

Pengaruh Proses Pengembangan dan Revisi Formularium Rumah Sakit terhadap Pengadaan dan Stok Obat

YUSI ANGGRIANI*¹, DWI PUDJANINGSIH², SRI SURYAWATI³

¹Magister Manajemen Kebijakan Obat UGM,

²Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta,

³Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Diterima 16 Januari 2008, Disetujui 16 April 2008

Abstract: Appropriate selection of medicines is needed to support its rational use. Medicines selection based upon a hospital formulary is an attempt to increase the medicine efficiency management. The objective of this study was to evaluate and compare the intrinsic value of seven grade C-hospital formularies in Yogyakarta, also concerning the development and revision of the used formularies. The result showed that the percentage of purchase of non-formulary medicines and that of the non-formulary medicines in stock were influenced by the frequency of revision of the formulary itself and drug policy in relation to the addition and deletion process of the used formulary. Non-formulary medicines purchase was low in hospitals which frequently revised the formulary, but hospital with no policy concerning addition and deletion increased the purchase of non formulary medicines. Besides that the use of brand name products in hospitals of the state was much lesser than that used in non-state hospitals (296-532 vs 573-1575). Formulary evaluation of state hospitals in comparison with non-state hospitals were as follows: essential medicines (41-71% vs 20-28%), medicines with primary literature (73-90% vs 67-73%), drugs with single component (41-71% vs 20-28%). The quality of formulary in state and non-state grade C-hospitals in Yogyakarta must be improved.

Key words: formulary, drug selection, revised.

PENDAHULUAN

SEKITAR 70 % dari obat yang ada di dunia merupakan obat-obat kopi (*copy drugs*) dan non-esensial. Obat baru yang beredar tidak memiliki informasi memadai tentang kemanfaatan dan keamanan obat serta tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat⁽¹⁾. Selain itu, perkembangan obat baru juga diikuti dengan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, termasuk pembiayaan obat. Oleh karena itu, obat sebagai komponen penting dalam pelayanan kesehatan harus dikelola sebaik-baiknya untuk menciptakan derajat kesehatan yang optimal. Ketidakefisienan dalam pengelolaan obat dapat memberikan dampak negatif, baik secara medik maupun ekonomik.

Seleksi obat merupakan salah satu cara yang dapat ditempuh untuk mengendalikan pembiayaan obat. Formularium rumah sakit merupakan landasan kebijakan dalam manajemen obat di rumah sakit dan

menjadi prinsip penting yang harus diperhatikan oleh Panitia Farmasi dan Terapi (PFT)⁽²⁾. Formularium merupakan sarana yang sangat baik untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi pembiayaan pengobatan di rumah sakit. Formularium dapat menunjukkan tingkat keefektifan dalam mencapai sasaran terapi, ekonomi, dan atau administrasi⁽³⁾.

Pada umumnya, rumah sakit telah memiliki formularium, tetapi pemanfaatan formularium sebagai salah satu alat untuk meningkatkan efisiensi pengelolaan obat masih belum optimal. Selama ini, formularium rumah sakit masih dianggap sebagai dokumen yang hanya digunakan untuk keperluan kegiatan administrasi (sebagai salah satu dokumen untuk akreditasi rumah sakit). Pada dua rumah sakit kelas B dan beberapa rumah sakit kelas C di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah menunjukkan bahwa jumlah obat yang terdapat pada formularium rumah sakit sangat bervariasi antara 165-1296. Persentase obat di luar daftar obat esensial bervariasi antara 5-30%. Pemakaian obat di luar formularium bervariasi antara 0,39-45%. Panitia Farmasi dan Terapi belum memiliki mekanisme pemasukan dan

* Penulis korespondensi, Hp. 08122954935
e-mail: yusi1777@yahoo.com

pengeluaran obat dari formularium rumah sakit yang dapat mendukung peningkatan manajemen obat di rumah sakit⁽²⁾.

Persediaan obat non-formularium di Rumah Sakit Panti Rapih selalu naik, namun hal ini tidak diagendakan untuk dibahas dalam pertemuan PFT. Selain itu, permintaan obat yang telah disetujui oleh direktur tidak terdokumentasi⁽²⁾. Berdasarkan fakta di lapangan, formularium rumah sakit belum dimanfaatkan secara optimal sebagai alat yang dapat digunakan untuk peningkatan manajemen obat di rumah sakit. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan oleh profil formularium rumah sakit belum baik, keterlibatan dokter dalam proses penyusunan belum optimal, atau kurangnya sosialisasi formularium rumah sakit. Berdasarkan kondisi tersebut, maka menarik untuk diungkap bagaimana proses penyusunan dan revisi formularium, dan apakah proses tersebut melibatkan pihak-pihak yang terkait dengan pemanfaatan formularium. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang proses penyusunan, revisi, dan kriteria seleksi obat. Selain itu juga dilihat bagaimana pengaruh proses revisi terhadap obat non-formularium rumah sakit.

