

Evaluation of Drug Procurement Pattern and Drug Availability for JKN Patients at X Hospital and Y Hospital, Cirebon District January-December 2022 Period

Siti Jabal Mastura* Prih Sarnianto, Shirly Kumala, Dosi Ahmad Yani, & Hery Prambudi

Jl. Lenteng Agung Raya No.56, RT.1/RW.3, Srengseng Sawah, Kec. Jagakarsa, Jakarta, 12630, Indonesia

Abstract

The era of National Health Insurance (JKN) brought changes in the health care system, which required hospital pharmacists to adapt to drug regulations and planning. Procurement planning and procedures have a significant impact on the availability of drugs and the financial situation of the hospital in drug management. One of the most crucial aspects of the hospital is the availability of guaranteed goods and sufficient drug supplies in order to provide the best service. This research was conducted to evaluate the procurement and availability of drugs at X Hospital as a public hospital and Y Hospital as a private hospital in Cirebon Regency. The analysis used in this study is descriptive-evaluative, namely the research method used to obtain data in a descriptive form and a systematic analysis is carried out to evaluate based on the descriptive data. Data collection was carried out by means of in-depth interviews with the hospital and distributors as external parties who also contributed to fulfilling the availability of drugs. The data is also complemented by the results of field observations and review of document reports related to the National Formulary (Fornas), Hospital Formulus (Forkit), and Drug Needs Plan (RKO). The results of this study found that the Drug Needs Plan, procurement and availability of drugs at X Hospital and Y Hospital were in accordance with the standards. This shows that most of the drugs available and given to patients are in accordance with the drugs listed in the National Formulary. There is a difference in the pattern of procurement. Hospitals conduct procurement twice a month, but private hospitals conduct procurement patterns twice a week. The two hospitals both use the SIMRS and Teramedik management information systems for the evaluation process of drug procurement and availability.

Keywords: Planning, Procurement, Availability, Drug Requirements Plan (RKO), National Formulary (Fornas), Hospital Formulary (Forkit), National Health Insurance (JKN).

1. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan hak dasar yang penyediaannya wajib diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana yang sudah diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1), bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi landasan pelaksanaan program JKN di Indonesia. Menurut Undang-Undang RI Nomor 4 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, seperti peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) (Nurdianna, 2017).

Dalam proses pelayanan kesehatan orang yang sakit membutuhkan sesuatu yang disebut obat, dengan fungsinya yang vital memberikan konsekuensi yang besar pula dalam anggaran rumah sakit. Menurut Satibi dalam buku Manajemen Obat di Rumah Sakit (2015) disebutkan antara 50-60% dari total anggaran rumah sakit dialokasikan untuk obat dan alat kesehatan yang dikelola oleh instalasi farmasi karena sistem pengelolaan obat dan alat kesehatan dinilai sangat penting dari keseluruhan sistem pelayanan di rumah sakit dengan terpenuhinya obat dan alat kesehatan yang diperlukan anggaran yang cukup besar yang disesuaikan pola penyakit di setiap rumah sakit. Menurut laporan dari berbagai rumah sakit, pengelolaan obat di rumah sakit sangat penting karena lebih mudah menghasilkan keuntungan

* Corresponding author.

E-mail address: sitimastura987@gmail.com

dari obat yang dijual dibandingkan dari layanan lain misalnya pelayanan gizi atau radiologi (Dekrita & Samosir, 2022).

Biaya obat-obatan merupakan salah satu komponen terbesar dalam anggaran kesehatan rumah sakit. Biaya pembelian obat-obatan yang berkualitas dan seringkali mahal untuk mengobati berbagai kondisi medis yang beragam, dari infeksi ringan hingga penyakit kronis, dapat mencapai jumlah yang signifikan.

Selain obat-obatan, alat kesehatan juga membutuhkan alokasi anggaran yang besar. Rumah sakit harus memiliki peralatan medis yang modern dan sesuai standar untuk melakukan diagnosis, perawatan, dan pemantauan pasien. Alat-alat ini termasuk mesin pencitraan seperti MRI, CT scan, alat endoskopi, dan monitor pasien. Perawatan pasien yang intensif yaitu pasien dengan kondisi yang serius atau kritis sering memerlukan perawatan yang intensif dan menggunakan banyak obat serta alat kesehatan. Ini bisa termasuk perawatan di unit perawatan intensif (ICU) atau pada pasien yang menjalani operasi besar.

Adapun sebagian besar alat kesehatan juga berkaitan dengan keamanan pasien. Misalnya, alat-alat untuk mengontrol dosis obat secara tepat dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman dan efektif. Ini termasuk pompa infus yang mengatur aliran obat ke pasien sesuai dosis yang ditentukan. Persentase secara nasional untuk belanja obat juga sangat besar 40-50% dari total jumlah operasional pelayanan Kesehatan (Putra, 2020).

Menurut Depkes RI, secara nasional biaya obat sebesar 40-50% dari keseluruhan anggaran kesehatan. Mengingat begitu pentingnya dana dan kedudukan obat bagi rumah sakit, maka pengelolaannya harus dilakukan secara efektif dan efisien sehingga dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi pasien dan rumah sakit. Kebutuhan dasar obat-obatan merupakan salah satu kebutuhan dasar dalam pelayanan kesehatan. Hampir setiap pasien yang datang ke fasilitas kesehatan memerlukan obat-obatan untuk diagnosis, pengobatan, atau pencegahan penyakit. Karena itu, permintaan akan obat-obatan sangat tinggi dan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan.

Penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung membutuhkan pengobatan jangka panjang yang melibatkan penggunaan obat-obatan secara teratur. Dengan prevalensi penyakit kronis yang meningkat secara global, permintaan obat-obatan untuk pengelolaan penyakit ini juga meningkat. Perawatan Kanker dan Penyakit Serius Lainnya: Pengobatan untuk kondisi medis yang serius seperti kanker, HIV/AIDS, dan penyakit autoimun seringkali memerlukan obat-obatan yang mahal dan kompleks. Biaya pengobatan yang tinggi ini dapat memberikan kontribusi besar terhadap persentase belanja obat dalam total operasional pelayanan kesehatan.

Pengelolaan obat merupakan komponen penting dalam menjamin mutu pelayanan farmasi rumah sakit, yang diperlukan untuk keberhasilan pelaksanaan JKN di masyarakat. Ketersediaan obat pada saat dibutuhkan dalam hal jenis, jumlah, dan mutu secara efektif merupakan tujuan pengelolaan obat. Akhirnya, manajemen obat dapat dianggap sebagai proses mengaktifkan dan memberdayakan semua sumber daya sehingga dapat digunakan untuk menyediakan obat kapan pun dibutuhkan untuk proses yang efisien dan efektif.

Pengelolaan obat di rumah sakit melibatkan serangkaian tahapan yang penting untuk memastikan penggunaan obat yang aman, efektif, dan efisien. Berikut adalah tahapan-tahapan tersebut beserta penjelasannya yaitu, pembelian obat adalah rumah sakit harus memilih penyedia obat yang tepercaya dan terpercaya. Pembelian harus sesuai dengan standar regulasi dan prosedur yang telah ditetapkan. Setelah pembelian, obat-obatan tersebut diterima oleh rumah sakit dan disimpan dengan baik sesuai dengan persyaratan penyimpanan yang ditentukan. Ini termasuk penyimpanan dalam suhu yang sesuai, kelembaban, serta menjauhkannya dari cahaya langsung dan bahan-bahan yang dapat merusak.

Pemeriksaan dan verifikasi sebelum obat diintegrasikan ke dalam stok rumah sakit, mereka harus diperiksa untuk memastikan kualitas dan keasliannya. Hal ini melibatkan verifikasi oleh apoteker atau personel yang berwenang (Tenaga teknis kefarmasian).

Pendistribusian merupakan obat yang telah diperiksa dan diverifikasi kemudian didistribusikan ke berbagai unit dan departemen di dalam rumah sakit sesuai dengan kebutuhan. Proses distribusi ini harus dilakukan dengan hati-hati dan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan untuk mencegah kesalahan pengiriman. Dimana pemberian obat pada tahapan ini terjadi saat obat diberikan kepada pasien. Hal ini dilakukan oleh petugas medis yang berkualifikasi, seperti perawat atau dokter. Pemberian obat harus sesuai dengan resep yang tepat dan dosis yang benar, serta memperhatikan instruksi khusus yang mungkin ada. Pemantauan efek samping obat (ESO) dilakukan setelah pemberian obat, penting untuk memantau pasien untuk mengidentifikasi dan mengelola efek samping yang mungkin timbul. Ini melibatkan pemantauan terus-menerus oleh petugas medis dan kesiapan untuk bertindak jika ada masalah.

Pelaporan dan evaluasi setiap kejadian yang terkait dengan penggunaan obat, termasuk efek samping atau kesalahan dalam pemberian, harus dilaporkan dan dievaluasi. Ini membantu dalam meningkatkan proses pengelolaan obat di masa mendatang dan mencegah terulangnya masalah yang sama. Pembuangan obat-obatan yang sudah tidak terpakai atau kedaluwarsa harus dibuang dengan aman sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan. Hal ini untuk mencegah penggunaan obat yang tidak tepat dan potensi bahaya bagi pasien atau lingkungan.

Agar setiap tahap siklus manajemen obat berfungsi secara maksimal, setiap tahap perlu dikelola dengan baik. Sistem suplai yang terorganisir diperlukan dalam tahapan siklus pengelolaan obat yang saling berhubungan untuk memastikan kegiatan berjalan lancar dan saling melengkapi, menjamin ketersediaan obat, mendukung pelayanan kesehatan, dan menjadi sumber pendapatan rumah sakit yang potensial (NUHA, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian (Saputra, Puspendari, & Kurniawan, 2019) proses perencanaan dan pengadaan obat mengalami hambatan di rumah sakit di Yogyakarta dengan sejumlah obat Fornas yang di butuhkan, sebenarnya di lapangan tidak seluruhnya dapat diadakan melalui e-katalog. Menurut (Sinaga, Ginting, Kusumaratna, & Marthias, 2021), berdasarkan hasil wawancara, terkait peraturan di RSUD Pasar Minggu (pemberian obat BPJS) tentang program rujuk balik masih sulit diimplementasikan. Pasien sering menolak dirujuk balik ke Puskesmas dengan alasan mereka merasa tidak nyaman, dan obat sering tidak tersedia. Sistem rujukan berjenjang tersebut dinilai kurang efisien karena ketika pasien hanya meminta rujukan dari rumah sakit tipe D atau tipe C, BPJS Kesehatan tetap harus membayarkan klaim untuk rumah sakit tersebut. Menurut RSUD Pasar Minggu, peraturan tentang kegawatdaruratan hanya memberikan kriteria, tapi tidak memberikan penjelasan yang jelas tentang diagnosa. Kalau berdasarkan subjektivitas, kesakitan yang dirasa pasien bisa dianggap mengancam keselamatan mereka.

Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa rumah sakit dapat dirugikan oleh pengelolaan obat yang tidak tepat. Hal ini memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi pola pengadaan dan ketersediaan obat untuk mengidentifikasi kekurangan dan masalah implementasi, yang pada gilirannya memungkinkan dilakukannya upaya perbaikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Penelitian akan dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) X yang merupakan rumah sakit publik dan Rumah Sakit Y yang merupakan rumah sakit privat.

RSUD X merupakan Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Daerah Kabupaten Cirebon dengan kategori kelas B. Sedangkan Rumah Sakit Y merupakan RS swasta kelas B di Kabupaten Cirebon. Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak rumah sakit sampai saat ini belum pernah dilakukan evaluasi di kedua rumah sakit tersebut. Dari penjelasan diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu bagaimana pola pengadaan dan ketersediaan obat di RSUD X dan Rumah Sakit Y yang meliputi tahapan perencanaan, pengadaan, penggunaan, dan pengawasan. Oleh karena itu, peneliti bermaksud untuk mengkaji pengelolaan obat di RSUD X dan Rumah Sakit Y.

Masalah-masalah yang terjadi antara rumah sakit umum daerah dan rumah sakit swasta terkait dengan ketersediaan jaminan kesehatan nasional. Mengenai akses ke Sumber Daya Finansial yaitu di rumah sakit umum daerah sering kali menghadapi keterbatasan dalam alokasi anggaran, yang dapat membatasi kemampuan mereka untuk membeli persediaan obat-obatan dalam jumlah yang cukup dan rumah sakit swasta cenderung memiliki lebih banyak sumber daya finansial yang tersedia untuk membeli persediaan obat-obatan yang cukup, karena mereka dapat mengandalkan pendapatan dari pasien yang membayar sendiri atau dari asuransi kesehatan swasta.

Adapun harga obat dan perjanjian dengan pemasok ke rumah sakit umum daerah mungkin memiliki keterbatasan dalam negosiasi harga obat dengan pemasok karena skala operasi yang lebih kecil dan kekurangan kekuatan tawar dan rumah sakit privat cenderung memiliki lebih banyak fleksibilitas dalam negosiasi harga obat dengan pemasok karena mereka dapat membeli dalam jumlah besar dan memiliki kemampuan untuk mendapatkan diskon yang lebih baik.

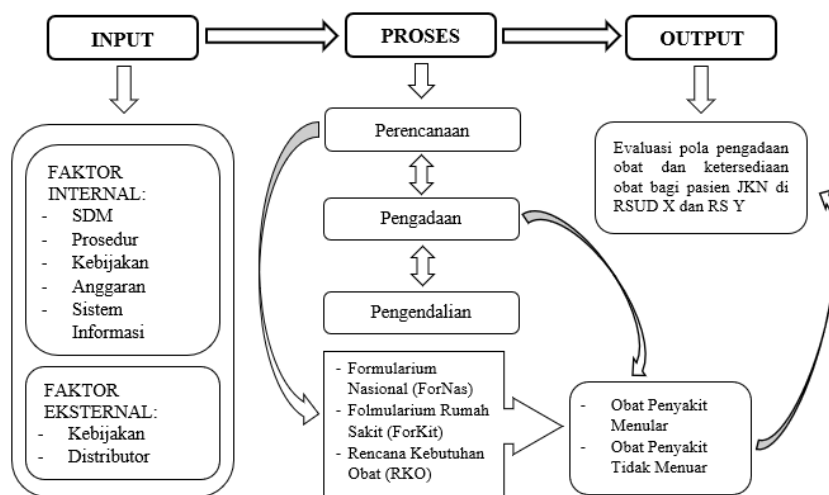
Mengenai prioritas pengeluaran dana di rumah sakit umum daerah mungkin harus memprioritaskan pengeluaran dana untuk berbagai kebutuhan, termasuk gaji staf medis, perawatan pasien, dan perawatan infrastruktur, yang dapat mengurangi jumlah dana yang tersedia untuk pembelian obat-obatan dan rumah sakit swasta memiliki lebih banyak kebebasan dalam menentukan prioritas pengeluaran dana mereka, yang dapat memungkinkan mereka untuk mengalokasikan lebih banyak dana untuk membeli persediaan obat-obatan.

Ketergantungan pada Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit umum daerah mungkin lebih tergantung pada pembayaran dari jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh pendapatan yang cukup untuk membeli persediaan obat-obatan dan rumah sakit swasta mungkin memiliki sumber pendapatan lain selain dari jaminan kesehatan nasional, seperti pasien yang membayar sendiri atau asuransi kesehatan swasta, yang dapat mengurangi ketergantungan mereka pada pembayaran dari jaminan kesehatan nasional.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi pengadaan dan ketersediaan obat di rumah sakit. Analisis yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif-evaluatif, yakni metode penelitian yang digunakan untuk mendapatkan data dalam bentuk deskriptif dan dilakukan analisa secara sistematis untuk dilakukan evaluasi berdasarkan data deskriptif tersebut (Ramdhan, 2021). Tujuannya untuk melihat perbedaan pola pengadaan obat dan ketersediaan obat di RSUD X dan Rumah Sakit Y.

2.1. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian

Tujuan pada kerangka konsep ini adanya obat penyakit menular dan obat penyakit tidak menular disebabkan formularium nasional sering kali mencakup obat-obatan yang sesuai dengan standar perawatan yang telah ditetapkan. Inklusi obat untuk penyakit menular dan tidak menular dalam fornas dan forkit membantu rumah sakit untuk menerapkan standar perawatan yang tepat sesuai dengan panduan medis dan protokol yang berlaku. Dengan memperhatikan semua aspek ini, inklusi obat untuk penyakit menular dan tidak menular dalam formularium nasional di rumah sakit umum daerah dan rumah sakit swasta bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien, meningkatkan kualitas perawatan, dan memastikan keamanan pasien dalam penggunaan obat-obatan.

2.2. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel dapat diartikan sebagai pernyataan yang menjelaskan pengertian, cara pengukuran, alat ukur, hasil pengukuran, dan skala pengukuran dari variabel-variabel yang akan diteliti. Dalam penelitian ini definisi operasional variabelnya sebagai berikut:

Tabel 1. Definisi operasional variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Indikator
1	Perencanaan	Proses memilih jenis, jumlah dan harga obat sesuai dengan kebutuhan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Observasi lapangan Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> List wawancara mendalam Lembaran Observasi Alat <i>Recording</i> 	Ketepatan dalam hal merencanakan kebutuhan obat JKN di rumah sakit, sehingga dapat terpenuhi sesuai dengan ketentuan
2	Pengadaan	Kegiatan pembelian obat yang dibutuhkan rumah sakit sesuai dengan perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> List wawancara mendalam Alat <i>Recording</i> 	Tercapainya efektivitas dan efisiensi pengadaan obat JKN

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Indikator
3	Penggunaan	Jumlah obat yang diberikan kepada pasien dalam periode waktu tertentu (misalnya per bulan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Formulir penggunaan obat ▪ Data administrasi rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Lembaran Observasi ▪ Alat <i>Recording</i> 	Memenuhi ketersediaan obat JKN yang di butuhkan pasien di rumah sakit
4	Pengendalian	Tingkat penggunaan obat yang efisien dalam menyediakan pengobatan yang optimal kepada pasien yang menggunakan jaminan kesehatan nasional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Observasi lapangan ▪ Peninjauan dokumen laporan keuangan ▪ Data penggunaan obat melalui SIMRS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Lembaran Observasi menghitung jumlah obat yang digunakan pasien ▪ Alat <i>Recording</i> 	Sistem pengadaan yang berarti kepatuhan penggunaan obat yang sesuai dengan formularium nasional dapat risiko mengurangi kebutuhan obat yang tidak perlu dan membantu dalam pengendalian biaya, sehingga tidak terjadinya keterlambatan memenuhi persediaan obat JKN di rumah sakit
5	Sistem Informasi Manajemen (SIMRS)	Software atau aplikasi komputer yang dipakai rumah sakit untuk pengelolaan persediaan obat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Alat <i>Recording</i> 	Menganalisa terkait kebutuhan obat
6	Anggaran	Sejumlah uang yang disediakan rumah sakit untuk pembelian obat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Alat <i>Recording</i> 	Ketersediaan dalam hal menunjang kebutuhan oat JKN
7	Kebijakan	Aturan yang dbuat pemerintah dan ruah sakit sebagai landasan untuk mengatur kegiatan di gudang farmasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Observasi lapangan ▪ Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Lembaran Observasi ▪ Alat <i>Recording</i> 	Aturan yang mendukung ketersediaan obat di rumah sakit
8	Sumber daya manusia	Orang yang berkaitan dengan pegadaan dan persediaan di RSUD Y dan RS X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Observasi lapangan ▪ Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Lembaran Observasi ▪ Alat <i>Recording</i> 	Memiliki SDM yang handal di bidangnya dalam melakukan pengelolaan obat JKN di rumah sakit
9	Distributor	Pihak diluar rumah sakit yang mensuplai kebutuhan obat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam 	Kendala dalam proses pemenuhan kebutuhan obat
10	Formularium Nasional (fornas)	Acuan obat-obatan yang direkomendasikan pemerintah untu pelayanan JKN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wawancara mendalam ▪ Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ List wawancara mendalam ▪ Alat <i>Recording</i> 	Ketentuan umum obat JKN untuk memenuhi kebutuhan di rumah sakit

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Indikator
11	Formularium Rumah Sakit (forkit)	Rincian obat-obatan yang sudah dibuat pihak rumah sakit untuk, untuk dijadikan pedoman dalam pengadaan obat Kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sesuai hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien.	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> List wawancara mendalam Alat <i>Recording</i> 	Permintaan atau kebutuhan obat JKN di rumah sakit dalam jangka waktu satu tahun kedepan
12	Rencana Kebutuhan Obat (RKO)		<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Peninjauan dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> List wawancara mendalam Alat <i>Recording</i> 	Perencanaan kebutuhan obat JKN berdasarkan histori dan estimasi kebutuhan kedepan di rumah sakit

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Tahap Analisis Data

3.1.1. Identifikasi Narasumber

Tahap ini peneliti menentukan calon narasumber yang sesuai dengan kriteria yakni para petugas instalasi farmasi yang berada di RSUD X dan Rumah Sakit Y. Wawancara dilakukan ditempat kerja ketika para petugas selesai bekerja atau dalam kondiasi istirahat, pada waktu bersamaan peneliti juga melakukan observasi langsung, dan melakukan pengambilan data dokumen yang diperlukan. Narasumber yang masuk dalam penelitian ini adalah Personil Instalasi RSUD X, Rumah Sakit Y, dan perwakilan dari penyedia obat (PBF):

