

Analisis Sistem Formularium 2013 Rumah Sakit St. Elisabeth - Bekasi

Analysis of Formulary System at St. Elisabeth Hospital-Bekasi 2013

Sally Fedrini

Klinik Ultima
Metland Transyogi Ruko Mscva Nomor 10 Cileungsi Bogor

*Email: sallykimmi@gmail.com

ABSTRAK

Pelayanan instalasi farmasi merupakan pelayanan penunjang sekaligus *revenue center* rumah sakit. Formularium rumah sakit merupakan landasan kebijakan manajemen rumah sakit dan menjadi prinsip penting yang harus diperhatikan dalam pengelolaan farmasi. Sistem formularium harus dikelola dengan optimal agar dokter dapat tetap konsisten memanfaatkan formularium. Tujuan penelitian kualitatif ini adalah menganalisis sistem formularium 2013 RS St Elisabeth-Bekasi. Peneliti melakukan analisis mulai dari penyusunan, pengadaan dan pengawasan formularium; analisis ABC pemakaian, investasi dan indeks kritis; juga kesesuaiannya dengan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) 2013. Hasilnya adalah, proses penyusunan formularium 2013 masih belum optimal, sistem pengendalian persediaan belum ada, dan rumah sakit belum menemukan sistem kontrol yang sesuai untuk mengawasi jalannya sistem formularium. Ditemukan 70860 pemakaian (5%) obat non formularium sejumlah Rp1.257.098.400. Terdapat 114 golongan obat yang ada di DOEN namun tidak ada di formularium. 65,89% obat formularium 2013 adalah slow moving. Ada 100 item (14%) memiliki nilai investasi 69,86% dari seluruh nilai investasi. Hanya 21 jenis obat (3.05%) yang sangat kritis terhadap pelayanan pasien.

Kata kunci: analisis ABC, Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), formularium.

ABSTRACT

Pharmaceutical service is one of the revenue center at the hospital. Hospital formulary system is the basic principles that must be considered in pharmacy management. Hospital formulary system should be managed optimally in order to maintain consistency of clinician's prescribing utilization. The purpose of this study is to analyze the system of St Elisabeth Hospital Formulary 2013-Bekasi. Researcher conducted analysis starting from the selection, procurement and supervision of the formulary; ABC analysis; also comparison with DOEN. This study using qualitative approach through in-depth interviews and document review. The results were: the process of formulary selection is still not optimal, there is no inventory control system, and hospitals have yet to find an appropriate control system to supervise the formulary system. There were 70.860 (5%) of non-formulary drugs used in the amount of Rp1.257.098.400, there are 114 drug classes in DOEN that does not exist in the formulary. 65.89% items of drug are slow moving. There are only 100 items of drugs (14%) had an investment of 69.86% of the entire investment value. There are only 21 types of drugs (3.05%) that are very critical to patient care.

Keywords: ABC analysis, DOEN, formulary.

PENDAHULUAN

PERMENKES No. 1045/2006/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum⁽¹⁾ menyebutkan bahwa sebuah rumah sakit umum harus melaksanakan beberapa fungsi dan di antaranya adalah pelayanan farmasi. Tjahjani (2004)⁽²⁾ menyatakan bahwa pelayanan farmasi merupakan pelayanan penunjang sekaligus *revenue center* bagi rumah sakit, mengingat lebih dari 90% pelayanan kesehatan menggunakan perbekalan farmasi dan 50% dari seluruh pemasukan rumah sakit berasal dari perbekalan farmasi. Adapun

Ketua Umum PBIF (Pengurus Besar Ikatan Farmakologi Indonesia) bersama Guru Besar Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Prof. dr Iwan Dwiprahasto, M. MedSc., Ph.D. pada presentasinya dalam Sosialisasi Formularium Nasional Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian di Yogyakarta tahun 2013⁽³⁾ menyatakan bahwa lebih dari 15.000 formulasi obat yang beredar adalah duplikasi. Misalnya, terdapat 139 nama dagang dari *paracetamol* atau 48 nama dagang *amoxicillin*. Menurutnya, di Indonesia banyak obat yang sangat mahal dengan *outcome* klinik terbatas, sehingga tidak *cost effective*.

