

EVALUASI PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT PUBLIK SERTA KETERSEDIAAN OBAT DI TINGKAT PUSKESMAS SE-WILAYAH KERJADINKES KOTA SURAKARTATAHUN 2015

EVALUATION OF PLANNING AND AVAILABILITY OF PUBLIC MEDICINE ON COMMUNITY HEALTH CENTER AT ALL WORK AREA OF SURAKARTA DEPARTMENT OF HEALTH IN 2015

Eko Yudha Prasetyo^{1*}, Satibi^{2**}, Gunawan Pamudji Widodo^{3*}
1/3 Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
2 Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada
Jl. Let. Jend. Sutoyo, Mojosongo, Jebres, Surakarta 57127
ekoyudhap@yahoo.com

ABSTRAK

Perencanaan obat merupakan aspek penting dalam pengelolaan obat. Perencanaan bertujuan menetapkan jenis dan jumlah obat sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Meskipun regulasi pedoman perencanaan obat publik sudah dibuat tapi masih ditemui stok obat berlebih dan stok kosong. Dengan pertimbangan tersebut, diperlukan evaluasi proses perencanaan tingkat puskesmas dan pengaruhnya terhadap ketersediaan obat. Penelitian bertujuan mengetahui proses perencanaan, permasalahan yang dihadapi dan ketersediaan obat puskesmas se-wilayah kerja DKK Surakarta.

Penelitian ini bersifat evaluatif dengan pendekatan kualitatif yang didukung dengan data kuantitatif untuk menggali informasi tentang proses perencanaan kebutuhan obat oleh Puskesmas. Data sekunder diperoleh dari hasil penelusuran dokumen perencanaan obat tahun 2015 dan laporan pemakaian obat. Data sekunder diolah untuk mengetahui ketepatan perencanaan, ketersediaan dan kesesuaian permintaan obat. Untuk memperkuat informasi dilakukan wawancara dan triangulasi kepada pengelola obat terkait

Hasil penelitian menunjukkan perencanaan obat belum efisien, rata-rata ketepatan perencanaan puskesmas perawatan 440,5% dan non perawatan 389,98%. Permasalahan dalam perencanaan yakni belum optimalnya penggunaan sistem informasi manajemen elektronik dalam menyediakan data dasar perencanaan, proses e-purchasing memerlukan waktu dan administrasi yang panjang, perencanaan obat puskesmas tidak terealisasi sepenuhnya, puskesmas menerima obat diluar perencanaan. Rata-rata ketersediaan obat puskesmas perawatan 31,13 bulan dan non-perawatan 33,95 bulan.

Kata kunci: Evaluasi, Perencanaan, Ketersediaan, Puskesmas

ABSTRACT

Drug planning is an important aspect of drug management. Planning is aimed at determining the type and amount of drug in accordance with the needs of community health center. Although the regulatory guideline of public drug management have been made, but still found the incidence of overstock and stockout. With these considerations it's necessary to evaluate related planning processes and drug availability. The purpose of this study to know the planning process, the problems encountered and the level of drug availability in community health center throughout the whole working area of Surakarta Department of Health.

This research is observational and evaluative study with qualitative approach, supported by quantitative data. Secondary data were obtained from the search document of drug plan for 2015, the usage and demand report of drug. The secondary data is processed to determine the accuracy of planning, the availability and suitability of drug demand. To strengthen information were conducted triangulation and interviews with drug manager related.

The results showing the drug plan has not been efficient seen from an average accuracy of drug planning in treatment primary health centers is 440.5% and 389.98% at non-treatment primary health centers. The problems in planning isn't optimal use of information management system based on electronically in providing data for drug planning, the procurement with e-purchasing requires time and administration are too long, the plan of medicine isn't fully realized, the community health center received drug beyond the plan so that the use of drugs less effective, The average availability of drugs in the category of excess which amounted to 31.13 months in treatment health centers and 33.95 months in non-treatment.

Keywords: Evaluation, Planning, availability, public health center

PENDAHULUAN

Salah satu bagian dalam siklus pengelolaan obat adalah perencanaan. Tujuan utama dari perencanaan kebutuhan obat adalah untuk menetapkan jenis dan jumlah obat sesuai dengan pola penyakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar termasuk program kesehatan yang telah ditetapkan. (Depkes RI, 2007)

Berdasarkan penelitian mengenai perencanaan dan pengadaan obat di puskesmas wilayah Surabaya Timur dan Surabaya Selatan mengungkapkan bahwa "Walaupun regulasi perencanaan obat di puskesmas sudah disusun namun masih ditemukan kejadian "stock out" dan "overstock" (Athijah 2010).