Tabel 2. Narasumber RSUD X

No	Inisial	Jabatan	Umur	Pendidikan	Masa Kerja
1	BS	Pejabat Pembuat Keputusan	52	S2 Kedokteran	2 Tahun
2	IS	Kepala Instalasi	42	S2 Magister	14 Tahun
3	OP	Pokja Pengadaan	40	S1 Apoteker	16 Tahun
4	IWA	Koordinator Gudang	40	S1 Apoteker	9 Tahun
5	LR	Koordinator Pelayanan	38	S2 Kesehatan	6 Tahun
6	IF	Kordinator Pengendalian Mutu (SDM)	41	Sarjana Farmasi	5 Tahun
7	FNI	Penerima & penyimpanan barang	34	D3 Farmasi	7 Tahun
8	CDI	Admin Pelaksana	24	SMK Farmasi	2 Tahun
9	NSA	Staf Pelaksana Gudang	37	SMK Farmasi	4 Tahun
10	NA	Staf Pelaksana Gudang	35	Sarjana Farmasi	3 Tahun
11	JMA	Staf Pelaksana Gudang	35	D3 Farmasi	4 Tahun
12	VNI	Staf Pelaksana Gudang	27	SMK Farmasi	5 Tahun
13	LA	Staf Pelaksana Gudang	26	D3 Farmasi	6 Tahun

Tabel 3. Narasumber RS Sumber Waras

No	Inisial	Jabatan	Umur	Pendidikan	Masa Kerja
1	JDM	Pejabat Pembuat Keputusan	55	S2 Kedokteran	6 Tahun
2	HP	Kepala Instalasi	46	S2 Magister Farmasi	18 Tahun
3	EF	Penanggungjawab Unit Farmasi	37	S1 Apoteker	8 Tahun
4	DW	Penanggungjawab Unit Farmasi	41	S1 Apoteker	5 Tahun
5	FW	Penanggungjawab Perbekalan	38	S2 Kesehatan	7 Tahun
6	AFR	Administrasi Perbekalan	41	D3 Farmasi	4 Tahun
7	WSF	Administrasi Gudang	34	S1 Farmasi	6 Tahun
8	EW	PJ Unit Apoteker	24	SMK Farmasi	3 Tahun
9	SE	Peaksana TTK	37	D3 Farmasi	5 Tahun
10	HW	Asisten TTK (Reseptir)	27	SMK Farmasi	2 Tahun
11	SF	Administrasi	20	SMK	1 Tahun

Tabel 4. Narasumber Distributor (Pihak Eksternal)

No	Inisial	Jabatan	Umur	Pendidikan	Masa Kerja
1	JDM	Supervisor Rumah Sakit BSP	37	Ekonomi	11 Tahun
2	HP	Sales Eksklusif Hospital AAM	29	Manajemen	6 Tahun
3	EF	Koordinator Rumah Sakit PBF Enseval	34	Farmasi	5 Tahun

3.1.2. Wawancara Mendalam

Tahapan ini melibatkan melakukan wawancara untuk menggali pendapat yang lebih mendalam dari narasumber (Nartin et al., 2024). Pada tahap ini, dilakukan wawancara (temu muka) dengan informan sesuai dengan kisi-kisi pertanyaan yang telah disediakan. Pengecekan kehandalan juga dilakukan langsung pada tahap ini. Wawancara dilakukan sampai data-data yang didapatkan sudah cukup mendetail, dan peneliti sudah merasa tidak ada lagi data baru yang bisa didapatkan.

Pengendalian sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit sangat penting untuk memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan efisien. Berikut adalah dasar-dasar pengendalian sumber daya manusia di rumah sakit:

a. Perencanaan SDM

Menentukan jumlah dan jenis tenaga kerja yang dibutuhkan berdasarkan kebutuhan rumah sakit, seperti dokter, apoteker, tenaga teknis kefarmasian, perawat, teknisi, dan staf administrasi. Merencanakan pengembangan karir dan pelatihan bagi karyawan. Membuat proyeksi kebutuhan SDM untuk mengakomodasi perubahan dalam layanan kesehatan.

b. Perekrutan dan seleksi

Mengidentifikasi calon karyawan dengan kualifikasi yang sesuai untuk posisi yang tersedia. Melakukan proses seleksi yang cermat untuk memastikan bahwa karyawan yang direkrut memiliki kompetensi yang diperlukan.

c. Orientasi dan integrasi

Memberikan orientasi kepada karyawan baru mengenai kebijakan, prosedur, dan budaya kerja rumah sakit. Membantu karyawan baru untuk berintegrasi dengan tim dan lingkungan kerja.

d. Pelatihan dan pengembangan

Menyediakan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan klinis, manajerial, dan komunikasi karyawan. Mengembangkan program pengembangan karir untuk memajukan karyawan ke posisi yang lebih tinggi.

e. Evaluasi kinerja

Melakukan penilaian kinerja secara teratur untuk mengevaluasi kontribusi karyawan terhadap pencapaian tujuan rumah sakit. Memberikan umpan balik kepada karyawan untuk perbaikan dan pengembangan lebih lanjut.

f. Kompensasi dan penghargaan

Menetapkan sistem kompensasi yang kompetitif dan adil berdasarkan pada tanggung jawab dan kinerja karyawan. Memberikan penghargaan kepada karyawan yang berprestasi untuk memotivasi dan menghargai kontribusi mereka.

g. Manajemen konflik dan penyelesaian masalah

Mengelola konflik antara karyawan atau antara karyawan dan manajemen dengan cara yang konstruktif. Menyelesaikan sengketa secara adil dan cepat untuk meminimalkan gangguan terhadap pelayanan kesehatan.

Penerapan dasar-dasar pengendalian SDM di rumah sakit akan membantu memastikan efisiensi operasional, kualitas layanan kesehatan yang tinggi, dan kepuasan karyawan dan mencegah terjadinya kesalahan dalam penyerahan obat kepada pasien.

3.2. Analisis Data

Penelitian dilakukan di RSUD X dan Rumah Sakit Y data di ambil dari Januari – Desember tahun 2022 dengan melihat pola penyakit menular dan tidak menular di kedua rumah sakit. Dilakukan wawancara mendalam dengan pihak rumah sakit baik itu dengan kepala instalasi rumah sakit, bagian keuangan, bagian pengadaan, gudang, tim penerima dan petugas farmasi yang ada di instalasi farmasi.

Data yang sudah dikumpulkan oleh peneliti dilakukan validitasi melalui triangulasi data, yang bertujuan tidak hanya untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas tetapi juga untuk meningkatkan akurasi interpretasi dan keyakinan bahwa data yang terkumpul adalah nyata dan tidak direayasa (Rachmad et al., 2024).

Triangulasi sumber data adalah proses membandingkan informasi yang diperoleh dari satu informan dengan informasi yang diperoleh dari informan lain untuk memverifikasi keakuratan data atau fenomena kejadian. Triangulasi metode pengumpulan data beberapa metode pengumpulan data digunakan dalam triangulasi. Tujuannya adalah untuk mengevaluasi kualitas data dalam kaitannya dengan berbagai strategi pengambilan. Informasi dikumpulkan melalui pemeriksaan catatan dan dokumentasi rumah sakit, observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan wawancara tidak terstruktur. Selain itu, para peneliti menyusun analisis data secara metodis untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi sesuai dengan tujuan penelitian.

Tabel 5. Komparasi antar ke dua Rumah Sakit

Analisis Data	RSUD X	RS Y
Petugas	27 Orang	20 Orang
Apoteker	9 Orang	8 Orang
Kedisiplinan	patuh	patuh
Prosedur / SOP	terlaksana	terlaksana
Kebijakan	fornas	fornas
Anggaran	BLUD cukup	cukup
SIM	SIMRS	SIMRS (Teramedika)
Distribusi	sedikit terlambat	tepat waktu
Produk	Metode Just In Time (JIT)	Metode First In, First Out (FIFO)

3.2.1. Sumber Daya Manusia

Berdasarkan PMK No. Nomor 72 Tahun 2016, tenaga kefarmasian yang meliputi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian, dan tenaga penunjang kefarmasian yang meliputi operator komputer, tenaga administrasi, dan tenaga pelaksana atau tenaga pelaksana di rumah sakit.

3.2.1.1. Kesesuaian Jumlah Petugas RSUD X

Berdasarkan telaah dokumen, terdapat 27 orang jumlah tenaga kefarmasian di RSUD publik yang terdiri dari 9 orang tenaga apoteker, 17 orang tenaga teknis kefarmasian dan 1 orang tenaga administrasi. Menurut PMK No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS bahwa di RS Kelas B harus memiliki tenaga kefarmasian berjumlah 13 orang apoteker. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah apoteker di Instalasi Farmasi RSUD publik belum memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan Kemenkes yang seharusnya 13 apoteker yang tersedia di rumah sakit umum daerah.

Tabel 6. Jumlah tenaga kefarmasian dan non kefarmasian di Instalasi Farmasi RSUD X

No	Jenis Tenaga	Pendidikan	2022
1.	Apoteker	S2 Manajemen	2
		Apoteker	7
2.	Tenaga Teknis Kefarmasian	S1 Farmasi	2
		D3 Farmasi	15
3.	Administrasi	SMK	1
	Total		27

Hal ini juga didukung oleh pengamatan yang dilakukan oleh peneliti yang menemukan bahwa waktu pulang petugas lebih lama dari jam yang telah ditentukan dan apoteker khususnya harus mengerjakan dua pekerjaan sekaligus. Karena rumah sakit kekurangan SDM farmasi, petugas dan apoteker yang seharusnya menyelenggarakan pelayanan farmasi klinik sering diminta untuk membantu pelayanan farmasi rawat jalan dan rawat inap. Akibatnya, pelayanan farmasi klinik di RS X seringkali tidak tersedia.

“Berdasarkan hasil akreditasi dan visitasi setiap tahun bahwa memang jumlah tenaga apoteker dan asisten apoteker dan tenaga gudang masih sangat kurang. Apalagi untuk bekerja dengan standar RS tipe B dikarenakan harus memiliki 13 orang apoteker”

Dari hasil observasi dan telaah dokumen berupa kebijakan dan SOP, penanggung jawab gudang farmasi di RSUD X dipegang oleh apoteker yang merupakan kepala gudang. Tugas kepala gudang farmasi dan seluruh staf yang ada pergudangan farmasi ialah melaksanakan proses pengelolaan sediaan farmasi. Semua staf bertujuan untuk menjamin lancarnya pengadaan obat dan alat kesehatan mulai dari perencanaan, hingga pada penerimaan dan distribusi obat. Selain itu, pekerjaan di pergudangan farmasi juga bertujuan untuk menjamin keamanan obat dan alat kesehatan yang berada di gudang. Semua staf bertanggung jawab pada kepala gudang farmasi.

3.2.1.2. Keseuaian Jumlah Petugas RSUD Y

Secara total ada 20 orang petugas kefarmasian yang bertugas di mengurus operasional obat. Instalasi Farmasi memberikan pelayanan 24 jam, jadwal dinas terbagi menjadi 3 shift, dengan pembagiannya jadwal dinas sebagai berikut pagi mulai pukul 07.00-14.00, Siang pukul 14:00-21:00, dan malam pukul 21:00-07:00.