BAHAN DAN METODE

Rancangan yang digunakan adalah penelitian non-eksperimental, berupa studi kasus terhadap formularium rumah sakit dan bersifat eksploratif. Penelitian dilakukan di lima rumah sakit pemerintah dan dua rumah sakit swasta kelas C yang ada di Daerah Istimewa Yogyakarta. Data penelitian tentang proses pengembangan formularium rumah sakit merupakan data primer. Data primer diperoleh dari observasi dan wawancara mendalam kepada direktur rumah sakit, ketua komite medik, ketua PFT, sekretaris panitia PFT, dan dokter Staf Medik Fungsional (SMF) atau kelompok spesialisik dasar di rumah sakit kelas C yang terdiri dari: kebidanan dan kandungan, penyakit anak, penyakit dalam, dan bedah umum. Alat yang dipakai dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan dan *tape recorder* untuk merekam wawancara mendalam.

Data lain yang diambil untuk melihat dampak proses revisi terhadap ketersediaan obat non-formularium merupakan data sekunder dan berupa data kuantitatif. Data sekunder diambil dari formularium rumah sakit, dokumen kegiatan PFT, dokumen pendukung produk obat formularium rumah sakit, faktur pengadaan obat, dan laporan stok obat selama satu tahun.

Data kualitatif berupa peran, pendapat, dan informasi tentang proses penyusunan dan revisi

formularium, didapatkan melalui wawancara mendalam. Data kualitatif disajikan secara tekstual. Analisis data kualitatif dilakukan dengan analisis deskriptif dan analisis isi, yaitu dengan mengidentifikasi temuan, dikodifikasi dan dikelompokkan sesuai dengan isinya. Data kuantitatif disajikan dalam bentuk tabel. Informasi dari data kuantitatif digabung dengan informasi kualitatif untuk menginterpretasikan permasalahan yang terjadi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses penyusunan formularium rumah sakit kelas C di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Dari wawancara mendalam dan observasi dokumen/notulen PFT, secara umum proses pengembangan formularium rumah sakit melalui beberapa tahapan: 1) mendata semua obat yang ada dalam stok rumah sakit; 2) mengedarkan daftar stok obat yang tersedia dan formulir pengajuan obat untuk masuk dalam formularium; 3) rapat anggota PFT untuk mendiskusikan masalah pembuatan formularium; 4) mengundang dokter SMF untuk membahas kriteria seleksi obat dan usulan obat yang akan dimasukkan ke dalam formularium rumah sakit; 5) menyusun formularium rumah sakit berdasarkan hasil-hasil rapat dengan dokter spesialis. Teknis penyusunan formularium di seluruh rumah sakit yang diteliti dilakukan oleh sekretaris PFT, yang merupakan seorang farmasis; 6) penetapan formularium rumah sakit oleh direktur rumah sakit.

Proses penyusunan formularium sudah melibatkan dokter di rumah sakit. Meskipun demikian, keterlibatan dokter dalam proses penyusunan belum optimal. Sekretaris PFT menyatakan bahwa pada saat rapat pembahasan formularium tidak semua dokter hadir. Hal ini terjadi karena para dokter harus melakukan proses pelayanan. Untuk mengatasi masalah tersebut, pembahasan jenis obat per kelas terapi disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing spesialis medik. Misalnya adalah untuk pembahasan kelas terapi anestesi, peserta rapat pembahasan harus dihadiri oleh dokter dari spesialis bedah. Proses seperti ini pada umumnya terjadi di semua rumah sakit kelas C di DIY.

Untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya formularium rumah sakit dan cara menseleksi obat yang tepat, dua rumah sakit (Rumah Sakit G dan B) melibatkan ahli farmakologi dalam proses penyusunan formularium. Proses ini sesuai dengan salah satu langkah dalam seleksi obat yang direkomendasikan oleh *World Health Organization* dan *Management Science and Health* (2001),

yaitu meminta pendapat ahli untuk pertimbangan rekomendasi. Proses ini harus diperoleh dari dokter atau farmasis yang memiliki pengetahuan memadai tentang obat⁽⁶⁾.

Rangkap jabatan anggota PFT merupakan salah satu penyebab lambatnya proses penyusunan formularium. Secara teknis, pertemuan dalam proses penyusunan formularium dikoordinir oleh sekretaris PFT yang juga merangkap sebagai kepala Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Banyaknya kegiatan lain yang harus dilakukan sebagai kepala instalasi farmasi menyebabkan proses penyusunan formularium menjadi terhambat.

Selain itu, hambatan dalam proses penyusunan formularium banyak berkaitan dengan masalah komunikasi dan koordinasi untuk mengadakan suatu pertemuan. Pertemuan PFT tidak terjadwal secara teratur. Hambatan lain yang terjadi dalam proses penyusunan formularium adalah kurangnya dukungan finansial. Hambatan ini terutama terjadi di rumah sakit pemerintah. Proses penyusunan formularium memerlukan dukungan finansial yang memadai. Pelaksanaan pertemuan dan pencetakan buku dengan bentuk dan format yang menarik harus didukung oleh sumber keuangan yang pasti, namun anggaran untuk penyusunan formularium sangat terbatas, sehingga secara umum formularium rumah sakit pemerintah dicetak dalam bentuk yang sederhana. Sumber daya manusia dapat meningkatkan produktivitasnya jika didukung oleh sumber daya finansial, sarana, manusia, kemampuan teknologis, serta sistem.