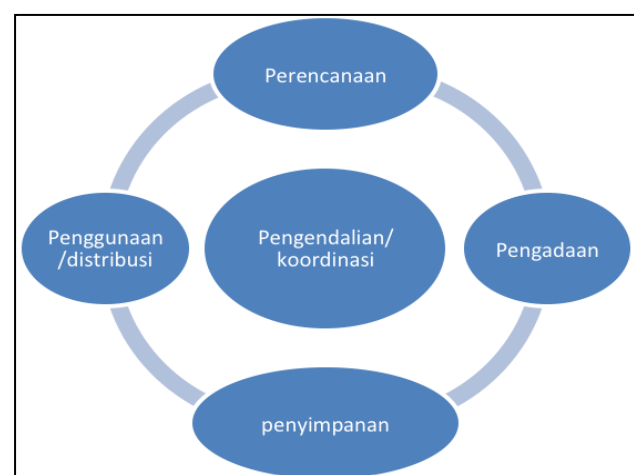
Aditama (2007)⁽⁴⁾ dalam bukunya menyatakan bahwa Formularium Rumah Sakit (FRS) adalah suatu daftar obat baku beserta peraturannya yang digunakan sebagai pedoman dalam pemakaian obat di suatu rumah sakit yang dipilih secara rasional, berdasarkan informasi obat yang sah dan juga kebutuhan pasien di rumah sakit. Formularium rumah sakit merupakan landasan kebijakan manajemen rumah sakit dan menjadi prinsip penting yang harus diperhatikan Panitia Farmasi dan Terapi (PFT). Agar para dokter tetap konsisten dalam memanfaatkan formularium dalam penulisan resep obat, maka sistem formularium haruslah dikelola secara optimal. Adanya formularium rumah sakit, diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan juga efektivitas pengelolaan persediaan obat mulai dari perencanaan, pengadaan, dan distribusi serta dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit lewat IFRS (Instalasi Farmasi Rumah Sakit) dengan meningkatnya jumlah resep yang terlayani, dan semakin sedikit resep yang keluar dari rumah sakit. Banyaknya jenis obat akan mengakibatkan pengelolaan yang semakin kompleks, dan membutuhkan biaya tinggi karena besarnya risiko yang harus ditanggung. Risiko yang harus dialami adalah biaya penyimpanan, biaya pemesanan, biaya kerusakan, jumlah obat kadaluarsa makin tinggi dan kemungkinan pasien mendapat obat yang tidak rasional akan makin besar. Pemanfaatan formularium yang tidak optimal dalam persepan dokter, berdampak menurunkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan.

Selama tahun 2013, RS St Elisabeth (RSE) menggunakan formularium edisi IX tahun 2013 yang merupakan revisi formularium edisi VII tahun 2012 dengan 746 item obat yang tercantum dari 46 perusahaan farmasi. Rumah sakit mewajibkan dokter untuk menuliskan resep dari obat yang terdapat di formularium. Direktur dan PFT memberi wewenang kepada apotek rumah sakit atau Instalasi Farmasi untuk mengganti obat yang diresepkan dokter dengan obat yang sama komposisinya yang tersedia di apotek atau Instalasi Farmasi (Buku Formularium RSE Edisi IX). Selama menggunakan formularium edisi IX tersebut, terhitung sejak September 2013, RS Elisabeth (RSE) pun mulai menyusun format formularium terbaru yang akan berlaku pada Januari 2014. Selama ini di RSE belum pernah dilakukan perencanaan dan analisis logistik farmasi yang adekuat seperti halnya *ABC analysis*, *VEN analysis* dan lainnya. Menurut Savelli (1996)^(5,1), analisis ABC diperlukan untuk evaluasi obat. Analisis ABC penting untuk mengidentifikasi volume produk obat baik dari segi biaya, anggaran obat, maupun utilitasnya, sehingga analisis ABC dapat membantu manajemen dalam evaluasi formularium. Analisis ABC juga dapat dipergunakan untuk memprioritaskan jenis obat A dalam seleksi obat dan keputusan pemesanan. Sedangkan menurut Wolper dalam Gusti (2012)⁽⁶⁾, analisis ABC dapat memberikan gambaran mengenai pergerakan suatu produk dalam periode waktu tertentu dan juga untuk mengidentifikasi pergeseran produk dan utilitasnya.

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menganalisis sistem formularium tahun 2013 RSE. Sistem formularium dianalisis mulai dari proses penyusunan, pengadaan, pengawasan, juga pola kebutuhan obat formularium 2013 RSE berdasarkan kelompok pemakaian, investasi dan indeks kritis. Dinilai pula kesesuaian formularium 2013 RSE dengan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) 2013.

TINJAUAN PUSTAKA

Manajemen obat merupakan serangkaian kegiatan yang kompleks dan merupakan suatu siklus yang saling terkait, terdiri dari empat fungsi dasar yaitu perencanaan, penyimpanan, pengadaan, dan distribusi. Menurut WHO (2004)^(7,1), pada dasarnya manajemen obat di rumah sakit adalah cara mengelola tahap-tahap dan kegiatan tersebut agar dapat berjalan dengan baik dan saling mengisi, sehingga dapat mencapai tujuan pengelolaan obat yang efektif dan efisien agar obat yang diperlukan oleh dokter selalu tersedia setiap saat dibutuhkan dalam jumlah cukup dan mutu terjamin untuk mendukung pelayanan yang bermutu.



Gambar 1. Siklus Manajemen Obat
 Sumber: Siklus Manajemen Obat (WHO, 2004)^(7,2)

Menurut *American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)* (2008)^(8,1), tahapan dalam manajemen sistem formularium rumah sakit terdiri dari seleksi produk obat, lalu pemeliharaan formularium, dan dilanjutkan dengan evaluasi.