Ketidaktepatan merencanakan kebutuhan obat dengan baik di tingkat puskesmas, akan berpengaruh pada persediaan obat. Puskesmas akan mengalami terjadinya persediaan obat yang berlebih (*over stock*) ataupun masalah kekosongan obat (*stock out*). Kelebihan & kekosongan obat disebabkan jumlah permintaan dan persediaan yang tidak seimbang akibat dari kurang tepatnya dalam penentuan jumlah persediaan.

DKK Surakarta membawahi 17 puskesmas, namun belum pernah

dilakukan evaluasi mengenai proses perencanaan kebutuhan obat publik. Dengan pertimbangan tersebut maka diperlukan evaluasi terkait proses perencanaan di tingkat puskesmas dan mengetahui permasalahan dalam perencanaan obat serta pengaruhnya terhadap ketersediaan obat.

Tujuan penelitian ini untuk:
 1) Mengetahui proses perencanaan kebutuhan obat publik di puskesmas perawatan dan non perawatan se wilayah kerja Dinkes kota Surakarta.
 2) Mengetahui permasalahan yang terjadi dalam perencanaan kebutuhan obat publik di tingkat puskesmas di wilayah kerja DKK Surakarta.
 3) Mengetahui ketersediaan obat publik pada sarana kesehatan tingkat puskesmas di wilayah kerja kota Surakarta.

METODE

Penelitian ini berjenis penelitian observasional dengan pendekatan kualitatif didukung data kuantitatif untuk menggali informasi tentang proses perencanaan kebutuhan obat oleh puskesmas. Populasi penelitian ini adalah tenaga pengelola obat puskesmas. Dalam menentukan informan sebagai sampel yang akan

diwawancarai, dilakukan dengan teknik *total sampling*.

Informan utama wawancara adalah kepala pelaksana farmasi puskesmas sebanyak 17 orang. Informan untuk Triangulasi adalah 3 orang terdiri dari 1 orang Kepala Puskesmas, 1 orang Kepala Instalasi Farmasi Kota dan 1 orang Kepala bidang Kefarmasian DKK.

Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan responden dan triangulasi, dan data sekunder diperoleh dari hasil penelusuran dokumen LPLPO dan data perencanaan obat tahunan. Variabel utama dalam penelitian ini adalah ketepatan perencanaan, ketersediaan obat.

Tabel 1. Ketepatan perencanaan puskesmas perawatan

| No | Nama Puskesmas | Σ obat indikator | Ketepatan perencanaan (%) | Kurang (%) | Tepat (%) | Berlebih (%) |
|------------------|----------------|-------------------------|---------------------------|---------------|--------------|---------------|
| 1 | Sibela | 104 | 385,03 | 29,8 | 4,8 | 65,4 |
| 2 | Gajahan | 44 | 211,22 | 31,03 | 5,17 | 63,8 |
| 3 | Pajang | 36 | 350,51 | 30,55 | 8,33 | 61,12 |
| 4 | Banyuwangi | 47 | 815,24 | 44,68 | 6,38 | 48,94 |
| Total | | 231 | 1762 | 136,06 | 24,68 | 239,26 |
| Rata-rata | | 57,75 | 440,5 | 34,01 | 6,17 | 59,81 |

Sumber : data diolah

Rata-rata ketepatan perencanaan kebutuhan obat di puskesmas perawatan sebesar 440,5%. Data jumlah obat dengan perencanaan tepat hanya sebesar 6,17%. Item obat indikator adalah item obat yang diajukan dalam perencanaan tahunan. Tidak semua item obat masuk dalam perencanaan tahunan karena ketersediaan item obat berbeda-beda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Perencanaan Kebutuhan Obat

Data ketepatan perencanaan diolah dari jumlah perencanaan kebutuhan obat untuk tahun 2015 dibagi jumlah pemakaian nyata selama tahun 2015, dengan standar rentang tepat 100% - 110% (Depkes RI, 2002). Item obat indikator adalah item obat yang diajukan dalam perencanaan tahunan. Tidak semua item obat masuk dalam perencanaan tahunan karena ketersediaan item obat berbeda-beda. Hanya obat dengan ketersediaan kurang dan obat-obat yang dirasa perlu yang diprioritaskan masuk dalam perencanaan tahunan.

Hanya obat dengan ketersediaan kurang dan obat-obat yang dirasa perlu yang diprioritaskan masuk dalam perencanaan tahunan. Puskesmas Sibela memiliki obat indikator lebih banyak karena ketersediaan obat di puskesmas pada tahun sebelumnya banyak yang mulai menipis serta puskesmas memiliki berbagai rencana program kesehatan di tahun berjalan.

