



TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**ANALISIS PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT UNTUK
UPT.PUSKESMAS DI WILAYAH KERJA DINAS
KESEHATAN KOTA PANGKALPINANG**



TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains dalam
Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik

Disusun Oleh
Sunar Nugroho Adiatmoko
NIM. 015743919

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
PANGKALPINANG**

2012

ABSTRAK

ANALISIS PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT UNTUK UPT
DI PUSKESMAS DI WILAYAH KERJA DINAS KESKATAN KOTA PANGKALPINANG

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul **Analisis Perencanaan Kebutuhan Obat untuk UPT.**

Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang adalah hasil karya saya sendiri dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Pangkalpinang, Desember 2012

Yang Menyatakan



(Sunar Nugroho Adiatmoko)
NIM. 015743919

ABSTRAK**ANALISIS PERENCANAAN KEBUTUHAN OBAT UNTUK UPT. PUSKESMAS
DI WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KOTA PANGKALPINANG**

Sunar Nugroho Adiatmoko
Universitas Terbuka Pangkalpinang
adiatmokonugroho@yahoo.co.id

Kata Kunci: perencanaan obat untuk pelayanan, data dasar, sumber data, jenis dan jumlah, kendala.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, apakah sesuai dengan pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar. Data dasar dan sumber data yang digunakan. Cara penentuan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan serta kendala yang dihadapi dalam perencanaan obat oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

Penelitian ini merupakan penelitian metode evaluasi dengan pendekatan secara kualitatif. Data dikumpulkan dengan teknis wawancara mendalam dan observasi lapangan. Subjek penelitian adalah 3 orang petugas kefarmasian puskesmas yang ditentukan berdasarkan 3 kategori mulai dari latar belakang pendidikan profesi kesehatan, laporan kunjungan umum pasien Puskesmas dan masa kerja petugas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perencanaan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Data dasar yang digunakan merupakan data pemakaian obat di puskesmas. Sumber data yang digunakan adalah Laporan Permintaan dan Laporan Pemakaian Obat (LPLPO) Puskesmas. Penentuan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan usulan dari petugas kefarmasian Puskesmas, disesuaikan dengan ketersediaan stok obat di UPT Gudang Farmasi serta ditetapkan oleh tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Kendala yang dialami dalam perencanaan kebutuhan obat adalah evaluasi kebutuhan obat tidak maksimal, kurangnya tenaga kefarmasian, harga obat yang ditentukan pemerintah lebih murah dari harga pasaran sehingga terjadi gagal tender, serta permohonan kebutuhan obat puskesmas diluar SK Menkes yang ditetapkan.

Kesimpulan perencanaan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang belum sesuai dengan SK Menkes RI Nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan, data dasar yang digunakan adalah pemakaian obat di puskesmas dengan sumber data LPLPO, yang jenis dan jumlahnya ditentukan berdasarkan item yang diminta Puskesmas. kendala yang dialami yang kurangnya tenaga kefarmasian, harga obat berdasarkan SK Menkes lebih rendah dari pasaran dan masih adanya permintaan obat diluar SK Menkes. Saran dibentuk tim perencana sesuai dengan pedoman, data dasar merupakan rekapitulasi pemakaian puskesmas dan jaringan, diusulkan penambahan penerimaan pegawai tenaga kefarmasian khususnya apoteker, dibentuk pokja khusus agar tidak terjadi lagi gagal tender.

ABSTRACT**Analysis Planning of Requirement of Drug for The UPT of Puskesmas in Region Work on Duty Health of Town of Pangkalpinang**

Sunar Nugroho Adiatmoko
Universitas Terbuka Pangkalpinang
adiatmokonugroho@yahoo.co.id

Keyword: planning of drug of untk service, basic data, source of data, amount and type, problem of.

This research is done to analyse planning of requirement of drug in public health service town of Pangkalpinang, what have as according to guidance of technical levying of public drug and health of provisions for the service of health base. Basic data and used data source. Determination of required drug types and amount and also the problem of in the plan medicinize by public health service town of Pangkalpinang.

This research is research of method evaluate with approach qualitative. Data collected technically circumstantial interview and field observation. Research subjek is 3 people officer of pharmacy of public health determined pursuant to 3 catagory from background education of health profession, visit report of patient of public health and officer year of service.

Result research of planning of drug in public health service town of Pangkalpinang not yet fully as according to tech reference manual of levying of public drug and provisions of health. Used basic data is data usage of drug in public health. Source of data the used is report request and usage of drug public health. Determination of required drugs amount and type pursuant to proposal of officer pharmacy of public health, in corresponding to the availability of stok medicinize in UPT warehouse pharmacy is and also specified by team planner of requirement of drug and provisions of health of public health service town of Pangkalpinang. Constraint in the plan requirement of drug are not maximal of evaluation requirement of drug, pharmacy energy less, governmental drug price list is cheaper the than market price so that fail tender happened, and also requirement of application drug of public health outside specified decree of Menkes.

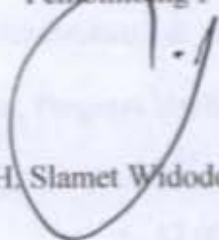
Conclusion of planning drug in public health service town of Pangkalpinang not yet as according to decree of Menkes number 1121/Menkes/ SK/XII/2008 concerning guidance of levying of public drug tehnis and health of provisions, basic data the used is usage of drug in public health with data source of LPLPO, types and amount determined pursuant to item request of public health. Problem of pharmacy energy less, price list medicinize decree of Menkes lower of market price and request of drug there is outside decree of Menkes. Suggestion planner of team according to guidance, basic data is summary usage of network and public health, added by chemist pharmacy energy specially, formed special working team so that do not happened again failure tender.

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat
untuk UPT. Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas
Kesehatan Kota Pangkalpinang
Penyusun TAPM : Sunar Nugroho Adiatmoko
NIM : 015743919
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Hari/Tanggal : Sabtu, 15 Desember 2012

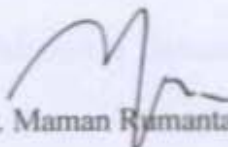
Menyetujui :

Pembimbing I



Prof. Dr. H. Slamet Widodo, MS. MM

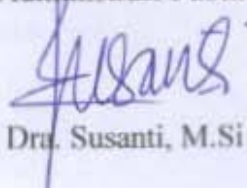
Pembimbing II



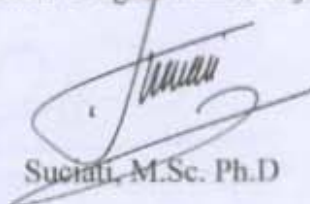
Dr. Maman Ramanta, M.Si

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu/ Program Magister
Administrasi Publik


Dra. Susanti, M.Si

Direktur Program Pascasarjana


Suciati, M.Sc. Ph.D

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : Sunar Nugroho Adiatmoko
NIM : 015743919
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Judul Tesis : **Analisis Proses Perencanaan Kebutuhan Obat Untuk
Upt. Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan
Kota Pangkalpinang**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji Tesis Program
Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

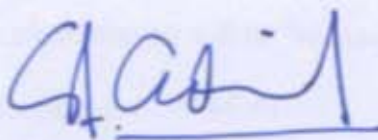
Hari/Tanggal : Sabtu/15 Desember 2012

Waktu : 13.00 s/d 15.00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

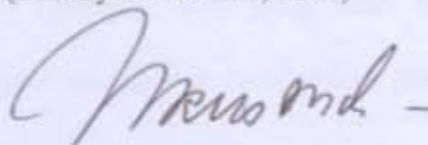
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua Komisi Penguji :



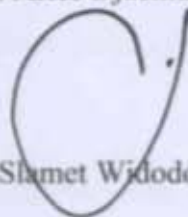
(Drs. Syarif Fadilah, M.Si)

Penguji Ahli :



(Prof. Dr. Aries Djacinuri, MA)

Pembimbing I :



(Prof. Dr. H. Slamet Widodo, MS. MM)

Pembimbing II :



(Dr. Maman Rumanta, M.Si)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan TAPM (Tesis) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains Program Pascasarjana Universitas Terbuka tahun akademik 2012. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
2. Kepala UPBJJ-UT Pangkalpinang Bapak Drs. Syarif Fadilah, Msi selaku penyelenggara Program Pascasarjana;
3. Pembimbing I Bapak Prof. Dr. Slamet Widodo dan Pembimbing II Bapak Dr. Maman Rumanta yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
4. Penguji Ahli Bapak Prof. Aries Djaenuri, MA yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi penguji dan memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Kabid Magister Administrasi Publik selaku penanggungjawab program Magister Administrasi Publik;
6. Orangtua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan materil dan moral;

7. Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan penulisan TAPM ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Pangkalpinang, Desember 2012

Penulis

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak	i
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Lampiran	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Kegunaan Penelitian	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kajian Teori	12
1. Perencanaan	12
2. Defenisi Obat	21
3. Peran Obat	22
4. Dasar Kebijakan Umum Obat	27
5. Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)	30
6. Dasar-dasar Fungsi Manajemen Logistik Obat	31
7. Perencanaan Kebutuhan Obat Publik	35
8. Menghitung Perkiraan Anggaran untuk Total Kebutuhan Obat	44
9. Pengadaan Obat	50
10. Kerasionalan Obat	54
11. Indikator Pengelolaan Obat	59

B. Kerangka Berpikir	62
C. Defenisi Operasional	62
BAB III. METODEDE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	65
B. Subjek Penelitian	65
C. Instrumen Penelitian	67
D. Prosedur Pengumpulan Data	67
E. Metode Analisis Data	69
BAB IV. TEMUAN DAN PEMBAHASAN	
A. Keterbatasan Penelitian.....	72
B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	73
C. Temuan dan Pembahasan.....	78
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	115
B. Saran	116
DAFTAR PUSTAKA	118

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR GAMBAR

	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Prosedur Pengadaan Obat dan Distribusi Obat	53
Gambar 2.2	Kerangka Teoritis	61
Gambar 2.3	Kerangka Berpikir	62
Gambar 4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang (sumber Bag. Kepegawaian Sekretariat Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang)	77

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Pemakaian Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se-Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang Tahun 2009 – 2011	6
Tabel 4.1 Tenaga Kesehatan Kota Pangkalpinang	76
Tabel 4.2 Karakteristik Petugas Kefarmasian Puskesmas di wilayah Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang	79

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran
Lampiran 1.	Pedoman Wawancara
Lampiran 2.	Matrik Hasil Wawancara Mendalam
Lampiran 3.	Foto Penelitian
Lampiran 4.	Surat Izin Penelitian

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Era tuntutan masyarakat atas pelayanan publik yang memuaskan, Indonesia sudah tertinggal jauh. Tuntutan akan pelayanan publik yang memuaskan telah dimulai di Amerika Serikat dan Eropa pada era tahun 1980-an kemudian berkembang pesat di era awal 1990-an seiring berkembangnya era *service quality (serqual)*. Bagi sektor swasta (*private*), pelayanan konsumen sudah menjadi inti aktivitas bisnisnya jauh sebelum sektor publik menaruh perhatian ke masalah ini. Ungkapan tersebut melukiskan pemberian pelayanan yang bagus bukan memberi senyum pada pelanggan. Sejak adanya gerakan reformasi di Indonesia tahun 1998, paradigma yang berkembang dalam administrasi publik adalah tuntutan pelayanan publik yang lebih baik dari sebelumnya. Tuntutan akan pelayanan yang baik dan memuaskan kepada publik menjadi suatu kebutuhan yang harus dipenuhi oleh instansi yang terkait penyelenggara pelayanan publik. Tuntutan tersebut muncul seiring dengan berkembangnya era reformasi (1998) dan otonomi daerah (2001) sejak tumbangannya kekuasaan rezim orde baru.

Awal tahun 2001 di Indonesia telah diterapkan otonomi daerah secara penuh. Otonomi daerah merupakan sistem yang memungkinkan daerah untuk memiliki kemampuan mengoptimalkan potensi terbaik yang dimiliki daerah tersebut dan mendorong daerah untuk berkembang sesuai karakteristik,

ekonomi, geografis dan sosial budaya setempat (Chalid, 2007). Hal ini membawa perubahan yang mendasar dalam tatanan kenegaraan Republik Indonesia. Pada dasarnya otonomi daerah bertujuan untuk membangun partisipasi, potensi yang seluas-luasnya dari suatu daerah secara optimal (Chalid, 2007). Otonomi daerah dalam bidang kesehatan memiliki berdampak cukup besar. Pembangunan bidang kesehatan pada dasarnya ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Pembangunan bidang kesehatan pada dasarnya ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Kemenkes RI, 2010). Program pembangunan kesehatan nasional mencakup lima aspek Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) yaitu bidang: Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk Keluarga Berencana (KB), Pemberantasan Penyakit Menular dan Pengobatan. Untuk dapat melaksanakan Pelayanan Kesehatan Dasar khususnya bidang pengobatan dibutuhkan obat, oleh karena itu obat perlu dikelola dengan baik. Salah satu pengelolaan obat adalah dengan perencanaan agar persediaan sesuai dengan kebutuhan.

Kebijakan pemerintah terhadap peningkatan akses obat diselenggarakan melalui beberapa strata kebijakan yaitu Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Kebijakan Obat

Nasional (KONAS). SKN tahun 2009 memberikan landasan, arah, dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan bagi seluruh penyelenggara kesehatan, baik Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, maupun masyarakat dan dunia usaha serta pihak lain yang terkait. Salah satu sub sistem SKN 2009 adalah Obat dan Perbekalan Kesehatan (Kemenkes RI, 2010). SKN tahun 2009 menetapkan bahwa tujuan dari pelayanan kefarmasian adalah tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu, bermanfaat, terjangkau untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Adanya perubahan rencana strategis Kementerian Kesehatan, Konas, SKN 2009 serta dalam rangka penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang obat maka strategi yang digunakan oleh Provinsi, Kabupaten/Kota hingga puskesmas dalam pengelolaan obat juga mengalami perubahan (Kemenkes RI, 2010).

Sebelum otonomi daerah pengelolaan obat pada dasarnya dilakukan secara terpusat. Seiring dengan adanya pelaksanaan otonomi daerah ada hal-hal yang didesentralisasikan ke daerah termasuk desentralisasi dalam bidang kesehatan. Sejak otonomi daerah, pengelolaan obat dilakukan secara penuh oleh Kabupaten/Kota. Fungsi pemerintah pusat pada pengelolaan obat di era desentralisasi meliputi penyusunan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), penerapan harga obat pelayanan kesehatan dasar dan program, penyiapan modul pelatihan dan pedoman pengelolaan obat di puskesmas. Era otonomi daerah dimana pembangunan kesehatan telah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota) dan daerah harus bisa mengatur sendiri, termasuk memenuhi kebutuhan obat. Upaya untuk memenuhi kebutuhan obat

diperlukan pengelolaan dan perencanaan yang baik. Selaku pelaksana teknis dan *leading* sektor bidang pembangunan kesehatan daerah adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan diberlakukannya otonomi daerah, setiap Kabupaten/Kota mempunyai struktur dan kebijakan sendiri dalam pengelolaan obat.

Salah satu sarana atau fasilitas yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara optimal adalah perlunya daya dukung berupa ketersediaan obat untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) agar sesuai dengan kebutuhan. Dalam rangka memenuhi kebutuhan obat publik perlu dilakukan upaya proses perencanaan yang akurat dan dapat dipercaya guna memenuhi kebutuhan obat publik di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Guna menjamin ketersediaan kebutuhan obat untuk pelayanan dasar tersebut, Pemerintah telah mengatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar sebagai acuan dalam melaksanakan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan di Kabupaten/Kota.

Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang mempunyai 11 Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yaitu: 9 Puskesmas, 1 laboratorium kesehatan daerah dan 1 gudang farmasi. UPTD Puskesmas membutuhkan obat dan perbekalan kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dimana obat dan perbekalan kesehatan tersebut harus disediakan oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Obat merupakan salah satu komponen yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan. Pemberian obat ini diharapkan

dapat meredakan atau menyembuhkan penyakit yang diderita oleh pasien. Obat merupakan kebutuhan pokok masyarakat dalam pengobatan maka persepsi masyarakat tentang *output* dari suatu pelayanan kesehatan adalah apabila mereka telah menerima obat setelah berkunjung di suatu sarana pelayanan kesehatan baik itu dokter praktek swasta, Poliklinik, Puskesmas maupun Rumah Sakit (Depkes RI, 2005a). Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak azasi manusia. Penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan institusi pelayanan kesehatan baik publik maupun swasta. Obat berbeda dengan komoditas perdagangan lainnya, karena selain merupakan komoditas perdagangan, obat juga memiliki fungsi sosial (Depkes RI, 2005a). Obat adalah sediaan atau paduan bahan-bahan yang siap untuk digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosa, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan, kesehatan dan kontrasepsi (Depkes RI, 2009b).