Tabel 7. Jumlah tenaga farmasi di Rumah Sakit Y

No	Jenis Tenaga	Pendidikan Formal	Sertifikasi	Jumlah
1	Kepala Instalasi Farmasi	S1, Apoteker	SerKom, STRA, SIPA, Seminar /Pelatihan Manajemen Farmasi	1
2	Penanggung Jawab Unit Farmasi	S1, Apoteker	SerKom, STRA, SIPA, Seminar /Pelatihan Manajemen Farmasi	7
3	Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)	S1/D3 Farmasi	SerKom, STRTTK, SIPTTK	7
4	Asisten TTK (ATK/Reseptir)	SMK Farmasi	-	3
5	Administrasi	SMK	-	2

Jika merujuk ke peraturan mewajibkan rumah sakit kelas B dengan minimal 13 apoteker maka Rumah Sakit Y tidak memenuhi kriteria, namun dari observasi lapangan dengan jumlah personel diatas kegiatan pelayanan tetap berjalan dengan baik.

“Kurang, itu jelas. Karena pada saat barang datang akhir bulan, penerima gudang agak keteteran. Dulu sih kurang cowok, untuk bagian angkut-angkut. Nah sekarang, kurang cewek untuk bagian administrasi gudang. Jadi, faktur itu bisa langsung dimasukkan dalam database 1-2 hari setelah barang datang”.

3.2.1.3. Kesesuaian antara pengetahuan dan keterampilan SDM RSUD X

Dari hasil observasi didapatkan hasil bahwa pada pengelolaan obat di gudang farmasi terdapat 1 orang tenaga petugas gudang yang memiliki latar belakang pendidikan D3 Komputer akan tetapi ikut serta dalam melakukan kegiatan pengelolaan obat, sehingga hal ini tidak sesuai dengan kualifikasi SDM yang diperbolehkan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian sesuai dengan PMK No.72 tahun 2016.

Setelah dilakukan wawancara dengan informan, hal ini terjadi dikarenakan kurangnya tenaga tenaga teknis kefarmasian di RSUD X, sehingga petugas administrasi yang ada dijadikan petugas pelaksana gudang farmasi. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut:

...”tapi kalo digudang memang ada 1 petugas administrasi yang dilatih untuk melakukan pengelolaan obat karena memang kita kurang SDM”

3.2.1.4. Kesesuaian antara pengetahuan dan keterampilan SDM RS Y

Hasil wawancara dan observasi lapangan untuk Rumah Sakit Y tidak ada terkendala karena saat penerimaan pegawai baru sudah dilakukan training SOP dan pekerjaan teknis.

”...Sejauh ini tidak ada kendala, dan semuanya berjalan lancar karena saat penerimaan kita pilih sesuai dengan jurusan yang diambil...”

3.2.1.5. Kedisiplinan

Berdasarkan jadwal kerja petugas gudang farmasi RSUD X bagian gudang hanya ada 2 shif jika dilihat dari jam kerja petugas gudang sering berkerja lembur. Hal tersebut juga terjadi di Rumah Sakit Y dimana karyawan sudah masuk sesuai jam yang ditentukan namun sering overtime atau melebihi jam kerja yang telah ditetapkan.

Hal ini dikarenakan banyaknya permintaan obat dan BMHP yang harus dipenuhi dari semua ruangan/bangsal rawat inap terutama pada awal-awal bulan. Selain itu petugas gudang juga sering sekali membantu bagian pengadaan dalam membuat perencanaan dan melaporkan kekosongan obat.

Narasumber RSUD X:

“Kalo di bagian pengadaan sih, sudah disiplin, cuma tenaganya kita yang kurang. Untuk administrasi dan segala macamnya kayak pemberkasan tagihan itu agak keteteran kitanya. Jadinya jarang sekali kita pulang jam 14.00, paling cepet jam 16.00 kita pulang, bahkan lebih”

Narasumber RS Y:

“Paling dalam masalah waktu ya...saya sering pulang telat karena memang banyak diminta membantu di pengadaan, selebihnya sih saya merasa sudah cukup disiplin”

3.2.2. Penggunaan

Penggunaan sistem e-catalog dalam hal pengelolaan obat sudah mengacu atau telah sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada (Budianto, 2016). Di RSUD X standar transaksi terkait pemesanan obat di rumah sakit menggunakan e-katalog dan juga jika ada pemesanan selain non e-catalog SOP sama. Berbeda halnya dengan RS Y penggunaan sistem terkait prosedur pengadaan obat JKN standar operating prosedur dilakukan dengan sistem selain e-catalog yaitu SIMRS (teramedika) dimana semua rekapan penggunaan obat sudah tersistematiskan sesuai dengan penggunaan obat ataupun pemakaian obat oleh pasien dalam kurun waktu satu bulan, jadi RS Y hanya memesan obat-obat yang di butuhkan saja.

Penggunaan prosedur penggunaan merupakan dasar bagi petugas kefarmasian dalam melaksanakan seluruh kegiatan operasional di rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi dan telaah dokumen di rumah sakit bahwa SOP yang ada di farmasi masih dirasakan masih kurang rinci, terutama terkait SOP pengadaan obat secara e-purchasing. SOP yang ada masih bersifat umum, sehingga dalam pelaksanaannya di lapangan masih banyak terdapat hal-hal teknis yang tidak terdapat dalam dokumen SOP.

Narasumber RSUD X:

“Saya menggunakan SOP standar yang sudah ada, tetapi juga membuat SOP standar untuk e-catalogue”

Narasumber RS Y:

“Proses pembuatan e-katalog harus dilakukan dengan menggunakan SOP yang didasarkan pada tatakelola keuangan rumah sakit”

3.2.3. Kebijakan

Kebijakan pemerintah yang mengatur pengadaan obat secara e-purchasing tertuang dalam PMK No. 63 Tahun 2014. Adanya kebijakan BPJS kesehatan yang mewajibkan peserta JKN menggunakan obat mengacu pada Fornas dan e-catalogue juga menimbulkan banyak masalah di rumah sakit terutama terkait ketersediaan obat e-katalog itu sendiri. Berdasarkan hasil telaah dokumen didapatkan hasil bahwa Instalasi Farmasi RSUD X telah memiliki Kebijakan Pelayanan Farmasi yang telah ditetapkan oleh.

Narasumber RSUD X:

“setau saya ada dalam kebijakan pelayanan farmasi ya..”

Dalam kebijakan pelayanan farmasi tersebut diatur pengelolaan perbekalan farmasi mulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi perbekalan farmasi.

Narasumber RS Y:

“...jadi kalo ada obat yang kosong maka kami segera melakukan proses pengadaan langsung atau pembelian cito sesuai dengan tata kelola yang ada untuk obat-obat yang memang kosong.... tetapi memang itu harus dengan alasan yang jelas kalo memang obat-obat tersebut memang tidak datang dari e-catalogue...”

Berkaitan dengan sumber daya manusia yang melakukan pekerjaan ataupun yang bertanggung jawab di seluruh bagian obat JKN dan non JKN di kedua rumah sakit ini hanyalah satu orang saja.

RSUD X:

“ dalam prakteknya pengelolaan obat baik itu jaminan kesehatan nasional maupun bukan yang bertugas hanya satu orang saja penanggung jawabnya”

RS Y:

“hanya satu orang saja yang di rujuk untuk memesan obat JKN atau obat non JKN”

Kedua rumah sakit ini melakukan pengentrian obat JKN mengikuti aturan pemerintah yang telah ditetapkan yang dilakukan hanya oleh bagian pengadaan obat saja.

3.2.4. Anggaran

RSUD X merupakan RSUD milik Pemerintah Kabupaten Cirebon yang telah berstatus BLUD, sehingga dalam pengelolaan perbekalan farmasi terutama obat- obatan e-catalogue proses pengadaannya menggunakan dana BLUD. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“Sumber anggaran semua dari dana BLUD”

Hal ini telah sesuai dengan Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Dirjen Binfar dan Alkes (2010) bahwa sumber anggaran dapat berasal dari pemerintah dan swasta. Sumber anggaran dari pemerintah berupa APBN dan APBD serta sumber dari swasta berupa donasi/hibah. Untuk tahun anggaran 2016, dana yang dianggarkan untuk proses pengadaan obat-obatan di RSUD X sebesar 44 M termasuk seluruh biaya operasional rumah sakit alkes/bahan medis habis pakai,

bahan radiologi, bahan laboratorium dan gas medis. Berdasarkan wawancara, hal ini sesuai dengan yang dinyatakan informan:

“Total keseluruhan 44 M. Itu sudah untuk obat dan bahan habis pakai. Informasi dari PPK menunjukkan bahwa 10 juta orang menggunakan radiologi dan jenis kemasan lainnya. Namun, katalog elektronik lebih mahal daripada katalog kertas, sehingga lebih mahal bagi konsumen.”

Secara umum, anggaran obat e-catalogue di RSUD X selalu tersedia, bahkan berlebih di akhir tahun, artinya tidak ada masalah yang berarti terkait masalah dana dengan kekosongan obat e-catalogue. Adapun faktor dana yang dapat menyebabkan stockout dan menghambat kegiatan pengelolaan obat yaitu adanya ketidaklancaran dalam pembayaran atau hutang kepada distributor farmasi akibat proses pemberkasan dokumen yang lama. Kenyataan ini diperkuat oleh hasil wawancara peneliti kepada informan sebagai berikut:

“karena kita BLUD, tidak ada hambatan sebenarnya dalam anggaran, dan alhamdulillah karena proses e-catalogue kita bisa menghemat anggaran kita seperti obat-obatan sehingga masih ada sisa anggaran di tahun anggaran”

Sedangkan anggaran belanja untuk Rumah Sakit Y 2,9 Milyar dialokasikan hanya untuk kebutuhan obatnya saja.

“Hanya obat saja ya..tidak termasuk yang lain..kita 2,9 M...yaa itu kita memesan yang butuh saja.. (ini jumlah stock dikalikan nilai HPPnya.”

Menurut kepala instalasi Rumah Sakit Y dengan jumlah anggaran tersebut, kebutuhan pelayanan obat masih bisa berjalan dengan lancar.

3.2.5. Sistem Informasi Manajemen

Sistem informasi berbasis komputer memiliki kelebihan dalam hal kecepatan dan ketepatan. Dari aspek kecepatan bisa dilihat komputer mampu melakukan otomatisasi secara cepat dengan dukungan sistem yang tepat dalam memberikan pelayanan bagi masyarakat, sedangkan dilihat dari aspek ketepatan komputer dapat menyimpan dan mengelola data dalam kapasitas besar, serta minim kesalahan.

RSUD X sudah menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit dengan nama SIMRS GOS, sistem ini bisa digunakan gratis oleh semua rumah sakit. Melalui sistem ini rumah sakit bisa mengumpulkan big data kebutuhan obat, gambaran pasien, fasilitas layanan kesehatan, sumber daya manusia, sehingga mampu menggambarkan strategi kesehatan.