Untuk mengatasi masalah keterbatasan sumber informasi tentang suatu produk obat dapat dilakukan dengan berkonsultasi dan bekerja sama dengan pemegang kebijakan yang berwenang atau pusat studi yang menyediakan sumber informasi tentang produk obat⁽⁷⁾.

Menurut Hasan (1986), agar PFT dapat bekerja dengan efektif, diperlukan sejumlah persyaratan. Persyaratan pertama adalah kejelasan tugas PFT. Anggota PFT sebaiknya dipilih dari kelompok yang mempunyai hubungan yang jelas dengan kinerja PFT. Kedua, PFT sebaiknya bersifat independen. Ketiga, PFT harus mengalokasikan waktu yang cukup untuk membina hubungan antar anggota sebelum melangkah memecahkan masalah penggunaan obat. PFT juga memerlukan dukungan semua pihak yang terkait dengan penggunaan obat⁽⁸⁾.

Hambatan-hambatan yang terjadi sebenarnya dapat diatasi dengan mengoptimalkan peranan PFT dan mengatur jadwal pertemuan secara rutin. PFT merupakan struktur vital yang dapat berfungsi sebagai salah satu strategi untuk implementasi

dan koordinasi secara komprehensif dalam upaya penggunaan obat yang rasional di rumah sakit. PFT harus menjadi pelaku kunci dalam program bidang farmasi di rumah sakit, seperti dalam hal seleksi obat melalui formularium rumah sakit, dan merencanakan anggaran obat⁽⁹⁾.

Kriteria seleksi obat pada rumah sakit pemerintah belum ditetapkan secara formal melalui kebijakan rumah sakit, sedangkan pada rumah sakit swasta, kriteria seleksi obat telah ditetapkan melalui kebijakan rumah sakit. Penerapan kriteria seleksi obat secara formal akan memberikan standar bagi para dokter untuk mengajukan permintaan obat baru. Dengan adanya kebijakan ini, sebenarnya PFT dapat lebih mengoptimalkan mekanisme pemasukan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit karena sudah ada batasan yang jelas. Tetapi, pemanfaatan kebijakan tentang kriteria obat yang harus diajukan belum berjalan optimal.

Ditinjau dari masing-masing kriteria seleksi obat, untuk kriteria kualitas masih berorientasi pada kualitas fisik dan kimia yang dinyatakan dalam sertifikat analisis, akan tetapi tidak semua obat memiliki sertifikat analisis. Sekretaris PFT menyatakan bahwa untuk obat yang tidak memiliki sertifikat analisis, kualitas dinilai berdasarkan industri yang telah melakukan proses Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB). Diasumsikan apabila industri telah memiliki sertifikat CPOB, maka obat yang diproduksi memiliki kualitas baik. Beberapa dokter menyatakan bahwa kualitas dinilai berdasarkan kemanfaatan obat dalam memperbaiki kondisi pasien, namun penilaian ini masih bersifat subyektif. Data pendukung uji klinik untuk obat baru biasanya tidak tersedia, walaupun kadangkala untuk obat baru informasi tersebut tersedia tetapi penelaahan atas informasi tersebut jarang dilakukan karena keterbatasan waktu. Keterbatasan sumber informasi yang mendukung tentang manfaat klinik suatu obat menyebabkan penilaian kualitas obat hanya dinilai berdasarkan kualitas fisik dan kimia serta penilaian klinik secara subyektif dari dokter.

Perhitungan *cost effectiveness* dalam pertimbangan harga obat belum dilakukan. Pada umumnya, pihak instalasi farmasi memilih produsen yang dapat memberikan potongan harga besar. Obat yang dipilih dapat merupakan obat murah dan mahal. Hal ini kemungkinan terjadi karena PFT belum mendapatkan gambaran pengetahuan yang jelas tentang cara penerapan *cost effectiveness* dalam seleksi obat formularium rumah sakit.

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. Menurut ketentuan Depkes RI tahun 1998, penyusunan formularium rumah sakit harus mengacu pada standar pengobatan yang berlaku.

Proses revisi formularium rumah sakit kelas C di DIY. Tugas PFT adalah melakukan penilaian ulang secara berkala terhadap obat yang tercantum dalam formularium, menambah, dan menghapus daftar obat yang ada dalam formularium. Revisi seharusnya dilakukan paling sedikit setiap dua tahun atau lebih sering jika diperlukan. Tetapi, pada beberapa rumah sakit, proses revisi formularium belum dilakukan secara berkala. Penyebab yang paling sering dinyatakan oleh sekretaris PFT adalah keterbatasan waktu untuk melakukan evaluasi. Secara umum, Sekeretaris PFT menyatakan bahwa untuk revisi formularium diperlukan waktu khusus dan cukup lama. Sebagian besar rumah sakit baik pemerintah maupun swasta tidak mempunyai forum pertemuan Panitia Farmasi dan Terapi yang terjadwal secara teratur, sehingga pada saat pertemuan PFT diadakan, banyak agenda tentang pengelolaan obat yang harus dibahas. Hal ini menyebabkan pembahasan materi tentang evaluasi penggunaan atau revisi formularium tidak terfokus.