Era otonomi daerah khususnya Pemerintah Kota Pangkalpinang dimana selaku penentu kebijakan adalah Walikota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dalam menentukan besar biaya pengadaan obat pada kegiatan pelayanan bidang kefarmasian dialokasikan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) dan APBD Kota Pangkalpinang. Biaya pengadaan obat melalui dana tersebut senantiasa tidak sesuai dengan usulan rencana kebutuhan yang diajukan oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Contoh hasil rekapitulasi penggunaan/pemakaian obat publik untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) oleh semua UPTD Puskesmas di wilayah kerja Dinas

Kesehatan Kota Pangkalpinang (tidak termasuk obat asuransi kesehatan) apabila diperhitungkan ke dalam nilai rupiah adalah sebagaimana terlihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Pemakaian Obat Publik Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Se-Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang Tahun 2009 – 2011

Tahun	Jumlah Pemakaian obat	Ketersediaan DAK	Selisih kekurangan dana
2009	997.300.000	896.740.000	100.560.000
2010	996.756.700	920.870.000	75.886.700
2011	998.780.000	927.600.000	71.180.000

Sumber: UPT. Gudang Farmasi Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

Perencanaan pengadaan obat senantiasa berdasarkan alokasi dana yang tersedia bukan berdasarkan jumlah kebutuhan yang sebenarnya (direncanakan). Kebijakan Obat Nasional (KONAS) tahun 1983 yang telah direvisi pada tahun 2005, target kewajiban SPM Pelayanan Kefarmasian pada tahun 2010 menyebutkan bahwa ketersediaan obat sesuai dengan kebutuhan sebesar 90%, pengadaan obat esensial 100% dan pengadaan obat generik 100%. Dasar perhitungan kebutuhan biaya obat yang ideal dan rasional dalam satu tahun secara global adalah sebesar 60% dikalikan dengan jumlah penduduk dikalikan biaya obat perkapita. Direktur Bina Obat dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada bulan Maret 2006 dalam Rapat Konsolidasi (RAKON) tingkat Pusat di Pontianak mengemukakan bahwa standar biaya obat publik rasional menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah US \$2 perkapita, sedangkan Standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) US \$1 perkapita atau

diasumsikan sekira Rp 9.000,00 (sembilan ribu rupiah) per kapita. Hasil Rapat Konsolidasi Nasional (RAKONAS) Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan tahun 2012 di Bandung merekomendasikan bahwa alokasi dana obat publik untuk PKD dalam satu tahun belum direvisi dari hasil RAKON tahun 2002 yaitu minimal sebesar Rp 5.000,00 (lima ribu rupiah) perkapita, artinya biaya penyediaan obat adalah sebesar jumlah penduduk dikalikan dengan Rp. 5.000,00, namun setiap daerah masih belum mampu memenuhi kebutuhan obat sesuai dengan standar.

Jumlah penduduk Kota Pangkalpinang tahun 2011 sebanyak 208.657 jiwa (Laki-laki = 106.522, Perempuan = 102.135) seharusnya menyediakan biaya kebutuhan obat publik sesuai dengan standar Departemen Kesehatan adalah sebesar $60\% \times 208.657 \text{ jiwa} \times \text{Rp. } 9.000,00 = \text{Rp. } 1.126.747.800,00$ atau apabila berdasarkan standar Dinas Kesehatan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung adalah sebesar $208.657 \text{ jiwa} \times \text{Rp. } 5.000,00 = \text{Rp. } 1.043.285.000,00$. Sementara dana pengadaan obat publik untuk PKD di Kota Pangkalpinang tahun 2011 sebesar Rp. 927.600.000,00. Biaya kebutuhan obat yang cukup tinggi, sementara kemampuan pemerintah sangat terbatas, maka Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang harus lebih cermat dalam upaya menyusun perencanaan agar penyediaan obat publik untuk PKD sesuai dengan kebutuhan atau permintaan semua UPTD di wilayah kerjanya.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan UPTD dalam menjalankan fungsinya yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan dasar secara langsung kepada masyarakat salah satunya adalah kegiatan pelayanan pengobatan selalu membutuhkan obat publik. Guna mengetahui jenis dan

jumlah obat publik yang dibutuhkan, UPT. Puskesmas harus dapat menyusun perencanaan kebutuhan obat publik yang selanjutnya diserahkan ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Hal ini akan berkaitan dengan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dalam upaya memenuhi kebutuhan obat publik untuk semua puskesmas. Lemahnya perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang terjadi karena masih dilakukan secara manual dan sederhana hal ini disebabkan keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, sehingga sulit untuk menganalisis kebutuhan obat yang akurat, efektif dan efisien. Tim perencana obat yang dibentuk di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang masih bersifat internal tidak melibatkan satuan kerja lain sementara dalam SK Menkes nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar dijelaskan bahwa tim perencana kebutuhan obat harus melibatkan unsur Sekretariat Daerah. Tim perencana kebutuhan obat yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang hanya bertugas menghitung jumlah dan item kebutuhan obat saja sesuai anggaran yang tersedia. Disamping itu masih terdapat permintaan obat tertentu dari UPTD Puskesmas yang tidak sesuai dengan perencanaan kebutuhan yang diusulkan ke Dinas Kesehatan Kota (terdapat obat tertentu yang mengalami kekurangan dan kelebihan) sehingga penggunaan anggaran kurang efektif dan efisien. Hal ini disebabkan dalam tim perencana kebutuhan obat belum sepenuhnya melibatkan tenaga kefarmasian seperti yang tertera dalam Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian. Pekerjaan Kefarmasian

adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional, yang berhak untuk mengadakan sediaan farmasi harus dilakukan oleh tenaga kefarmasian.

Hasil observasi dan pengamatan sementara oleh peneliti pada bulan Februari 2012, sebagai survei awal dengan cara melihat hasil pendistribusian obat publik sampai dengan Desember 2011, terdapat permintaan beberapa jenis obat tertentu oleh UPT Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang tidak sesuai dengan usulan yang diajukan sebelumnya. Dapat disimpulkan bahwa proses perencanaan kebutuhan obat publik di tingkat puskesmas tidak sesuai dengan kebutuhan sebenarnya. Masih terdapat beberapa jenis obat tertentu dalam jumlah yang berlebihan, namun di sisi lain terdapat jenis obat mengalami kekurangan. Masalah lain yang ditemui yaitu terdapat laporan data kunjungan umum pasien dan pemakaian obat di beberapa puskesmas tertentu yang kurang akurat dan reliabel. Hal ini akan menyebabkan permintaan obat ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang tidak sesuai dengan kebutuhan riil di puskesmas. Pemakaian obat di UPT Puskesmas tidak sesuai dengan pelaksanaan pengobatan yang sebenarnya sehingga perencanaan kebutuhan obat menjadi tidak tepat. Keadaan semacam ini perlu upaya penelusuran dan tindak lanjut secara mantap sesuai dengan permasalahan yang ada. Berdasarkan uraian di atas, maka permasalahan tersebut perlu dikaji dan ditemukan upaya pemecahannya.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana proses perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang?
2. Apa yang menjadi data dasar, sumber data, penentuan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan dalam perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang?
3. Apa kendala yang dihadapi dalam perencanaan obat oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui proses perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.
2. Mengetahui data dasar, sumber data, penentuan jenis dan jumlah yang dibutuhkan dalam perencanaan kebutuhan obat untuk Puskesmas di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.
3. Mengetahui kendala dalam perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

D. Kegunaan Penelitian

1. Bagi institusi kesehatan dan Puskesmas.

Bagi Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dan Puskesmas di wilayah kerjanya, dapat sebagai bahan acuan untuk menentukan

kebijaksanaan yang diaplikasikan dalam rangka upaya menyusun perencanaan kebutuhan obat publik secara efektif dan efisien.

2. Bagi institusi pendidikan.

Diharapkan dapat menjadi referensi yang dapat menunjang proses belajar mengajar untuk kepentingan pendidikan dan penelitian terutama tentang perencanaan kebutuhan obat publik.

3. Bagi peneliti.

Dapat meningkatkan kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di Universitas Terbuka Pangkalpinang.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Perencanaan

Perencanaan merupakan salah satu fungsi yang sangat penting dalam manajemen, karena dengan adanya perencanaan akan menentukan fungsi manajemen lainnya terutama pengambilan keputusan. Fungsi perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen secara keseluruhan. Tanpa adanya perencanaan, pelaksanaan kegiatan tidak akan berjalan dengan baik. Perencanaan merupakan suatu pedoman atau tuntunan terhadap proses kegiatan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien.

1. Pengertian perencanaan

Para ahli di bidang manajemen telah mengemukakan definisi atau pengertian tentang perencanaan, namun setiap pengertian perencanaan senantiasa memiliki batasan yang berbeda tergantung ahli manajemen yang mengemukakan. Perencanaan di bidang kesehatan pada dasarnya merupakan suatu proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang harus disediakan, menetapkan tujuan yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Perencanaan menurut ilmu administrasi

kesehatan terdapat 3 aspek pokok yang harus diperhatikan meliputi: hasil kerja perencanaan (*outcome of planning*), perangkat perencanaan (*mechanic of planning*) dan proses perencanaan (*process of planning*) (Azwar, 1996:185).

Perencanaan akan menjadi efektif jika sebelumnya dilakukan perumusan masalah berdasarkan fakta. Kast dan Rosenzweig (2004) mengemukakan bahwa “perencanaan adalah proses memutuskan di depan”, dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik dinyatakan bahwa pelayanan publik haruslah berasaskan kepentingan umum, kepastian hukum, kesamaan hak, keseimbangan hak, dan kewajiban, profesional, partisipatif, tidak diskriminatif, terbuka, akuntabel, tepat waktu, cepat, mudah dan terjangkau.

Menurut Bajuri dan Yuwono (2002: 99-102) bahwa karakteristik perencanaan kebijakan publik yang baik adalah sebagai berikut:

- 1) Merupakan respon yang positif dan proaktif terhadap kepentingan publik. Hal ini perlu ditekankan karena seringkali kebijakan direncanakan semata-mata untuk memenuhi kepentingan politik atau kepentingan pribadi.
- 2) Merupakan hasil konsultasi dan debat publik dengan analisis yang mendalam, rasional dan memang ditunjukkan untuk kepentingan umum.
- 3) Merupakan hasil dari manajemen partisipatif yang tetap membuka diri pada masukan dan input, sepanjang belum ditetapkan sebagai kebijakan.
- 4) Menghasilkan rencana kebijakan yang mudah dipahami, mudah dilakukan, mudah dievaluasi, indikatornya jelas sehingga mekanisme akuntabilitasnya mudah pula.

- 5) Merupakan hasil pemikiran panjang yang telah mempertimbangkan berbagai hal yang mempengaruhi.
- 6) Merupakan perencanaan yang bervisi ke depan dan berdimensi luas yang tidak dipersiapkan untuk kepentingan sesaat semata.

Menurut Waterston (Conyers, 1994), perencanaan adalah “usaha yang sadar, terorganisasi, dan terus menerus dilakukan guna memilih alternatif yang terbaik dari sejumlah alternatif untuk mencapai tujuan tertentu”. Selain itu menurut Hasibuan (2003) mengungkapkan bahwa:

Perencanaan adalah pekerjaan mental untuk memilih sasaran, kebijakan, prosedur dan program yang diperlukan untuk mencapai apa yang diinginkan pada masa yang akan datang. Sedangkan rencana adalah sejumlah keputusan mengenai keinginan dan berisi pedoman pelaksanaan untuk mencapai tujuan yang diinginkan itu. Jadi setiap rencana mengandung unsur tujuan dan pedoman.

Selain proses yang sistematis dengan mengambil suatu pilihan dari berbagai alternatif perencanaan didalamnya terdapat cara pencapaian tujuan tersebut dengan menggunakan sumber daya yang dimiliki dan mengambil suatu pilihan dari berbagai alternatif. Hal ini dikemukakan oleh Nitisastro (Tjokroamidjojo, 1996; 15) sebagai berikut:

Perencanaan ini pada dasarnya berkisar kepada dua hal: yang pertama ialah penentuan pilhan secara sadar mengenai tujuan-tujuan konkrit yang hendak dicapai dalam jangka waktu tertentu atas dasar nilai-nilai yang dimiliki masyarakat yang bersangkutan, dan yang kedua ialah pilihan diantara cara-cara alternatif yang efisien serta rasional guna mencapai tujuan-tujuan tersebut. Baik untuk penentuan tujuan yang meliputi jangka waktu tertentu maupun bagi pemilihan cara-cara

tersebut diperlukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria tertentu yang terlebih dahulu harus dipilih pula.

Arti dan fungsi perencanaan menurut Tjokroamidjojo

(1996;12) adalah sebagai berikut :

- 1) Perencanaan dalam arti seluas-luasnya tidak lain adalah suatu proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai sesuatu tujuan tertentu. Oleh karena itu pada hakekatnya terdapat pada tiap jenis usaha manusia.
- 2) Perencanaan adalah suatu cara bagaimana mencapai tujuan sebaik-baiknya (*macimum out put*) dengan dengan sumber-sumber yang ada supaya lebih efisien dan efektif.
- 3) Perencanaan adalah penentuan tujuan yang akan dicapai atau yang akan dilakukan, bagaimana, bilamana dan oleh siapa.

Menurut Newman (dalam Handyaningrat 1996) “perencanaan adalah keputusan apa yang akan dikerjakan untuk waktu yang akan datang, yaitu suatu rencana yang diproyeksikan dalam suatu tindakan “. (*Plannning is deciding in advanced what is to be done, that is a plan, it is projected a course of action*).

Jadi perencanaan merupakan cara atau proses sistematis yang dilalui untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Maksud dari suatu perencanaan menurut Handyaningrat (1996) antara lain:

- a. Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajer yang meliputi seleksi atas alternatif-alternatif tujuan, kebijaksanaan, prosedur dan program.
- b. Perencanaan, sebagian merupakan usaha membuat hal-hal terjadi sebagaimana yang dikehendaki.
- c. Perencanaan adalah suatu proses pemikiran, penentuan tindakan-tindakan secara sadar berdasarkan keputusan menyangkut tujuan, fakta dan ramalan.
- d. Perencanaan adalah usaha menghindari kekosongan tugas, tumpang tindih dan meningkatkan efektivitas potensi yang dimiliki.

Selain itu Handyaningrat (1996) mengungkapkan bahwa tujuan dari perencanaan secara objektif antara lain:

- 1) Perencanaan bertujuan untuk menentukan tujuan, seleksi atas alternatif-alternatif tujuan, kebijakan-kebijakan, prosedur dan program serta memberikan pedoman cara-cara pelaksanaan yang efektif dalam mencapai tujuan.
- 2) Perencanaan adalah suatu usaha untuk memperkecil risiko yang dihadapi pada masa yang akan datang.
- 3) Perencanaan menyebabkan kegiatan-kegiatan dilakukan secara teratur dan bertujuan.
- 4) Perencanaan memberikan gambaran yang jelas dan lengkap tentang seluruh pekerjaan.
- 5) Perencanaan membantu penggunaan suatu alat pengukuran hasil kerja.
- 6) Perencanaan membantu peningkatan daya guna dan hasil guna organisasi.

Dapat disimpulkan maksud dari suatu perencanaan yaitu rumusan yang dibuat secara sistematis untuk menyelesaikan suatu masalah melalui pengaturan atau langkah-langkah yang harus dikerjakan sedangkan tujuannya adalah suatu bentuk usaha untuk memperkecil terjadinya tumpang tindih tugas dengan mengoptimalkan sumber daya yang ada secara teratur.

2. Asas-asas Perencanaan (*principles of planning*)

Beberapa prinsip dalam suatu perencanaan menurut Handyaningrat (1996) antara lain:

- a. Setiap perencanaan dan segala perubahannya harus ditujukan kepada pencapaian tujuan (*principle of contribution to objective*).
- b. Suatu perencanaan efisien, jika perencanaan itu dalam pelaksanaannya dapat mencapai tujuan dengan biaya yang sekecil-kecilnya (*principle of efficiency of planning*).
- c. Asas mengutamakan perencanaan (*principle of primary of planning*) Perencanaan merupakan keperluan utama para pemimpin dan fungsi manajemen lainnya (*organizing*,

staffing, directing dan *controlling*). Seorang tidak akan dapat melaksanakan fungsi manajemen lainnya tanpa mengetahui tujuan dan pedoman dalam menjalankan kebijaksanaan.

- d. Asas kebijaksanaan pola kerja (*principle of policy framework*). Kebijaksanaan dapat mewujudkan pola kerja, prosedur-prosedur kerja dan program kerja tersusun.
- e. Asas waktu (*principle of timing*). Waktu perencanaan relatif singkat dan tepat.
- f. Asas keterikatan (*the commitment principle*). Perencanaan harus memperhitungkan jangka waktu keterkaitan yang diperlukan untuk pelaksanaan pekerjaan.
- g. Asas fleksibilitas (*the principle of flexibility*). Perencanaan yang efektif memerlukan fleksibilitas, tetapi bukan berarti mengubah tujuan.
- h. Asas alternatif (*principle of alternative*). Alternatif pada setiap rangkaian kerja dan perencanaan meliputi pemilihan rangkaian alternatif dalam pelaksanaan pekerjaan, sehingga tercapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan antara lain:

- 1) Perencanaan merupakan fungsi utama manajer. Pelaksanaan pekerjaan tergantung pada baik buruknya suatu rencana.
- 2) Perencanaan harus diarahkan pada tercapainya tujuan. Jika tujuan tidak tercapai mungkin disebabkan oleh kurang baiknya suatu rencana.
- 3) Perencanaan harus didasarkan atas kenyataan-kenyataan objektif dan rasional untuk mewujudkan adanya kerja sama yang efektif.
- 4) Perencanaan harus mengandung atau dapat diproyeksikan kejadian-kejadian pada masa yang akan datang.
- 5) Perencanaan harus memikirkan matang-matang tentang anggaran, kebijaksanaan, program, prosedur, metode dan standar untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

6) Perencanaan harus memberikan dasar kerja dan latar belakang bagi fungsi-fungsi manajemen lainnya.

