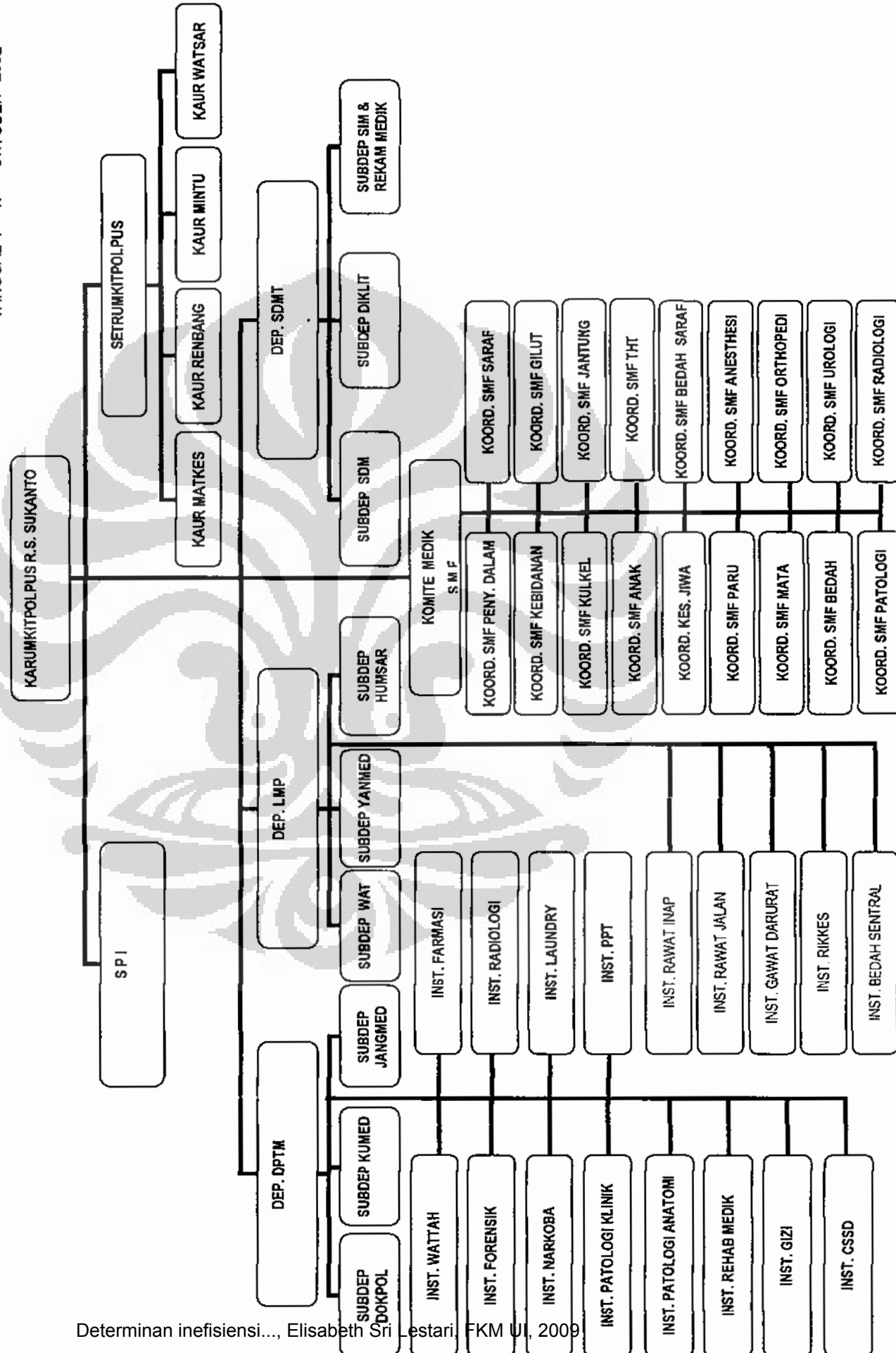
Subroto Hadi, 1995, *Evaluasi Pelayanan Obat dengan "Unit Dose" di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta*, [Tesis]. Program Pascasarja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Thabrany H, 2005, *Dasar-dasar asuransi kesehatan bagian A*, Pamjaki.