Secara ideal, pertemuan PFT harus dilakukan setiap sebulan sekali atau paling sedikit setiap empat bulan sekali. Pertemuan yang tidak teratur atau jarang dilaksanakan mengakibatkan terlalu banyak agenda yang harus dibahas. Hal ini dapat menyebabkan kegiatan atau evaluasi yang perlu dilaksanakan tidak mencapai hasil yang optimal. Setiap pertemuan harus memiliki agenda yang dideskripsikan secara jelas dan dikemukakan dalam pertemuan. Dokumentasi pertemuan diperlukan untuk evaluasi kegiatan dan sebagai bahan pertimbangan untuk agenda pertemuan berikutnya⁽⁶⁾.

Proses komunikasi yang terbentuk antara anggota PFT dan dokter di rumah sakit melalui forum pertemuan komite medik atau pertemuan PFT berpengaruh terhadap proses revisi formularium rumah sakit. Semakin baik proses komunikasi yang terjalin antara anggota PFT dan dokter melalui pertemuan PFT di rumah sakit akan memudahkan sosialisasi masalah yang terjadi dalam pengelolaan obat, termasuk proses revisi formularium rumah sakit, seperti pendapat dari salah satu direktur rumah sakit berikut ini:

"Jadi begini, dokter itu punya otoritas tinggi, makanya yang kita tekankan ya komunikasi, jadi saya tidak menggunakan pendekatan yang terlalu kaku. Kita ada jadwal rapat komite medik tiap

minggu sekali, hari kamis. Tiap bulan sekali kita gunakan untuk rapat PFT, kalau banyak masalah yang harus dibahas, 2 minggu sekali. Pendekatan itu pendekatan komunikasi, jadi dokter tidak dikekang, kalau dikekang ya tidak mau".

Mekanisme penambahan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit belum berjalan dengan baik. Hal ini berakibat pada tingginya daftar obat non-formularium. Pengadaan obat baru yang diminta oleh dokter di empat rumah sakit dapat langsung dilakukan tanpa melalui proses pertemuan PFT. Penelitian yang telah dilakukan oleh Utami (2000) pada rumah sakit di DIY dan Jawa Tengah juga menunjukkan bahwa masalah pemasukan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit belum menjadi perhatian dan prioritas utama⁽⁶⁾.

Dari tiga rumah sakit yang melakukan pembahasan terhadap permintaan obat, evaluasi, dan revisi per bagian, hanya dua RSUD yang menerbitkan suplemen atas hasil pembahasan dan revisi. Sosialisasi hasil revisi formularium rumah sakit juga belum berjalan dengan baik. Formularium rumah sakit yang telah direvisi tidak disosialisasikan secara menyeluruh kepada pihak yang terkait (dokter, perawat). Hanya dokter SMF dan anggota PFT yang hadir dalam pertemuan yang dapat mengetahui bahwa formularium rumah sakit telah direvisi. Apabila sosialisasi formularium rumah sakit tidak dilakukan secara menyeluruh, maka kemungkinan dapat berakibat pada obat yang baru masuk formularium hanya digunakan oleh dokter tertentu saja. Hal ini dapat berakibat pada resiko menumpuknya stok obat non-formularium karena pemakaian yang tidak berlanjut.

Menurut Santoso (1995), formularium rumah sakit yang telah disusun wajib ditaati oleh setiap dokter yang melaksanakan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini bisa dicapai apabila pihak yang bersangkutan terlibat dalam proses perencanaan dan formularium disosialisasikan kepada semua dokter yang ada di rumah sakit⁽⁷⁾.

Pengaruh proses revisi dan evaluasi formularium secara berkala terhadap pengadaan dan stok obat non-formularium. Hasil evaluasi terhadap pengadaan dan stok obat di rumah sakit menunjukkan adanya obat non-formularium rumah sakit. Secara umum, pada rumah sakit yang sering melakukan revisi formularium memiliki persentase pengadaan dan stok obat non-formularium relatif rendah. Sedangkan pada rumah sakit yang jarang atau tidak pernah melakukan evaluasi dan revisi, maka obat non-formularium dalam pengadaan dan stok menjadi tinggi (Tabel 1).

Perkembangan obat baru yang beredar sangat

Tabel 1. Pengaruh frekuensi revisi formularium rumah sakit terhadap obat non-formularium.

Indikator	Rumah sakit pemerintah				Rumah sakit swasta		
	A	B	C	D	E	F	G
% pengadaan obat non-formularium	31	34	24	7	1	65	3
% stok obat non-formularium	41	27	36	28	1	64	9
Frekuensi revisi	1	4	3	1	4	0	1
Tahun formularium terbaru	1995	2000	1999	2001	2001	1996	2001

pesat, sehingga formularium yang jarang dievaluasi dan direvisi dapat mengakibatkan permintaan dokter terhadap obat non-formularium sering terjadi. Seorang direktur rumah sakit menyatakan dalam wawancara mendalam :

"Menurut saya, formularium yang terakhir tahun 1995 sudah out of date, karena sudah banyak ilmu-ilmu yang berkembang di kedokteran, farmasi, atau malah teknologinya. Kalau Formularium sudah terlalu lama tidak baiklah, compliencenya nanti tidak ada lagi".