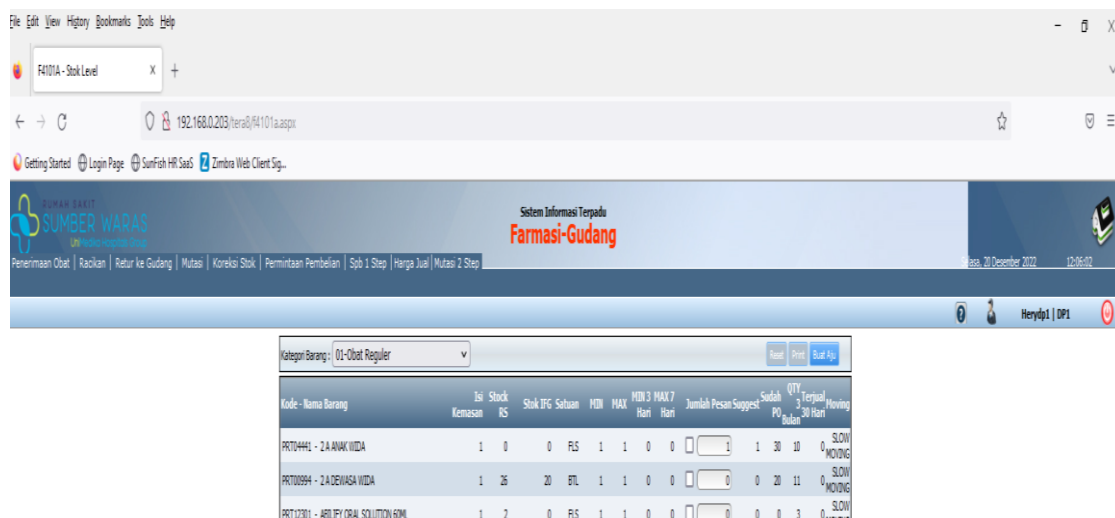
Menurut narasumber RSUD X SIMRS sangat bermanfaat untuk meningkatkan kinerja rumah sakit terhadap penyusunan strategi dan kecepatan pengambilan keputusan.

“SIMRS GOS sistem yang dipakai rumah sakit, membantu sekali kerjaan yang dulunya manual sekarang bisa dikerjakan disini dan sewaktu kita memerlukannya tinggal di Panggil datanya”



Gambar 2. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD X

Rumah Sakit Sumber Waras juga sudah menerapkan sistem informasi manajemen dengan nama TERAMEDIKA. Sistem ini dibuat secara mandiri dan hanya dipakai untuk internal rumah sakit.



The screenshot shows a web application interface for 'Sistem Informasi Terpadu Farmasi-Gudang'. The main content area displays a table of drugs with columns for Kode, Nama Barang, Isi Kemasan, Stock RS, Stock IFG, Satuan, MIN, MAX, MIN 3 Hari, MAX 7 Hari, Jumlah Pesan Suggest, Sudah PO, Qty Tersedia, and Qty Moving. The table lists three drugs: PCT044H1 - 2-A-ANAK WIDA, PCT00994 - 2-A-DEWASA WIDA, and PCT12301 - ABELPY ORAL SOLUTION 60ML.

Kode	Nama Barang	Isi Kemasan	Stock RS	Stock IFG	Satuan	MIN	MAX	MIN 3 Hari	MAX 7 Hari	Jumlah Pesan Suggest	Sudah PO	Qty Tersedia	Qty Moving
PCT044H1	2-A-ANAK WIDA	1	0	0	FLS	1	1	0	0	1	1	30	10
PCT00994	2-A-DEWASA WIDA	1	25	20	BTL	1	1	0	0	0	0	20	11
PCT12301	ABELPY ORAL SOLUTION 60ML	1	2	0	FLS	1	1	0	0	0	0	0	3

Gambar 3. Sistem Teramedik RS Y

“Pada sistem teramedik obat-obat yang deadstock tidak akan dimunculkan sehingga phak RS bisa membatasi pembeliannya, kelebihan lainnya obat yang sering diresepkan akan muncul disystem sebagai obat fast moving dan obat itu yang diutamakan pembeliannya”

3.2.6. Distributor

Pengadaan perbekalan farmasi ke rumah sakit menjadi tanggung jawab distributor yang merupakan rekanan atau pihak eksternal dari rumah sakit (Juhana, 2023). NPWP, SIUP, SIPA, dan izin operasional merupakan izin tambahan dan persyaratan administrasi yang harus dimiliki PBF di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan arahan Kementerian Kesehatan PMK No.34 tahun 2014 tetag perizinan PBF. NPWP, TDP, SIUP, akta notaris, dan SIPA (izin praktek apoteker) semuanya wajib dipenuhi PBF sebagai persyaratan administrasi melakukan penyaluran obat ke rumah sakit.

Dari hasil wawancara kepada narasumber RSUD X ternyata penyebab rumah sakit belum melakukan pembayaran hutang obat kepada distributor adalah karena terlambatnya proses pemberkasan dokumen pembayaran. Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen didapatkan informasi bahwa waktu tunggu pembayaran obat oleh rumah sakit kepada distributor bisa lebih dari 120 hari. Hal ini dikarenakan SDM yang membuat berkas merangkap pekerjaan antara pengadaan dan pemberkasan, proses verifikasi berkas yang panjang dan ketat juga mengakibatkan terjadinya lock obat oleh distributor. Faktor lain juga disebabkan dari lamanya pencairan klaim BPJS dimana sumber pendapatan utama RSUD X adalah dari pasien BPJS.

Lamanya proses pembayaran hutang kepada distributor ini tentu bertentangan dengan prinsip RSUD X yang telah berstatus BLUD, karena diharapkan dengan pola pengelolaan keuangan yang telah BLUD maka seharusnya dapat memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

Pembayaran obat pada Rumah Sakit Y tidak pernah mengalami keterlambatan, ini memungkinkan ketersediaan obat bisa selalu terjamin. Berdasarkan wawancara dengan distributor untuk pembayaran rumah sakit swasta relatif bagus, pembayaran berkisar 30-45 hari.

3.2.7. Perencanaan Obat

Salah satu aspek terpenting dalam proses pengadaan perbekalan rumah sakit dan juga perencanaan obat formularium nasional adalah perencanaan perbekalan farmasi di rumah sakit. Jenis dan jumlah perbekalan farmasi yang dibutuhkan rumah sakit serta pola penyakit merupakan faktor yang diperhatikan dalam perencanaan perbekalan farmasi. Perencanaan obat merupakan proses pemilihan jenis dan jumlah sediaan farmasi yang dibutuhkan berdasarkan formularium rumah sakit, formularium nasional, dan daftar obat dalam katalog elektronik (e-catalogue).

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber, metode perencanaan kebutuhan obat di RSUD X menggunakan metode konsumsi. Metode ini mudah untuk digunakan, namun masih terdapat beberapa kekurangan dalam

menerapkan metode ini. Kekurangan metode konsumsi diantaranya data konsumsi, data obat dan data jumlah kontak pasien kemungkinan sulit didapat, terutama bila rumah sakit belum menggunakan sistem informasi yang terintegrasi.

Perhitungan dengan metode konsumsi juga dilakukan oleh rumah sakit Y, metode ini didasarkan atas analisa data konsumsi sediaan farmasi periode sebelumnya ditambah stok penyangga (buffer stock), stok waktu tunggu (lead time) dan memperharikan sisa stok. Buffer stock dapat mempertimbangkan kemungkinan perubahan pola penyakit dan kenaikan jumlah kunjungan. Jumlah buffer stock bervariasi antara 10% sampai 20% dari kebutuhan tergantung kebijakan rumah sakit. Untuk kebijakan yang diambil rumah sakit Y buffer stock sebesar 10%.

3.2.8. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) dan di Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit Swasta

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan kepala instalasi Rumah Sakit sebagai penanggung jawab.

Narasumber RSUD: *“dengan pasien yang datang setiap bulannya fluktuatif kami berupaya semaksimal mungkin untuk memenuhi ketersediaan obat seperti yang telah ditetapkan di dalam Fornas....*

Ya itulah seperti kita tahu kalau tidak mungkin obat di Fornas dapat tersedia semua disini....”

....pemantauan ini bertujuan untuk monitoring penggunaan obat dengan harga mahal agar, pengeluarannya lebih terkendali, disamping itu penggunaannya sesuai dengan kebutuhan obat, sehingga tercapai pengobatan yang rasional.

....saya sebagai penanggung jawab dari ketersediaan obat JKN harus berusaha tidak mengendapkan uang di obat....

....kan bisa dilihat... persentase kepatuhan fornas di atas 90%

Data evaluasi kepatuhan penulisan formularium ini diambil melalui sistem informasi rumah sakit SIMGOS (Sistem Informasi Manajemen RS Generic Open Source) berdasarkan data input resep tiap pasien pada setiap depo pelayanan farmasi....

3.2.9. Pengadaan

Sejak tahun 2014, berdasarkan PMK No. 63 tahun 2014, sistem e- catalogue mulai diterapkan diberbagai rumah sakit pemerintah dalam pengadaan obat. Sistem ini juga merupakan salah satu penunjang dari implimentasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) guna mewujudkan sistem jaminan kesehatan bagi warga negara sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Dasar 45 pasal 28 H. Penerapan JKN diharapkan akan menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien, sementara sistem e-catalogue sebagai penunjang JKN tersebut, akan menjadikan proses pengadaan obat di instalasi farmasi pemerintah menjadi lebih transparan, kompetitif, efisien dan efektif.

Sejalan dengan sistem adopsi e-catalogue tersebut dalam JKN, kendala dan permasalahan di lapangan juga muncul serta menghambat optimalisasi pencapaian kinerja pengadaan obat. Masalah yang utama adalah terkait tentang tingkat ketersediaan obat, keterlambatan pengiriman obat, serta kendala teknis sistem e-catalogue itu sendiri. Hal ini menyebabkan sering terjadinya stock out obat di gudang farmasi Instalasi Farmasi RSUD X. Kendala- kendala yang dominan menghambat optimalisasi implementasi sistem e-catalogue antara lain ketersediaan obat belum optimal, kelemahan distribusi, proses approval yang lama dari pemasok, ketidaksesuaian harga antara sistem e-catalogue dan harga obat saat ini, lemahnya sanksi, keluhan perangkat lunak, dan koneksi jaringan.

Dalam prakteknya di RSUD X, pembelian obat e- catalogue yang dilakukan secara manual (non e-purchasing) masih tetap mengacu kepada harga yang tercantum dalam e-catalogue LKPP. Hal ini dikarenakan hasil dari beberapa pemeriksaan yang telah dilakukan oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK), Inspektorat Kabupaten Cirebon dan auditor eksternal masih berpedoman pada PMK No. 63 tahun 2014 tentang pengadaan obat secara e-purchasing. Proses pencarian obat dan negosiasi harga yang bisa menyamakan harga dengan harga e- catalogue inilah yang sering membutuhkan waktu yang lama dan mengakibatkan terjadinya stock out obat di RSUD X, stock out ini terjadi umumnya dalam satu bulan 20 kali atau sekitar 0,13%. Apabila dalam proses negosiasi harga tidak ditemukan kesepakatan harga e-catalogue maka pengadaan obat tetap dapat dilakukan secara non e-purchasing yaitu dengan metode pengadaan langsung ke distributor dengan menggunakan harga reguler.