Gambar 2. Manajemen Sistem Formularium
 Sumber: Manajemen Sistem Formularium (ASHP, 2008)^(8,2)

Menurut Savelli (1996)^(5,2), analisis ABC diperlukan untuk evaluasi obat dan penting untuk mengidentifikasi volume produk obat baik dari segi biaya, anggaran obat dan juga utilitasnya, sehingga analisis ABC dapat membantu manajemen dalam evaluasi formularium. Menurut Siregar (2004)^(9,1), perlu dilakukan *review* sistem pengendalian obat dengan analisis ABC secara periodik karena adanya perubahan harga dan pemakaian yang dipengaruhi oleh *trend* penyakit dan musim. Peninjauan analisis ABC dapat dilakukan di setiap tahunnya bersamaan dengan dilakukannya perubahan terhadap formularium.

Menurut WHO (1997)⁽¹⁰⁾, informasi yang diperoleh dalam analisis ABC (kategori A, B, dan C) atau VEN (Vital, Esensial, dan Non-esensial) dapat digunakan untuk mengembangkan evaluasi obat lebih dalam lagi, misalnya jika analisis menunjukkan bahwa 30% dari anggaran obat digunakan untuk pengadaan antibiotik, panitia dapat memutuskan untuk memulai evaluasi dengan kelas obat ini. Golongan obat yang telah diketahui bermasalah di masa lalu juga harus diberikan prioritas tinggi dalam proses ini.

Menurut ketentuan dalam KEPMENKES RI Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004⁽¹¹⁾, penyusunan formularium rumah sakit harus mengacu pada standar pengobatan yang berlaku. Menurut Atmaja (2012)⁽¹²⁾, perencanaan obat dalam rumah sakit dapat digunakan beberapa data sebagai pedoman, seperti DOEN, data morbiditas, sisa stock, data pemakaian lalu, anggaran, VEN dan ABC, rencana pengembangan dan rekomendasi komite medik.

Menurut Siregar (2004)^(9,2), perlu dilakukan *review* sistem pengendalian obat dengan metode analisis ABC secara periodik karena adanya perubahan harga dan pemakaian yang dipengaruhi oleh *trend* penyakit dan musim. Peninjauan analisis ABC dapat dilakukan setiap tahunnya bersamaan dengan dilakukannya perubahan terhadap formularium .

Analisis ABC merupakan aplikasi persediaan yang menggunakan prinsip PARETO: *the critical few and the trivial many*. Idenya untuk memetakan fokus pada persediaan yang bernilai tinggi (*critical*) dibandingkan yang bernilai rendah (*trivial*). Dengan analisa ABC dapat diketahui berapa jumlah pemakaian terbanyak, investasi terbesar, dan juga nilai kritis sediaan tersebut. Adapun perbekalan farmasi kelompok A termasuk ke dalam kumulatif 70%, kelompok B dalam kumulatif 71-90%, dan kategori kelompok C dalam kumulatif 90-100% (Febriawati, 2013)⁽¹³⁾. Analisis ini memerlukan perhitungan matematika sederhana dan penyusunan berdasarkan persentase harga atau biaya yang harus dibayar untuk satu jenis obat yang dibeli atau dipakai dengan urutan nilai tersebut dapat diperoleh kontribusi tertentu terhadap total anggaran atau harga perbekalan.

Obat dalam kelompok A tidak boleh kosong dalam persediaan, mengingat efek terapinya kepada pasien. Dalam keadaan tertentu pemesanan bisa dilakukan dalam jumlah sedikit tetapi frekuensi pemesanan lebih sering karena nilai investasinya besar. Adapun obat dalam kelompok A ini berpotensi untuk mendatangkan keuntungan yang besar pula untuk RS, maka diperlukan sebuah pengawasan dan monitoring obat dengan ketat, pencatatan yang akurat dan lengkap, serta pemantauan tetap oleh pengambil keputusan yang berpengaruh, seperti halnya oleh kepala instalasi farmasi ataupun kepala logistik secara langsung.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan analisa konten. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2013 sampai Mei 2014 dengan mengambil data di departemen Farmasi RSE. Cara pengumpulan data penelitian menggunakan data primer melalui wawancara mendalam dan kuesioner dengan 8 informan yang terdiri atas direktur, kepala panitia farmasi dan terapi, kepala instalasi farmasi, dokter umum *full-timer*, dan dokter spesialis (penyakit dalam, bedah, obsgyn, anak). Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis ABC pemakaian, analisis ABC investasi, analisis ABC indeks kritis, analisis konten, dan analisis kesesuaian dengan DOEN.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perencanaan

Proses penyusunan formularium tahun 2013 RSE sudah melibatkan dokter namun belum optimal. Hal ini dapat terlihat jelas karena dari 31 dokter yang bekerja di RSE hanya ada lima orang dokter yang merupakan anggota PFT, diantaranya dua dokter spesialis dan satu dokter umum *full-timer*. Jika memang tidak mungkin semua dokter menjadi anggota, setidaknya manajemen bisa membuat semua dokter *full-timer* ikut terlibat. Dengan dilibatkannya para dokter di mulai dari kepanitiaan, penyusunan sampai dengan evaluasi, maka diharapkan komitmen akan penggunaan obat formularium menjadi lebih terjaga.