Untuk mengatasi hal ini, peranan PFT dalam melaksanakan tugas evaluasi penggunaan obat di rumah sakit harus ditingkatkan. PFT yang efektif harus mempunyai waktu untuk kegiatan penambahan dan penghapusan obat. Penambahan obat baru seharusnya diikuti dengan pengurangan obat yang sejenis dari formularium, meninjau kembali kelas terapi dalam formularium oleh dokter dan farmasis yang kompeten, dan meninjau kembali program untuk mengidentifikasi dan mengatasi problem penggunaan obat. Tanpa ketiga proses tersebut, formularium akan mengkoliksi obat tua yang sudah tidak sesuai dengan kriteria kemanfaatan dan keamanan⁽⁶⁾.

Di rumah sakit B, walaupun formularium rumah sakit secara rutin direvisi, tetapi pengadaan dan stok obat non-formularium cukup tinggi. Hal ini terjadi karena adanya kebijakan yang menyatakan bahwa dokter boleh meminta obat sejenis dengan nama dagang lain maksimal 5 macam. Dalam formularium rumah sakit B, macam obat per jenis zat aktif pada umumnya kurang dari 5 macam, namun pengadaan obat non-formularium tinggi. Sekretaris PFT dan direktur menyatakan walaupun pengadaan obat non-formularium cukup tinggi, namun stok maksimal yang ada dalam persediaan maksimal 500 macam. Ditinjau dari segi pengelolaan jumlah stok yang cukup rendah akan menguntungkan, namun apabila peresepan obat di rumah sakit dievaluasi, maka indikator peresepan obat yang sesuai dengan formularium rumah sakit akan menjadi rendah. Berdasarkan fakta yang terjadi di

RSUD B, ternyata implementasi kebijakan rumah sakit tentang pengelolaan obat dapat menimbulkan kontradiksi dengan tujuan penetapan formularium rumah sakit.

Penerapan kebijakan penggantian obat sejenis dengan nama dagang lain diharapkan dapat menurunkan pengadaan dan stok obat non-formularium. Rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta telah mempunyai kebijakan yang menyatakan bahwa pihak instalasi farmasi dapat mengganti dengan obat sejenis dengan merk lain. Meskipun demikian, baik di rumah sakit swasta maupun beberapa rumah sakit pemerintah, kewenangan ini belum dimanfaatkan secara optimal, karena ada sebagian besar dokter yang tidak setuju dengan penggantian merk obat.

Penggantian obat dengan nama dagang sejenis tidak dapat dilakukan di Rumah Sakit F. Kebijakan Rumah Sakit F menyatakan bahwa obat dengan nama dagang tidak boleh diganti dengan obat sejenis dengan nama dagang lain tanpa persetujuan dokter. Kebijakan ini dapat menyebabkan stok obat non-formularium rumah sakit menjadi tinggi, karena umumnya permintaan dokter yang tertulis dalam resep disediakan di rumah sakit.

Pada rumah sakit yang menerapkan kebijakan tentang penggantian obat sejenis yang diresepkan dokter dengan nama dagang lain dan yang tidak menerapkan, ternyata tetap terjadi pengadaan obat non-formularium. Hal ini kemungkinan terjadi karena obat masih merupakan sumber utama pemasukan rumah sakit, apabila resep banyak yang tidak terlayani, maka pendapatan rumah sakit akan menurun.

Perkembangan obat baru di dunia sangat pesat, apabila formularium rumah sakit tidak dievaluasi dan direvisi secara rutin, maka formularium rumah sakit tersebut akan *out of date*. Untuk mengatasi hal ini, peranan PFT dalam melaksanakan tugas evaluasi penggunaan obat di rumah sakit harus ditingkatkan. Hal ini sesuai dengan usulan para direktur rumah sakit yang diteliti, mereka menyatakan bahwa untuk mengevaluasi penggunaan obat di rumah sakit, salah

satu cara yang dapat dilakukan adalah meningkatkan peranan dan fungsi PFT.

Profil formularium rumah sakit kelas C di Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan, seluruh rumah sakit kelas C di DIY telah memiliki formularium. Berdasarkan hasil penelitian ini, menarik untuk dicermati bahwa pada semua indikator terdapat perbedaan yang sangat bermakna antara rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta. Dari setiap indikator secara keseluruhan, rumah sakit pemerintah lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Perbandingan profil

formularium rumah sakit kelas C di DIY disajikan pada Tabel 2.

Pada rumah sakit swasta, jumlah macam nama dagang obat tinggi (> 1000 macam). Di Rumah Sakit G, dokter hanya mengusulkan nama zat aktif obat, sedangkan penentuan pilihan nama dagang obat dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit (kepala instalasi farmasi, direktur, wakil direktur, dan PFT). Dalam Formularium Rumah Sakit Panti Rapih, zat aktif yang tersedia adalah 1575 macam, jumlah ini sangat besar bila dibandingkan dengan enam rumah sakit lainnya. Hal ini terjadi karena dalam

Tabel 2. Perbandingan profil formularium rumah sakit kelas C di DIY.