Peneliti melakukan evaluasi pengadaan obat di RSUD X dan Rumah Sakit Y data di ambil dari Januari – Desember tahun 2022 berdasarkan pola penyakit menular dan tidak menular di kedua rumah sakit. Dari telaah dokumen dapat dijelaskan ketersediaan obat di kedua rumah sakit.

3.2.9.1. Penyakit Menular

Penyakit menular yaitu penyakit yang di bawa oleh si pesakit kepada mereka yang sehat atau penyakit tersebut dapat masuk ketubuh yang sehat melalui perantara ataupun langsung, bisa saja penyebabnya berupa bakteri, virus, ataupun parasit.

Tabel 8. Ketersediaan obat di nilai dari penyakit menular di RSUD X dan Rumah Sakit Sumber Waras.

No	Jenis Penyakit Menular	Item Obat RSUD	Persentase (%)	Item Obat RS Swasta	Persentase (%)
1	Pneumonia	8	90,51	9	96,05
2	Tuberculosis Paru	6	90,75	6	92,83
3	Diare	6	90,71	5	95,02

Dari tabel 8 dapat di jelaskan terkait pemenuhan kebutuhan obat persentase tertinggi yaitu Rumah Sakit Sumber Waras yakni 96% sementara RSUD X hanya 90%.

Narasumber RSUD X:

“Dana yang kami peroleh dari dana Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), walaupun dana yang kami bersumber dari BLUD, kami harus memaksimalkan pengadaan tanpa mengendapkan obat. Pengadaan di rumah sakit dalam di lakukan sebulan dua kali, itu didasari dari naik turunnya pasien”

Perbedaan tersebut di karenakan supplay obat di rumah sakit berbeda. Untuk RSUD dan di RS Swasta pencapaian dari ketersediaan obat JKN di atas 90% di karenakan kedua rumah sakit tersebut mempunyai buffer stock tiga bulan kedepan maka dari itu ketersediaan obat JKN bisa memenuhi standar yang di tetapkan di atas 80%.

Buffer stock 3 bulan jangka waktu yang tepat dikarenakan untuk mengantisipasi fluktuasi permintaan obat, mengatasi kejadian stock out, dan memastikan ketersediaan obat yang memadai bagi pasien, terutama yang tercakup dalam program jaminan kesehatan nasional (JKN). Adanya persediaan tambahan obat yang disimpan oleh rumah sakit swasta di samping stok obat yang diperlukan untuk memenuhi permintaan sehari-hari. Stok cadangan ini biasanya disimpan dalam jumlah yang cukup untuk mengatasi fluktuasi permintaan obat yang tidak terduga.

Penanggulangan fluktuasi permintaan obat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti perubahan musiman, peningkatan kasus penyakit tertentu, atau kejadian luar biasa seperti wabah penyakit. Buffer stock obat dirancang untuk mengimbangi fluktuasi ini dan memastikan bahwa pasien dapat tetap dilayani dengan baik tanpa terjadinya stock out. Mengatasi keterlambatan dalam pengadaan buffer stock juga dapat membantu mengatasi keterlambatan dalam pengiriman obat dari pemasok, yang dapat terjadi karena berbagai alasan seperti gangguan dalam rantai pasokan atau keterlambatan dalam proses pembelian.

Dengan memiliki stok cadangan, rumah sakit dapat terus memenuhi kebutuhan pasien sementara menunggu pengiriman obat yang diharapkan. Mencegah stock out buffer stock obat membantu mencegah terjadinya stock out, yang dapat mengganggu pelayanan kesehatan bagi pasien yang membutuhkan obat tersebut, terutama pasien yang tercakup dalam program JKN. Menjamin ketersediaan obat rumah sakit dapat memastikan ketersediaan obat yang memadai untuk pasien, bahkan dalam situasi di mana permintaan obat meningkat tiba-tiba.

Fleksibilitas dalam penanganan permintaan buffer stock memberikan fleksibilitas bagi rumah sakit dalam menangani fluktuasi permintaan obat tanpa mengganggu ketersediaan stok obat untuk pasien lainnya. Peningkatan kepuasan pasien dengan ketersediaan obat yang lebih baik, rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien dan memberikan layanan yang lebih baik secara keseluruhan. Dengan ini dapat dipahami pentingnya buffer stock obat, rumah sakit swasta dapat mengelola persediaan obat dengan lebih efisien dan memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi pasien, termasuk yang tercakup dalam program JKN.

“Nah kalau pun realisasi tidak sesuai dengan RKO permasalahannya bukan karena hal yang lain tetapi karena naik turunnya pasien, gunanya untuk apa? supaya obat di rumah sakit tidak mengendap”. (RSUD)

Jadi untuk jenis penyakit menular obatnya telah tersedia mengikuti pedoman Formularium Nasional dan menunjukkan bahwa obat yang tersedia di Formularium Rumah Sakit.

“... jadi cost di sini (maksud kami cost pengadaan obat rumah sakit) tidak keluar banyak dengan adanya obat yang mengendap, jika sampai obatnya mengendap itu gak boleh” (RSUD)

Penjabaran lebih mendalam diperoleh dari hasil wawancara mendalam idengan pihak pengadaan obat di Rumah Sakit yaitu:

“Kami mengupayakan agar semua obar terpenuhi dengan melakukan beberapa strategi seperti kerja sama (MOU) dengan apotek di luar rumah sakit, Ketika obat di tempat kami kosong maka pihak pengadaan obat di RS meminjam sebentar obatnya atau sering kami sebut juga (pengadaan obat darurat),dengan mengupayakan agar obat terpenuhi sehingga pasien tidak kecewa”.

Kami melakukan pengadaan darurat ini mempertimbangkan beberapa hal, salah satunya jika obat yang baru kami pesan tidak mungkin langsung datang/sampai ke rumah sakit.

Kerja sama dengan rekanan apotek sekitar rumah sakit dapat memberikan berbagai manfaat dalam memenuhi ketersediaan obat jaminan kesehatan nasional (JKN) di rumah sakit umum daerah, terutama saat stok obat di rumah sakit kosong. Penyediaan obat dalam waktu yang cepat ketika stok obat di rumah sakit habis, kerja sama dengan apotek di sekitar rumah sakit memungkinkan untuk mendapatkan persediaan obat dengan lebih cepat.

Apotek biasanya memiliki stok yang lebih besar dan beragam, sehingga pasien masih dapat memperoleh obat yang mereka butuhkan tanpa harus menunggu pengiriman dari pemasok. Menjaga kontinuitas pengobatan pasien dengan kerja sama ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa pasien yang memerlukan obat dengan segera dapat menerima pengobatan yang kontinu dan tidak terputus.

Ini sangat penting terutama untuk pasien dengan kondisi kronis yang memerlukan obat secara teratur untuk mengontrol penyakit mereka. Peningkatan kepuasan pasien dengan memiliki akses yang cepat dan mudah terhadap obat di apotek terdekat, pasien akan merasa lebih puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima. Pasien juga akan merasa lebih dihargai karena rumah sakit berusaha keras untuk memenuhi kebutuhan mereka dengan segera.

Fleksibilitas dalam Manajemen Persediaan Kerja sama dengan apotek memungkinkan rumah sakit untuk memiliki fleksibilitas lebih dalam manajemen persediaan obat. Jika suatu obat tidak tersedia di rumah sakit, rumah sakit masih dapat memperolehnya dari apotek tanpa mengganggu ketersediaan obat yang lain.

Kemitraan yang berkelanjutan kerja sama dengan apotek memperkuat hubungan antara rumah sakit dan apotek di sekitarnya, menciptakan kemitraan yang berkelanjutan untuk mendukung pelayanan kesehatan masyarakat. Kemitraan ini dapat membawa manfaat jangka panjang dalam hal kolaborasi lebih lanjut untuk meningkatkan layanan kesehatan dan memenuhi kebutuhan pasien.

Dengan demikian, kerja sama dengan rekanan apotek sekitar rumah sakit menjadi penting untuk menjaga kelangsungan pelayanan kesehatan, terutama dalam memastikan ketersediaan obat bagi pasien yang tercakup dalam program JKN di rumah sakit umum daerah.

Narasumber RS Swasta:

“Kami Rumah Sakit Swasta dananya dari klaiman BPJS, untuk pasien bpjs ditentukan code penyakitnya dari icd 10 setelah itu karena sudah ada budget pakatnya dalam inacbgs...masih ada casemix yang melakukan pengawasan batasan pembiayaan.... Pengadaan obat kami lebih tersistematis dari system dari semua obat terecord dengan jelas , apa yang di butuhkan akan terlihat”.

Untuk dapat melihat gambaran secara jelas ketersediaan obat di nilai dari penyakit menular di RSUD dan Rumah Sakit Sumber Waras dapat dilihat dalam grafik pada Gambar 4.

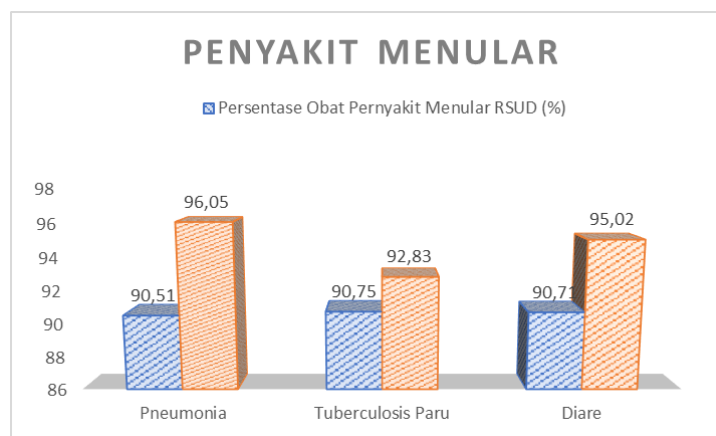
Catatan:

Dari tiga penyakit menular diperoleh Tuberculosis Paru sebagai persentase tertinggi dengan nilai 90.75% untuk RSUD sementara RS Swasta Pneumonia mencapai 96.05%.

Berdasarkan grafik V.3 menunjukkan, bahwa pada penyakit menular pneumonia di RSUD X sebanyak 90.51% dan RS Y 96.05%. Sedangkan pada penyakit tuberkulosis paru di RSUD X memperoleh 90.75% dan RS X mencapai 92.83%. Untuk penyakit diare di RSUD X dengan perolehan 90.71% dan RS Y mencapai 95.02%. Hasil penelitian ini, menunjukan bahwa kebutuhan obat di kedua rumah saki ini sudah memenuhi ketentuan yang telah di tetapkan untuk standar ketersediaan obat JKN yakni harus memperoleh nilai 80% obat yang terpenuhi. Dilihat dari nilai persentasi yang lebih tinggi di RS X di sebabkan oleh rumah sakit umum swasta biasanya memiliki sumber daya finansial yang lebih fleksibel dan lebih besar dibandingkan rumah sakit umum daerah dan juga memiliki kemampuan untuk mengalokasikan lebih banyak dana untuk pembelian obat-obatan dan manajemen persediaan.