Lampiran 1 : Struktur Organisasi Rumkitpolpus Raden Said Sukanto

LAMPIRAN "K" KEPUTUSAN KAPOLRI  
 NO. POL. : KEPI/53/X/2002  
 TANGGAL : 17 OKTOBER 2002



**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	231	31.00	65.00	47.6840	7.03838
Masa Kerja	231	1.00	33.00	17.6883	9.35938
Inefisiensi DPHO (Proporsi)	231	.00000	.60130	.2515342	.15880769
Inefisiensi Non DPHO (Proporsi)	231	.00000	.68450	.0546554	.14148010
Valid N (listwise)	231				

**Tables**

Wanita		Laki-laki		Group Total	
Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %
40	17.3%	191	82.7%	231	100.0%

Umum		Pendidikan		Group Total	
Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %
29	12.6%	60	26.0%	142	61.5%
				231	100.0%

	Kelas Perawatan								Group Total	
	Kelas 3		Kelas 2		Kelas 1		VIP		Count	Row %
	Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %		
	37	16.0%	148	64.1%	22	9.5%	24	10.4%	231	100.0%

	Komplikasi				Group Total	
	Tidak ada		Ada		Count	Row %
	Count	Row %	Count	Row %		
	223	96.5%	8	3.5%	231	100.0%

## ANALISA BIVARIATE JENIS KELAMIN

Group Statistics

	JK	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Efisiensi DPHO	Wanita	40	.2894525	.12844695	.02030925
	Laki-laki	191	.2435932	.16363584	.01184027
Efisiensi non DPHO	Wanita	40	.0931875	.23471548	.03711178
	Laki-laki	191	.0518215	.13148995	.00951428

(Lanjutan)

## Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	Lower
Efisiensi DPHO	4.406	.037	1.667	229	.097	.04585931	.02750790	-.00834163	.10006024
								-.00104661	.09276522
Efisiensi non DPHO	11.466	.001	1.544	229	.124	.04136603	.02678459	-.01140971	.09414177
								-.03563403	.11856609

## PENDIDIKAN

## Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		
					Lower Bound	Upper Bound	
Efisiensi DPHO	29	.2708379	.13559967	.02518023	.2192586	.3224173	
	60	.1970500	.16705198	.02156632	.1538959	.2402041	
	142	.2706134	.15525422	.01302864	.2448566	.2963701	
Efisiensi non DPHO	231	.2515342	.15880769	.01044878	.2309466	.2721218	
	29	.0693759	.18911930	.03511857	.0025613	.1413130	
	60	.0464167	.09793742	.01264367	.0211167	.0717166	
Total	142	.0621725	.16649851	.01397224	.0345504	.0897947	
	231	.0589844	.15450035	.01016538	.0389553	.0790136	

(Lanjutan)

## ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Efisiensi DPHO	Between Groups	2	.120	4.933	.008
	Within Groups	228	.024		
	Total	230			
Efisiensi non DPHO	Between Groups	2	.007	.293	.747
	Within Groups	228	.024		
	Total	230			

## Post Hoc Tests

## Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Pendidikan	(J) Pendidikan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Efisiensi DPHO	Umum	Sub Spesialis	.07378793	.03531742	.094	-.0095302	.1571061
		Spesialis	.00022455	.03182171	1.000	-.0748468	.0752959
	Sub Spesialis	Umum	-.07378793	.03531742	.094	-.1571061	.0095302
		Spesialis	-.07356338(*)	.02404498	.007	-.1302885	-.0168383
	Spesialis	Umum	-.00022455	.03182171	1.000	-.0752959	.0748468
		Sub Spesialis	.07356338(*)	.02404498	.007	.0168383	.1302885

\* The mean difference is significant at the .05 level.

**KELAS PERAWATAN**

		Descriptives						
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		
						Lower Bound	Upper Bound	
Efisiensi DPHO	Kelas 3	36	.2288417	.16921754	.02820292	.1715867	.2860966	
	Kelas 2	148	.2443757	.15633985	.01285106	.2189790	.2697724	
	Kelas 1	22	.2769909	.14346289	.03058639	.2133830	.3405988	
	VIP	24	.2944292	.16236335	.03314228	.2258691	.3629892	
	Total	230	.2502870	.15801613	.01041928	.2297571	.2708169	
Efisiensi non DPHO	Kelas 3	36	.0681083	.19845815	.03307636	.0009598	.1352569	
	Kelas 2	148	.0485372	.12958953	.01065219	.0274859	.0695684	
	Kelas 1	22	.1040409	.21502295	.04584305	.0087051	.1993767	
	VIP	24	.0706792	.16170684	.03300827	.0025964	.1391620	
	Total	230	.0592409	.15478804	.01020642	.0391304	.0793514	