Indikator	Rumah sakit		Pemerintah			Swasta	
	A	B	C	D	E	F	G
Σ Zat aktif	525	441	382	532	296	513	1575
Σ Nama dagang	619	570	388	686	308	1002	2153
% Ketersediaan obat generik	37	35	26	34	50	17	18
% Ketersediaan obat non-generik	63	65	74	66	50	83	82
% Obat esensial	61	41	49	41	71	28	20
% Obat non-esensial	39	59	51	59	29	72	80
% Obat dengan literatur primer	61	41	49	41	71	28	20
% Obat tanpa literatur primer	39	59	51	59	29	72	80
% Obat nama dagang generik	31	26	29	27	48	16	13
% Obat nama dagang non-generik	69	74	71	73	52	84	87
% Obat sediaan tunggal	90	77	73	80	90	67	73
% Obat sediaan kombinasi	10	23	27	20	10	33	27

formularium Rumah Sakit Panti Rapih, setiap satu jenis zat disediakan berbagai macam bentuk sediaan dan kekuatan dosis. Dengan jumlah zat aktif yang sangat besar maka obat nama dagang yang masuk dalam formularium rumah sakit menjadi besar.

Antar rumah sakit pemerintah, variasi jumlah macam nama dagang cukup besar. Dari lima rumah sakit pemerintah, jumlah macam nama dagang di empat rumah sakit dua kali lebih besar dibandingkan dengan Rumah Sakit E. Berdasarkan wawancara dengan sekretaris PFT Rumah Sakit E, terungkap bahwa jumlah macam obat yang cukup rendah terjadi karena dengan jumlah tersebut kebutuhan pengobatan di Rumah Sakit E sudah tercukupi. Kerjasama dan komunikasi yang terjalin dengan baik merupakan faktor yang mendukung jumlah macam obat tidak terlalu besar. Sedangkan di rumah sakit lain, dinyatakan jumlah macam obat sedikit tidak mencukupi kebutuhan terapi. Jumlah dokter yang lebih banyak menyebabkan semakin banyak

usulan dokter yang harus diakomodasi. Adanya kecenderungan untuk mengakomodasi permintaan obat oleh dokter. Hal ini terungkap dalam hasil wawancara dengan seorang direktur rumah sakit berikut ini:

"Kebutuhan obat biasanya disusun berdasarkan kebutuhan di rumah sakit seperti apa dan kita memfasilitasinya. Kita tidak terlalu strict (ketat) dengan formularium yang penting obatnya nanti rasional dan memang ada hak keahlian dari masing-masing dokter itu. Ya namanya dokter khan ada otoritasnya, jadi negosiasilah. Jadi ya banyak diwarnai oleh kebutuhan di rumah sakit dan kepentingan masing-masing dokter. Ya memang ada kepentingan idealisme dan pragmatisme, jadi bagaimana memang harus diatur bagaimana keduanya bisa tercakup semua".

Seorang dokter SMF menyatakan:

"Seharusnya attem obat itu lebih banyak lebih baik, dokter itu harus diberi kewenangan sedemikian

rupa dalam memberi masukan untuk formularium".

Umumnya, dokter atau profesi kesehatan lain secara rutin hanya menggunakan kurang dari 200 jenis macam obat⁽⁸⁾. Dengan konsep ini, sebenarnya adopsi DOEN secara komprehensif ke dalam formularium rumah sakit dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk mencapai efisiensi pengelolaan obat dan penggunaan obat yang rasional. Di rumah sakit pemerintah, standar jumlah obat sebenarnya hanya berkisar 500-600 macam, tetapi di salah satu rumah sakit swasta, jumlah zat aktif jauh lebih besar dibanding dengan jumlah obat yang ada dalam DOEN 1998⁽¹⁰⁾.

Jumlah macam nama dagang obat pada rumah sakit pemerintah tidak terlalu jauh dengan daftar obat esensial, yaitu sekitar 600 macam. Tetapi, jumlah macam nama dagang pada rumah sakit swasta 2-4 kali lebih besar dibandingkan dengan DOEN 1998. Sebagai perbandingan di negara lain seperti Denmark (*Danish*), besarnya jumlah macam obat yang direkomendasikan oleh komite farmasi rumah sakit hanya berkisar antara 200-600 macam. Jumlah obat tersebut disesuaikan dengan tipe rumah sakit tersebut, seperti rumah sakit universitas, rumah sakit regional, atau lokal⁽⁹⁾.

Jika ditinjau dari segi pengelolaan obat, persediaan dan jumlah macam obat yang besar dapat menimbulkan in-efisiensi dalam pengelolaan obat. Apabila semua macam obat tersebut tersedia di rumah sakit, maka akan diperlukan sumber daya manusia, sarana, dan biaya yang cukup besar untuk mengelola obat tersebut⁽¹⁾. Hal ini sesuai dengan pernyataan sekretaris PFT Rumah Sakit E, bahwa jumlah obat yang sedikit memudahkan dalam pengelolannya baik fisik maupun administrasi.

Dari tujuh rumah sakit kelas C di DIY, enam rumah sakit masih mengacu pada DOEN tahun 1994, Formularium yang ada saat ini seharusnya mengacu pada DOEN edisi tahun 1998, karena DOEN tahun 1994 sudah mengalami perubahan yaitu sebanyak 10 macam obat dihapus dan ditambah 61 macam obat.