3. Manfaat Perencanaan (*purpose of planning*)

Manfaat perencanaan adalah suatu pekerjaan akan lebih terencana, terarah, efektif dan efisien karena dapat mengurangi suatu pekerjaan yang tidak perlu. Suatu perencanaan yang baik juga memerlukan dana, mulai dari dana survey awal, pengumpulan data hingga pelaksanaan.

Menurut Muninjaya (2004): “mengungkapkan bahwa dengan perencanaan terdapat manfaat, keuntungan dan kerugian yang dapat diperoleh oleh suatu organisasi. Manfaat perencanaan adalah diketahui tujuan yang ingin dicapai, cara mencapainya, jenis, struktur yang dibutuhkan, dan bentuk serta standar yang akan dilakukan”.

Menurut Muninjaya (2004) ada beberapa keuntungan yang dapat diperoleh dari perencanaan antara lain:

- 1) Perencanaan memberikan landasan pokok fungsi manajemen terutama pengawasan,
- 2) Perencanaan akan mengurangi atau menghilangkan jenis pekerjaan yang tidak produktif,
- 3) Perencanaan dapat dipakai untuk mengukur hasil kegiatan yang telah dicapai, karena dalam perencanaan ditetapkan berbagai standar,
- 4) Perencanaan dapat menyebabkan berbagai macam aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan tertentu dan dapat dilakukan secara teratur.

Sebaliknya, perencanaan juga mempunyai beberapa kelemahan yaitu antara lain (Muninjaya, 2004):

- 1) Perencanaan yang baik memerlukan sejumlah dana,

- 2) Perencanaan menghambat timbulnya inisiatif. Gagasan baru untuk mengadakan perubahan harus ditunda sampai tahap perencanaan berikutnya,
- 3) Perencanaan mempunyai keterbatasan mengukur informasi dan fakta di masa mendatang dengan tepat,
- 4) Perencanaan mempunyai hambatan psikologis bagi organisasi karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai,
- 5) Perencanaan juga akan menghambat tindakan baru yang harus diambil oleh pelaksana.

Meskipun perencanaan mempunyai kelemahan, namun manfaat yang diperoleh akan lebih banyak. Perencanaan merupakan suatu rancangan yang harus dilakukan (Handoko, 2003).

4. Ciri-ciri Perencanaan

Menurut Azwar (1996) secara sederhana perencanaan yang baik mempunyai ciri-ciri antara lain:

- a. Bagian dari sistem administrasi
Perencanaan pada dasarnya merupakan salah satu dari fungsi administrasi yang amat penting. Pekerjaan administrasi tanpa didukung dengan perencanaan bukan merupakan pekerjaan administrasi yang baik.
- b. Dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan.
Perencanaan penting untuk dilaksanakan, apabila hasilnya telah dinilai lalu dilanjutkan lagi dengan perencanaan dan seterusnya sehingga tidak mengenal titik akhir.
- c. Berorientasi pada masa depan.
Hasil dari perencanaan, apabila dapat dilaksanakan akan mendatangkan berbagai kebaikan baik pada saat ini maupun masa yang akan datang.
- d. Mampu menyelesaikan masalah.
Perencanaan dapat menyelesaikan berbagai masalah dan tantangan yang dihadapi sesuai dengan kemampuan. Penyelesaian masalah dan tantangan dilakukan secara bertahap.
- e. Mempunyai tujuan.
Perencanaan yang baik mempunyai tujuan umum yang berisikan uraian secara garis besar dan tujuan khusus yang berisikan uraian yang lebih spesifik.

- f. Bersifat mampu kelola.
Perencanaan bersifat mampu kelola artinya bersifat wajar, logis, objektif, jelas, runtun, fleksibel dan sesuai dengan sumber daya yang ada.

5. Macam Perencanaan

Untuk keberhasilan sebuah rencana perlu dipahami macam perencanaan. Macam perencanaan menurut Azwar (1996) adalah:

- a. Ditinjau dari jangka waktu berlakunya.
Dapat dibedakan menjadi rencana jangka panjang (*long range planning*), jangka menengah (*medium range planning*) dan jangka pendek (*short range planning*).
- b. Ditinjau dari frekuensi penggunaan.
Rencana yang dihasilkan dapat dibedakan atas rencana yang digunakan 1 kali (*single use planning*) dan rencana yang dapat digunakan berulang kali (*repeat use planning*).
- c. Ditinjau dari tingkatan (hirarki) rencana.
Terdapat 3 macam rencana yaitu: perencanaan induk (*master planning*), perencanaan operasional (*operasional planning*), dan perencanaan harian (*day to day planning*).
- d. Ditinjau dari filosofi perencanaan.
Dapat dibedakan menjadi perencanaan memuaskan (*satisfying planning*), perencanaan optimal (*optimalizing planning*), dan perencanaan adaptasi (*adaptavizer planning*).
- e. Ditinjau dari orientasi waktu.
Terdiri dari perencanaan berorientasi masa lalu-kini (*past-present planning*) dan perencanaan berorientasi pada masa depan (*future-oriented planning*).
Perencanaan berorientasi masa depan dibedakan atas perencanaan redistributif (*redistributif planning*), perencanaan spekulatif (*speculative planning*) dan perencanaan kebijakan (*policy planning*).
- f. Ditinjau dari ruang lingkup. Perencanaan ditinjau dari ruang lingkup yang dihasilkan dibedakan atas 4 macam yaitu; perencanaan strategik (*strategic planning*), perencanaan taktis (*tactical planning*), perencanaan menyeluruh (*comprehensive planning*) dan perencanaan terpadu (*integrated planning*).

2. Defenisi Obat

Obat merupakan bahan atau zat yang dipergunakan oleh manusia untuk mengobati suatu penyakit tertentu. Obat adalah racun atau zat kimia baik dari alam maupun sintetis yang apabila salah dalam penggunaan atau tidak sesuai dosis takaran dapat mengakibatkan hal-hal yang tidak diinginkan tetapi dalam takaran dan dosis tertentu dapat menghilangkan, mengurangi atau mengobati penyakit.

Menurut pengertian umum, obat dapat didefinisikan sebagai bahan yang menyebabkan perubahan dalam fungsi biologis melalui proses kimia. Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, obat adalah bahan yang digunakan untuk mengurangi, menghilangkan penyakit atau menyembuhkan seseorang dari penyakit (Depdikbud, 1990). Pengertian obat dalam arti yang sempit hanya untuk proses penyembuhan saja padahal obat bukan hanya digunakan untuk penyembuhan terhadap penyakit saja, tetapi juga digunakan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan dan memulihkan kesehatan bahkan dapat juga digunakan untuk mendiagnosa suatu penyakit. Obat dapat didefinisikan sebagai suatu zat yang dimaksudkan untuk dipakai dalam diagnosis, mengurangi rasa sakit, mengobati atau mencegah penyakit pada manusia, hewan dan tumbuhan (Bahfen, 2006). Definisi yang lebih lengkap, obat adalah bahan atau paduan bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi termasuk produk biologi (Kemenkes RI, 2010). Obat dapat

merupakan bahan yang disintesis di dalam tubuh (misalnya hormon, vitamin D) atau merupakan merupakan bahan-bahan kimia yang tidak disintesis di dalam tubuh.

3. Peran Obat

Obat merupakan salah satu komponen yang tidak dapat tergantikan dalam pelayanan kesehatan karena obat dapat menyelamatkan kehidupan dan meningkatkan kualitas kesehatan (Depkes RI, 2009.b). Peran obat dalam pengobatan adalah sebagai suatu zat yang digunakan seseorang untuk mengobati dirinya ketika sakit. Seseorang yang menderita sakit dan pergi ke sarana pelayanan kesehatan tidak akan merasa puas sebelum diberi obat oleh tenaga kesehatan yang melayaninya. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan hak azasi manusia oleh sebab itu dibutuhkan pengelolaan yang baik, benar, efektif dan efisien secara berkesinambungan (Kemenkes RI, 2010). Obat dan perbekalan kesehatan hendaknya dikelola secara optimal untuk menjamin tercapainya tepat jumlah, tepat jenis, tepat penyimpanan, tepat waktu pendistribusian, tepat penggunaan dan tepat mutu. Pengelolaan obat yang tidak dikelola dengan baik dapat terjadi pemborosan dari segi biaya, banyaknya obat yang rusak/kadaluarsa atau adanya kekurangan obat.

Obat digunakan untuk penetapan diagnosa, pencegahan penyakit, menyembuhkan penyakit, memulihkan (rehabilitas) kesehatan, mengubah fungsi normal tubuh untuk tujuan tertentu, peningkatan kesehatan, dan mengurangi rasa sakit (Depkes RI, 2009b). Penggolongan secara

sederhana dari definisi yang lengkap di atas dibagi menjadi obat untuk manusia dan obat untuk hewan. Penggolongan obat lainnya adalah berdasarkan khasiat yaitu obat analgetika, antipiretika, antibiotika, hipertensi, hormon, multivitamin dan sebagainya. Beberapa penggolongan obat dimana dimaksudkan untuk peningkatan keamanan dan ketepatan penggunaan serta pengamanan distribusi dapat dibagi menjadi 4 golongan yaitu (Depkes RI, 2009b): "golongan obat bebas, golongan obat bebas terbatas, golongan obat keras, golongan obat psikotropika dan obat narkotika".

a. Obat Bebas

Obat bebas adalah obat yang boleh digunakan tanpa resep dokter disebut juga obat OTC (*Over The Counter*), obat jenis ini dibedakan atas obat bebas dan obat bebas terbatas.

a. Obat bebas

Obat bebas merupakan obat yang paling "aman". Obat bebas, yaitu obat yang dijual bebas dipasaran dan dapat dibeli tanpa resep dokter. Obat ini dapat dibeli bebas di apotek, toko obat bahkan di warung-warung. Obat bebas memiliki tanda lingkaran hijau bergaris tepi hitam. Obat bebas ini digunakan untuk mengobati gejala-gejala penyakit yang ringan.

b. Obat bebas terbatas

Obat jenis ini termasuk obat keras tetapi masih dapat dijual atau dibeli bebas tanpa resep dokter dalam jumlah tertentu. Obat bebas terbatas, dahulu dikenal sebagai obat daftar W, yakni

obat-obatan yang dalam jumlah tertentu masih bisa dibeli di apotek atau toko obat tanpa resep dokter. Obat ini memiliki tanda lingkaran biru bergaris tepi hitam. Penggunaan obat bebas terbatas harus memperhatikan informasi yang ada dalam kemasan. Contohnya, obat anti mabuk, anti flu.

Kemasan obat bebas terbatas seperti ini biasanya tertera peringatan yang bertanda kotak kecil berdasar warna gelap atau kotak putih bergaris tepi hitam, dengan tulisan sebagai berikut (Depkes RI, 2006):

- a) P.No. 1: Awas! Obat keras. Bacalah aturan pemakaiannya.
- b) P.No. 2: Awas! Obat keras. Hanya untuk bagian luar dari badan.
- c) P.No. 3: Awas! Obat keras. Tidak boleh ditelan.
- d) P.No. 4: Awas! Obat keras. Hanya untuk dibakar.
- e) P.No. 5: Awas! Obat keras. Obat wasir, jangan ditelan.

Sakit yang ringan masih dibenarkan untuk melakukan pengobatan sendiri dalam keadaan dan batas-batas tertentu dimana dipergunakan obat hanya sebatas golongan obat bebas dan bebas terbatas yang mudah diperoleh masyarakat. Namun apabila kondisi penyakit semakin serius sebaiknya memeriksakan ke dokter.

2. Obat Keras

Obat keras merupakan obat yang berkhasiat keras sehingga penggunaannya harus dengan resep dokter dan dibawah pengawasan dokter. Obat keras merupakan obat yang hanya boleh diperjual belikan di apotek atau instalasi klinik/rumah sakit. Obat keras dahulu disebut obat daftar G (*gevaarlijk*=berbahaya) yaitu obat berkhasiat keras yang

untuk memperolehnya harus dengan resep dokter. Ciri atau tanda obat keras yaitu memakai tanda lingkaran merah bergaris tepi hitam dengan tulisan huruf K di tengahnya yang menyentuh garis tepi. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah antibiotik (tetrasiklin, penisilin, dan sebagainya), serta obat-obatan yang mengandung hormon (obat kencing manis, obat penenang, dan lain-lain). Obat-obat ini berkhasiat keras dan bila dipakai sembarangan bisa berbahaya bahkan meracuni tubuh, memperparah penyakit atau menyebabkan mematikan.

3. Psikotropika dan Narkotika

Obat psikotropika dan narkoba dapat menimbulkan ketagihan karena itu, obat-obat ini mulai dari pembuatannya sampai pemakaiannya diawasi dengan ketat oleh Pemerintah dan hanya boleh diserahkan oleh apotek atas resep dokter. Setiap bulan apotek wajib melaporkan pembelian dan pemakaiannya pada pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Program pemerintah melalui Kementerian Kesehatan untuk mengawasi peredaran narkotika dan psikotropika dikenal dengan nama program Sipnap (Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika). Dahulu dalam program ini hanya apotek yang diwajibkan untuk melaporkan distribusi penjualan obat jenis narkotika dan psikotropika ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tetapi mulai Januari 2012 program Sipnap juga diwajibkan pada rumah sakit, klinik, dan pedagang besar farmasi (PBF). Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota laporan sipnap akan direkapitulasi dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Propinsi.

1) Psikotropika

Psikotropika adalah zat/obat yang berkhasiat dapat menurunkan aktivitas otak atau merangsang atau mempengaruhi susunan syaraf pusat dan dapat menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku serta dapat menyebabkan ketergantungan karena mempunyai efek stimulasi (merangsang) bagi para pemakainya. Obat psikotropika bukan termasuk golongan narkotika. Penggunaan obat ini harus dibawah pengawasan dokter. Jenis-jenis yang termasuk psikotropika adalah ecstasy, sabu-sabu.

2) Narkotika

Narkotika adalah zat atau zat kimia obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan pengaruh-pengaruh tertentu atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai dengan menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan bagi mereka yang menggunakannya.

Pengaruh tersebut berupa pembiusan, hilangnya rasa sakit, rangsangan semangat, halusinasi atau timbulnya khayalan-khayalan bagi pemakainya. Macam-macam narkotika antara lain (1) opiod (Opiat), bahan opioida yang sering disalahgunakan adalah morfin, heroin (putaw), codein, demerol (pethidina), methadone, (2) Kokain dan (3) Cannabis (ganja)

4. Dasar Kebijakan Umum Obat

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945 (Depkes RI, 2009a). Tersusunnya SKN 2009 mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) tahun 2005-2025, memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, serta meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional (Depkes RI, 2009a).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi: 1) Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, 2) Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat, 3) Kebijakan pembangunan kesehatan, dan 4) Kepemimpinan. SKN 2009 menyebutkan bahwa subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pemenuhan kebutuhan serta pemanfaatan dan pengawasan obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan

subsistem obat dan perbekalan kesehatan adalah tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang mencukupi, terdistribusi secara adil dan merata serta dimanfaatkan secara berdaya guna dan berhasil guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2009c). Unsur utama subsistem obat dan perbekalan kesehatan terdiri dari perencanaan, pengadaan, pemanfaatan dan pengawasan, yakni :

1. Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah dan mutu obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.
2. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan jenis, jumlah dan mutu yang telah direncanakan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan.
3. Pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya pemerataan dan peningkatan keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan.
4. Pengawasan obat dan perbekalan kesehatan adalah upaya menjamin ketersediaan, keterjangkauan, keamanan serta kemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan.

Penyelenggaraan subsistem obat dan perbekalan kesehatan mengacu pada beberapa prinsip antara lain (Kemenkes RI, 2010):

- a. Obat dan perbekalan kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia dan karena itu tidak diperlakukan sebagai komoditas ekonomi semata.
- b. Obat dan perbekalan kesehatan sebagai barang publik harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya, dan karena itu penetapan harga obat dan perbekalan

- kesehatan tidak diserahkan kepada mekanisme pasar melainkan dikendalikan oleh pemerintah.
- c. Pengadaan obat, yang mengutamakan obat esensial generik bermutu, serta penyediaan perbekalan kesehatan, diselenggarakan secara adil dan merata serta terjangkau oleh masyarakat, melalui optimalisasi industri nasional yang didukung oleh industri bahan baku sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - d. Pengadaan dan pemanfaatan obat di sarana pelayanan kesehatan mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).
 - e. Pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan secara rasional dengan memperhatikan aspek mutu, manfaat, harga, kemudahan diakses serta keamanan bagi masyarakat dan lingkungannya.

Bentuk pokok subsistem obat dan perbekalan kesehatan antara lain:

- a. Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan secara nasional diselenggarakan oleh pemerintah.
- b. Perencanaan obat merujuk pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang ditetapkan oleh pemerintah bekerja sama dengan organisasi profesi.
- c. Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan oleh pembangunan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah.
- d. Pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan diselenggarakan melalui Pedagang Besar Farmasi (PBF).
- e. Pemerataan obat dan perbekalan kesehatan diarahkan pada pemakaian obat-obat esensial generik.
- f. Peningkatan keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan dilaksanakan melalui kajian dan penetapan harga secara berkala oleh pemerintah bersama pengusaha dengan menggunakan harga obat produksi industri farmasi pemerintah sebagai acuan (*price leader*).