Pemilihan jenis obat yang dipakai hanya berdasarkan pada pemakaian sebelumnya dan usulan dari dokter. Manajemen tidak pernah melihat data-data morbiditas penyakit di rumah sakit. Tidak ada sistem pembuatan atau perumusan pemilihan obat-obatan yang disepakati. Beberapa anggota PFT masih belum tahu pasti apakah obat formularium sudah sesuai dengan DOEN atau belum. PFT belum membatasi obat *me too* yang masuk.

ke formularium. Dalam buku formularium tahun 2013 ini, peneliti masih melihat terdapat beberapa jenis obat yang memiliki *me too* lebih dari 2 bahkan 3.

PFT hanya mengandalkan satu orang untuk melakukan analisa dan pemilihan obat. Pengambilan kebijakan dalam pemilihan jenis obat yang akan dipakai di suatu rumah sakit sebaiknya tidak dilakukan oleh satu pihak saja tetapi melibatkan banyak pihak yang terkait karena hal ini dapat membuat beban kerja dan tanggung jawab yang tinggi pada satu atau sebagian orang saja.

Dalam penyusunan formularium, kriteria seleksi obat yang meliputi pola penyakit setempat, sarana-prasarana yang dapat mendukung untuk pengelolaan obat, dan kesesuaian dengan standar pengobatan di rumah sakit belum ada. Penyesuaian dengan standar pengobatan pada umumnya tidak dilakukan. Sebaiknya di RSE ada sistem penyusunan formularium tertentu yang dimengerti dan juga disepakati bersama sehingga keputusan yang diambil tidak subjektif.

Pengadaan

Perencanaan perbekalan obat harus benar-benar disusun berdasarkan data yang akurat dan telah diolah dengan baik. Hasil penelitian memberikan informasi bahwa proses perencanaan obat di instalasi farmasi RSE belum berjalan dengan ideal. Adapun masalah yang paling dikeluhkan adalah masalah data yang tidak seragam antara sistem dengan *stock* sehingga sulit untuk dilakukan perencanaan yang baik. Hingga kini perencanaan persediaan obat di RS hanya berdasarkan pola persepan.

Buffer stock yang terus berubah di setiap bulannya juga menjadi masalah. Instalasi farmasi RSE belum memiliki *buffer stock* yang pasti untuk setiap jenis obat, jadi setiap saat harus dievaluasi berdasarkan pada permintaan resep. *Human error* akan sangat tinggi terjadi.

Sistem pengendalian persediaan di Instalasi Farmasi belum dilakukan dengan menggunakan metode tertentu. Fokus perhatian manajemen hanya dilakukan pada persediaan obat yang termasuk dalam kelompok *fast moving* dan kelompok obat yang banyak dipakai oleh dokter tertentu. Hal ini merupakan salah satu penyebab instalasi farmasi RSE tidak mempunyai *buffer stock* sebagai stok pengaman apabila tiba-tiba terjadi pemakaian obat yang melonjak. Perhitungan *buffer stock* juga belum berdasarkan pada perhitungan ilmiah. Peramalan persediaan obat juga belum diterapkan, sehingga penetapan rencana persediaan obat hanya berdasarkan pengalaman, dan metode konsumsi. Untuk mendukung hal di atas harus ada perbaikan dalam *Hospital Information System* (HIS) di instalasi farmasi. HIS yang baik dan efisien belum berjalan, bahkan di saat wawancara dalam penelitian dilakukan, terdapat perbedaan data yang dimiliki oleh beberapa informan.

Walaupun formularium telah disusun sedemikian rupa, tetapi masih ada dokter yang merasa kesulitan dalam menuliskan resep obat yang sesuai dengan formularium rumah sakit. Salah satu kesulitannya adalah karena tidak tersedianya obat di apotek rumah sakit. Hal seperti ini menyebabkan keengganan dokter menulis resep sesuai dengan formularium. Ketersediaan obat tersebut menjadi sangat menentukan sikap para dokter selanjutnya. Semakin sering dokter merasakan kesulitan karena tidak adanya obat formularium rumah sakit, maka sikapnya akan berubah terhadap penggunaan formularium itu sendiri.

Pengawasan

Berdasarkan pada data pemakaian obat di RSE, terdapat 1.088.242 pemakaian obat formularium, 70.860 pemakaian obat dari 338 jenis obat non formularium, dan 211.091 obat generik berlogo. Walaupun persentase pemakaian obat non-formularium hanya sebesar 5,1% dari total pemakaian obat, jenis obat yang digunakan mencapai 338 jenis atau 27,1% dari seluruh jenis obat yang ada di RS. Sebanyak 338 jenis obat ini perlu dievaluasi kembali apakah memang golongan obat tersebut benar-benar tidak tersedia dalam formularium RSE atau sebaliknya banyak obat *me too* yang sebenarnya sudah ada.

Jumlah pemakaian total obat non-formularium dikalikan dengan harga jual ialah Rp. 1.257.098.400,00. Adapun jumlah tersebut merupakan 5% dari total penerimaan obat rumah sakit. yang seharusnya dapat dialokasikan untuk pengembangan atau kebutuhan dari rumah sakit.