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Efisiensi DPHO	Between Groups	.084	3	.028	1.126	.339
	Within Groups	5.634	226	.025		
	Total	5.718	229			
Efisiensi non DPHO	Between Groups	.067	3	.022	.934	.425
	Within Groups	5.419	226	.024		
	Total	5.487	229			

(Lanjutan)

**KOMPLIKASI**

Group Statistics

	Komplikasi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Efisiensi DPHO	Tidak ada	223	.2482565	.15923097	.01066289
	Ada	8	.3429000	.12112355	.04282364
Efisiensi non DPHO	Tidak ada	223	.0582955	.15409196	.01031876
	Ada	8	.0761875	.17561517	.06208934

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Efisiensi DPHO	Equal variances assumed	1.309	.254	-1.663	229	.098	-.09464350	.05692736	.20681187	.01752487
	Equal variances not assumed			-2.145	7.894	.065	-.09464350	.04413119	.19664870	.00736171
Efisiensi non DPHO	Equal variances assumed	.193	.661	-.357	229	.721	-.01989198	.05570104	.12964405	.08986608
	Equal variances not assumed			-.316	7.392	.761	-.01989198	.06294095	.16713916	.12735519

**UMUR & MASA KERJA****Correlations**

	Efisiensi DPHO	Efisiensi non DPHO	Umur	Masa Kerja
Umur				
	-.217(**)	.086	1	.765(**)
Pearson Correlation				
Sig. (2-tailed)	.001	.192		.000
N	231	231	231	231
Masa Kerja				
	-.091	.107	.765(**)	1
Pearson Correlation				
Sig. (2-tailed)	.169	.105	.000	
N	231	231	231	231

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**DIAGNOSA****Descriptives**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound	Mean		
Efisiensi DPHO									
Penyakit dalam	142	.2474021	.14695222	.01233280	.2230210	.2717832	.00000	.60130	
Penyakit kebidanan	7	.4877857	.07435208	.02810244	.4190215	.5565499	.40830	.54740	
Penyakit saraf	76	.2389632	.17378541	.01993455	.1992515	.2786748	.00000	.56150	
Penyakit anak	6	.2329333	.09978346	.04073643	.1282170	.3376497	.15940	.36130	
Total	231	.2515342	.15880769	.01044878	.2309466	.2721218	.00000	.60130	
Efisiensi non DPHO									
Penyakit dalam	142	.0582986	.15999617	.01342658	.0317552	.0848420	.00000	1.00000	
Penyakit kebidanan	7	.0000000	.00000000	.00000000	.0000000	.0000000	.00000	.00000	
Penyakit saraf	76	.0675500	.15630343	.01792923	.0318331	.1032669	.00000	.68450	
Penyakit anak	6	.0355333	.05504800	.02247325	-.0222360	.0933027	.00000	.10660	
Total	231	.0589844	.15450035	.01016538	.0389553	.0790136	.00000	1.00000	



## ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Efisiensi DPHO	Between Groups	3	.136	5.713	.001
	Within Groups	227	.024		
	Total	230			
Efisiensi non DPHO	Between Groups	3	.011	.462	.709
	Within Groups	227	.024		
	Total	230			

## Multiple Comparisons

## Tukey HSD

Dependent Variable	(i) Diagnosa masuk	(j) Diagnosa masuk	Mean Difference (i-j)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Efisiensi DPHO	Penyakit dalam	Penyakit kebidanan	-.240383360(*)	.05987833	.000	-.3948408	-.0859264
		Penyakit saraf	.00843895	.02190756	.981	-.0482614	.0651393
		Penyakit anak	.01446878	.06424329	.996	-.1518033	.1807409
	Penyakit kebidanan	Penyakit dalam	.240383360(*)	.05987833	.000	.0859264	.3948408
		Penyakit saraf	.24882256(*)	.06088355	.000	.0912460	.4063991
		Penyakit anak	.25485238(*)	.06575585	.017	.0329023	.4768025
	Penyakit saraf	Penyakit dalam	-.00843895	.02190756	.981	-.0651393	.0482614
		Penyakit kebidanan	-.24882256(*)	.06088355	.000	-.4063991	-.0912460
		Penyakit anak	.00602982	.06536439	1.000	-.1631439	.1752035
	Penyakit anak	Penyakit dalam	-.01446878	.06424329	.996	-.1807409	.1518033
		Penyakit kebidanan	-.25485238(*)	.08575585	.017	-.4768025	-.0329023
		Penyakit saraf	-.00602982	.06536439	1.000	-.1752035	.1631439

\*. The mean difference is significant at the .05 level.