Evaluasi pola pengadaan dan ketersediaan obat jaminan kesehatan nasional (JKN) di rumah sakit umum daerah dan rumah sakit swasta sering kali memilih fokus pada tiga penyakit utama, yaitu tuberkulosis, pneumonia, dan diare, disebabkan tingginya tingkat kejadian dan dampak kesehatan. Tuberkulosis, pneumonia, dan diare adalah penyakit yang memiliki tingkat kejadian yang tinggi di masyarakat. Ketiga penyakit ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang signifikan, terutama di negara-negara dengan tingkat kesehatan yang rendah.

Ketiga penyakit ini merupakan prioritas kesehatan masyarakat. Pemerintah seringkali menetapkan tuberkulosis, pneumonia, dan diare sebagai prioritas kesehatan masyarakat karena dampaknya yang luas terhadap populasi. Upaya pencegahan, diagnosis, dan pengobatan yang efektif terhadap ketiga penyakit ini menjadi fokus utama dalam program-program kesehatan nasional.



Gambar 4. Ketersediaan obat di nilai dari penyakit menular di RSUD X dan Rumah Sakit Y.

Sumber: RKO-Realisasi, Januari - Desember 2022

Ketersediaan obat yang esensial yang berupa obat-obatan yang digunakan untuk mengobati tuberkulosis, pneumonia, dan diare umumnya termasuk dalam daftar obat esensial yang disarankan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Memprioritaskan evaluasi pola pengadaan dan ketersediaan obat untuk ketiga penyakit ini memastikan ketersediaan obat yang penting untuk pengobatan dan penanggulangan penyakit-penyakit tersebut.

Tuberkulosis, pneumonia, dan diare sering digunakan sebagai indikator kinerja dalam sistem pelayanan kesehatan. Evaluasi pola pengadaan dan ketersediaan obat untuk ketiga penyakit ini dapat memberikan gambaran tentang efektivitas sistem pelayanan kesehatan dalam menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan kepada pasien.

Ketersediaan data yang cukup berupa data mengenai pola pengadaan dan ketersediaan obat untuk tuberkulosis, pneumonia, dan diare cenderung lebih mudah diperoleh karena penyakit-penyakit ini sering dipantau dan dilaporkan oleh rumah sakit. Dengan memfokuskan evaluasi pada tiga penyakit utama ini, rumah sakit dapat mendapatkan wawasan yang lebih mendalam tentang ketersediaan obat-esensial, kecukupan stok, dan kendala dalam sistem pengadaan obat, yang pada akhirnya dapat membantu meningkatkan ketersediaan obat dan layanan kesehatan secara keseluruhan.

3.2.9.2. Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular adalah penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi kuman. Perbandingan ketersediaan obat di nilai dari penyakit tidak menular di RSUD dan Rumah Sakit Sumber Waras. Pengukurannya dilakukan dengan ketersediaan obat JKN di kedua rumah sakit tersebut kemudian di kelompokkan berdasarkan dari jenis penyakit tidak menular.

Pemilihan lima penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi, gagal ginjal kronis, dan penyakit sendi sebagai fokus penelitian atau evaluasi di rumah sakit umum swasta dan rumah sakit umum daerah. Tingkat kejadian yang tinggi dan dampak kesehatan yang besar pada penyakit seperti diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi, gagal ginjal kronis, dan penyakit sendi memiliki tingkat kejadian yang tinggi dan dampak kesehatan yang signifikan di masyarakat. Penyakit ini seringkali menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas, serta memerlukan perawatan jangka panjang yang membutuhkan akses yang konsisten terhadap obat-obatan dan layanan medis.

Prioritas kesehatan masyarakat dimana pemerintah sering menetapkan penyakit tidak menular sebagai prioritas kesehatan masyarakat karena dampaknya yang luas terhadap populasi. Upaya pencegahan, diagnosis, dan pengelolaan penyakit-penyakit ini menjadi fokus utama dalam program-program kesehatan nasional.

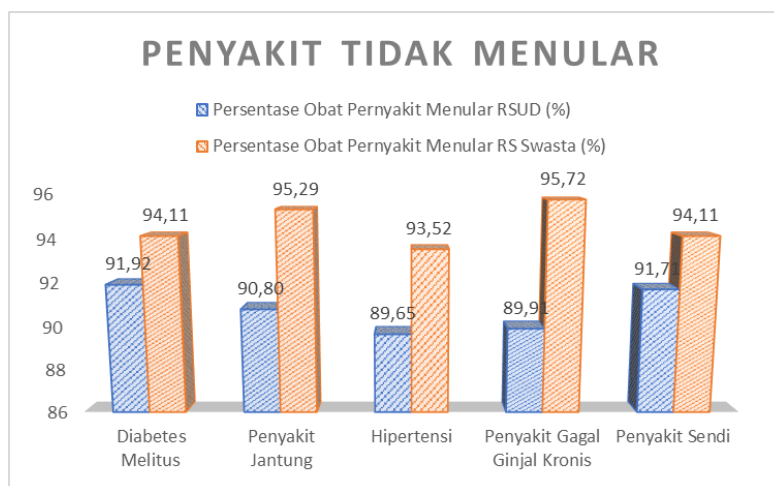
Ketersediaan obat dan layanan yang penting bagi penyakit-penyakit tersebut sering kali memerlukan obat-obatan yang penting dan layanan medis yang berkelanjutan. Memprioritaskan evaluasi pola pengadaan dan ketersediaan obat untuk penyakit-penyakit ini membantu memastikan ketersediaan obat yang diperlukan bagi pasien, terutama mereka yang tercakup dalam program jaminan kesehatan nasional. Data mengenai penyakit tidak menular seringkali mudah didapatkan dan dipantau oleh rumah sakit dan lembaga kesehatan lainnya. Ini memudahkan penelitian atau evaluasi terkait pola pengadaan obat dan ketersediaan layanan untuk penyakit-penyakit ini.

Tabel 5. Perbandingan ketersediaan obat di nilai dari penyakit tidak menular di RSUD dan Rumah Sakit Sumber Waras

No	Jenis Penyakit Tidak Menular	Item Obat RSUD	Persentase (%)	Item Obat RS Swasta	Persentase %
1	Diabetes Melitus	17	91,92	16	94,11
2	Penyakit Jantung	11	90,80	15	95,29
3	Hipertensi	17	89,65	22	93,52
4	Penyakit Gagal Ginjal Kronis	10	89,91	3	95,72
5	Penyakit Sendi	4	91,71	5	94,11

Indikator kinerja sistem kesehatan pada penyakit tidak menular sering digunakan sebagai indikator kinerja dalam sistem kesehatan karena prevalensinya yang tinggi dan dampaknya yang besar. Evaluasi pola pengadaan obat dan ketersediaan layanan untuk penyakit-penyakit ini dapat memberikan gambaran tentang efektivitas sistem kesehatan dalam menyediakan layanan yang diperlukan kepada pasien. Dengan memilih lima penyakit tidak menular sebagai fokus evaluasi, rumah sakit umum swasta dan rumah sakit umum daerah dapat mendapatkan wawasan yang lebih mendalam tentang pola pengadaan obat dan ketersediaan layanan untuk penyakit-penyakit yang memiliki dampak kesehatan yang signifikan bagi masyarakat. Ini membantu dalam meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Di rumah sakit, seleksi adalah proses pemilihan sejumlah obat secara rasional dengan tujuan meningkatkan pasokan dan pengadaan, membuat penggunaan obat lebih efisien, dan menurunkan biaya. Berikut adalah kriteria pemilihan obat yang baik: jenis obat yang dipilih seminimal mungkin dengan menghindari jenis yang sama, menghindari penggunaan obat kombinasi (kecuali obat kombinasi memiliki efek yang lebih baik daripada obat tunggal), dan pemilihan obat pilihan untuk penyakit dengan prevalensi tinggi jika jenis obatnya banyak.



Gambar 5. Ketersediaan obat di nilai dari penyakit tidak menular di RSUD X dan Rumah Sakit Y

Sumber: RKO-Realisasi, Januari - Desember 2022

Catatan:

*Dari kelima jenis penyakit tidak menular di dapatkan hasil untuk RSUD paling tinggi dengan persentase terbesar yaitu Diabetes Melitus 91.92% dan RSU Swasta 95.72% dengan perolehan realisasi ketersediaan obat untuk penyakit gagal ginjal kronik.

Apoteker berperan aktif dalam Pharmacy and Therapeutic Team (TFT) guna menentukan mutu, efektivitas, dan jaminan obat yang baik. iPenyusunan idan irevisi iFormularium irumah isakit merupakan salah satu tanggung jawab TFT. Ini juga membantu fasilitas farmasi melakukan tinjauan kebijakan dan peraturan yang mengatur penggunaan obat di rumah sakit sesuai dengan peraturan lokal dan nasional.

Dalam rangka penyelenggaraan JKN, Formularium Nasional merupakan daftar obat-obat tertentu yang harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan. Obat lain dapat digunakan dalam jumlah terbatas dengan persetujuan komite medis atau direktur utama rumah sakit setempat jika obat yang diperlukan tidak termasuk dalam formularium nasional. Formularium Rumah Sakit (RS) merupakan dokumen yang terus diperbaharui dan berisi sediaan obat terpilih dan informasi tambahan lainnya. Formularium Nasional dibuat dengan tujuan menjadi acuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjamin aksesibilitas obat yang efektif, bermutu, aman, dan terjangkau dalam sistem JKN. Tujuan Formularium Rumah Sakit adalah agar penggunaan obat di rumah sakit menjadi lebih efisien dan efektif sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian.

Formularium Rumah Sakit disusun berdasarkan Formularium Nasional yang disusun oleh Tim Farmasi dan Terapi (TFT) di bawah arahan Pimpinan Rumah Sakit dan memuat daftar obat-obatan yang telah disetujui oleh staf medis. Hal ini sesuai dengan temuan wawancara yang dilakukan dengan koordinator Instalasi Farmasi RS Universitas Sumatera Utara berikut ini:

Formularium Nasional ini menjadi dasar pemilihan obat RS dan RS Sumber Waras. Namun, Formularium Nasional tidak mencantumkan beberapa obat yang diperlukan dan sering diresepkan oleh dokter. Kami juga memiliki Formularium Rumah Sakit sebagai hasilnya. Obat-obatan dari Formularium Nasional dan dari Kelompok Tenaga Medis (KSM) dimasukkan ke dalam Formularium Rumah Sakit.

Dari wawancara dengan koordinator instalasi farmasi diketahui bahwa Formularium Nasional dan saran dari Kelompok Tenaga Medis (KSM) yang masuk dalam Formularium RS digunakan untuk pemilihan obat di RSUD X dan Rumah Sakit Y.

Setiap tahun, RSUD X dan Rumah sakit Y melakukan seleksi obat. Kelompok Tenaga Medis (KSM) menerima formulir usulan dari Instalasi Farmasi. Selain itu, Anda harus melampirkan atau menunjukkan saran obat berbasis bukti yang ingin Anda peroleh atau masukkan dalam Formularium Rumah Sakit. Apoteker dan dokter akan berperan sebagai sekretaris pada pertemuan Pharmacy and Therapeutic Team (TFT), yang kemudian akan ditinjau.