Tabel 2. Ketepatan perencanaan puskesmas non perawatan

| No | Nama Puskesmas | Σ obat indikator | Ketepatan perencanaan | | | |
|------------------|------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|--------------|--------------|
| | | | (%) | Kurang (%) | Tepat (%) | Berlebih (%) |
| 1 | Nusukan | 77 | 305,82 | 23,37 | 2,59 | 74,04 |
| 2 | Manahan | 43 | 206,27 | 30,23 | 9,3 | 60,47 |
| 3 | Ngoresan | 35 | 149,56 | 60 | 0 | 40 |
| 4 | Gilingan | 43 | 205,14 | 9,75 | 7,31 | 82,92 |
| 5 | Jayengan | 45 | 695,48 | 22,44 | 2,22 | 73,33 |
| 6 | Pucangsawit | 37 | 123,98 | 45,94 | 8,1 | 45,94 |
| 7 | Sangkrah | 60 | 121,98 | 53,55 | 5 | 41,66 |
| 8 | Setabelan | 69 | 161,04 | 24,63 | 0 | 75,36 |
| 9 | Purwosari | 34 | 755,47 | 32,35 | 11,76 | 55,88 |
| 10 | Purwodiningratan | 54 | 397,78 | 27,77 | 1,85 | 70,37 |
| 11 | Penumping | 47 | 342,49 | 12,76 | 6,38 | 80,85 |
| 12 | Gambirsari | 45 | 1179,9 | 0 | 0 | 100 |
| 13 | Kratonan | 42 | 424,87 | 33,33 | 2,38 | 64,28 |
| Total | | 631 | 5069,78 | 376,12 | 56,89 | 865,1 |
| Rata-rata | | 48,54 | 389,98 | 28,93 | 4,376 | 66,54 |

Sumber :data diolah

Semua puskesmas memiliki rata-rata ketepatan perencanaan jauh diatas 110% Perencanaan obat yang berlebih menunjukkan tidak efisiennya dana yang digunakan dalam investasi pengadaan obat. Sementara perencanaan obat yang kurang bisa mengganggu ketersediaan obat. Untuk itu walaupun sangat sulit meramalkan pemakaian obat tepat 100% setidaknya akan sangat penting jika rentang ketepatan perencanaan berada pada level 100% -110%.

Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan ketepatan perencanaan semua puskesmas di wilayah kerja DKK Surakarta belum

efisien karena presentase ketidaktepatan perencanaan obat kurang dan obat berlebih masih lebih besar dari presentase rentang perencanaan obat tepat.

Rata-rata jumlah item obat di puskesmas perawatan sebanyak 175,5 jenis item obat. Rata-rata jumlah obat yang direncanakan namun tidak digunakan di puskesmas perawatan sebesar 16.27 %. Rata-rata jumlah item obat di puskesmas non rawat inap sebanyak 151,85 jenis item obat. Rata-rata jumlah obat yang direncanakan namun tidak digunakan di puskesmas rawat inap sebesar 19,16 %.

Tabel 3. Perbandingan jumlah obat riil dengan jumlah obat direncanakan puskesmas perawatan

| No | Nama Puskesmas | \sum item obat riil | \sum item obat perencanaan | % obat direncanakan | \sum obat direncanakan tapi tidak digunakan (%) |
|------------------|----------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|
| 1 | Sibela | 170 | 104 | 61,18 | 24 (23,07) |
| 2 | Pajang | 167 | 36 | 21,56 | 4 (11,11) |
| 3 | Banyuwangi | 187 | 47 | 25,13 | 4 (8,51) |
| 4 | Gajahan | 178 | 58 | 32,58 | 13(22,41) |
| Total | | 702 | 245 | 140,45 | 65,1 |
| Rata-rata | | 175,5 | 61,25 | 35,11 | 16,27 |

Sumber data diolah

Tabel 4. Perbandingan jumlah obat riil dengan jumlah obat direncanakan puskesmas non perawatan

| No | Nama Puskesmas | \sum item obat riil | \sum item perencanaan obat | (%) obat direncanakan | \sum obat direncanakan tapi tidak digunakan (%) |
|------------------|----------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| 1 | Nusukan | 157 | 77 | 49,04 | 24(31,16) |
| 2 | Manahan | 151 | 43 | 28,48 | 3(6,97) |
| 3 | Ngoresan | 140 | 35 | 25,00 | 2(5,71) |
| 4 | Gilingan | 163 | 41 | 25,15 | 13(31,70) |
| 5 | Penumping | 154 | 47 | 30,52 | 11(23,40) |
| 6 | Purwosari | 146 | 34 | 23,29 | 7(20,58) |
| 7 | Pucangsawit | 155 | 37 | 23,87 | 3(8,10) |
| 8 | Sangkrah | 152 | 60 | 39,47 | 9(15) |
| 9 | Setabelan | 147 | 69 | 46,94 | 21(30,43) |
| 10 | Purwodiningr | 151 | 54 | 35,76 | 7(12,96) |
| 11 | Gambirsari | 156 | 45 | 28,85 | 16(35,55) |
| 12 | Kratonan | 150 | 42 | 28,00 | 7(16,66) |
| 13 | Jayengan | 152 | 46 | 30,26 | 5(10,86) |
| Total | | 1974 | 630 | 414,64 | 249,08 |
| Rata-rata | | 151,85 | 48,46 | 31,90 | 19,16 |