**Tables**  
**Jenis Kelamin (Biaya Obat DPHO)**

	Minimum	Maximum	Mean
Wanita			
DPHO Rcsep	30956.00	2536340.96	331232.02
DPHO Terpakai	20440.00	2256523.96	257814.19
DPHO Sisa	6340.00	314012.80	75300.33
Laki-laki			
DPHO Rcsep	18612.00	3729585.81	361608.05
DPHO Terpakai	12060.00	3637070.81	291015.63
DPHO Sisa	694.00	624332.70	75748.04

**Tables**  
**Jenis Kelamin (Biaya Obat Non DPHO)**

	Minimum	Maximum	Mean
Wanita			
Non DPHO Rcsep	3384.00	556375.00	68372.21
Non DPHO Terpakai	3384.00	556375.00	64300.31
Non DPHO Sisa	1551.50	74375.00	14029.65
Laki-laki			
Non DPHO Rcsep	3188.00	1031192.56	176634.17
Non DPHO Terpakai	1988.00	1026524.56	166461.41
Non DPHO Sisa	312.71	85900.00	26484.27

(Lanjutan)

Universitas Indonesia

Tables. Tingkat Pendidikan (Biaya Obat DPHO)

Pendidikan		Minimum	Maximum	Mean
Umum	DPHO Resep	30956.00	2536340.96	294320.14
	DPHO Terpakai	20440.00	2256523.96	231422.39
	DPHO Sisa	3308.00	279817.00	65144.10
Spesialis	DPHO Resep	24072.00	1893426.84	355878.88
	DPHO Terpakai	24072.00	1823732.00	291232.17
	DPHO Sisa	6340.00	624332.70	77576.06
Sub Spesialis	DPHO Resep	18612.00	3729585.81	369214.09
	DPHO Terpakai	12060.00	3637070.81	293742.07
	DPHO Sisa	694.00	609274.27	77100.92

Tables. Tingkat Pendidikan (Biaya Obat Non DPHO)

Pendidikan		Minimum	Maximum	Mean
Umum	DPHO Resep	3384.00	406110.00	77544.78
	DPHO Terpakai	3384.00	386070.00	70717.12
	DPHO Sisa	312.71	74375.00	17069.14
Spesialis	DPHO Resep	5720.00	1031192.56	282941.28
	DPHO Terpakai	2860.00	1026524.56	268776.23
	DPHO Sisa	1551.50	74375.00	24133.05
Sub Spesialis	DPHO Resep	3188.00	703507.00	123582.10
	DPHO Terpakai	1988.00	656507.00	116442.76
	DPHO Sisa	466.34	85900.00	25842.43

Tables. Kelas Perawatan (Biaya Obat DPFO)

Kelas Perawatan		Minimum	Maximum	Mean
Kelas 3	DPFO Resep	21160.00	3132213.71	330032.52
	DPFO Terpakai	12060.00	2588711.31	258909.53
	DPFO Sisa	6340.00	543502.40	75187.16
Kelas 2	DPFO Resep	24072.00	3729585.81	347765.58
	DPFO Terpakai	20440.00	3637070.81	283273.91
	DPFO Sisa	694.00	314012.80	69669.83
Kelas 1	DPFO Resep	30956.00	1223765.12	302299.46
	DPFO Terpakai	20440.00	1204843.12	243998.19
	DPFO Sisa	6426.00	130115.42	58301.27
VIP	DPFO Resep	18612.00	1906144.35	499388.40
	DPFO Terpakai	15132.00	1647104.40	376016.74
	DPFO Sisa	3480.00	624332.70	128735.64

Tables. Kelas Perawatan (Biaya Obat Non DPHO)

Kelas Perawatan		Minimum	Maximum	Mean
Kelas 3	DPHO Rescep	6188.00	703507.00	140799.47
	DPHO Terpakai	6188.00	656507.00	137062.03
	DPHO Sisa	312.71	74375.00	24171.01
Kelas 2	DPHO Rescep	3188.00	703507.00	164423.33
	DPHO Terpakai	1988.00	656507.00	155233.34
	DPHO Sisa	312.71	85900.00	23077.08
Kelas 1	DPHO Rescep	3384.00	703507.00	137418.91
	DPHO Terpakai	3384.00	656507.00	124897.98
	DPHO Sisa	1551.50	78724.00	26433.08
VIP	DPHO Rescep	3384.00	1031192.56	176068.69
	DPHO Terpakai	2860.00	1026524.56	166048.87
	DPHO Sisa	466.34	78724.00	28628.04