- g. Pengawasan mutu produksi obat dan perbekalan kesehatan pada tahap pertama dilakukan oleh industri yang bersangkutan sesuai dengan CPOB yang ditetapkan oleh pemerintah.
- h. Pengawasan distribusi, promosi serta pemanfaatan obat dan perbekalan kesehatan, termasuk efek samping serta pengendalian harganya dilakukan oleh pemerintah bekerja sama dengan kalangan pengusaha, organisasi profesi dan masyarakat.

5. Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD)

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2005b). Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah: Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, Upaya Perbaikan Gizi, Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, dan Pengobatan (Depkes RI, 2005b).

Jenis kegiatan dalam Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) meliputi :

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain tindakan medis sederhana, pemeriksaan dan pengobatan gigi (cabut dan tambal), pemberian obat-obatan sesuai dengan ketentuan, serta pelayanan dan pengobatan gawat darurat.

- b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain tindakan medis, pemberian obat-obatan, bahan habis pakai.
- c. Pelayanan Kesehatan di luar gedung, yang termasuk dalam kegiatan ini antara lain pelayanan rawat jalan dengan Puskesmas Keliling baik roda empat maupun roda dua, pelayanan kesehatan di Posyandu, pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah (perawatan kesehatan masyarakat)

Menurut Azwar (1996) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) adalah “pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat”. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat rawat jalan (*ambulatory / out patient service*).

6. Dasar-dasar Fungsi Manajemen Logistik Obat

Pengelolaan obat merupakan suatu proses yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Proses pengelolaan obat dapat terwujud dengan baik apabila didukung dengan kemampuan sumber daya yang tersedia dalam suatu sistem. Tujuan utama pengelolaan obat Kabupaten/Kota adalah tersedianya obat yang berkualitas baik, tersebar secara merata, jenis dan jumlah sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di unit pelayanan kesehatan (Depkes RI,

2009d). Pengelolaan obat yang baik diharapkan dapat dilaksanakan dengan mengikuti beberapa pedoman dan pelatihan yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Dinas Kesehatan Propinsi atau Kabupaten/Kota.

Pelaksanaan pengelolaan obat yang efektif dan efisien diharapkan dapat menjamin:

- a. Tersedianya rencana kebutuhan jenis dan jumlah obat sesuai dengan kebutuhan PKD di Kabupaten/Kota.
- b. Tersedianya anggaran pengadaan obat yang dibutuhkan sesuai dengan waktunya.
- c. Terlaksananya pengadaan obat yang efektif dan efisien.
- d. Terjaminnya penyimpanan obat dengan mutu yang baik.
- e. Terjaminnya pendistribusian obat yang efektif dengan waktu tunggu (*lead time*) yang pendek.
- f. Terpenuhinya kebutuhan obat yang mendukung PKD sesuai dengan jenis, jumlah dan waktu yang dibutuhkan.
- g. Tersedianya sumber daya manusia (SDM) dengan jumlah dan kualifikasi yang tepat.
- h. Digunakannya obat secara rasional sesuai dengan pedoman yang disepakati.
- i. Tersedianya informasi pengelolaan dan penggunaan obat yang sah, akurat dan mutakhir.

Sistem pengelolaan dan penggunaan obat Kabupaten/Kota mempunyai 4 fungsi dasar, yaitu (Kemenkes RI, 2010): “perumusan

kebutuhan (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*) dan penggunaan obat (*use*)". Keempat fungsi tersebut didukung oleh penunjang pengelolaan yang terdiri dari organisasi (*organization*), pembiayaan dan berkesinambungan (*financing and sustainability*), pengelolaan informasi (*information management*) serta pengelolaan dan pengembangan SDM (*human resources management*). Pelaksanaan keempat fungsi dasar dan keempat elemen sistem pendukung pengelolaan tersebut didasarkan pada kebijakan (*policy*) dan atau peraturan perundangan yang mantap serta didukung oleh kepedulian masyarakat dan petugas kesehatan terhadap program bidang obat dan pengobatan. Prinsip perencanaan obat merupakan suatu proses kegiatan seleksi untuk menentukan jenis dan jumlah obat dalam rangka pemenuhan kebutuhan obat di Puskesmas.

Tujuan perencanaan pengadaan obat antara lain untuk:

- a. Mengetahui jenis dan jumlah obat yang tepat sesuai dengan kebutuhan.
- b. Menghindari terjadinya kekosongan obat,
- c. Meningkatkan penggunaan obat yang rasional,
- d. Meningkatkan efisiensi penggunaan obat.

Menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Ditjen Yanfar dan Alkes Depkes RI) menyebutkan bahwa perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan adalah salah satu fungsi yang menentukan dalam proses pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Tujuan perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan

kesehatan adalah untuk menetapkan jenis dan jumlah obat sesuai dengan pola penyakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar termasuk program kesehatan yang telah ditetapkan. Proses perencanaan pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan diawali dari data yang disampaikan Puskesmas ke Unit Pengelola Obat/Gudang Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang selanjutnya dikompilasi menjadi rencana kebutuhan obat publik dan perbekalan kesehatan Kabupaten/Kota yang dilengkapi dengan teknik-teknik perhitungannya (Depkes RI, 2009c).

Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengatakan bahwa perencanaan kebutuhan obat untuk Puskesmas setiap periode dilaksanakan oleh Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Puskesmas. Data distribusi obat yang dihasilkan oleh Puskesmas merupakan salah satu faktor dalam mempertimbangkan perencanaan kebutuhan obat tahunan. Data ini sangat penting untuk perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas. Ketepatan dan kebenaran data di Puskesmas akan berpengaruh terhadap ketersediaan dan perbekalan kesehatan secara keseluruhan di Kabupaten/Kota. Proses perencanaan kebutuhan obat yang dilaksanakan setiap tahun, dimana Puskesmas diminta menyediakan data pemakaian obat dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) yaitu formulir yang digunakan di unit pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah (Depkes RI, 2009c).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian, yang diperkenankan untuk melakukan pengadaan sediaan farmasi adalah tenaga kefarmasian (Depkes RI, 2009c). Data yang diperlukan untuk mendukung proses perencanaan obat antara lain (Depkes RI, 2009c):

- a. Data populasi total di suatu wilayah dan rata-rata pertumbuhan penduduk per tahun.
- b. Data status kesehatan yang menyangkut angka penyakit terbanyak pada dewasa dan anak.
- c. Data yang berkaitan dengan obat, seperti jumlah penulis resep (*prescriber*), jumlah biaya yang tersedia, jumlah apoteker dan tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker dan jumlah item obat yang tersedia di pasaran.

Macam jenis obat publik dan perbekalan kesehatan senantiasa berubah dalam kurun waktu tertentu, karena menyesuaikan perkembangan situasi. Ketentuan jenis obat publik dan perbekalan kesehatan setiap tahun diatur oleh Kementerian Kesehatan RI melalui Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

7. Perencanaan Kebutuhan Obat Publik

Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan merupakan salah satu fungsi yang menentukan dalam proses pengadaan yang berdampak pada ketersediaan obat untuk pelayanan publik. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, tujuan dari perencanaan obat dan

perbekalan kesehatan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis serta jumlah obat dan perbekalan kesehatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan di pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) (Depkes RI, 2009d).

Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar (PKD) dibiayai melalui berbagai sumber anggaran antara lain: APBN (program kesehatan, program pelayanan keluarga miskin), APBD, Dana Alokasi Umum (DAU)/Dana Alokasi Khusus (DAK) dan sumber-sumber lain. Diperlukan koordinasi dan keterpaduan dalam perencanaan pengadaan obat sehingga sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar. Perlunya dibentuk tim perencana terpadu adalah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana melalui koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar instansi yang terkait dengan masalah obat di kabupaten/kota.

Manfaat perencanaan obat terpadu antara lain (Depkes RI, 2009c):

- a. Menghindari tumpah tindih penggunaan anggaran
- b. Keterpaduan dalam evaluasi, penggunaan dan perencanaan
- c. Kesamaan persepsi antara pemakai obat dan penyedia anggaran
- d. Estimasi kebutuhan obat lebih tepat
- e. Koordinasi antara penyedia anggaran dan pemakai obat
- f. Pemanfaatan dana pengadaan obat dapat lebih optimal

Perencanaan obat terpadu dimulai dengan membentuk tim terpadu melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota (Depkes RI, 2009c). Dimana susunan tim teknis perencanaan obat terpadu terdiri dari:

Ketua : Kepala Bidang yang membawahi program kefarmasian di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Sekretaris : Kepala UPT. Kefarmasian atau Kepala Seksi Farmasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Anggota : 1. Unsur Sekretariat Daerah Kabupaten/Kota seperti Bappeda dan DPPKAD.
2. Unsur program yang terkait di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
3. Unsur lainnya.

Tugas tim perencanaan obat terpadu antara lain (Depkes RI, 2009c):

- a. Mengevaluasi semua aspek pengadaan obat tahun sebelumnya
- b. Mengevaluasi ketersediaan anggaran dan jumlah pengadaan obat
- c. Merencanakan kebutuhan obat berdasarkan estimasi kebutuhan obat publik untuk unit pelayanan kesehatan dasar dan program kesehatan untuk tahun berikutnya berdasarkan data dari unit pelayanan kesehatan.

Perencanaan kebutuhan obat merupakan kegiatan utama sebelum melakukan proses pengadaan obat. Perencanaan kebutuhan obat dilakukan langkah-langkah mulai dari pengumpulan data kebutuhan atau permintaan obat dari puskesmas serta pengelola program, rekapitulasi penggunaan obat di puskesmas sampai dengan penentuan jumlah dan item obat yang dibutuhkan.

Beberapa langkah yang diperlukan dalam kegiatan perencanaan kebutuhan obat antara lain (Depkes RI, 2009c):

a. Tahap Pemilihan Obat

Fungsi pemilihan/seleksi obat adalah untuk menentukan jenis obat yang diperlukan sesuai dengan pola penyakit. Dasar-dasar seleksi kebutuhan obat meliputi:

- 1) Obat dipilih berdasarkan seleksi ilmiah, medis dan statistik yang memberikan efek terapi jauh lebih baik dibandingkan dengan risiko efek samping yang ditimbulkan.
- 2) Jenis obat yang dipilih seminimal mungkin untuk menghindari duplikasi dan kesamaan jenis. Apabila jenis obat dengan indikasi sama dalam jumlah banyak, maka kita memilih berdasarkan “*drug of choice*” dari penyakit yang prevalensinya tinggi.
- 3) Jika ada obat baru, harus ada bukti yang spesifik untuk terapi yang lebih baik.
- 4) Menghindari penggunaan obat kombinasi, kecuali jika obat kombinasi tersebut mempunyai efek yang lebih baik dibanding obat tunggal.

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemilihan obat antara lain (Depkes RI, 2009d):

- 1) Obat yang dipilih sesuai dengan standar mutu yang terjamin dan memiliki sertifikat cara pembuatan obat yang baik (CPOB).
- 2) Dosis obat sesuai dengan kebutuhan terapi.
- 3) Obat mudah disimpan.

- 4) Obat mudah didistribusikan.
- 5) Obat mudah didapatkan/diperoleh.
- 6) Biaya pengadaan dapat terjangkau.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maka pemilihan obat didasarkan pada obat generik terutama yang terdaftar dalam DOEN yang masih berlaku dengan patokan harga sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang harga obat untuk pengadaan pemerintah dan harga serum dan vaksin program imunisasi yang masih berlaku. Diperlukan juga pemilihan obat menjadi kelompok VEN (Vital, Esensial dan Non Esensial). Beberapa kriteria yang dipergunakan sebagai dasar acuan dalam pemilihan obat yakni (Depkes RI, 2009d):

- 1) Obat merupakan kebutuhan untuk sebagian besar populasi penyakit.
- 2) Obat memiliki keamanan dan khasiat yang didukung dengan bukti ilmiah.
- 3) Obat mempunyai mutu yang terjamin baik ditinjau dari segi stabilitas maupun bioavailabilitasnya (ketersediaan hayati).
- 4) Biaya pengobatan mempunyai rasio antar manfaat dan biaya yang baik.
- 5) Bila pilihan lebih dari satu, dipilih yang paling baik, paling lengkap data ilmiahnya dan farmako kinetiknya paling menguntungkan.
- 6) Mudah diperoleh dan harga terjangkau.
- 7) Obat sedapat mungkin sediaan tunggal.

b. Tahap Kompilasi Pemakaian Obat

Kompilasi pemakaian obat untuk mengetahui pemakaian obat setiap bulan dari masing-masing jenis obat di Unit Pelayanan Kesehatan/ Puskesmas selama setahun serta menentukan stok optimum (stok optimum = stok kerja + stok pengaman) (Depkes RI, 2009c). Data pemakaian obat di Puskesmas diperoleh dari LPLPO.

c. Tahap Perhitungan Kebutuhan Obat

Menentukan kebutuhan obat merupakan tantangan berat yang senantiasa dihadapi oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang bekerja di tingkat PKD. Kekosongan maupun kelebihan jenis obat tertentu dapat terjadi apabila perhitungan hanya berdasarkan teoritis. Koordinasi dalam proses perencanaan untuk pengadaan obat secara terpadu perlu dilakukan melalui beberapa tahap dengan harapan obat yang direncanakan dapat tepat baik ditinjau dari jenis, jumlah maupun waktu. Menentukan kebutuhan obat dapat dilakukan pendekatan perhitungan melalui metode konsumsi dan atau morbiditas (Depkes RI, 2009c).

Perhitungan dengan metode konsumsi adalah perhitungan berdasarkan atas analisa konsumsi obat pada tahun sebelumnya. Menghitung jumlah obat yang dibutuhkan dengan metode konsumsi perlu diperhatikan beberapa faktor antara lain pengumpulan dan pengolahan data, analisa data untuk informasi dan evaluasi, perhitungan perkiraan kebutuhan obat, penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia (Depkes RI, 2009c).

Perlu dilakukan analisa *trend* pemakaian obat selama 3 tahun atau terakhir atau lebih agar dapat diperoleh kebutuhan obat yang mendekati tepat. Analisa ini digunakan untuk melihat seberapa besar dinamika distribusi dan pemakaian obat di unit-unit pelayanan. Fungsi dari analisa *trend* adalah dapat memprediksi jumlah dan item obat yang sering digunakan oleh puskesmas. Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode konsumsi antara lain daftar obat, stok awal, penerimaan obat, pengeluaran obat, sisa stok, obat hilang/rusak, kedaluwarsa, kekosongan obat, pemakaian rata-rata/pergerakan obat per tahun, *lead time* (waktu tunggu), stok pengaman, dan perkembangan pola kunjungan (Depkes RI, 2009c).

Perhitungan kebutuhan obat dengan metode morbiditas adalah kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit. Faktor yang perlu diperhatikan adalah perkembangan pola penyakit dan *lead time* (Kemenkes RI, 2010). Langkah-langkah yang perlu ditempuh dalam metode ini antara lain (Depkes RI, 2009c):

- 1) Menyediakan pedoman pengobatan yang digunakan
- 2) Menentukan jumlah penduduk yang akan dilayani
- 3) Menentukan jumlah kunjungan kasus berdasarkan frekuensi penyakit
- 4) Menghitung perkiraan kebutuhan obat

Beberapa data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode morbiditas adalah (Depkes RI, 2009c):

- 1) Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur-penyakit.
- 2) Menyiapkan data populasi penduduk. Komposisi demografi dari populasi yang diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin untuk umur antara 0-4 th, 5-14 th, 15-44 th dan > 45 th.

- 3) Kejadian masing-masing penyakit untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
- 4) Menghitung frekuensi kejadian masing-masing penyakit per tahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
- 5) Menghitung perkiraan jenis dan jumlah obat untuk setiap diagnosa yang sesuai dengan pedoman pengobatan.
- 6) Menghitung perkiraan jumlah obat dikalikan jenis obat untuk setiap diagnosa yang dibandingkan dengan standar pengobatan.
- 7) Untuk menghitung jenis, jumlah, dosis, frekuensi dan lama pemberian obat dapat dipergunakan pedoman pengobatan yang ada.
- 8) Menghitung jumlah kebutuhan obat yang akan datang dengan memperhitungkan faktor perkembangan pola kunjungan, *lead time* dan stok pengaman.
- 9) Menghitung jumlah yang harus diadakan tahun anggaran yang akan datang

Unit Pengelola Obat Kabupaten/Kota perlu mengumpulkan 10 besar penyakit dari unit terkait guna melengkapi data rencana pengadaan.. Data ini bermanfaat untuk menentukan skala prioritas dalam menyesuaikan rencana pengadaan obat dengan dana yang tersedia (Kemenkes RI, 2010).

d. Tahap Proyeksi Kebutuhan Obat

Proyeksi kebutuhan obat adalah perhitungan kebutuhan obat secara komprehensif dengan pertimbangan data pemakaian obat dan sisa stok obat yang ada pada periode yang masih berjalan dari berbagai sumber anggaran. Beberapa kegiatan yang perlu dilakukan pada tahap ini antara lain (Depkes RI, 2009c):

- 1) Menetapkan perkiraan stok akhir periode yang akan datang.