Berdasarkan pada keputusan direktur Nomor 024/RSE-Sekr/SE/II/2013, dokter diwajibkan menuliskan resep obat yang ada di formularium RS dan instalasi farmasi diberi wewenang untuk mengganti obat dengan *me too* yang sama komposisinya. Namun, sampai sekarang instalasi farmasi tidak pernah langsung mengganti obat dokter melainkan tetap mengkonfirmasi dokter kembali.

Bentuk dan format formularium dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk dapat meningkatkan kepatuhan dalam penggunaannya (Quick, 1997)⁽¹⁴⁾. Adapun ukuran buku formularium 2013 di RSE cukup besar, sehingga kurang praktis dan tidak mudah dimasukkan ke dalam saku. Format formularium seharusnya mudah digunakan dan juga mempunyai bentuk yang menarik. Informasi yang relevan dari dokter berkaitan dengan suatu produk sebaiknya dapat dimuat dalam bentuk tabel atau teks. Bahkan selama ini buku formularium hanya diberikan kepada tiap ruangan dan tidak semua dokter memilikinya. Hal ini mempersulit para dokter untuk mengetahui dan mengingat apakah obat yang diresepkannya ada dalam daftar, apalagi jika dokter tersebut berpraktek lebih dari satu rumah sakit.

Hingga kini, manajemen RSE masih belum menemukan sistem kontrol yang sesuai untuk mengawasi jalannya

sistem formularium. Peran komite medik sampai saat ini diakui belum maksimal. Bila ada ketidakpatuhan dokter belum ada peringatan langsung, hanya berbentuk surat edaran yang menghimbau seluruh dokter untuk menggunakan obat formularium. Peneliti menyarankan perlunya keterlibatan dan juga supervisi Direksi sebagai bentuk pengendalian manajemen terhadap formularium.

Mekanisme penambahan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit belum berjalan dengan baik. Hal ini selanjutnya berakibat pada tingginya daftar obat non formularium. Pengadaan obat baru yang diminta oleh dokter dapat langsung dilakukan tanpa melalui proses pertemuan PFT (Panitia Farmasi Terapi). Menurut peneliti, kebijakan dan prosedur, atau *draft* kebijakan yang ada, tidak memiliki kemampuan merespon atau mengantisipasi hal ini. Hal di atas dapat diantisipasi dengan membuat kebijakan dan prosedur mengenai penambahan atau pemusnahan obat dari daftar formularium, dan kebijakan prosedur mengenai penggunaan obat non-formularium. Dua kebijakan ini akan membuat kebijakan formularium menjadi lebih dinamis atau lebih fleksibel, hal tersebut disebabkan karena rumah sakit menghargai aspirasi para dokter atas pilihan obat-obatan yang akan diberikan kepada pasien. Peneliti merasa perlu adanya pengawasan terhadap jalannya formularium, didukung oleh perbaikan sistem IT di Instalasi Farmasi untuk memudahkan pelaporan yang baik. Bagaimana PFT bisa mendapatkan laporan yang akurat jika sistem informasi di instalasi farmasi belum berjalan maksimal dan belum terdapat sistem yang secara otomatis dapat memisahkan mana obat formularium dan mana obat non formularium.

Analisis ABC

Analisis ABC Pemakaian

Tabel 1. Hasil Pengelompokan Obat Berdasarkan Analisis ABC Pemakaian

Kategori	Jumlah Item	Jumlah Pemakaian	(%) Total Item	(%) Total Pemakaian
A	120	759.300	17,41	69,77
B	115	219.774	16,69	20,19
C	454	109.168	65,89	10,03
	689	1088.242	100,00	100,00

Hasil analisis ABC pemakaian memperlihatkan bahwa obat-obat yang termasuk ke dalam formularium tidak terlalu banyak yang digunakan oleh para dokter. Dapat disimpulkan bahwa hal tersebut disebabkan karena banyaknya jenis obat yang masuk ke dalam kelompok C. Kelompok C, yakni sebesar 65,9% atau 454 jenis dari total 689 jenis obat yang bisa juga dikatakan bahwa obat-obat tersebut adalah obat yang termasuk dalam kategori *slow moving*. Jadi sebaiknya 65,9% jenis obat dalam formularium ini perlu dievaluasi lebih lanjut oleh

PFT.

Pengurangan jenis obat yang disimpan di instalasi farmasi akan memudahkan dalam pengawasan dan juga pengendaliannya. Disamping itu juga akan mengurangi kemungkinan terjadinya obat yang kadaluarsa serta mengurangi biaya penyimpanan obat-obat yang *slow moving* tersebut. Untuk obat-obat yang termasuk dalam kelompok A dengan jumlah pemakaian paling banyak, perlu dipastikan ketersediaan stok yang cukup untuk menghindari terjadinya kekurangan stok yang dapat menghambat pelayanan pasien di rumah sakit dan dapat menyebabkan kerugian bagi RSE. Maka, penerapan sistem formularium yang baik penting untuk diterapkan dengan tujuan agar ada keseragaman dalam pemakaian obat.