Setiap puskesmas memiliki program pengobatan masing masing, berdasarkan hasil wawancara pernah terjadi obat yang direncanakan untuk program pengobatan namun pengusul program lupa untuk merealisasikan program tersebut.

Pada beberapa puskesmas terjadi mutasi pegawai (dokter). Dokter yang tadinya mengusulkan obat dalam perencanaan diganti dengan dokter lain, sementara selera penulis resep dalam pemilihan obat untuk penyakit yang sama berbeda-beda. Obat yang sudah

direncanakan menjadi tidak terpakai dan obat tersimpan di IFK sedangkan tidak ada permintaan terhadap item obat tersebut dari puskesmas. Peran kepala puskesmas dan pengelola obat sangat penting dalam komunikasi kepada penulis resep untuk meningkatkan komitmen peresepan terhadap obat yang sudah direncanakan sebelumnya.

2. Proses perencanaan

Proses perencanaan kebutuhan obat disusun oleh tim perencanaan obat terpadu dengan menganut sistem *bottom up*. Perencanaan diawali dari tingkat dasar yaitu usulan penulis resep di puskesmas yang dirapatkan dalam tim perencana intern puskesmas, hasil rapat intern puskesmas akan dibahas di forum pengelola obat dari 17 puskesmas, kemudian hasil rapat forum di usulkan ke tim perencana tingkat kota.

2.1 Tahap pemilihan obat.

Pemilihan jenis obat dalam perencanaan puskesmas mengacu pada formularium puskesmas.. Proses pengajuan obat baru agar dapat masuk formularium puskesmas merupakan representasi dari beberapa puskesmas dengan berbagai dasar alasan pengusulan. Usulan obat baru puskesmas disampaikan ke forum pengelola obat 17 puskesmas kemudian di teruskan ke tim penyusun formularium puskesmas. Hasil akhir disetujui atau tidaknya usulan obat tersebut akan dibahas oleh tim penyusun formularium puskesmas dengan mempertimbangkan "*risk and benefit*" suatu obat dilihat dari aspek farmakologi dan farmakoekonomi.

Pemilihan jenis obat yang akan direncanakan merupakan kesepakatan

dari perwakilan setiap unit fungsional di puskesmas. Petugas farmasi bertugas menghitung jumlah kebutuhan dari tiap jenis obat yang disepakati oleh anggota tim perencanaan. Khusus pemilihan dan perhitungan obat-obat tertentu untuk kebutuhan poli gigi (Pehacain), poli kesehatan ibu dan anak (Vitamin dan tablet Fe, obat-obat KB) tidak dihitung oleh petugas farmasi, melainkan dihitung oleh pemegang poli itu sendiri.

Tahap pemilihan obat dalam proses perencanaan obat di puskesmas sudah sesuai prosedur karena melibatkan setiap unit pelayanan yang berkaitan langsung dengan peresepan obat dalam pelayanan di puskesmas.

2.2 Tahap Kompilasi pemakaian obat. Tahap kompilasi pemakaian obat dilakukan oleh petugas pengelola obat di puskesmas. Informasi dari data pemakaian obat digunakan sebagai data dasar perhitungan kebutuhan obat. Dari jawaban informan menunjukkan sumber data yang digunakan dalam merencanakan kebutuhan obat diperoleh dari catatan obat harian dari setiap unit pelayanan puskesmas yang direkap dalam Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO). Data yang digunakan yakni rata-rata pemakaian per bulan, sisa stok, waktu tunggu kedatangan obat, waktu kekosongan obat, dan stok pengaman.

Kekosongan beberapa jenis obat selama beberapa bulan mempengaruhi perhitungan rata-rata pemakaian per bulan sehingga data yang diterima tidak mencerminkan kebutuhan obat secara riil.

Tahap kompilasi pemakaian obat di tingkat puskesmas sebagian

besar sudah sesuai dengan teori perencanaan obat mengenai jenis data dasar yang digunakan, namun keakuratan data pemakaian obat per bulan masih diragukan. Ketidakakuratan data dasar yang dimiliki inilah yang mungkin menyebabkan hasil dari perencanaan kebutuhan beberapa item obat tidak tepat.