Stok akhir diperkirakan sama dengan hasil perkalian antara waktu tunggu dengan estimasi pemakaian rata-rata per bulan ditambah stok penyangga.

- 2) Menghitung rancangan kebutuhan pengadaan obat periode tahun yang akan datang. Perencanaan pengadaan obat tahun yang akan datang dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$a = b + c + d - e - f$$

Dimana :

A = Perkiraan kebutuhan pengadaan obat tahun yang akan datang.

B = Kebutuhan obat untuk sisa periode berjalan (sesuai dengan tahun anggaran yang bersangkutan).

C = Kebutuhan obat untuk tahun yang akan datang.

D = Rancangan stok akhir tahun (lead time dan buffer stok).

E = Stok awal periode berjalan / stok per 31 Desember di Unit Pengelola Obat/Gudang Farmasi Kabupaten/Kota.

F = Rencana penerimaan obat pada periode berjalan (Januari - Desember).

8. Menghitung perkiraan anggaran untuk total kebutuhan obat

Menghitung rancangan anggaran untuk total kebutuhan obat dilakukan cara melakukan analisis ABC-VEN (vital, esensial, non esensial), menyusun prioritas kebutuhan dan penyesuaian kebutuhan dengan anggaran yang tersedia (Kemenkes RI, 2010).

Pengalokasian kebutuhan obat per sumber anggaran dengan melakukan kegiatan (Depkes RI, 2009.c):

- a. Menetapkan kebutuhan anggaran untuk masing-masing obat per sumber anggaran.
- b. Menghitung persentase (%) belanja untuk masing-masing obat terhadap masing-masing sumber anggaran.
- c. Menghitung persentase (%) anggaran masing-masing obat terhadap total anggaran dari semua sumber.

Pada tahap proyeksi kebutuhan obat, jenis data yang diperlukan adalah lembar kerja perhitungan perencanaan pengadaan obat pada tahun anggaran yang akan datang untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan jumlah kebutuhan pengadaan obat tahun yang akan datang, jumlah persediaan obat di Gudang Farmasi Kabupaten/Kota, jumlah obat yang akan diterima pada tahun anggaran berjalan, rencana pengadaan obat untuk tahun anggaran berikutnya berdasarkan sumber anggaran dan tingkat kecukupan setiap jenis obat (Kemenkes RI, 2010).

Analisa ABC merupakan pengelompokan item obat berdasarkan kebutuhan dana dimana (Depkes RI, 2009c):

- a. Kelompok A adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 70% dari jumlah dana obat keseluruhan.

- b. Kelompok B adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 20% dari jumlah dana obat keseluruhan.
- c. Kelompok C adalah kelompok jenis obat yang jumlah rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 10% dari jumlah dana obat keseluruhan.

Analisa VEN merupakan pengelompokan obat berdasarkan kepada dampak tiap jenis obat terhadap kesehatan. Analisa VEN bertujuan untuk meningkatkan efisiensi penggunaan dana obat. Semua jenis obat yang direncanakan dikelompokkan ke dalam tiga kelompok yakni (Kemenkes RI, 2010):

- a. Kelompok V adalah kelompok jenis obat yang sangat esensial (*vital*), yang termasuk dalam kelompok ini antara lain: obat penyelamat (*life saving drug*), obat-obatan untuk pelayanan kesehatan pokok dan obat-obatan untuk mengatasi penyakit penyebab kematian terbesar,
- b. Kelompok E adalah kelompok obat-obat yang bekerja pada sumber penyebab penyakit (*kausal*).
- c. Kelompok N merupakan kelompok jenis obat-obat penunjang yaitu obat yang berkerjanya ringan dan biasa dipergunakan untuk menimbulkan kenyamanan atau untuk mengatasi keluhan ringan.

Proses perencanaan kebutuhan obat bukan merupakan hal yang mudah, karena suplai obat merupakan proses yang berlangsung secara terus menerus dan berkaitan dengan komponen lain. Misalnya sebelum merencanakan kebutuhan obat harus mengetahui informasi tentang besar

populasi yang akan dicakup, pola morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas penyakit (kematian akibat penyakit), anggaran yang tersedia serta perkiraan obat yang dibutuhkan di masa mendatang. Dibutuhkan kerjasama antara petugas kefarmasian dengan bidang lain yang berkaitan dengan pengobatan agar perencanaan kebutuhan obat sesuai dengan kebutuhan.

Kriteria yang disusun dalam analisa VEN mencakup berbagai aspek yaitu aspek klinis, konsumsi, target kondisi dan biaya. Sementara langkah-langkah yang dilakukan untuk menentukan VEN adalah:

- a. Menyusun kriteria menentukan VEN.
- b. Menyediakan data pola penyakit.
- c. Merujuk pada pedoman pengobatan.

Perkiraan kebutuhan obat dalam suatu populasi harus ditetapkan dan ditelaah secara rutin agar penyediaan obat sesuai dengan kebutuhan. Ada tiga metode untuk memperkirakan kebutuhan obat dalam populasi (Hartono, 2007).

- a. Berdasarkan prevalensi penyakit dalam populasi (*population based*)

Population based merupakan metode penghitungan kebutuhan obat berdasarkan prevalensi penyakit dalam masyarakat dan menggunakan pedoman pengobatan yang baku untuk memperkirakan jumlah obat yang diperlukan. Penghitungan dengan metode ini diperlukan data akurat mengenai data prevalensi penyakit yang sering diderita oleh masyarakat termasuk kelompok umur yang rentan terhadap masing-masing penyakit. Perlu dilakukan survai atau

pengumpulan data rutin mengenai pola epidemiologi penyakit (morbiditas dan mortalitas) di daerah setempat. *Population based* merupakan metode ideal untuk menghitung kebutuhan obat secara riil. Untuk dapat menggunakan metode ini diperlukan ketersediaan dana yang cukup untuk mengatasi setiap morbiditas penyakit secara adekuat.

b. Berdasarkan jenis pelayanan kesehatan (*service based*)

Service based merupakan metode penghitungan kebutuhan obat berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang tersedia serta jenis penyakit yang pada umumnya ditangani oleh masing-masing pusat pelayanan kesehatan. Berbeda dengan metode *population based* yang berdasarkan pola epidemiologi penyakit, *service based* lebih mendasarkan pada jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang ada. Secara teknis metode ini lebih tertuju pada kondisi penyakit tertentu yang ditangani oleh unit pelayanan kesehatan yang ada, biasanya hanya menyediakan jenis pelayanan kesehatan tertentu saja. Metode ini kurang menggambarkan kebutuhan obat dalam populasi yang sebenarnya, karena pola penyakit masyarakat yang tidak berkunjung ke pusat pelayanan kesehatan tidak tergambar dengan baik.

c. Berdasarkan pemakaian obat tahun sebelumnya (*consumption based*)

Consumption based merupakan penghitungan kebutuhan obat berdasarkan pada data pemakaian obat tahun sebelumnya. Perkiraan kebutuhan obat dengan metode ini pada umumnya bermanfaat bila data penggunaan obat dari tahun ke tahun tersedia secara lengkap dan

konsumsi di unit pelayanan kesehatan bersifat konstan atau tidak fluktuatif. Setelah dilakukan penghitungan kebutuhan obat untuk tahun yang akan datang, biasanya akan diperoleh jumlah angka yang sangat besar, bahkan biasanya lebih besar daripada anggaran yang tersedia, apalagi bila penghitungan dengan menggunakan metode konsumsi. Idealnya dilaksanakan kegiatan evaluasi sehingga dapat mencapai beberapa sasaran, misalnya :

- 1) Apakah perencanaan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan pola penyakit (pola morbiditas) ?
- 2) Apakah perencanaan cukup rasional ?
- 3) Apakah dana cukup tersedia ?
- 4) Apakah jumlah atau jenis obat perlu dikurangi karena dana yang tidak cukup? Yang mana yang perlu dikurangi dan dengan alasan apa?
- 5) Apakah pilihan sediaan tidak terlalu banyak ?

Evaluasi dapat sekaligus dilakukan terhadap aspek medik/terapi (penggunaan obat) dan aspek ekonomik (efisiensi dana).

Cara yang dianjurkan untuk melakukan evaluasi dan efisiensi perencanaan kebutuhan obat meliputi (Hartono, 2007):

- 1) Analisa nilai ABC, untuk mengevaluasi aspek ekonomi

Suatu jenis obat tertentu dapat memakan anggaran besar karena pemakaiannya banyak atau harganya mahal. Jenis-jenis obat tertentu dapat diidentifikasi kemudian dievaluasi lebih lanjut. Evaluasi ini dengan mengecek kembali penggunaannya atau

apakah ada alternatif sediaan lain yang lebih *cost-efficient* (misalnya merk dagang lain, bentuk sediaan lain). Evaluasi terhadap jenis-jenis obat yang memakan biaya terbanyak juga lebih efektif dan terasa dampaknya dibanding dengan evaluasi terhadap obat yang relatif memerlukan anggaran sedikit.

2) Pertimbangan kriteria VEN, untuk evaluasi aspek medik/terapi

Melakukan analisis VEN artinya menentukan prioritas kebutuhan suatu jenis obat yang termasuk kriteria vital (harus tersedia), esensial (perlu tersedia atau non-esensial (tidak ada juga tidak apa-apa). Obat dikatakan vital apabila obat tersebut diperlukan untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving drugs*), apabila tidak tersedia akan dapat meningkatkan risiko kematian. Obat dikategorikan esensial apabila obat tersebut terbukti efektif untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi penderitaan. Obat non-esensial meliputi keanekaragaman obat yang digunakan untuk penyakit yang sembuh sendiri (*self-limiting diseases*), obat yang diragukan manfaatnya, obat yang mahal namun tidak mempunyai kelebihan manfaat dibanding obat sejenisnya.

3) Kombinasi ABC dan VEN

Pendekatan (*approach*) manakah yang paling bermanfaat dalam efisiensi atau penyesuaian dana? Ekonomi (ABC) atau medik/terapi (VEN). Logikanya jenis obat yang termasuk kategori A (dalam analisis ABC) adalah benar-benar yang diperlukan untuk menanggulangi penyakit terbanyak dan obat tersebut

statusnya harus E dan sebageian V (dari analisa VEN). Sebaliknya jenis obat dengan status N harusnya masuk dalam kategori C.

4) Revisi daftar obat

Apabila analisis ABC dan VEN terlalu sulit dilakukan sementara diperlukan evaluasi cepat (*rapid evaluation*) dalam daftar perencanaan kebutuhan obat, maka dapat dilakukan revisi daftar perencanaan obat. Namun sebelumnya perlu dipertimbangkan manfaatnya tidak hanya dari aspek ekonomi dan medik saja, tetapi dapat berdampak positif pada beban penanganan stok.

9. Pengadaan Obat

Sumber penyediaan obat di Puskesmas berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Obat yang diperkenankan untuk disediakan di Puskesmas adalah obat esensial yang jenis dan itemnya telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan merujuk pada DOEN, kesepakatan global maupun Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (Kemenkes RI, 2010).

Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan merupakan proses untuk penyediaan obat yang dibutuhkan di unit pelayanan kesehatan seperti Puskesmas. Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan

pengadaan barang dan jasa instansi pemerintah serta pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN) atau anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD). Tujuan pengadaan obat adalah tersedianya obat dengan jenis dan jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan, mutu obat terjamin, dan obat dapat diperoleh pada saat dibutuhkan (Depkes RI, 2009c).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan obat antara lain kriteria obat publik, persyaratan pemasok, penentuan waktu pengadaan dan kedatangan obat, penerimaan dan pemeriksaan obat serta pemantauan status pesanan. Ada beberapa kriteria obat publik antara lain (Depkes RI, 2009c):

- a. Jenis obat termasuk dalam obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD), obat program kesehatan, obat generik yang tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang masih berlaku.
- b. Obat telah memiliki izin edar atau nomor registrasi dari Departemen Kesehatan RI/Badan POM.
- c. Batas kedaluwarsa obat pada saat diterima oleh panitia penerima minimal 24 bulan atau 2 tahun.
- d. Obat memiliki sertifikat analisa dan uji mutu yang sesuai dengan nomor batch masing-masing produk
- e. Obat diproduksi oleh industri farmasi harus memiliki sertifikat Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB).

Menurut persyaratan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ada beberapa kriteria mutu obat yang harus dipertanggungjawabkan yaitu (Depkes RI, 2009c):

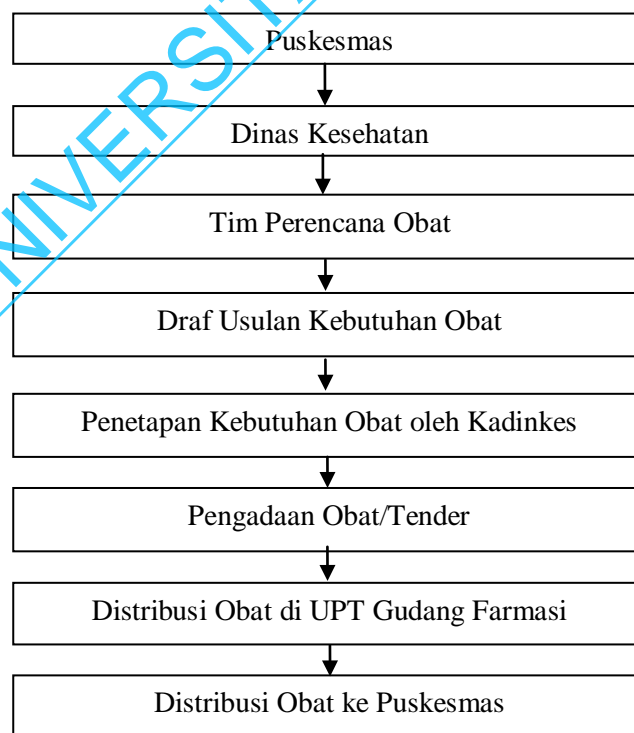
- a. Mutu obat harus sesuai dengan standard yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia edisi terakhir dan persyaratan mutu yang berlaku.
- b. Industri farmasi yang memproduksi obat harus bertanggungjawab terhadap mutu obat hasil produksinya melalui pemeriksaan mutu (*quality control*) yang dilakukan oleh industri tersebut.

Beberapa upaya yang perlu dilakukan dalam pengadaan obat antara lain (Depkes RI, 2009c):

- a. Perencanaan kebutuhan obat memerlukan strategi yang dapat mengakomodir kebutuhan masyarakat dan lingkungan. Perencanaan yang sekarang masih mencari pola baru dan masih belum mengacu konsep dasar ilmiah yang seharusnya dilakukan.
- b. Keraguan dari pelaksana dalam mencari bentuk perencanaan di era otonomi daerah yang dapat mengakomodir antara riil kebutuhan masyarakat dan dari pelaksana Puskesmas yang semakin beragam permintaan.
- c. Diperlukan Tim Perencanaan Kebutuhan Obat di Kabupaten/Kota yang akan menyeleksi usulan dari Puskesmas dan dengan informasi langsung dari Instalasi Farmasi, sebagai penunjang diperlukan Sistem Informasi Perencanaan Kebutuhan Obat.

Dalam pelaksanaannya pengadaan obat dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan yang selanjutnya obat disimpan di UPT. Gudang Farmasi dan didistribusikan ke UPT. Puskesmas yang memerlukannya.

Prosedur pengadaan obat dimulai dari data kebutuhan atau permintaan kebutuhan obat oleh puskesmas yang disampaikan ke Dinas Kesehatan. Daftar kebutuhan obat tersebut selanjutnya disampaikan ke tim perencana obat untuk disusun dalam draf kebutuhan obat yang kemudian ditetapkan menjadi daftar kebutuhan obat oleh Kepala Dinas Kesehatan. Daftar tersebut disampaikan ke panitia pengadaan untuk di diadakan/tenderkan. Obat yang ada kemudian disimpan di UPT. Gudang Farmasi untuk kemudian didistribusikan ke UPT. Puskesmas sesuai kebutuhan. Prosedur pengadaan obat yang telah berjalan selama ini dapat digambarkan dalam skema berikut:



Gambar 2.1 Prosedur Pengadaan Obat dan Distribusi Obat

Siklus pengadaan obat meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Meninjau atau memeriksa kembali tentang pemilihan obat (seleksi obat),
- b. Menyesuaikan atau mencocokkan kebutuhan dan dana,
- c. Memilih metode pengadaan,
- d. Mengalokasikan dan memilih calon penyedia obat (supplier),
- e. Menentukan syarat-syarat atau isi kontrak,
- f. Memantau status pesanan,
- g. Menerima dan mengecek obat,
- h. Melakukan pembayaran,
- i. Mendistribusikan obat,
- j. Mengumpulkan informasi mengenai pemakaian.

Metode pengadaan obat yang lazim dilaksanakan adalah dengan sistem tender terbuka, tender terbatas, pengadaan penunjukan langsung, yang mana kesemuanya akan berpengaruh terhadap harga, waktu pengiriman dan beban kerja daripada satuan kerja yang mengadakan. Pengadaan obat dapat dimungkinkan berjalan menurut model yang berbeda misalnya pembelian tahunan, pembelian tetap atau pembelian terus menerus. Kombinasi yang berbeda dari model ini mungkin dapat diterapkan pada tingkat (level) yang berbeda (Kemenkes RI, 2010).