Analisis ABC Investasi

Tabel 2. Hasil Pengelompokan Obat Berdasarkan Analisis ABC Investasi

Kategori	Jumlah Item	Jumlah Investasi	(%) Total Item	(%) Total Investasi
A	100	17.550.692.405	14,51	69,86
B	148	5.047.811.588	21,48	20,00
C	441	2.521.783.304	64,01	10,00
	689	25.120.287.297	100,00	100,00

Obat kelompok A hasil analisis ABC investasi, yaitu 69,86% dari seluruh nilai investasi dengan total biaya Rp. 17.550.692.405,00 terdiri dari 100 jenis obat, atau 14,51% dari seluruh jenis obat dalam formularium RSE. Obat ini perlu mendapat perhatian khusus dalam pengawasan dan pengendalian persediaannya karena nilai investasi yang besar dapat mengakibatkan biaya penyimpanan menjadi besar dan besarnya kerugian rumah sakit jika terjadi kerusakan obat.

Analisis ABC Indeks Kritis

Tabel 3. Hasil Pengelompokan Obat Berdasarkan Analisis ABC Indeks Kritis

Kategori	Jumlah Item	Jumlah Investasi	(%) Total Item	(%) Total Investasi
A	100	17.550.692.405	14,51	69,86
B	148	5.047.811.588	21,48	20,00
C	441	2.521.783.304	64,01	10,00
	689	25.120.287.297	100,00	100,00

Kelompok A adalah obat dengan nilai kritis tinggi yang terdiri dari 21 jenis obat yaitu sebesar 3,05% dari seluruh pemakaian jumlah obat dengan nilai investasi Rp2.690.133.345 yang merupakan 0,11% dari seluruh investasi.

Dari hasil pengelompokan analisis ABC indeks kritis terlihat bahwa banyak sekali obat yang masuk dalam kelompok C (67,05 %). Bila dilihat dari jenis obat yang ada dalam kelompok C maka dapat dibagi menjadi dua yaitu obat yang memang indeks kekritisan sangat kecil dan tidak. Kelompok C dibagi dua agar tidak terjadi penumpukan stok sehingga sebagian obat dalam kelompok C tersebut dinaikkan menjadi kelompok A. Obat-obat yang termasuk dalam kelompok C dapat menggantikan obat kelompok A apabila saat diresepkan obat tersebut tidak ada atau kosong. Dan untuk obat kelompok C yang memang penting dan harus ada dapat diatur stoknya tetapi untuk obat kelompok C yang tidak penting setelah stok habis menjadi bahan evaluasi apakah dapat dihilangkan dari formularium.

Dari 462 jenis obat yang masuk kategori C, didapatkan 122 obat dengan skor terendah (empat). Ini berarti, dapat diambil kesimpulan bahwa 122 obat ini adalah obat dengan kombinasi paling sedikit pemakaiannya, paling rendah nilai investasinya dan paling rendah nilai kritisnya. Dari 122 obat tersebut yang paling banyak adalah obat kulit (34) terutama golongan obat *acne treatment* dan *emolient*. Obat mata juga mendominasi dengan jumlah 28, terutama golongan obat antiseptik mata dengan kortikosteroid. Dengan diketahuinya data ini dapat diteliti lebih dalam lagi penyebabnya untuk bahan evaluasi formularium.

Obat kulit adalah jenis obat yang paling banyak terdapat di dalam kategori C (34 jenis). Hal ini bisa disebabkan karena salah satu dokter kulit di RSE pada awal tahun 2013 tidak berpraktik lagi. Sebelumnya ada dua dokter, sekarang hanya ada satu dokter kulit yang berpraktek. PFT perlu lebih teliti lagi mengevaluasi apakah dokter yang ada saat ini pada saat pengusulan juga dilibatkan? Apakah dokter tersebut merasa cocok dengan obat yang ada saat ini? Apakah jumlah pasien kulit yang datang saat ini lebih sedikit dari sebelumnya? Seharusnya data seperti ini bisa menjadi bahan pertimbangan bagi PFT untuk penyusunan formularium selanjutnya juga bagi instalasi farmasi untuk merencanakan persediaan obat.

Obat mata juga banyak mendapatkan skor terendah. RSE sudah sangat dikenal oleh masyarakat dengan Program Layanan Operasi Katarak (LENSA). Program LENSEA memberi subsidi kepada pasien, sehingga bisa mendapat layanan operasi katarak dengan biaya sangat terjangkau (Rp. 1.500.000,00). Program ini sudah berjalan selama 5 (lima) tahun dan menurut manajemen, saat ini persepsi masyarakat terhadap RSE sudah mulai identik dengan operasi katarak murah. Obat yang dipakai untuk program LENSEA ini adalah obat-obat generik. Hal tersebut harus menjadi bahan pertimbangan juga bagi manajemen untuk mengevaluasi obat-obat mata yang jenisnya cukup banyak dan jarang terpakai. Jika dokter spesialis mata cenderung lebih banyak meresepkan obat-obat generik terkait dengan program LENSEA, maka mungkin sebaiknya obat mata merk paten tidak perlu terlalu banyak disediakan.