Kesesuaian item obat yang tersedia dengan Formularium Nasional merupakan indikator yang digunakan dalam tahap seleksi untuk mengukur penggunaan obat dalam kaitannya dengan Formularium Nasional. Data dikumpulkan secara retrospektif untuk mengetahui persentase item obat yang tersedia yang sesuai dengan Formularium Nasional.

3.2.10. Pengendalian

Kontrol, yang merupakan inti dari manajemen logistik obat, terkait erat dengan distribusi dan penyimpanan. Kontrol memerlukan kegiatan untuk mengamankan dan memantau fungsi logistik obat secara keseluruhan. Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit, ada dua macam pengawasan yaitu pengawasan internal dan pengawasan eksternal. Pengawasan internal bertujuan untuk mengawasi pemasukan idan peredaran obat oleh instalasi farmasi agar pembelian dan peredaran obat lebih efisien dan efektif (Anggraeni, 2018). Dengan mendata dan mengisi kartu stok obat, fasilitas farmasi menerapkan salah satu pengendalian internalnya. Konseling yang dilakukan yaitu dengan pemantauan secara berkala terhadap pelaksanaan tindakan korektif dan efektivitasnya. Evaluasilah hasilnya untuk menentukan apakah perbaikan telah dicapai dan jika ada langkah lebih lanjut yang perlu diambil. Implementasikan tindakan korektif yang telah disepakati untuk meningkatkan pengendalian dan pendataan pengisian kartu stok obat. Berdiskusi dengan bagian-bagian penanggung jawabnya tentang solusi dan perbaikan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi.

Di rumah sakit, laporan pembelian dan distribusi obat diperiksa sebagai bagian dari pengawasan eksternal. dengan melakukan pelatihan tambahan bagi petugas farmasi dan staf terkait untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang pembelian dan distribusi obat dan juga di sampaikan hasil akhir dari tim pengawasan eksternal.

Bila dibandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh IPDJ Instalasi farmasi RS dan RS Sumber Waras menggunakan obat kadaluarsa yang tidak berfungsi dengan baik sehingga terjadi kadaluarsa obat.

Adanya obat kadaluarsa di instalasi farmasi disebabkan oleh beberapa faktor, menurut narasumber, salah satunya karena mayoritas obat kadaluarsa di RS dan RS Sumber Waras dibeli setahun yang lalu. Sebelum dibuka rumah sakit, pelayanan kesehatan belum beroperasi penuh, sehingga banyak obat yang ada tidak berfungsi, sehingga perencanaan hanya mengandalkan perkiraan. Dari penyampaian bagian penanggung jawab pengadaan di kedua rumah sakit disebutkan bahwa Rumah sakit yang baru dibuka mungkin belum memiliki infrastruktur atau sistem yang tepat untuk memastikan kondisi penyimpanan yang optimal.

Untuk mengantisipasi kebutuhan selama masa transisi atau awal operasional, rumah sakit baru sering kali memesan persediaan obat yang berlebihan. Jika tidak ada cukup pasien yang membutuhkan obat tersebut, maka obat-obat ini dapat berakhir kadaluarsa sebelum digunakan. Rumah sakit yang baru dibuka mungkin memiliki keterbatasan data historis atau informasi pasien untuk melakukan perkiraan permintaan obat yang tepat.

Persentase obat yang expired date diperkirakan lebih tinggi mencapai di atas 50% tapi tidak ada data pasti karena tidak ada pencatatan ataupun histori dari awal rumah sakit dibuka dan sistem juga belum seperti saat ini.

3.2.11. Ketersediaan Obat di Rumah Sakit

Total stok obat Januari-Desember 2022 dihitung dengan membagi jumlah penggunaan obat per tahun dengan rata-rata penggunaan per bulan dikalikan satu bulan. Hal ini menghasilkan tingkat ketersediaan obat, yaitu jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan oleh pelayanan medis dalam jangka waktu yang telah ditentukan. Kisaran kecukupan obat diukur dengan indikator tingkat ketersediaan obat di instalasi farmasi. Kecukupan obat merupakan tanda bahwa pelayanan obat rumah sakit akan tetap mendukung pelayanan kesehatan. Jumlah persediaan obat per bulan di Instalasi Farmasi disebut dengan tingkat ketersediaan obat. Hasil tingkat ketersediaan obat di Instalasi Farmasi RSUD X dan rumah sakit Y.

Selain manfaat, keterjangkauan, keamanan, kualitas, dan ketersediaan, ketersediaan obat terkait erat dengan pendanaan dalam pelayanan kesehatan. Ketersediaan obat yang cukup baik jenis maupun jumlahnya setiap saat dibutuhkan oleh masyarakat dan dengan imbuhan yang terjamin merupakan salah satu syarat penting bagi pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu.

4. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan di atas dapat disimpulkan beberapa hal berikut ini: Obat JKN yang tersusun dalam formularium rumah sakit mengacu pada formularium nasional, sehingga kesesuaian kepatuhan penggunaan obat di RS Y yaitu 98,3% dan RSUD X sebesar 90% sehingga disimpulkan bahwa ketersediaan obat JKN untuk kedua rumah sakit telah sesuai menurut ketentuan yang telah ditetapkan. Jika terdapat kekosongan dari pihak distributor dapat berupa ketidakcocokan harga yang telah ditetapkan terkait obat JKN tetapi kendala ini dapat diatasi dengan adanya negosiasi dari kedua belah pihak baik itu dari distributor dan pihak rumah sakit sampai harga yang disepakati sesuai, jika obat JKN tidak tersedia pada saat dibutuhkan dikarenakan kosong pada pihak distributor maka kedua rumah sakit akan melakukan substitusi yang berupa obat dibeli dari apotek sekitar yang telah bekerja sama dengan kedua rumah sakit tersebut.

Dari hasil wawancara dengan narasumber RSUD X, diketahui bahwa keterlambatan pembayaran hutang obat kepada distributor disebabkan oleh proses pemberkasan dokumen pembayaran yang terlambat, dengan waktu tunggu pembayaran obat melebihi 120 hari karena adanya pekerjaan rangkap antara pengadaan dan pemberkasan, proses verifikasi berkas yang panjang dan ketat, serta pencairan klaim BPJS yang lambat. Situasi ini bertentangan dengan prinsip RSUD X sebagai BLUD, yang seharusnya memberikan fleksibilitas dalam menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Di sisi lain, Rumah Sakit Y tidak mengalami keterlambatan pembayaran obat, sehingga ketersediaan obat selalu terjamin dengan pembayaran yang relatif lebih cepat berkisar 30-45 hari, ini dimungkinkan karena komposisi pendapatan Rumah Sakit Y seimbang dari pasien umum, pasien asuransi, dan pasien BPJS.

Sistem adopsi e-catalogue dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menghadapi kendala yang menghambat optimalisasi pencapaian kinerja pengadaan obat di lapangan, khususnya di RSUD X. Kendala utama meliputi ketersediaan obat yang belum optimal, keterlambatan pengiriman obat, dan kendala teknis dalam sistem e-catalogue itu sendiri. Akibatnya, sering terjadi stock out obat di gudang farmasi RSUD X. Meskipun pembelian obat e-

catalogue dilakukan secara manual, masih mengacu pada harga dalam e-catalogue LKPP. Proses negosiasi harga yang memakan waktu lama seringkali menyebabkan stock out obat, yang terjadi sekitar 20 kali dalam satu bulan atau sekitar 0,13%. Dalam mengatasi ketersediaan obat, kerja sama dengan rekanan apotek di sekitar rumah sakit menjadi solusi penting, memastikan pasien JKN tetap dapat memperoleh obat dengan cepat dan mempertahankan kontinuitas pengobatan, terutama bagi pasien dengan kondisi kronis. Demikian juga yang dilakukan rumah sakit Y melakukan kerjasama antar rumah sakit, saat terjadi kekosongan obat di distributor atau pabrik dalam waktu tertentu rumah sakit Y dapat meminjam ke rumah sakit swasta lain yang sudah berkerjasama.

Dalam menganalisa dan mengatasi kekurangan persediaan obat, RSUD X menggunakan metode konsumsi dibantu dengan SIMRS yang disediakan pemerintah. Sementara itu, rumah sakit Y juga melakukan perhitungan dengan metode konsumsi, namun dengan pendekatan yang lebih komprehensif. Metode tersebut menggabungkan analisis data konsumsi sediaan farmasi periode sebelumnya dengan penggunaan buffer stock, stok waktu tunggu, dan memperhatikan sisa stok. Penggunaan buffer stock oleh Rumah Sakit X bervariasi antara 10% sampai 20% dari kebutuhan, namun rumah sakit tersebut memilih kebijakan buffer stock sebesar 10%. Hal ini dapat dilakukan berkat penerapan SIMRS (Teramedika) yang terintegrasi dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

References

- Anggraeni, O. M. N. (2018). *Sistem Pengendalian Internal Persediaan Obat-Obatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga*.
- Budianto, D. O. (2016). *Studi Pengelolaan Obat Tahap Pengadaan pada Era Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Swasta Daerah Istimewa Yogyakarta*.
- Dekrita, Y. A. & Samosir, M. (2022). *Manajemen keuangan rumah sakit: Konsep dan analisis*. Penerbit NEM.
- Juhana, A. A. (2023). The Faktor-Faktor Terjadinya Follow Up (FU) Pengiriman Obat Dari Pedagang Besar Farmasi (PBF) Di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya: diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian akhir program "sarjana". *Jengjala: Jurnal Riset Pengembangan Dan Pelayanan Kesehatan*, 2(01).
- Nartin, Faturrahman, Deni, H. A, Santoso, Heru, Y., Paharuddi, Suacana, I. W. G., & Indrayani, E. (2024). *Metode penelitian kualitatif*. Cendikia Mulia Mandiri.
- Nuha, U.. (2019). *Analisis Pengelolaan Obat pada Tahap Distribusi di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Periode 2017-2018*. Universitas Islam Sultan Agung.
- Nurdianna, F. (2017). Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Jurnal Promkes*, 5(2), 217–231.
- Putra, D. M. (2020). Dampak covid-19 terhadap kinerja keuangan dan kinerja layanan badan layanan umum di Indonesia. *Jurnal Manajemen Perbendaharaan*, 1(1), 51–67.
- Rachmad, Y. E., Rahman, A., Judijanto, L., Pudjiarti, E. S., Runtunuwu, P. C. H., Lestari, N .E., Wulandari, D., Suhirman, L., Rahmawati, F. A., & Mukhlis, I. Q.. (2024). *Integrasi metode kuantitatif dan kualitatif: Panduan praktis penelitian campuran*. PT. Green Pustaka Indonesia.
- Ramdhan, M. (2021). *Metode penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Saputra, W. A., Puspandari, D. A., & Kurniawan, M. F. (2019). Evaluasi Pengadaan Obat dengan E-Purchasing Melalui E-Catalogue di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2017–2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 8(3), 113–120.
- Sinaga, E. S., Ginting, I. R., Kusumaratna, R. K., & Marthias, T. (2021). Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi DKI Jakarta, Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 10(03).