10. Kerasionalan Obat

Penggunaan obat secara rasional menurut WHO (1985) adalah bila pasien menerima obat sesuai dengan kebutuhannya untuk periode yang

adekuat dan harga yang terjangkau. Definisi ini didasarkan pada rasional obat menurut acuan *biomedical context* tetapi ketentuan ini belum dipatuhi oleh pasien dan provider. Secara garis besar, penggunaan obat dikatakan rasional bila memenuhi persyaratan antara lain tepat diagnosis, tepat indikasi pemakaian obat, tepat pemilihan obat, tepat dosis, cara dan lama pemberian, tepat penilaian terhadap kondisi pasien, tepat pemberian informasi, dan tepat dalam tindak lanjut.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya pemakaian obat yang tidak rasional antara lain pembuat resep, pasien/masyarakat, sistem perencanaan dan pengelolaan obat, kebijaksanaan obat dan pelayanan kesehatan, informasi dan iklan obat, persaingan praktek dan pengobatan sesuai dengan permintaan pasien. WHO memperkirakan lebih dari separuh obat yang diresepkan di dunia diberikan dan dijual dengan cara yang tidak tepat dan separuh dari pasien menggunakan obat secara tidak tepat (Kemenkes RI, 2011).

Penggunaan obat dikatakan tidak rasional ketika tidak dapat dipertanggungjawabkan secara medik (*medically inappropriate*) baik menyangkut ketepatan jenis, dosis, dan cara pemberian (Kemenkes RI, 2011). Penggunaan obat yang tidak rasional dapat menimbulkan masalah penting dan dampak yang cukup besar dalam penurunan mutu pelayanan kesehatan juga dapat menimbulkan resistensi terhadap pengobatan (Kemenkes RI, 2011).

Kerasionalan obat merupakan faktor yang sangat penting dalam perencanaan kebutuhan obat. Penggunaan obat yang irasional (tidak

rasional) dapat berpengaruh negatif terhadap mutu pelayanan yaitu dapat berdampak kurangnya obat atau kelebihan obat dalam item tertentu. Dampak ekonomi yaitu borosnya anggaran untuk pembelian obat tertentu dan efek samping pengguna obat. Keirasionalan penggunaan obat akan berefek perencanaan kebutuhan obat tidak efektif dan tidak efisien.

Pengelolaan obat merupakan serangkaian kegiatan yang menyangkut aspek perencanaan, pengadaan, pendistribusian dan penggunaan serta pelayanan obat dengan memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia seperti tenaga, dana dan perangkat lunak (metode dan tatalaksana) dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan di berbagai tingkat unit kerja. Tujuan pengelolaan obat adalah agar terlaksananya optimasi penggunaan obat melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengelolaan obat dan penggunaan obat secara tepat dan rasional (Kemenkes RI, 2010).

Suryawati (dalam Hartono 2007) menyebutkan bahwa dampak negatif pemakaian obat yang irasional secara singkat yaitu dampak terhadap mutu pengobatan dan pelayanan, biaya pelayanan pengobatan, efek samping obat dan dampak psikososial. Ciri penggunaan obat yang tidak rasional antara lain (Kemenkes RI, 2011):

- a. Peresepan berlebihan (*overprescribing*) yaitu pemberian obat yang sebenarnya tidak diperlukan untuk penyakit yang bersangkutan. Contoh pemberian antibiotik pada ISPA non Pneumonia yang umumnya disebabkan oleh virus.

- b. Perespan kurang (*underprescribing*) yaitu pemberian obay kurang dari yang seharusnya diperlukan, baik dari segi dosis, jumlah maupun lama pemberian. Contoh tidak memberikan oralit pada anak yang jelas menderita diare.
- c. Pereseapan majemuk (*multiple prescribing*) yaitu memberikan beberapa obat untuk satu indikasi penyakit yang sama. Artinya pasien seharusnya diberikan atau dapat disembuhkan dengan 1 jenis obat tetapi diberikan lebih dari 1 jenis obat. Contoh pemberian puyer pada anak yang batuk filek, dalam campuran puyer selain adanya CTM masih juga diberikan deksametason.
- d. Pereseapan salah (*incorrect prescribing*), mencakup pemberian indikasi yang keliru. Kondisi yang sebenarnya merupakan kontraindikasi pemberian obat, efek samping obat yang lebih besar, pemberian informasi obat yang keliru kepada masyarakat dan sebagainya. Contoh pemberian antibiotik golongan kuinolon pada anak-anak (dapat menyebabkan keropos tulang).

Menurut Budiono (dalam Hartono 2007), ada beberapa bentuk keirasionalan pemakaian obat dikategorikan dalam 4 kelompok :

- a. Pereseapan boros (*extravagant*), yakni pereseapan obat-obat yang lebih mahal padahal ada alternatif yang lebih murah dengan manfaat dan keamanan yang sama
- b. Pereseapan berlebihan (*overprescribing*), terjadi bila dosis obat, lama pemberian atau jumlah obat yang diresepkan melebihi ketentuan

- c. Peresepan yang salah (*incorrect prescribing*), mencakup pemakaian obat untuk indikasi yang keliru, diagnosis tepat tetapi obatnya keliru, pemberian obat ke pasien salah. Juga pemakaian obat tanpa memperhitungkan kondisi lain yang diderita bersamaan. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*), yakni pemakaian dua atau lebih kombinasi obat padahal sebenarnya cukup hanya dengan obat tunggal saja. Termasuk di sini adalah pengobatan terhadap semua gejala yang muncul tanpa mengarah ke penyakit utamanya
- d. Peresepan kurang (*under prescribing*), terjadi bila obat yang diperlukan tidak diresepkan, dosis tidak cukup atau lama pemberian terlalu pendek.

Beberapa contoh penggunaan obat yang tidak rasional dalam kehidupan sehari-hari (Kemenkes RI, 2011):

1. Pemberian obat untuk penderita yang tidak memerlukan terapi obat. Contoh pemberian roboransia untuk perangsang nafsu makan pada anak padahal intervensi gizi akan jauh lebih baik dan bermanfaat daripada memberikan obat.
2. Penggunaan obat yang tidak sesuai dengan indikasi penyakit. Contoh pemberian injeksi vitamin B12 untuk keluhan pegal linu.
3. Penggunaan obat yang tidak sesuai aturan. Contoh frekuensi pemberian amoksisilin 3x sehari padahal yang benar adalah diberikan setiap priode 8 jam.
4. Penggunaan obat yang memiliki potensi toksisitas lebih besar. Contoh pemberian metilprednison atau deksametason untuk terapi

tenggorokan atau sakit menelan padahal jauh lebih aman menggunakan ibuprofen dan efficacious.

5. Penggunaan obat yang harganya mahal. Contoh kecenderungan dokter atau kemauan pasien untuk menggunakan obat bermerk mahal padahal obat dengan komposisi serupa (sejenis) dengan mutu yang sama dan harga lebih murah tersedia.
6. Penggunaan obat yang belum terbukti secara ilmiah bermanfaat dan keamanannya. Contoh terlalu cepat meresepkan obat baru.
7. Penggunaan obat yang jelas mempengaruhi kebiasaan atau persepsi pasien terhadap hasil pengobatan. Misalnya memberikan injeksi setiap pasien berobat sehingga bila terdapat keluhan yang sama si pasien akan datang untuk minta di injeksi.

Dampak negatif ketidak rasionalan penggunaan obat (Kemenkes RI, 2011):

- a. Dampak pada mutu pengobatan dan pelayanan.
- b. Dampak terhadap biaya pengobatan.
- c. Dampak terhadap kemungkinan efek samping dan efek lain yang tidak diharapkan.
- d. Dampak terhadap mutu ketersediaan obat.
- e. Dampak psikososial.

11. Indikator Pengelolaan Obat

Indikator adalah alat ukur yang dapat membandingkan kinerja yang sesungguhnya. Indikator dapat digunakan untuk mengukur sampai

sejauhmana tujuan dan sasaran telah dicapai. Beberapa batasan tentang indikator pengelolaan obat, yakni (Kemenkes RI, 2010):

- a. Indikator merupakan jenis data berdasar sifat/gejala/keadaan yang dapat diukur dan diolah secara mudah dan cepat dengan tidak memerlukan data lain dalam pengukurannya,
- b. Indikator merupakan ukuran untuk mengukur perubahan.

Beberapa kriteria umum indikator dapat disingkat dengan SMART (Kemenkes RI, 2010):

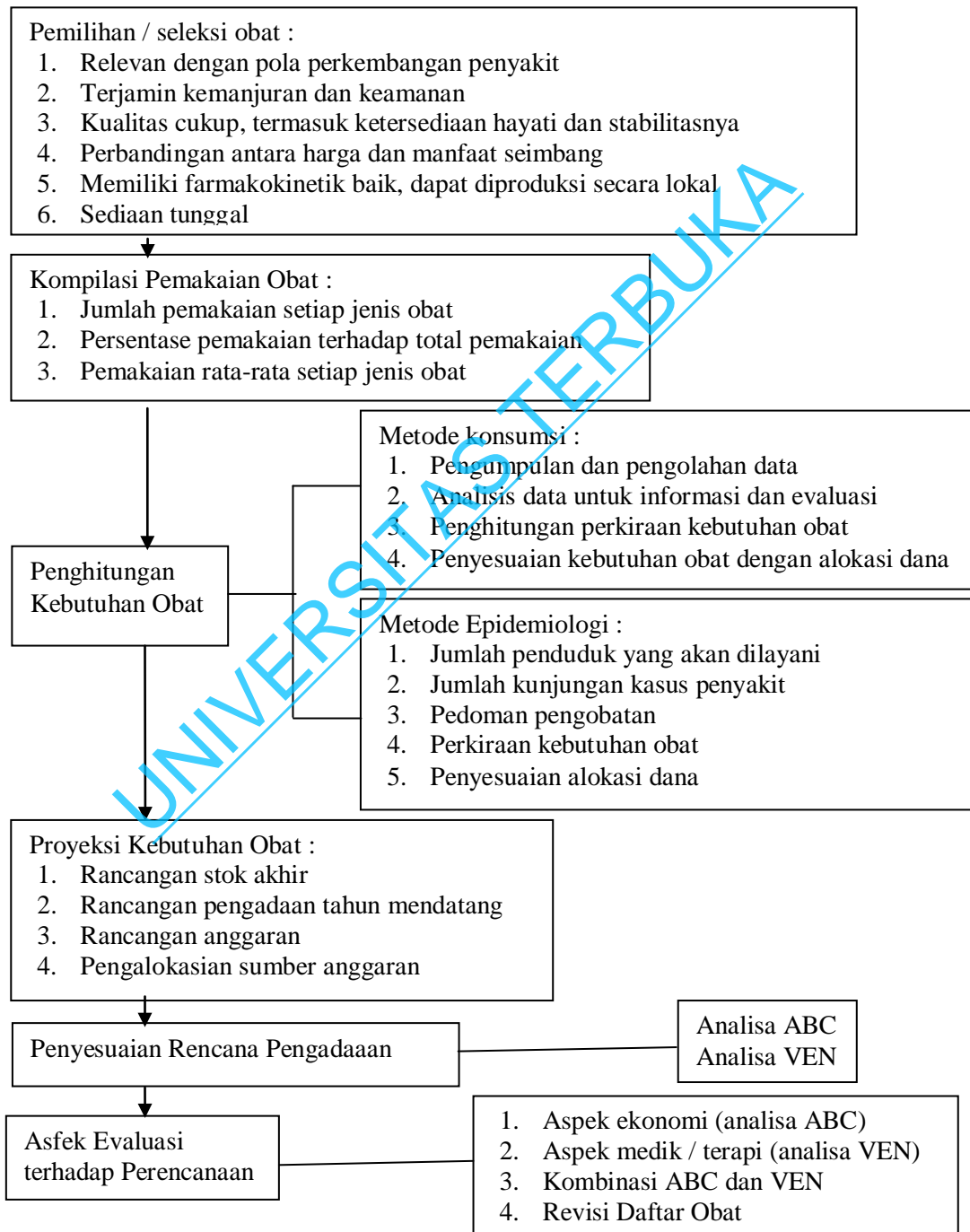
1. *Sustainable* (berkesinambungan). Dapat dipergunakan secara berkesinambungan.
2. *Measurable* (keterukuran). Dapat diukur meskipun waktu yang tersedia singkat, kualitas yang berubah-ubah dan keterbatasan dana.
3. *Accessibility* (kemudahan). Mudah diakses/didapat.
4. *Realibility* (kehandalan). Kehandalan setiap indikator harus dapat dipercaya.
5. *Timely* (waktu). Dapat digunakan untuk waktu yang berbeda.

Indikator pengelolaan obat di Puskesmas meliputi (Kemenkes RI, 2010):

- a. Kesesuaian item obat dengan DOEN.
- b. Kesesuaian ketersediaan obat dengan pola penyakit.
- c. Tingkat ketersediaan obat.
- d. Ketepatan permintaan obat.
- e. Prosentase dan nilai obat rusak/kadaluarsa.
- f. Ketepatan distribusi obat.
- g. Prosentase rata-rata bobot dari variasi persediaan.

- h. Prosentase rata-rata waktu kekosongan obat.
- i. Prosentase obat yang tidak diresepkan.
- j. Prosentase penulisan resep obat generik.

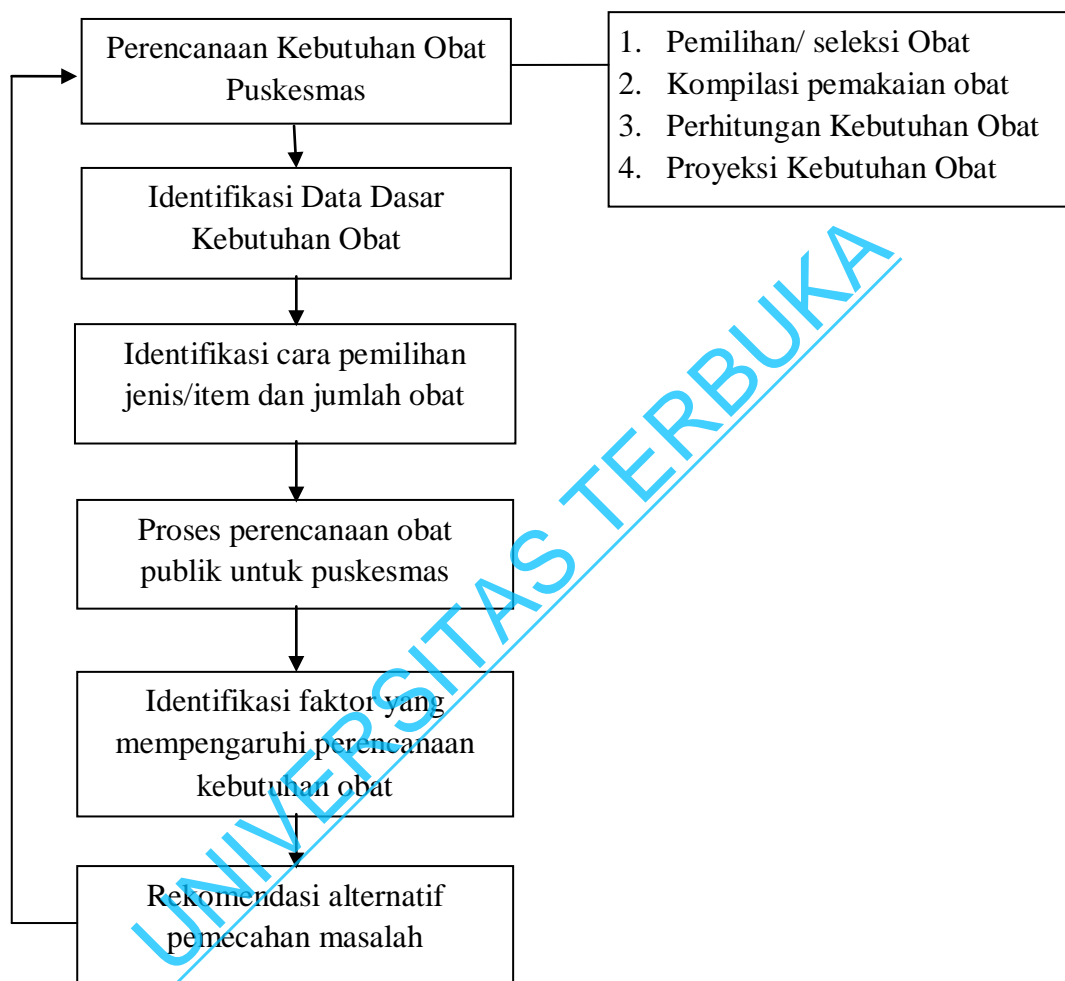
12. Kerangka Teoritis



Gambar 2.2. Kerangka Teoritis

B. Kerangka Berpikir

Perencanaan kebutuhan obat di puskesmas belum berjalan secara maksimal dengan keadaan yang sebenarnya. Dari tinjauan pustaka maka peneliti merumuskan kerangka pikir pada penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2.3. Kerangka Pikir

C. Defenisi Operasional

Defenisi operasional pada penelitian ini antara lain:

1. Perencanaan kebutuhan obat Puskesmas adalah kegiatan yang dilakukan untuk pemilihan/seleksi jenis dan jumlah obat, melaksanakan kompilasi

pemakaian obat, membuat perhitungan kebutuhan obat, menghitung proyeksi kebutuhan obat sesuai dengan kebutuhan untuk pelayanan kesehatan dasar di puskesmas.