2.3 Tahap perhitungan kebutuhan obat. Metode perhitungan yang digunakan merupakan metode konsumsi. Metode konsumsi dirasa dapat memberikan gambaran terhadap kebutuhan obat yang akan datang serta cukup fleksibel diterapkan pada pelayanan kesehatan dasar (Quick, 2012).

Pola perencanaan kebutuhan obat untuk periode yang akan datang diperkirakan sama dengan 1,5 kali pemakaian periode sebelumnya setelah ditambah stok penyangga, yakni dengan rumus :

$$\text{Rata pemakaian bulan} \times 18 - \text{sisa stok}$$

Perhitungan rata-rata pemakaian per bulan \times 18 bulan (dengan asumsi 12 bulan stok kerja + 6 bulan stok pengaman) untuk obat *slow moving* atau 20 bulan (dengan asumsi 12 bulan + 8 bulan) untuk obat *fast moving*.

Dalam menjaga ketersediaan obat, puskesmas diharuskan memiliki stok pengaman. Stok pengaman puskesmas adalah jumlah stok yang disediakan untuk menghindari kekosongan obat atau sebagai persediaan apabila permintaan obat meningkat atau bila terjadi keterlambatan pengiriman (Depkes RI, 2008).

Idealnya setiap obat di puskesmas dihitung stok optimumnya, namun kenyataannya belum semua obat dilakukan perhitungan stok optimum. Sehingga dalam melakukan permintaan obat hanya didasarkan perkiraan semata.

Belum semua puskesmas melakukan tahap perhitungan sesuai standar, karena beberapa puskesmas belum memperhitungkan stok optimum. Ketidakakuratan data dasar pada tahap kompilasi obat akan berpengaruh terhadap hasil perhitungan rencana kebutuhan.

2.4. Tahap penyesuaian rencana pengadaan obat. Penyesuaian rencana pengadaan obat dan tahap koordinasi lintas program dilakukan oleh tim perencana tingkat kota. Rencana kebutuhan obat kota didasarkan dari hasil estimasi kebutuhan obat puskesmas serta memperhitungkan sisa stok obat di IFK.

Rencana kebutuhan obat dibahas pada rapat tim perencana obat terpadu untuk penyempurnaan. Tim perencanaan tingkat kota melibatkan apoteker. Hasil akhir perencanaan obat yang diusulkan dari tahap sebelumnya akan ditinjau oleh tim dengan berbagai pertimbangan termasuk seleksi obat, anggaran, dan kebutuhan program.

3. Permasalahan yang dihadapi dalam proses perencanaan

Kesulitan dan hambatan yang dialami dalam perencanaan kebutuhan obat di tingkat intern puskesmas jarang ditemui karena komunikasi antar anggota masih terjalin intensif dengan lingkup yang lebih kecil.

Sistem informasi dalam pengelolaan obat khususnya

perencanaan sangat dibutuhkan seperti tersedianya data mengenai jenis, jumlah penerimaan, pemakaian, persediaan dan seluruh data mengenai mutasi obat. Dokumen yang digunakan sebagai bukti mutasi obat adalah formulir LPLPO, formulir ini juga digunakan sebagai laporan permintaan obat dari puskesmas ke IFK. Format daftar obat dalam simpus yang digunakan saat ini belum seragam dengan format daftar obat LPLPO. Tidak semua daftar obat yang ada di puskesmas tercantum dalam format Simpus. Berdasarkan hasil wawancara, pengelola obat puskesmas melakukan pencatatan obat masih secara manual karena dinilai lebih mudah dilakukan di sela waktu pelayanan obat.

Kebutuhan obat berbeda-beda di setiap puskesmas, seringkali ditemui perbedaan persepsi mengenai usulan obat untuk terapi penyakit yang sama. Sementara tidak mungkin DKK memenuhi semua usulan obat, untuk itu perlu dilakukan seleksi obat. Tim perencanaan obat melakukan seleksi obat dengan mempertimbangkan aspek klinis dan farmakoekonomi. Sehingga perencanaan yang diusulkan oleh puskesmas bisa saja berubah sesuai hasil seleksi tim perencanaan.

Evaluasi perencanaan kebutuhan obat belum dilakukan oleh semua puskesmas, hanya beberapa puskesmas melakukan evaluasi dengan cara membandingkan penerimaan dan pemakaian obat dengan jumlah yang direncanakan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui beberapa sasaran seperti :

- a. Bagaimana kesesuaian penerimaan terhadap jumlah yang direncanakan.