Ditinjau dari persentase Daftar Obat Esensial Nasional yang masuk dalam formularium di empat rumah sakit pemerintah dan dua rumah sakit swasta masih rendah. Dari hasil wawancara terungkap bahwa obat esensial yang terdapat dalam DOEN belum memenuhi kebutuhan untuk terapi di rumah sakit. Para dokter SMF dan pihak manajemen rumah sakit menyatakan tidak semua obat yang dibutuhkan tercantum dalam DOEN, sehingga rumah sakit harus menyediakan obat lain di luar DOEN. Obat esensial yang dipilih berdasarkan pada kemanfaatan, keamanan, dan *cost effectiveness* akan memberikan

kualitas pengobatan yang lebih baik. PFT di rumah sakit harus mempunyai tanggung jawab untuk mengadopsi Daftar Obat Esensial Nasional⁽⁶⁾.

Persentase ketersediaan obat generik dalam formularium rumah sakit Kelas C di DIY masih rendah (<50%). Hanya Rumah Sakit E yang memiliki ketersediaan obat generik dalam formulariumnya sebesar 50%. Untuk mencapai hasil yang optimal, standar ketersediaan obat generik di rumah sakit dapat diasumsikan dengan konsep sebagai berikut: satu jenis zat aktif obat idealnya dapat disediakan 3 macam nama dagang dengan pertimbangan harga yang murah, mahal, dan obat generik. Dengan asumsi ini, maka ketersediaan obat generik di rumah sakit minimal adalah 34%. Berdasarkan asumsi ini, dan dari hasil evaluasi yang telah dilakukan, maka hanya empat rumah sakit yang memenuhi standar tersebut, yaitu Rumah Sakit A, Rumah Sakit B, Rumah Sakit C, dan Rumah Sakit E, sedangkan pada tiga rumah sakit lainnya, ketersediaan obat generiknya belum memenuhi asumsi standar.

Beberapa rumah sakit memiliki kebijakan tentang penggunaan obat generik bagi pasien yang tidak mampu, yaitu Rumah Sakit F, Rumah Sakit G, dan Rumah Sakit B. Tetapi, walaupun sudah ada kebijakan tentang penggunaan obat generik di rumah sakit, persentase penggunaannya masih rendah. Sebagai contoh, penggunaan obat generik di Rumah Sakit C sebesar 52%⁽¹¹⁾, sedangkan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, penggunaan obat generik hanya sekitar 29%⁽¹²⁾. Hal ini kemungkinan terjadi karena ketersediaan obat generik dalam formularium rumah sakit masih rendah.

Hal sebaliknya terjadi di Rumah Sakit E. Berdasarkan evaluasi persepsian yang dilakukan sekretaris PFT Rumah Sakit E (tahun 2001), rata-rata persepsian obat generik per tahun adalah 70%. Besarnya persentase persepsian obat generik kemungkinan dapat terjadi karena ketercakupan obat generik dalam formularium Rumah Sakit E cukup tinggi, yaitu sebesar 50%.

Hasil pengamatan terhadap ketersediaan data pendukung obat yang masuk dalam formularium rumah sakit menunjukkan bahwa obat di luar Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) tidak memiliki data pendukung yang berupa data uji klinik. Sumber informasi yang tersedia pada umumnya bersifat tersier. Hasil wawancara mendalam dengan dokter SMF dan anggota PFT mengungkapkan bahwa selama ini, data pendukung yang digunakan oleh rumah sakit berasal dari sumber informasi yang diberikan oleh industri dan bersifat komersial. Informasi lain didapatkan dari buku-buku informasi obat yang juga bersifat komersial (Informasi Spesialit Obat, Daftar

Obat Indonesia). Hasil wawancara dengan beberapa responden adalah sebagai berikut:

"Sumber informasi yang digunakan biasanya dari buku IMS, ISO atau literatur yang ada di Rumah Sakit, kadang-kadang juga informasi dari pabriknya". Disampaikan oleh seorang Sekretaris PFT.

"Untuk informasi selain buku yang tersedia di Rumah Sakit, kadang-kadang kami juga melakukan browsing di internet, tetapi kami sering kesulitan untuk mendapatkan informasi yang valid dan kadang-kadang kami sulit untuk menilai informasi yang kami dapatkan, ya menilai journal itu baik atau tidak". Disampaikan oleh seorang Sekretaris PFT.

"Saya dapat informasi tentang obat dari detailer, ada juga literatur, brosur obat dan seminar-seminar tentang obat baru". Disampaikan oleh seorang dokter SMF.

"Informasi yang didapat ya dari produsen, seminar atau pertemuan ilmiah tentang obat, karena kita tidak melakukan penelitian sendiri, maka masih subyektif sekali". Disampaikan oleh seorang dokter SMF.

Berdasarkan kondisi tersebut, maka persentase data pendukung uji klinik hanya dihitung dari obat esensial yang ada di rumah sakit, karena obat esensial merupakan obat yang dipilih dengan berdasarkan kriteria seleksi obat dan memiliki bukti manfaat klinik yang memadai. Ternyata, di semua rumah sakit, data pendukung uji klinik untuk obat non-esensial tidak tersedia. Ada beberapa literatur sekunder atau tersier, namun literatur tersebut belum dimanfaatkan sebagai sumber informasi untuk melihat kemanfaatan dan keamanan pada saat seleksi obat.