Peneliti mengkonfirmasi kembali hal ini kepada salah satu dokter mata yang mempunyai pasien paling banyak di RSE. Dikatakan bahwa obat-obat yang diminta hanya didasarkan perkiraan obat yang akan dipakai dan belum berdasarkan peta pasien pada tahun-tahun sebelumnya. Hal ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen, agar sebaiknya dokter diberi gambaran data pemakaian obat sebelum diminta untuk memberikan masukan obat di formularium yang baru. Adapun menurut Anggraini (2008)⁽¹⁵⁾, penerapan kriteria seleksi obat secara formal akan memberikan standar bagi para dokter untuk mengajukan permintaan obat baru³. Dengan adanya kebijakan ini, maka sebenarnya PFT dapat lebih mengoptimalkan mekanisme pemasukan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit karena sudah ada batasan yang jelas.

Kesesuaian dengan DOEN 2013

Peneliti melihat kesesuaian formularium dengan DOEN berdasarkan kelas terapi dan nama generiknya. Menurut manajemen, obat dalam formularium 2013 sudah mengacu pada DOEN. Peneliti mendapatkan dari seluruh obat yang ada di formularium, terdapat 202 golongan obat yang tidak terdapat di DOEN 2013. Ada 114 jenis golongan obat yang ada di DOEN namun tidak tercantum dalam formularium RSE. Hal ini sangatlah perlu menjadi perhatian karena pada KEPMENKES NO 312/MENKES/SK/IX/2013 tentang DOEN disebutkan bahwa DOEN adalah standar nasional minimal untuk pelayanan kesehatan⁸. Hal ini juga dapat menjadi masukan bagi pihak-pihak terkait manajemen untuk mempertimbangkan efisiensi jenis dan jumlah obat yang masuk dalam formularium.

Dari 114 obat dari DOEN yang tidak ada di formularium RSE, yang paling banyak adalah jenis obat sitotoksik. Manajemen RSE mengatakan bahwa selama ini memang RSE tidak menangani kasus terapi keganasan tingkat lanjut dan lebih cenderung untuk merujuk. Obat antiretroviral juga tidak ada di formularium. Menurut manajemen RSE mereka mendapatkan obat retroviral dari Kementerian Kesehatan RI sesuai dengan kebutuhan pasien HIV yang terdaftar di rumah sakit. Dengan membuat pertimbangan DOEN sebagai dasar dalam penyusunan obat maka akan mempermudah manajemen dalam membuat daftar obat formularium, mengevaluasi dan mengontrol apa saja obat penting yang belum disediakan. Hal tersebut dapat menjadi bahan evaluasi lagi bagi manajemen pada penyusunan formularium selanjutnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berikut adalah kesimpulan dari hasil penelitian analisis formularium 2013 RSE:

1. Penyusunan Formularium

- a. Proses penyusunan sudah melibatkan para dokter di rumah sakit namun masih belum optimal;
- b. Pemilihan jenis obat-obatan yang digunakan masih hanya berdasarkan pada pemakaian sebelumnya, usulan obat dari dokter dan tidak pernah melihat data morbiditas penyakit di rumah sakit;
- c. Belum ada pembatasan obat "*me too*" yang masuk ke formularium;
- d. Tidak terdapat sistem pembuatan atau perumusan pemilihan obat yang disepakati;
- e. Beban kerja dan tanggung jawab dalam penyusunan formularium di salah satu orang sangat tinggi; dan
- f. Kriteria seleksi obat yang dapat masuk ke dalam formularium masih belum jelas dan data pendukung uji klinik untuk obat baru tidak tersedia.

2. Pengadaan

- a. Sistem pengendalian persediaan belum ada, selama ini hanya berdasarkan pola peresapan;
- b. Instalasi farmasi belum memiliki *buffer stock* yang pasti untuk setiap jenis obat;
- c. Masih terdapat obat-obat formularium yang tidak tersedia dan obat formularium yang tidak dipakai di Instalasi Farmasi;
- d. HIS (*Hightech Information System*) di instalasi farmasi belum berjalan dengan baik dan efisien; dan
- e. Ada ketidakseragaman antara stok dengan data pada sistem.

3. Pengawasan

- a. Ditemukan 70.860 pemakaian dari 338 jenis obat non formularium (5,171%), dengan total jumlah investasi Rp1.257.098.400;
- b. Komitmen dokter masih kurang dan pelaksana di bawah kurang tegas;
- c. Rumah sakit belum menemukan sistem kontrol yang sesuai untuk mengawasi jalannya pelaksanaan sistem formularium;
- d. Belum terdapat prosedur mengenai penambahan atau pemusnahan obat dari daftar formularium, dan kebijakan prosedur mengenai penggunaan obat non formularium; dan
- e. Peran komite medik belum maksimal.