Tables. Komplikasi (Biaya Obat DPHO)

Komplikasi	Tidak ada	Ada	Minimum	Maximum	Mean
	DPHO Resep		18612.00	3729585.81	360524.36
	DPHO Terpakai		12060.00	3637070.81	289921.83
	DPHO Sisa		694.00	624332.70	75331.88
	DPHO Resep		85599.28	456673.80	239935.70
	DPHO Terpakai		50904.92	284395.60	155498.03
	DPHO Sisa		34694.36	180773.20	84437.67

Tables. Komplikasi (Biaya Obat Non DPHO)

Komplikasi	Tidak ada	Ada	Minimum	Maximum	Mean
	Non DPHO Resep		3188.00	1031192.56	156984.12
	Non DPHO Terpakai		1988.00	1026524.56	148045.00
	Non DPHO Sisa		312.71	85900.00	25538.99
	DPHO Resep		10047.44	561166.92	206660.79
	DPHO H Terpakai		9734.73	561166.92	202548.32
	DPHO Sisa		312.71	16804.00	6579.94

(Lanjutan)

Tables. Diagnosa Penyakit (Biaya Obat DPHO)

Diagnosa penyakit	Penyakit dalam	Minimum	Maximum	Mean
	DPOH Resep	30956.00	2536340.96	370977.19
	DPOH Terpakai	20440.00	2256523.96	296556.87
	DPOH Sisa	3308.00	624332.70	77703.57
	Penyakit kebidanan			
	DPOH Resep	97360.40	129584.00	111170.51
	DPOH Terpakai	44065.20	76677.40	58041.86
	DPOH Sisa	52906.60	53295.20	53128.66
	Penyakit saraf			
	DPOH Resep	18612.00	3729585.81	367767.24
	DPOH Terpakai	12060.00	3637070.81	297983.53
	DPOH Sisa	694.00	609274.27	77993.56
	Penyakit anak			
	DPOH Resep	52548.80	283332.00	151525.60
	DPOH Terpakai	33562.20	232880.00	122072.80
	DPOH Sisa	18919.80	50452.00	29452.80

Tables. Diagnosa Penyakit (Biaya Obat Non DPFO)

Diagnosa penyakit	Penyakit dalam	Minimum	Maximum	Mean
	DPOH Resep	3384.00	1031192.56	209173.86
	DPOH Terpakai	2860.00	1028524.56	201769.37
	DPOH Sisa	312.71	85900.00	20643.97
	DPOH Resep	6188.00	29596.25	19564.14
	DPOH Terpakai	6188.00	29596.25	19564.14
	DPOH Sisa			
	DPOH Resep	3188.00	703507.00	104046.47
	DPOH Terpakai	1988.00	656507.00	93056.63
	DPOH Sisa	466.34	85900.00	32491.68
	DPOH Resep	56910.00	101032.90	78971.45
	DPOH Terpakai	56910.00	90262.00	73586.00
	DPOH Sisa	10770.90	10770.90	10770.90



Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta				Tolerance	VIF
1 (Constant) JK Umur Masa Kerja spesialis sub_spesialis kebidanan bedah	.474	.091			5.191	.000		
	-.026	.032	-.062		-.819	.414	.658	1.519
	-.006	.002	-.278		-2.598	.010	.335	2.987
	.005	.002	.303		2.889	.004	.348	2.878
	-.047	.050	-.130		-.942	.347	.202	4.944
	.019	.037	.057		.502	.616	.295	3.395
	.250	.062	.270		4.005	.000	.842	1.188
8.36E-005	.023	.000		.004	.997	.844	1.184	
2 (Constant) JK Umur Masa Kerja spesialis sub_spesialis kebidanan	.474	.090			5.295	.000		
	-.026	.032	-.062		-.827	.409	.669	1.496
	-.006	.002	-.278		-2.673	.008	.353	2.832
	.005	.002	.303		2.934	.004	.357	2.801
	-.047	.049	-.130		-.948	.344	.204	4.904
	.019	.037	.057		.504	.614	.296	3.376
	.250	.061	.270		4.064	.000	.863	1.158
3 (Constant) JK Umur Masa Kerja spesialis kebidanan	.470	.089			5.280	.000		
	-.018	.028	-.044		-.667	.505	.871	1.148
	-.006	.002	-.266		-2.632	.009	.373	2.682
	.005	.002	.306		2.974	.003	.358	2.791
	-.067	.029	-.186		-2.321	.021	.594	1.682
	.254	.061	.275		4.187	.000	.882	1.134
	.467	.089			5.254	.000		
4 (Constant) Umur Masa Kerja spesialis kebidanan	-.006	.002	-.279		-2.820	.005	.388	2.580
	.005	.002	.320		3.175	.002	.373	2.680
	-.072	.028	-.198		-2.555	.011	.630	1.588
	.250	.060	.271		4.149	.000	.889	1.125

a. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Model Summary<sup>e</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.382(a)	.146	.119	.14904480	
2	.382(b)	.146	.123	.14871174	
3	.381(c)	.145	.126	.14846516	
4	.379(d)	.143	.128	.14828278	2.096

- a. Predictors: (Constant), bedah, Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis  
 b. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis  
 c. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, Umur, spesialis  
 d. Predictors: (Constant), Masa Kerja, kebidanan, Umur, spesialis  
 e. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.1261487	.5155172	.2515342	.06460898	231
Residual	-.29393756	.39484793	.00000000	.14507089	231
Std. Predicted Value	-1.941	4.086	.000	1.000	231
Std. Residual	-1.982	2.662	.000	.978	231

a. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

ANOVA<sup>a</sup>

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1					
Regression	.847	7	.121	5.445	.000 <sup>a</sup>
Residual	4.954	223	.022		
Total	5.801	230			
2					
Regression	.847	6	.141	6.382	.000 <sup>b</sup>
Residual	4.954	224	.022		
Total	5.801	230			
3					
Regression	.841	5	.168	7.632	.000 <sup>c</sup>
Residual	4.959	225	.022		
Total	5.801	230			
4					
Regression	.831	4	.208	9.452	.000 <sup>d</sup>
Residual	4.969	226	.022		
Total	5.801	230			

a. Predictors: (Constant), bedah, Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

b. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

c. Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, Umur, spesialis

d. Predictors: (Constant), Masa Kerja, kebidanan, Umur, spesialis

e. Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Model Summary(e)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.382(a)	.146	.119	.14904480	
2	.382(b)	.146	.123	.14871174	
3	.381(c)	.145	.126	.14846516	
4	.379(d)	.143	.128	.14828278	2.096

a Predictors: (Constant), bedah, Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

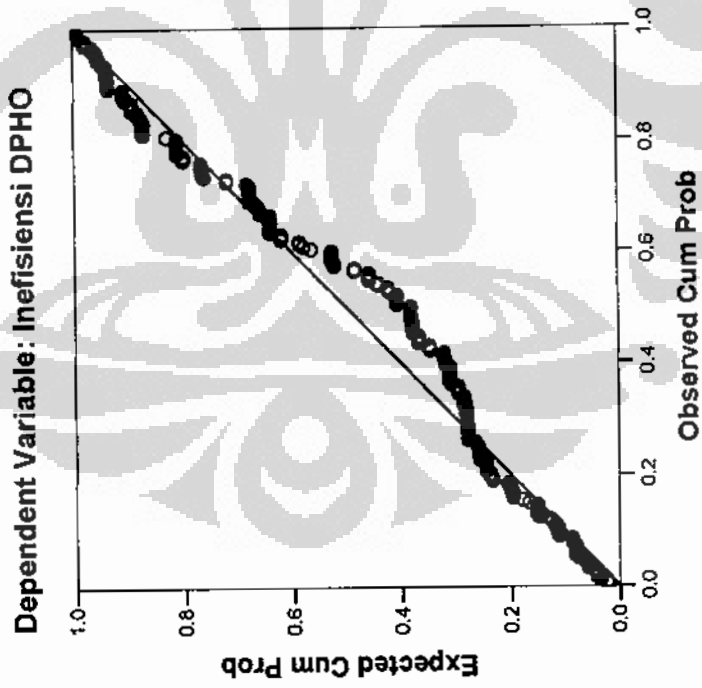
b Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, sub\_spesialis, Umur, spesialis