Ketersediaan informasi uji klinik atau informasi primer yang mendukung tentang kemanfaatan dan keamanan dalam seleksi obat di luar DOEN masih sedikit. Informasi yang didapatkan selama ini umumnya berasal dari industri yang biasanya bersifat komersial. Fakta yang terjadi di sektor farmasi baik swasta atau pemerintah adalah sebagian besar dokter tidak mendapatkan informasi yang cukup tentang kemanfaatan obat secara menyeluruh dari industri yang memproduksinya. Padahal dokter dan konsumen bergantung pada semua atau sebagian besar informasi tentang efek suatu obat dari industri yang memproduksi. Beberapa industri memanfaatkan kelemahan ini dengan menyediakan sumber informasi yang bias untuk meningkatkan penjualan dan keuntungan bagi industri⁽¹³⁾.

Selain itu, sumber informasi yang berasal dari industri hanya menekankan pada aspek positif dari suatu produk tetapi tidak memberikan informasi

yang jelas tentang efek negatif⁽¹⁴⁾. Kekurangan sumber informasi yang memadai tentang suatu produk dapat menyebabkan obat yang dipilih kurang tepat dan dapat mengakibatkan pengobatan menjadi tidak rasional. Sayangnya, informasi ilmiah yang tidak bias seringkali sukar diperoleh oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang membutuhkan.

Di rumah sakit pemerintah, penyebab hal tersebut adalah kurangnya dukungan sarana, prasarana, dan sumber daya manusia. Di rumah sakit swasta, sarana dan dukungan finansial cukup memadai, tetapi kemampuan sumber daya manusia untuk menelaah sumber informasi yang diperoleh masih belum memadai.

Ditinjau dari bentuknya, hanya dua rumah sakit yang mempunyai bentuk buku formularium cukup praktis (kecil dan mudah dibawa) dan menarik, yaitu Rumah Sakit Panti Rapih dan Rumah Sakit B. Sedangkan untuk lima rumah sakit lain bentuk buku formularium terlalu besar dan tidak praktis untuk dibawa. Format formularium seharusnya mudah digunakan dan mempunyai bentuk yang atraktif. Informasi yang relevan dari dokter berkaitan dengan suatu produk dapat dimuat dalam bentuk tabel atau teks⁽⁷⁾. Bentuk dan format formularium dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan dalam penggunaannya⁽¹⁾.

SIMPULAN

Mekanisme penyusunan dan pengembangan formularium rumah sakit kelas C di DIY belum berjalan dengan baik karena panitia farmasi dan terapi tidak memiliki jadwal pertemuan yang teratur karena kesibukan melaksanakan kewajiban tugas pelayanan. Frekuensi revisi formularium dan kebijakan tentang pemasukan dan pengeluaran obat dari formularium rumah sakit dapat mempengaruhi pengadaan dan stok obat non formularium.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Direktur dan Kepala Instalasi Farmasi RSUD Kota Yogyakarta, RSUD Sleman, RSUD Bantul, RSUD Wates, RSUD Wonosari, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dan RS Panti Rapih, serta seluruh pihak yang banyak membantu penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Quick JD, Ranjin JR, Laing RO, O'Connor R, Hogerzeil HV, Dukes MNG, Garnet A. Managing drug supply. 2nd ed. West Hartford: Kumarian Press; 1997.

2. Madrid I, Velazquez G, Fefer. Pharmaceuticals and health sector reform in the Americas: an economic perspective. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. Rucker TD, Schiff G. Drug formularies: myths-information. *Medical Care*. 1990.28(10).
4. Utami JNW. Pengembangan indikator kinerja panitia farmasi dan terapi rumah sakit [tesis]. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Manajemen Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada; 2000.
5. Lasmintosssi R. Evaluasi pengadaan obat di Rumah Sakit Panti Rapih [tesis]. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Manajemen Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada; 2000.
6. World Health Organization, Management Science and Health. Drug and therapeutics committee. Modul on International Training Course, Centre For Clinical Pharmacology and Drug Policy Gadjah Mada University, Yogyakarta, 2001.
7. Santoso B. Hospital pharmacy and therapeutic committees in Southeast Asia. *Medical Progress*. 1995.
8. Hasan WE. Hospital pharmacy. 5th ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1986.
9. World Health Organization. The use of essential drugs. Technical Report Series no. 850. Geneva: World Health Organization; 1995.
10. Departemen Kesehatan RI. Daftar obat esensial nasional. Jakarta: Direktorat Jendral Pengawasan Obat dan Makanan Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1998.
11. Indriawati CS. Analisis pengelolaan obat di rumah sakit umum daerah Wates [tesis]. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Manajemen Kebijakan Obat Universitas Gadjah mada; 2001.
12. Yuniarti. Analisis biaya obat pasien rawat jalan melalui substitusi generik di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta [tesis]. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Manajemen Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada; 2001.
13. World Health Organization. Public-private role in the pharmaceutical sector. WHO/DAP/97.12. Geneva: World Health Organization; 1997.
14. World Health Organization. Guide to good prescribing. A practical manual. WHO/DAP/94.1. Geneva: World Health Organization; 1994.