4. Analisis ABC

- a. Hasil Analisis ABC pemakaian, obat yang termasuk dalam formularium tidak terlalu banyak terpakai (kelompok C), yakni 454 dari total 689 jenis obat formularium (65,89%);

Saran

Jangka Pendek

Bagi Tim Manajemen

- a. Meningkatkan peran aktif para dokter dimulai dari penyusunan, pelaksanaan, pengawasan, sampai dengan evaluasi formularium;
- b. Mengedukasi para dokter tentang obat dengan biaya tinggi dan menghilangkan kekhawatiran dokter bahwa keputusan obat formularium hanya berdasarkan biaya. Edukasi ini diharapkan juga akan membantu dokter untuk mengerti dampak persepsian yang mereka buat pada rencana pengobatan dan juga keuangan pasien;
- c. Memberikan pelatihan kepada pihak instalasi farmasi RSE terkait dengan metode pengendalian persediaan farmasi yang sesuai;
- d. Peningkatan keterlibatan dan juga supervisi Direksi serta Komite Medik sebagai bentuk pengendalian manajemen terhadap formularium;
- e. Mengefektifkan sistem sosialisasi secara terus menerus terkait dengan keberadaan formularium rumah sakit. Misalnya, memberikan buku formularium ukuran saku kepada masing-masing dokter, selalu *update* dan mengirim daftar obat formularium ke email dokter, mensosialisasikan formularium di setiap rapat komite medik, dan sebagainya.

Bagi Instalasi Farmasi

- a. Menjamin ketersediaan obat yang terdapat di dalam buku formularium rumah sakit;
- b. Mencetak buku formularium seukuran saku dengan format yang menarik dan mudah dibaca;
- c. Disarankan pada Instalasi Farmasi agar menggunakan analisa ABC dan ABC indeks kritis untuk semua obat yang ada di instalasi farmasi; dan
- d. Melakukan evaluasi obat *slow moving* terkait dengan persediaan, memperhatikan persediaan obat dengan nilai investasi yang besar serta obat yang sangat kritis terhadap pelayanan pasien.

Jangka Panjang

Bagi Tim Manajemen

- a. Pengorganisasian PFT perlu disempurnakan, sehingga struktur organisasinya mewakili seluruh multidisiplin dan unit-unit yang terlibat dalam penggunaan obat di rumah sakit;
- b. Dibutuhkan revisi prosedur penyusunan formularium dengan memasukkan tahapan pengkajian pola penyakit di RSE;
- c. Melengkapi formularium dengan data terkini yang dapat membantu dokter melakukan tugasnya dengan

dengan lebih efisien.

- d. Membuat kebijakan dan prosedur yang terkait dengan formularium secara sistematis dan tertulis, kebijakan penambahan ataupun pemusnahan obat dalam daftar formularium, serta kebijakan yang terkait prosedur mengenai penggunaan obat non-formularium.

Bagi Instalasi Farmasi

Memperbaiki sistem IT di instalasi farmasi agar dapat mengefisienkan pekerjaan, mengurangi *human error* dan mempermudah mendapat laporan dan data.

DAFTAR RUJUKAN

- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1045/2006/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Tjahjani R. 2004. *Analisis Komparasi Daftar Obat yang Berkaitan dengan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit dalam Upaya Penentuan Daftar Obat Standar (Studi Kasus Manajemen Logistik Farmasi di Rumah Sakit Gatoel Mojokerto)*. Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan; Vol 2; No 3.
- Dwiprahasto, Iwan. 2014. *Formularium Nasional Untuk Terapi Berbasis EBM dalam Jaminan Kesehatan Nasional; Sosialisasi Formularium Nasional Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian*. Yogyakarta.
- Aditama, Tjandara. 2007. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI Press.
- Savelli, Anthony, et al. 1996. *Manual for The Development & Maintenance of Hospital Drug Formularies* (diunduh pada 28 Desember 2013 di <http://pdf.usaid.gov/>).
- Ayu Gusti. 2012. *Proses Pembuatan Formularium di Rumah Sakit Umum Dharma Yadhya*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- World Health Organization. 2004. *Management of Drugs at Health Centre Level* (diunduh 3 Januari 2014 di <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7919e/s7919e.pdf>).
- ASHP. 2008. *Statement on the Pharmacy & Therapeutics Committee & the Formulary System* (diunduh pada 20 Oktober 2013 di <http://www.ashp.org> 2008).
- Siregar, Ch. J.P., Amalia, L. 2004. *Farmasi Rumah Sakit, Teori dan Penerapan*; 25-49. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- World Health Organization (WHO). 1997. *Public-Private Role in the Pharmaceutical Sector, WHO/DAP/97.12*. Geneva.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Penyusunan Formularium Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Atmaja Karuna. 2012. *Penggunaan Analisis ABC Indeks Kritis Untuk Pengendalian Persediaan Obat Antibiotik di Rumah Sakit M.H. Thamrin Salemba*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Febriawati Henni. 2013. *Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Quick Jet al. 1997. *Managing Drug Supply, Second Edition*. Jakarta: Kumarian Press.
- Anggriani, Yusi, et al. 2008. *Pengaruh Proses Pengembangan dan Revisi Formularium Rumah Sakit Terhadap Pengadaan Stok Obat*. Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia (diunduh pada tanggal 14 Oktober 2013 di <http://repository.univpancasila.ac.id/>).