c Predictors: (Constant), Masa Kerja, JK, kebidanan, Umur, spesialis

d Predictors: (Constant), Masa Kerja, kebidanan, Umur, spesialis

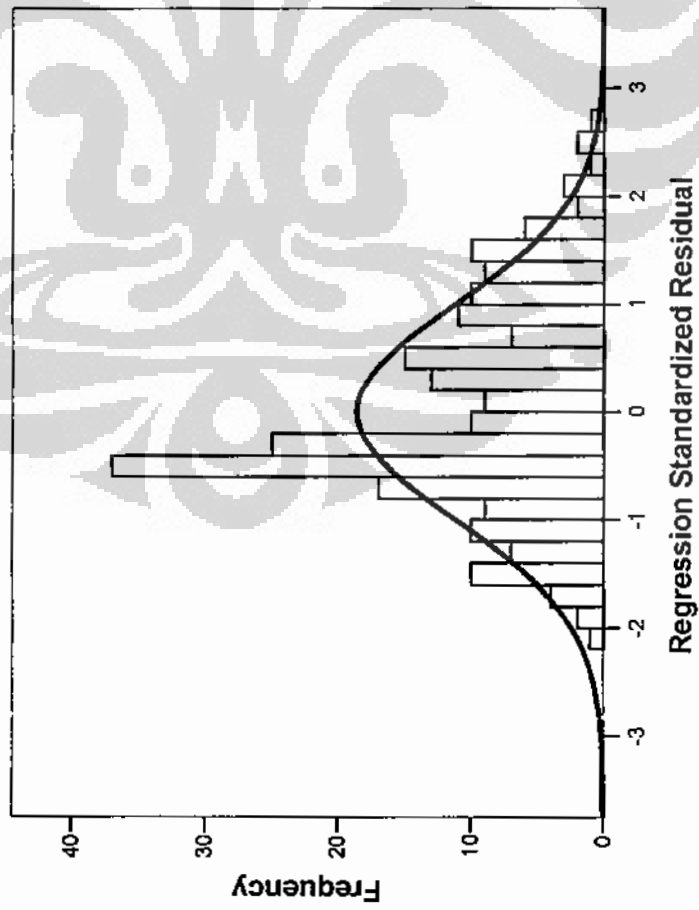
e Dependent Variable: Inefisiensi DPHO

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



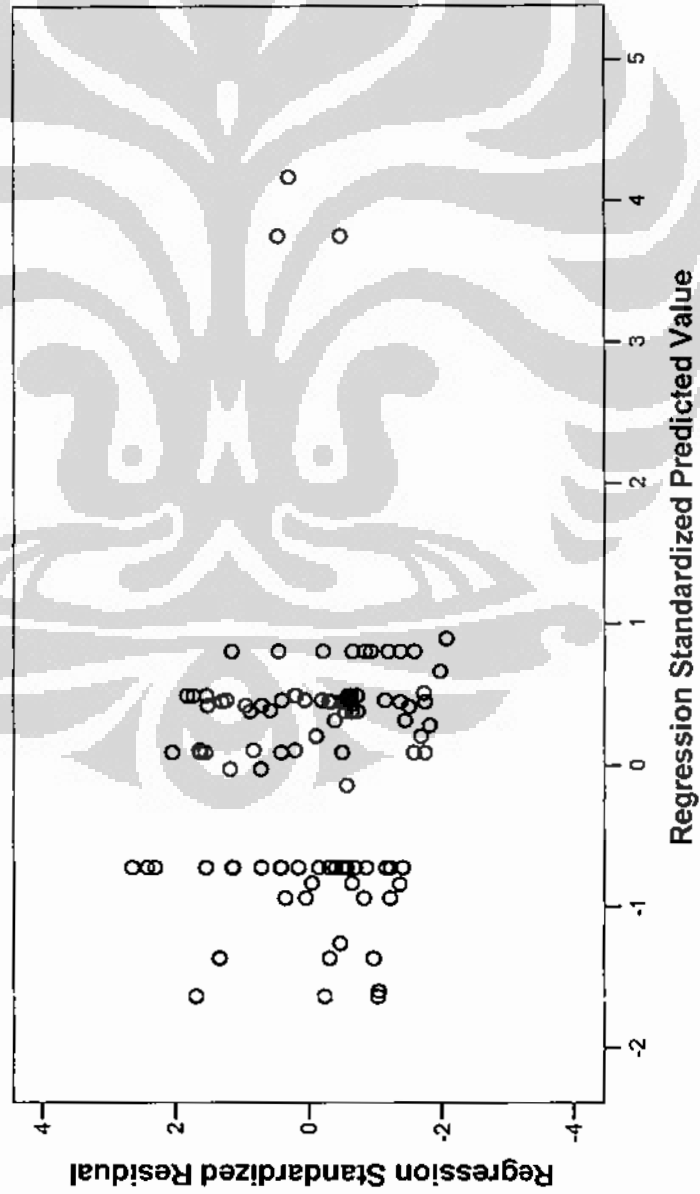
Histogram

Dependent Variable: Inefisiensi DPHO



Scatterplot

Dependent Variable: Inefisiensi DPHO



(Lanjutan)