2. Identifikasi data dasar kebutuhan obat adalah kegiatan yang bertujuan untuk memeriksa dan menganalisa semua jenis data yang dijadikan dasar untuk menghitung kebutuhan obat publik di Puskesmas.
3. Identifikasi cara pemilihan jenis/item dan jumlah obat adalah kegiatan untuk memeriksa dan menganalisa cara penentuan jenis/item dan jumlah obat yang telah dilakukan oleh Puskesmas.
4. Proses perencanaan obat publik untuk puskesmas adalah rangkaian langkah sistematis, atau tahapan dilaksanakan untuk penyusunan perencanaan kebutuhan obat publik untuk PKD yang telah berjalan di Puskesmas sampai dengan tahun 2011.
5. Identifikasi faktor yang mempengaruhi perencanaan kebutuhan obat adalah kegiatan yang bertujuan untuk memeriksa dan menganalisa beberapa faktor yang diperkirakan dapat mempengaruhi proses perencanaan kebutuhan obat publik di Puskesmas..
6. Rekomendasi alternatif pemecahan masalah adalah saran yang dapat dilakukan untuk memecahkan masalah dalam perencanaan obat puskesmas.
7. Kebutuhan obat publik adalah jenis/item dan jumlah obat publik untuk PKD yang dibutuhkan oleh Puskesmas.

8. Kompilasi pemakaian obat adalah pemakaian bulanan setiap obat di unit pelayanan kesehatan (Puskesmas) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang
9. Proyeksi kebutuhan obat adalah perhitungan kasar perencanaan kebutuhan obat di Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian metode evaluasi dengan pendekatan secara kualitatif. Penelitian evaluatif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk menilai tingkat kesehatan, usaha penyehatan, atau tindakan medik tertentu yang ada pada masyarakat maupun klinik (Pratiknya, 2003:16). Dikenal 2 macam penelitian evaluatif yaitu reviu program dan *trial*. Reviu program bertujuan untuk menilai kelengkapan sarana atau upaya peningkatan kesehatan dalam masyarakat. Sementara *trial* bertujuan untuk menilai atau menguji suatu tindakan medik tertentu, baik yang dilakukan terhadap individu maupun masyarakat (Pratiknya, 2003: 17).

B. Subjek Penelitian

Penelitian kualitatif tidak mengenal populasi dan sampel. Sampel dalam metode kualitatif tidak bersifat mewakili (*representatif*) populasi tetapi lebih diperlakukan sebagai kasus yang memiliki ciri khas sendiri yang tidak harus sama dengan ciri populasinya (Irawan. P, 2007: 4.27). Penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi, karena penelitian kualitatif berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu dan hasil kajiannya tidak diberlakukan ke populasi, tetapi ditransferkan ke tempat lain pada

situasi sosial yang memiliki kesamaan dengan situasi sosial pada kasus yang dipelajari. Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai nara sumber, atau partisipan, informan, teman dan guru dalam penelitian.

Istilah populasi dalam penelitian kualitatif dikenal sebagai situasi sosial (*social situation*) yang terdiri dari tiga elemen yaitu: tempat, pelaku, dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergi. Situasi sosial tersebut dapat dinyatakan sebagai obyek penelitian yang ingin diketahui “apa yang terjadi” di dalamnya. Pada situasi sosial atau obyek penelitian ini peneliti dapat mengamati secara mendalam aktivitas orang-orang yang ada pada tempat tertentu.

Ciri atau sifat dari subjek penelitian ini ditentukan dengan cara, dari 9 petugas kefarmasian UPT. Puskesmas dibagi dalam 3 katagori (kelompok) berdasarkan latar belakang pendidikan profesi kesehatan, laporan kunjungan umum pasien UPT. Puskesmas dan masa kerja petugas kefarmasian. Ketiga katagori tersebut adalah sebagai berikut:

1. Katagori I, yaitu UPT. Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan Apoteker/Sarjana Farmasi/Akademi Farmasi/SAA/SMF yang mempunyai masa kerja baru maksimal 5 tahun, memiliki pustu atau poskedes.
2. Katagori II, yaitu UPT. Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan Apoteker/Sarjana Farmasi/Akademi Farmasi/SAA/SMF yang mempunyai masa kerja maksimal 5 tahun, tidak

mempunyai pustu atau poskesdes atau memiliki hanya satu pustu atau poskesdes.

3. Katagori III, yaitu UPT. Puskesmas dengan tenaga pelaksana farmasi yang berlatar belakang pendidikan Apoteker/Sarjana Farmasi/Akademi Farmasi/SAA/SMF yang mempunyai masa kerja lebih dari 5 tahun dan mempunyai pustu atau poskesdes.

C. Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa pedoman wawancara. Penelitian kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya. Pedoman wawancara digunakan sebagai dasar atau acuan untuk menggali informasi melalui wawancara mendalam.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Guna mendapatkan data atau informasi tentang proses perencanaan kebutuhan obat publik di semua UPT. Puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, dilakukan pengumpulan data dengan cara pengumpulan data sekunder, wawancara mendalam dengan informan.

1. Pengumpulan data sekunder.

Pengumpulan data sekunder terdiri dari :

- a. Rekapitulasi rencana kebutuhan obat publik UPT. Puskesmas se-wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.
 - b. Data kunjungan pasien di UPT. Puskesmas se-wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Data ini digunakan sebagai salah satu dasar untuk menentukan sampel penelitian.
 - c. Daftar jenis obat yang ada di Seksi Farmasi dan Alat Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang
2. Pengumpulan data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam. Wawancara dilakukan secara langsung antara pewawancara (*interviewer*) dengan terwawancara (*interviewee*). Selaku pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, sedangkan terwawancara adalah informan. Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah pengelola obat di UPT. Puskesmas (tenaga pelaksana farmasi) sebanyak 3 orang. Pelaksanaan wawancara untuk triangulasi dilakukan kepada 1 orang Kepala UPT. Puskesmas, Kepala UPT. Gudang Farmasi dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dengan tujuan untuk memperoleh penjelasan guna memaksimalkan informasi yang disampaikan oleh pengelola obat publik UPT. Puskesmas.

Metode wawancara memiliki kelemahan (Irawan, 2007: 4.31):

- a. Prasangka dari responden.
- b. Masalah interviewer.
- c. Masalah dalam prosedur penelitian

3. Cara penelitian ini adalah sebagai berikut :
 - d. Peneliti mengumpulkan data sekunder yang berkaitan dengan perencanaan kebutuhan obat publik di Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang
 - e. Peneliti datang ke semua UPT. Puskesmas terpilih sebagai informan penelitian untuk melaksanakan wawancara secara langsung dengan pengelola obat publik UPT. Puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang
 - f. Peneliti mencatat semua hasil wawancara mendalam dengan informan. Peneliti merumuskan dan menganalisis hasil wawancara mendalam dengan informan.

E. Metode Analisis Data

Analisis data digunakan untuk menganalisa serta sebagai landasan pengambilan kesimpulan atas data yang diperoleh dalam penelitian. Analisis data pada penelitian kualitatif dilakukan bersamaan atau hampir bersamaan dengan pengumpulan data (Irawan, 2007: 5.20). Analisis data dalam penelitian kualitatif bersifat induktif (*grounded*). Peneliti membangun kesimpulannya dengan cara mengabstraksikan data empiris yang dikumpulkan dari lapangan dan mencari pola-pola yang terdapat dalam data tersebut. Analisis data dalam penelitian kualitatif tidak perlu menunggu sampai seluruh proses pengumpulan data selesai dilaksanakan tetapi justru analisis dilaksanakan secara paralel pada saat pengumpulan data. Analisis

data dianggap selesai ketika peneliti merasa mencapai titik jenuh profil data dan menemukan pola aturan yang dicari (Irawan, 2007: 5.29).

Proses analisis data pada penelitian kualitatif dimulai dari pengumpulan data mentah, transkrip data, pembuatan koding, katagori data, penyimpulan sementara, triangulasi dan penyimpulan akhir (Irawan, 2007: 5.23).

- 1) Pengumpulan data mentah dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi lapangan serta kajian terhadap laporan.
- 2) Transkrip data dilakukan dengan mengubah data mentah kedalam bentuk tulisan.
- 3) Pembuatan koding dilakukan dengan membaca ulang seluruh data yang ditranskrip. Kemudian menentukan kata kunci terhadap hal-hal penting yang ada dalam transkrip lalu memberikan kode terhadap hal-hal penting tersebut.
- 4) Katagori data merupakan hal menyederhanakan data dengan mengikat konsep (kata-kata) kunci dalam satu besaran yang dinamakan katagori.
- 5) Kesimpulan sementara dapat diberikan ketika data telah terkumpul dan kesimpulan ini harus 100% berdasarkan data. Apabila peneliti ingin memberikan penafsiran atas pikirannnya, maka pada akhir kesimpulan sementara harus dicantumkan *obsever'scommnts* (OC).
- 6) Triangulasi adalah proses *check and recheck* antara satu sumber data dengan sumber data lain. Dalam proses triangulasi mungkinsaja terjadi: 1 sumber senada dengan sumber lain; 1 sumber berbeda dengan sumber

lain tetapi tidak harus bertentangan; atau 1 sumber benar-benar berbeda dengan sumber lain.

- 7) Kesimpulan akhir diambil ketika peneliti merasa data yang dikumpulkan sudah jenuh (*saturated*) dan setiap penambahan data baru hanya akan membuat tumpangtindih (*redundant*).

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

F. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

1. Metodologi bersifat observasional dengan pendekatan secara kualitatif. Dimana waktu yang digunakan untuk mengumpulkan data primer dilakukan dengan cara *survey cross sectional* (satu kali survey) yang memungkinkan terdapat informasi yang tidak lengkap atau kurang terserap oleh peneliti.
2. Dalam penentuan informan dari 9 UPT, Puskesmas yang ada di Kota Pangkalpinang hanya di pilih 3 orang. Hal ini dilakukan berdasarkan 3 katagori yang telah ditetapkan dalam tehnik penentuan subjek penelitian. Dimana informan dibagi dalam 3 katagori (kelompok) berdasarkan latar belakang pendidikan profesi kesehatan, laporan kunjungan umum pasien UPT, Puskesmas dan masa kerja petugas kefarmasian. Ketiga katagori tersebut digunakan untuk menggambarkan secara keseluruhan kondisi UPT, Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.
3. Bias informasi dari jawaban yang diberikan oleh informan. Karena informasi yang disampaikan cenderung bersifat subjektif. Guna mengatasi hal tersebut maka dilakukan triangulasi dengan menjadikan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, Kepala UPT, Gudang Farmasi dan Kepala UPT, Puskesmas sebagai

informan triangulasi. Karena ketiga pejabat tersebut merupakan ketua dan anggota tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Dilaksanakan triangulasi dengan harapan dapat mengurangi bias informasi yang bersifat subjektif tadi.

G. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Kondisi Geografi

Berdasarkan Undang-undang nomor 27 tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung menetapkan Pangkalpinang sebagai Ibukota Propinsi Kepulauan Bangka Belitung. Pangkalpinang terletak pada garis $106^{\circ}4-106^{\circ}7$ Bujur Timur dan garis $2^{\circ}4-2^{\circ}10$ Lintang Selatan dengan luas daerah seluruhnya $118,40 \text{ Km}^2$ (Peraturan Pemerintah nomor 79 tahun 2008 tentang Perubahan Batas Daerah Kota Pangkalpinang dengan Kabupaten Bangka Tengah Propinsi Kepulauan Bangka Belitung di Desa Selindung). Batas daerah Kota Pangkalpinang menjadi:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Desa Pagarawan Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Dul Kecamatan Pangkalan Baru Kabupaten Bangka Tengah.
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Air Duren Kecamatan Mendo Barat Kabupaten Bangka.
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Cina Selatan.

2. Keadaan Alam

Iklim Kota Pangkalpinang tergolong tropis basah type A dengan variasi hujan antara 82,1-372,7 mm per-bulan. Hawa daerah ini dipengaruhi oleh laut, baik angin maupun kelembabannya. Suhu udara bervariasi antara 23°C sampai 31,7°C dengan kelembaban berkisar antara 77,0 sampai dengan 86,3 persen.

3. Keadaan Penduduk

Jumlah penduduk Kota Pangkalpinang sebesar 154.340 jiwa dengan kepadatan penduduk mencapai 1.304 Km². Dimana kepadatan tertinggi berada di Kecamatan Tamansari sebesar 9.433 jiwa per Km² sedangkan kepadatan terendah berada di Kecamatan Gerunggang mencapai 870 jiwa per Km². Jumlah penduduk laki-laki sebanyak 79.028 jiwa dan penduduk wanita mencapai 75.312 jiwa. Jumlah rumah tangga 40.890 dengan rata-rata per rumah tangga 4 jiwa.

4. Lingkungan Sosial Ekonomi

Pertumbuhan ekonomi di Kota Pangkalpinang mengalami peningkatan mencapai 5,12%. Sektor yang menyumbangkan pertumbuhan paling besar adalah sektor pembangunan (8,46%), sektor jasa (7,35%) sektor angkutan dan komunikasi (6,73%).

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas harga berlaku tahun berjalan Kota Pangkalpinang menunjukkan peningkatan dimana pendapatan perkapita riil Kota Pangkalpinang mencapai Rp. 6.368.795,- .

5. Pendidikan

Kemampuan membaca dan menulis masyarakat Kota Pangkalpinang dapat tercermin dari angka melek huruf, yaitu prosentase penduduk usia 10 tahun keatas yang dapat membaca dan menulis huruf latin atau huruf alinnya sebesar 99,92%. Angka Partisipasi Sekolah (APS) dikategorikan menjadi 3 kelompok umur, yaitu 7-12 tahun mewakili usia setingkat SD (115,76%), umur 13-15 tahun mewakili usia setingkat SLTP (99,65%) dan umur 16-18 tahun mewakili usia setingkat SLTA (70,04%). Semakin tinggi kelompok umur semakin rendah APS, baik laki-laki maupun perempuan.

6. Agama

Agama yang diakui saat ini ada enam yaitu : Islam dengan jumlah penganut sebanyak 74,01%, Kristen Katolik dengan jumlah penganut sebanyak 4,74%, Kristen Protestan sebanyak 3,98%, Budha sebanyak 9,6%, Hindu sebanyak 0,07% dan Konghucu sebanyak 7,51%.

7. Tenaga Kesehatan

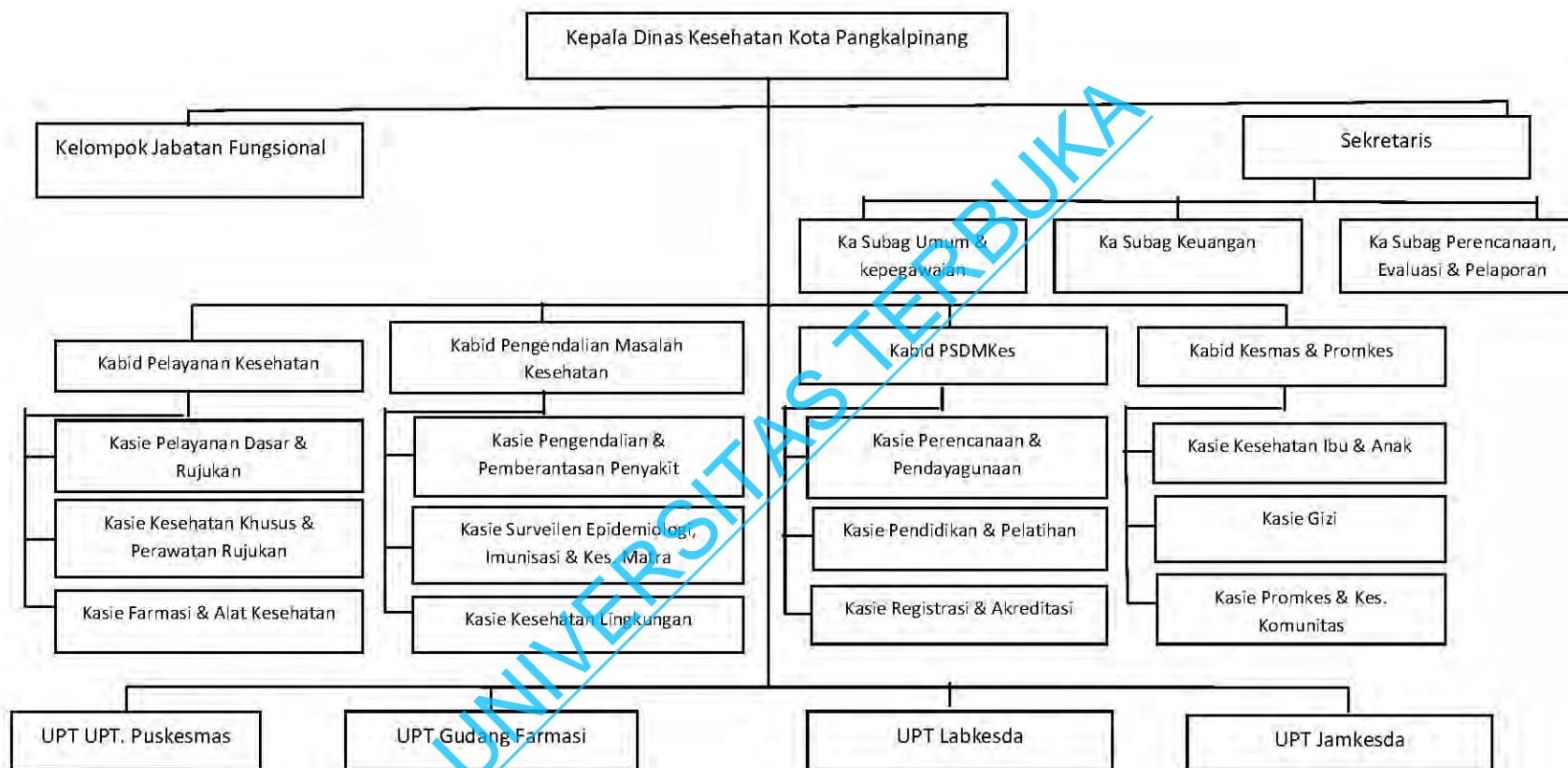
Petugas kesehatan yang bekerja pada instansi pemerintah yaitu tenaga kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, termasuk juga tenaga kesehatan yang bertugas di UPT. Puskesmas dan UPT. Puskesmas Pembantu.