- b. Bagaimana ketepatan perencanaan terhadap jumlah pemakaian obat.
- c. Apakah perencanaan sudah sesuai dengan kebutuhan (Quick, 2012)

Proses perencanaan kebutuhan obat tidak mudah dilakukan karena siklus obat berlangsung secara terus menerus dan dipengaruhi berbagai komponen lain.

B. Ketersediaan Obat

1. Tingkat Ketersediaan Obat.

Tingkat ketersediaan obat adalah jumlah kuantum obat yang tersedia di puskesmas selama satu tahun dibagi dengan jumlah pemakaian rata-rata obat per bulan. Kriteria tingkat ketersediaan obat dikatakan kurang jika <12 bulan, tingkat ketersediaan obat cukup 12-18 bulan, dan tingkat ketersediaan obat berlebih jika >18 bulan (Depkes RI, 2002).

Rata-rata tingkat ketersediaan obat di puskesmas perawatan sebesar 31,13 bulan. Meskipun tingkat ketersediaan berlebih, namun jumlah item obat dengan ketersediaan cukup masih lebih banyak dibanding dengan item obat dengan ketersediaan kurang

Terdapat satu puskesmas yang memiliki rata-rata tingkat ketersediaan obat mendekati rentang optimal. Berdasarkan hasil wawancara terhadap pengelola obat, puskesmas menjalin kerjasama dengan institusi rumah sakit yakni dengan realokasi obat. Puskesmas memiliki item obat dengan ketersediaan berlebih, disamping itu ada item obat lain dengan ketersediaan kurang. Puskesmas melakukan realokasi item obat berlebih dengan item obat yang dibutuhkan puskesmas kepada rumah sakit.

Tabel 5. Tingkat ketersediaan obat di puskesmas perawatan

| No | Nama puskesmas | \sum item obat | Rata rata ketersediaan (bulan) | Kurang (<12) | Cukup (12-18) | Lebih (>18) |
|------------------|----------------|------------------|--------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 1 | Banyuwangi | 187 | 32,89 | 45 | 78 | 64 |
| 2 | Gajahan | 178 | 35,19 | 36 | 82 | 60 |
| 3 | Sibela | 170 | 32,23 | 37 | 70 | 63 |
| 4 | Pajang | 167 | 24,21 | 38 | 79 | 50 |
| Total | | 702 | 124,52 | 156 | 309 | 237 |
| Rata-rata | | 175,5 | 31,13 | 39 | 77,25 | 59,25 |

Sumber : data diolah

Tabel 6. Tingkat ketersediaan obat di puskesmas non perawatan

| No | Nama puskesmas | \sum item obat | Rata rata ketersediaan(bulan) | Kurang (<12) | Cukup (12-18) | Lebih (>18) |
|------------------|----------------|------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 1 | Nusukan | 157 | 25,62 | 34 | 49 | 74 |
| 2 | Manahan | 151 | 35,9 | 38 | 57 | 56 |
| 3 | Ngoresan | 140 | 30,26 | 33 | 65 | 42 |
| 4 | Kratonan | 150 | 26,15 | 39 | 61 | 50 |
| 5 | Penumping | 154 | 40,24 | 30 | 67 | 57 |
| 6 | Pucangsawit | 155 | 37,29 | 53 | 60 | 42 |
| 7 | Purwosari | 146 | 32,29 | 30 | 72 | 44 |
| 8 | Gilingan | 163 | 36,69 | 61 | 58 | 44 |
| 9 | Sangkrah | 152 | 29,69 | 32 | 74 | 46 |
| 10 | Gambirsari | 156 | 56,17 | 3 | 4 | 149 |
| 11 | Jayengan | 152 | 32,41 | 43 | 52 | 57 |
| 12 | Purwodiningrat | 151 | 37,23 | 43 | 58 | 50 |
| 13 | Setabelan | 147 | 21,44 | 30 | 65 | 52 |
| Total | | 1974 | 441,38 | 469 | 742 | 763 |
| Rata-rata | | 151,85 | 33,95 | 36,08 | 57,08 | 58,69 |

*Sumber : data diolah

Berdasarkan jenis item obat, ketersediaan obat di puskesmas se-wilayah kerja DKK Surakarta sudah baik, jumlah item obat dalam kategori ketersediaan obat cukup lebih banyak dibanding jumlah item obat dengan ketersediaan kurang ataupun berlebih. Namun Jika dilihat dari rata-rata ketersediaan obat per bulan masih ada obat dengan ketersediaan lebih dari 18 bulan.

Untuk menjaga ketersediaan obat, puskesmas boleh melakukan permintaan khusus diluar jadwal distribusi rutin untuk menangani kondisi kebutuhan meningkat, menghindari kekosongan, penanganan kejadian luar biasa.