**INTERAKSI**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta	Beta			Tolerance	VIF
1								
	(Constant)	.433	.095		4.567	.000		
	Umur	-.005	.002	-.238	-2.238	.026	.334	2.994
	Masa Kerja spesialis kebidanan	.005	.002	.289	2.752	.006	.343	2.918
	umur_spesialis	.336	.400	.930	.840	.402	.003	<del>323.643</del>
		.251	.060	.271	4.154	.000	.889	1.125
		-.008	.007	-1.136	-1.021	.308	.003	<del>326.399</del>

**Coefficient<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta	Beta			Tolerance	VIF
1								
	(Constant)	.467	.089		5.254	.000		
	Umur	-.006	.002	-.279	-2.820	.005	.388	2.580
	Masa Kerja spesialis kebidanan	.005	.002	.320	3.175	.002	.373	2.680
		-.072	.028	-.198	-2.555	.011	.630	1.588
		.250	.060	.271	4.149	.000	.889	1.125



## Lampiran 3 : Pedoman Wawancara

**Pedoman Wawancara Mendalam Dengan Dokter yang Merawat Pasien Rawat Inap Peserta Askes di Rumkitpolpus Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2008**

1. Dalam menulis resep obat untuk pasien, hal-hal apa yang menjadi bahan pertimbangan ?

*Intisari jawaban :*

- ▶ Gejala / Symptom
- ▶ Penyebab penyakit/ Etiologi
- ▶ Kondisi pasien, memerlukan tambahan vitamin atau tidak.

**Statemen :**

Didalam penelitian ini ditemukan ada inefisiensi biaya obat pasien rawat inap peserta askes tahun 2008, untuk inefisien biaya obat DPHO sebesar 20.31%, sementara program dari PT Askes tentang OUDD, secara komputerisasi sudah diterapkan di rumah sakit ini. Hal ini terjadi karena penggantian resep obat sebelum obat yang diresepkan terdahulu habis, adanya perbedaan permintaan jumlah obat yang tertulis dalam resep dan instruksi penggunaannya.

2. Apa yang menjadi alasan dokter melakukan penggantian obat sebelum obat yang diresepkan terdahulu habis?

*Intisari jawaban:*

- ▶ Menyesuaikan dengan hasil pemeriksaan penunjang
- ▶ Adanya perubahan diagnose masuk dan diagnose selama dalam perawatan
- ▶ Timbulnya side efek yang membahayakan kondisi kesehatan pasien
- ▶ Kondisi klinis yang semakin memburuk
- ▶ Sudah tidak ada lagi indikasi pemakaian obat tersebut

(lanjutan)

3. Kenapa bisa terjadi perbedaan permintaan jumlah obat yang tertulis dalam resep dan instruksi penggunaannya.

***Intisari jawaban :***

- ▶ Kelebihan obat digunakan untuk stock di ruang rawat
- ▶ Obat diberikan untuk pasien lain
- ▶ Ketidaktelitian dalam menghitung kebutuhan obat
- ▶ Permintaan perawat ruangan

**Statemen :**

Pada penelitian ini juga ditemukan inefisiensi biaya obat Non DPHO bagi pasien rawat inap peserta askes tahun 2008, sebesar 5.86%, sedangkan PT askes sudah menyediakan obat DPHO.

4. Adakah alasan dokter menuliskan resep obat Non DPHO bagi pasien Askes?

***Intisari jawaban :***

- ▶ Obat tersebut mutlak harus diberikan, tetapi tidak ada dalam DPHO.
- ▶ Dokter memandang perlu mengganti obat DPHO dengan obat sejenis tetapi Non DPHO.

***Pertanyaan tambahan :***

5. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit ini, khususnya pelayanan farmasi rumah sakit, adakah saran dokter untuk mencapai efisiensi biaya obat?