Pengelola obat puskesmas dalam menangani ketersediaan obat berlebih dengan menginformasikan kepada penulis resep dimana hal ini riskan mengakibatkan pengobatan

menjadi tidak rasional, atau dengan merealokasi obat ke puskesmas lain yang membutuhkan. Hal ini sejalan dengan temuan pada penelitian yang dilakukan oleh Muchamad Abadi (2015) yakni upaya penanganan obat overstock dilakukan dengan melakukan mutasi obat ke RSUD Kota Yogyakarta,

Tabel 7. Kesesuaian permintaan obat

| No | Jenis puskesmas | Nama puskesmas | Kesesuaian Σ permintaan obat (%) | Kesesuaian item obat terpenuhi(%) |
|----|-----------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Perawatan | Banyuanyar | 100,99 | 76,61 |
| 2 | Perawatan | Gajahan | 68,46 | 39,48 |
| 3 | Perawatan | Sibela | 109,99 | 89,11 |
| 4 | Perawatan | Pajang | 89,48 | 88,39 |
| 5 | Non Perawatan | Nusukan | 84,12 | 51,36 |
| 6 | Non Perawatan | Manahan | 79,72 | 77,92 |
| 7 | Non Perawatan | Ngoresan | 79,06 | 78,07 |
| 8 | Non Perawatan | Penumping | 86,83 | 75,76 |
| 9 | Non Perawatan | Pucangsawit | 89,78 | 84,75 |
| 10 | Non Perawatan | Purwosari | 98,81 | 91,86 |
| 11 | Non Perawatan | Gambirsari | 114,15 | 80,13 |
| 12 | Non Perawatan | Gilingan | 96,95 | 112,7 |
| 13 | Non Perawatan | Jayengan | 110,52 | 99,02 |
| 14 | Non Perawatan | Sangkrah | 88,48 | 50,00 |
| 15 | Non Perawatan | Purwoiningrat | 94,08 | 81,65 |
| 16 | Non Perawatan | Setabelan | 115,99 | 91,8 |
| 17 | Non Perawatan | Kratonan | 114,9 | 92,79 |

***Sumber : data diolah**

Kesesuaian pemenuhan jumlah permintaan obat puskesmas disesuaikan dengan ketersediaan obat di IFK. IFK diberi kewenangan mengelola distribusi obat untuk melayani permintaan puskesmas. Jika ketersediaan obat IFK menipis dan harus memenuhi permintaan dari 17 puskesmas lainnya, sehingga tidak semua jumlah permintaan puskesmas dapat dipenuhi IFK.

2. Kesesuaian permintaan obat.

Kesesuaian permintaan obat adalah perbandingan antara jumlah permintaan yang diajukan oleh puskesmas dengan jumlah yang dapat dipenuhi oleh IFK

Puskesmas seringkali menerima obat-obatan di luar permintaan puskesmas, baik dari segi jumlah maupun jenis. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Umi Athijah (2010) tentang perencanaan dan pengadaan obat di Surabaya Timur dan Surabaya Selatan yang menemukan bahwa penerimaan obat tidak selalu sama dengan permintaan obat oleh puskesmas. Obat tersebut tersimpan di puskesmas dan

tidak dimanfaatkan secara efektif, sehingga ketersediaan beberapa item obat berlebih.

IFK terkadang menerima obat *droping* baik dari pemerintah provinsi. Obat-obat *droping* dari provinsi yang diterima seringkali diluar perencanaan puskesmas dan terkadang memiliki tenggat kadaluarsa dibawah satu tahun, untuk menghindari resiko obat rusak atau kadaluarsa, obat-obat tersebut didistribusikan ke puskesmas, karna puskesmas merupakan salah satu instansi yang bisa menggunakan obat tersebut untuk pelayanan, sehingga kesesuaian permintaan obat akan berpengaruh.

3. Pengadaan obat sendiri

Puskesmas melakukan pengadaan sendiri jika puskesmas yang mengajukan permintaan obat namun tidak bisa dipenuhi oleh IFK, maka puskesmas boleh mengajukan permohonan pengadaan obat sendiri atas sepengetahuan dan persetujuan kepala IFK. Puskesmas yang boleh melakukan pengadaan sendiri tidak lepas dari status pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Pengadaan sendiri oleh puskesmas membantu menjaga ketersediaan obat dan obat yang dibeli menjadi lebih reliable, resiko overstock menjadi lebih kecil karena volume obat ditujukan untuk waktu tertentu dan bukan untuk waktu satu tahun.

Kriteria obat dalam pengadaan sendiri adalah obat harus tercantum pada formularium puskesmas dan atau DOEN. Proses pengadaan sendiri oleh puskesmas untuk obat-obat yang tercantum dalam katalog elektronik (e-

catalogue) dilakukan secara *e-purchasing*.

Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak terdapat dalam *e-catalogue*, proses pengadaan dapat mengikuti metode lainnya, sebagaimana diatur dalam Perpres no 70 tahun 2012. Pemilihan distributor untuk obat *e-catalogue* sesuai dengan ketentuan *e-purchasing*. Jika penyedia obat menolak permintaan pesanan obat dari puskesmas dengan alasan tertentu dan untuk pengadaan obat non *e-catalogue* maka puskesmas dapat melakukan evaluasi distributor. Evaluasi distributor adalah pemilihan pedagang besar farmasi (PBF) obat dengan cara membandingkan minimal 3 PBF baik dari segi legalitas, harga, kualitas dan lain-lain.

Kendala yang dihadapi dalam pengadaan sendiri terutama melalui *e-purchasing*. Pemantuan status pesanan ketika *e-purchasing* bisa memakan waktu berminggu-minggu. Setelah puskesmas mengajukan pesanan obat masih harus menunggu jawaban dari penyedia obat. Setelah melewati administrasi yang panjang, tidak semua supplier obat dapat memenuhi permintaan puskesmas, dengan berbagai sebab seperti stok obat tidak tersedia maupun terbentur syarat *minimum quantity order* dari penyedia obat.

Pengadaan sendiri melalui *e-purchasing* harus melalui pejabat pengadaan, Sementara belum semua puskesmas memiliki pejabat pengadaan obat *e-catalogue*, sehingga dalam pengadaan kebutuhan obat sendiri diperlukan waktu yang lebih lama karena satu orang pejabat pengadaan

dan apoteker mengampu beberapa puskesmas.

Dinkes Kabupaten/Kota berperan melakukan analisis beban kerja tenaga kesehatan khususnya apoteker. Dalam perhitungan kebutuhan tenaga juga dilihat berdasarkan rasio jumlah penduduk dan pasien di puskesmas, serta dilihat tugas pokok dan fungsinya (Sudibyo, 2012).

Hambatan-hambatan dalam pengadaan obat oleh puskesmas utamanya adalah waktu dan proses administrasi yang lama sehingga berpengaruh pada waktu tunggu obat dan ketersediaan obat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan bahwa Proses perencanaan kebutuhan obat publik di puskesmas se-wilayah kerja DKK Surakarta sesuai prosedur namun belum efisien, dilihat dari indikator rata-rata ketepatan perencanaan obat puskesmas perawatan 440,5 % dan puskesmas non perawatan 389,98 %. Rata-rata jumlah item obat yang direncanakan namun tidak digunakan puskesmas perawatan 16,27 % dan puskesmas non perawatan 19,16 %. Permasalahan yang dihadapi dalam perencanaan kebutuhan obat publik adalah belum optimalnya penggunaan sistem informasi manajemen secara elektronik untuk menyediakan data dasar perencanaan, proses pengadaan e-purchasing memerlukan waktu dan administrasi yang panjang, perencanaan kebutuhan obat oleh puskesmas tidak terealisasi sepenuhnya, puskesmas menerima obat diluar permintaan. Ketersediaan obat publik tingkat puskesmas berada

dalam kategori berlebih. Rata-rata ketersediaan obat puskesmas perawatan 31,13 bulan dan puskesmas non perawatan 33,95 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Athijah. U, Zairina. E, Anila I.S, Efrita M. R, Anindita P. 2010. *Perencanaan dan Pengadaan Obat di Puskesmas Surabaya Timur Dan Selatan.*(Thesis) Surabaya, JFIOnline
- [Depkes RI]. 2002, *Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan*, Jakarta, Direktorat Jenderal Pelayanan, Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.
- [Depkes RI]. 2007 Ditjen Binfar dan Alkes, *Pedoman Pengelolaan Obat dan Perbekalan Kesehatan di Pustu.* Jakarta.
- Depkes RI 2008. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1121 /MENKES/SK/XII2008 *Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Pembekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta.
- Muchmad, A. 2015. *Analisis Dasar Hukum, Kebijakan Dan Peraturan Penangan Obat Overstock Di UPT Farmasi Dan Alkes Kota Yogyakarta.* Universitas Gajah Mada. Yogyakarta

Sudibyo.S, Leni A.S, Raharani, Max J.H.
*Kebijakan Penempatan
Apoteker di Puskesmas* Buletin
Penelitian Sistem Kesehatan –
Vol. 15 No. 2 April 2012: 133–
142

Quick, J.D., Hume, M.I., O'Connor, R.W.
(1997) *Managing Drug Supply*.
2nd ed : Revised and
expanded, Managemen
Sciencesfor Health, Boston