Tabel 4.1. Tenaga Kesehatan Kota Pangkalpinang

NO	KETENAGAAN	JUMLAH	RASIO TERHADAP PENDUDUK
1.	Dokter Spesialis	46	30
2.	Dokter Umum	63	41
3.	Dokter Gigi	15	10
4.	Apoteker/S1 Farmasi	28	18
5.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	34	22
6.	Perawat	596	386
7.	Bidan	105	68
8.	Tenaga sanitarian	12	8
9.	Tenaga Gizi	13	8
10.	Ketehnisian Medik	53	34

Sumber : Laporan Bidang Pelayanan Kesehatan dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

UNIVERSITAS TERBUKA



Gambar 1. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang (Sumber Bag. Kepegawaian Sekretariat Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang)

8. Sarana Kesehatan

Puskesmas merupakan salah satu Unit Pelaksana Tehnis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang selain unit pelayanan teknis lain seperti UPT. Gudang Farmasi yang berfungsi menyimpan, mengatur dan mendistribusikan kebutuhan obat untuk UPT. Puskesmas dan kebutuhan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang serta UPT. Laboratorium Kesehatan Daerah yang berfungsi sebagai laboratorium pendidikan dan rujukan untuk Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

Guna membantu atau mempermudah pelayanan publik di bidang kesehatan masyarakat disekitar Kota Pangkalpinang UPT. Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dilengkapi dengan beberapa Puskesmas pembantu serta Poskesehatan Desa (poskesdes) yang menjadi unit satelit bagi UPT. Puskesmas. Kota Pangkalpinang terdapat 36 Kelurahan Siaga dengan jumlah Posyandu sebanyak 110 buah.

H. Temuan dan Pembahasan

1. Karakteristik petugas pengelola obat UPT. Puskesmas.

Karakteristik petugas pengelola obat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

Tabel 4.2. Karakteristik Petugas Kefarmasian UPT. Puskesmas di Wilayah Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

No	UPT. Puskesmas	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Sebagai Pengelola Obat	Tugas Rangkap
1.	Girimaya	P	DIII Farmasi	5 tahun	-
2.	Melintang	P	SMF	3,5 Tahun	-
3.	Gerunggang	P	SMF	1,5 tahun	-
4.	Kacang Pedang	P	DIII Farmasi	3 tahun	-
5.	Tamansari	P	SMF	4 tahun	TU
6.	Selindung	P	DIII Farmasi	3 tahun	-
7.	Pangkal Balam	P	DIII Farmasi	18 tahun	-
8.	Pasir Putih	P	DIII Farmasi	3 tahun	-
9.	Air Itam	P	DIII Farmasi	5 tahun	-

L= Laki-laki, P=Perempuan

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat dilihat bahwa pelaksana pengelolaan kefarmasian di UPT. Puskesmas semuanya berjenis kelamin perempuan yang memiliki masa kerja bervariasi. Petugas pengelolaan obat yang paling lama bertugas adalah petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas Pangkal Balam. Petugas tersebut baru menyelesaikan tugas belajar untuk peningkatan sumber daya manusianya. Sebelum memiliki ijazah petugas kefarmasian UPT. Puskesmas Pangkal Balam memiliki jenjang pendidikan Sekolah Menengah Farmasi (SMF).

Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas yang memiliki tugas rangkap sebagai petugas tata usaha UPT. Puskesmas adalah petugas kefarmasian UPT. Puskesmas Tamansari. Kurangnya sumber daya manusia di UPT. Puskesmas Tamansari menyebabkan petugas kefarmasian tersebut juga diberdayakan sebagai petugas tata usaha sehingga harus melaksanakan tugas rangkap dalam pelaksanaan tugasnya. Sementara petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas yang lainnya tidak memiliki tugas

rangkap. Apabila kita melihat perbedaan tersebut tentunya dapat disimpulkan bahwa petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tersebut dapat lebih fokus dalam menjalankan tugas kefarmasiannya.

Menurut Peraturan Pemerintah (PP) nomor 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian, yang dimaksud dengan pekerjaan kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional. Pelaksanaan pelaksanaan pekerjaan kefarmasian apoteker dapat dibantu oleh apoteker pendamping dan/atau tenaga teknis kefarmasian. Peraturan Pemerintah nomor 51 tahun 2009 menyebutkan penyerahan dan pelayanan obat atas resep dokter dilaksanakan oleh apoteker. Khusus untuk daerah terpencil yang tidak terdapat apoteker, pekerjaan kefarmasian dapat dilakukan oleh seorang tenaga teknis kefarmasian yang telah memiliki STRTTK pada sarana pelayanan kesehatan dasar dan diberi wewenang untuk meracik dan menyerahkan obat kepada pasien.

UPT. Puskesmas yang berada di bawah Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang belum memiliki apoteker untuk menjalankan pekerjaan kefarmasian. Pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas sepenuhnya masih dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian. Kota Pangkalpinang merupakan Ibukota Propinsi Kepulauan Bangka Belitung bukan daerah terpencil. Daerah terpencil adalah kecamatan atau desa yang karena letak

dan atau kondisi alam memiliki kesulitan, kekurangan atau keterbatasan prasarana dan sarana perhubungan, pelayanan kesehatan, persediaan kebutuhan 9 bahan pokok, SLTP serta kebutuhan sekunder lain, yang menimbulkan kesulitan bagi penduduk yang tinggal di wilayah tersebut (Depkes RI, 2008). Seharusnya kekurangan SDM ini dapat menjadi salah satu perhatian Pemerintah Daerah dalam usulan penerimaan tenaga kesehatan atau CPNS di Kota Pangkalpinang sehingga pekerjaan kefarmasian dapat dilakukan sesuai dengan ketentuan yaitu oleh apoteker yang dibantu tenaga teknis kefarmasian.

Data lain yang diperoleh adalah masa kerja petugas kefarmasian UPT. Puskesmas yang ada di Kota Pangkalpinang sebagian besar telah bekerja lebih dari satu tahun. Dengan demikian mereka dapat dianggap cukup berpengalaman dalam hal pengelolaan obat di UPT. Puskesmas.

Informan penelitian dibagi dalam 3 katagori (kelompok) berdasarkan latar belakang pendidikan profesi kesehatan, laporan kunjungan umum pasien UPT. Puskesmas dan masa kerja petugas kefarmasian. Pemilihan informan utama dengan tiga katagori tersebut, dimaksudkan agar penggalian informasi dapat diperoleh sebanyak mungkin sehingga dapat disimpulkan masalah yang menjadi hambatan dalam melaksanakan perencanaan kebutuhan obat UPT. Puskesmas di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Dan untuk mengurangi informasi yang sangat subjektif peneliti menggunakan tehnik triangulasi data. Yaitu wawancara terhadap orang pada posisi yang berbeda dan dengan

pandangan yang berbeda. Yaitu Kepala UPT, Puskesmas, Kepala UPT Gudang Farmasi dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan.

2. Data dasar dan sumber data

Hasil wawancara mendalam dengan informan terpilih mengenai data dasar penyusunan rencana kebutuhan obat UPT. Puskesmas adalah sebagai berikut. Data dasar merupakan data yang digunakan dalam perencanaan kebutuhan obat UPT. Puskesmas. Data dasar sangat mempengaruhi hasil dari perencanaan itu sendiri. Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan, peneliti memulai pertanyaan dari defenisi perencanaan itu sendiri dimana sebagian besar informan menjawab perencanaan merupakan suatu proses menyiapkan segala sesuatu yang berkaitan dengan kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu. Perencanaan membutuhkan data-data. Dari jawaban informan dapat disimpulkan bahwa perencanaan merupakan hal yang penting berisi tahapan-tahapan berkaitan dengan apa saja yang harus dipersiapkan untuk melaksanakan kegiatan sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

Perencanaan administrasi kesehatan terdapat 3 aspek yang harus diperhatikan yaitu hasil perencanaan, perangkat perencanaan dan proses perencanaan (Azwar, 1996: 184). Hal ini sejalan dengan jawaban informan tentang perencanaan, bahwa dalam perencanaan harus terdapat tujuan atau hasil yang diharapkan, terdapat organisasi kecil atau kelompok yang bertanggungjawab atau ditugaskan untuk melaksanakan pekerjaan dan terdapat proses atau langkah-langkah yang harus dilaksanakan pada pekerjaan perencanaan. Perencanaan yang baik

tentunya harus mempunyai ciri-ciri yaitu: merupakan bagian dari sistem administrasi, dapat dilaksanakan secara terus menerus berkesinambungan, berorientasi pada masa depan, mampu menyelesaikan masalah, mempunyai tujuan dan bersifat mampu kelola (Azwar, 1996: 185-186).

Pertanyaan peneliti tentang kewenangan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas. Dari wawancara mendalam semua informan menjawab bahwa yang berwenang melaksanakan pekerjaan kefarmasian adalah seorang tenaga kefarmasian.

“Yang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas ya...orang farmasilah. Tapi sayangnya Cuma ada satu orang farmasi yang bekerja di UPT. Puskesmas tidak ada apoteker. Sepengetahuan saya tiap UPT. Puskesmas yang ada di Pangkalpinang memang tidak ada apotekernya”.
(Informan 1)

“Selama ni yang mengerjakan tugas kefarmasian di UPT. Puskesmas adalah asisten apoteker atau apoteker, tapi setahu saya di UPT. Puskesmas belum ada apoteker”.
(informan 2)

.....kalau dahulu yang melakukan pelayanan obat di UPT. Puskesmas orang yang ditunjuk oleh kepala UPT. Puskesmas bisa perawat, sanitarian atau tamatan SMA. Tapi kalau sekarang setahu saya semua tamatan farmasi
(informan 3)

Jawaban dari hasil wawancara dengan Kepala UPT. Puskesmas, Kepala UPT Gudang Farmasi dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan juga sama bahwa pelaksana dan yang berwenang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas adalah petugas kefarmasian.

“Kewenangan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas dilakukan oleh tenaga kefarmasian yang ada. Dimana petugas tersebut bertanggungjawab terhadap ketersediaan dan distribusi obat di UPT. Puskesmas dan jaringannya. Kalau bukan orang farmasi untuk apa diadakan formasi asisten apoteker oleh pemerintah”.

(Ka. UPT. Puskesmas)

“Tentunya kewenangan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas dilakukan oleh petugas kefarmasian. Walaupun sampai saat ini kita juga merasa bahwa seharusnya petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas tidak hanya sebatas DIII saja tapi juga apoteker.

Namun karena keterbatasan jumlah apoteker yang menjadi PNS di Kota Pangkalpinang dan penerimaan apoteker masih sangat terbatas maka tugas kefarmasian dilakukan oleh asisten apoteker atau DIII Farmasi”.

(Kabid Yankes).

Kewenangan mengerjakan pekerjaan kefarmasian sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) nomor 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian adalah seorang apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Dimana dalam peraturan tersebut yang dimaksud dengan tenaga teknis kefarmasian meliputi sarjana farmasi, akademi farmasi, analis farmasi, analis farmasi dan makanan, asisten apoteker/sekolah menengah farmasi.

Pekerjaan kefarmasian UPT. Puskesmas di Kota Pangkalpinang, telah dilaksanakan atau dilakukan oleh seorang tenaga kefarmasian. Kemudian dari hasil observasi peneliti dilapangan dan dari data kepegawaian di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dari 9 UPT. Puskesmas dan masing-masing UPT. Puskesmas hanya mempunyai 1 orang tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker dan tidak mempunyai apoteker untuk melaksanakan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas. Tugas tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker tersebut adalah melaksanakan pekerjaan kefarmasian dan administrasi kefarmasian.

Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan

pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional.

Hasil wawancara mendalam dapat disimpulkan bahwa semua telah mengetahui bahwa yang berwenang melaksanakan pekerjaan kefarmasian adalah tenaga kefarmasian. Berdasarkan data ketenagaan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang bahwa tenaga kefarmasian di UPT. Puskesmas masih sangat terbatas, dari 9 UPT. Puskesmas yang ada di Kota Pangkalpinang semua pekerjaan kefarmasian masih dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker bukan apoteker. Dimana seharusnya tugas dari tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker adalah membantu apoteker dalam pekerjaan kefarmasian bukan sebagai subjek utama yang melakukan pekerjaan kefarmasian. Seluruh tenaga teknis kefarmasian yang bekerja di UPT. Puskesmas harus melaksanakan pekerjaan praktek atau pelayanan kefarmasian dan melakukan pencatatan serta pelaporan kegiatan kefarmasian. Hal ini seharusnya menjadi masukan bagi Pemerintah Daerah Kota Pangkalpinang untuk membuka formasi apoteker guna melaksanakan pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas. Kurangnya sumber daya manusia (SDM) di pekerjaan kefarmasian dapat menjadi salah satu penyebab pencatatan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas tidak sesuai dengan kebutuhan sebenarnya sehingga pelayanan kefarmasian tidak dapat berjalan optimal yang tentunya mempengaruhi publik.

Kurangnya SDM kesehatan ini dapat mempengaruhi kualitas data yang digunakan untuk menentukan kebutuhan UPT. Puskesmas, karena data yang dilaporkan saat ini hanya sebatas data distribusi dan pemakaian obat di UPT. Puskesmas. Sementara data pemakaian obat di pustu dan poskesdes tidak terpantau. Berdasarkan hasil observasi karena terbatasnya jumlah tenaga kefarmasian, pekerjaan kefarmasian di pustu dan poskesdes dilakukan oleh tenaga bidan atau perawat. Bidan dan perawat yang bekerja di pustu atau poskesdes selain harus melaksanakan pelayanan dasar kepada masyarakat dalam hal promotif dan kuratif juga harus melaksanakan pekerjaan kefarmasian di pustu atau poskesdes. Beratnya beban kerja petugas kefarmasian UPT. Puskesmas yang harus melakukan pelayanan kefarmasian, penyuluhan informasi obat, pencatatan dan pelaporan seorang diri menjadi kendala untuk memantau peredaran dan distribusi obat di pustu atau poskesdes.

Menurut PP nomor 51 tahun 2009, bahwa pekerjaan kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian dilaksanakan oleh apoteker dan dapat dibantu oleh apoteker pendamping dan/atau tenaga teknis kefarmasian, jadi seharusnya yang melaksanakan pekerjaan kefarmasian adalah apoteker yang dibantu oleh apoteker pendamping atau tenaga teknis kefarmasian/asisten apoteker. Untuk daerah terpencil yang tidak memiliki apoteker, pekerjaan kefarmasian di pelayanan dasar dapat ditempatkan tenaga teknis kefarmasian yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) diberi wewenang untuk meracik dan menyerahkan obat kepada pasien.

Daerah terpencil adalah kecamatan atau desa yang karena letak dan atau kondisi alam memiliki kesulitan, kekurangan atau keterbatasan prasarana dan sarana perhubungan, pelayanan kesehatan, persediaan kebutuhan 9 bahan pokok, SLTP serta kebutuhan sekunder lain, yang menimbulkan kesulitan bagi penduduk yang tinggal di wilayah tersebut (Depkes RI, 2008).

Kota Pangkalpinang merupakan Ibukota Propinsi Kepulauan Bangka Belitung, dimana Kota Pangkalpinang tidak dapat dikategorikan sebagai daerah terpencil. Hanya saja dalam penerimaan pegawai formasi apoteker untuk UPT. Puskesmas tidak pernah diusulkan, sementara formasi untuk tenaga teknis kefarmasian pun jarang diadakan. Jelas diatur dalam PP 51 tahun 2009 bahwa yang berwenang melaksanakan pekerjaan kefarmasian adalah seorang apoteker dan tenaga teknis kefarmasian (TTK).

UPT. Puskesmas di Kota Pangkalpinang belum memiliki apoteker untuk melaksanakan pekerjaan kefarmasian. Hal ini terjadi karena Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang memang baru memiliki seorang apoteker yang bekerja sebagai Kepala UPT Gudang Farmasi. Kendala yang dihadapi adalah petugas kefarmasian harus menjalan semua pekerjaan kefarmasian sendirian di UPT. Puskesmas dari mulai memberikan melayani resep obat, meracik obat, membuat etiket obat, menyerahkan obat hingga memberikan penyuluhan informasi obat apabila diperlukan.

Hal ini berimbas pada validitas data yang dilaporkan pada laporan LPLPO. Karena dari hasil wawancara dan observasi lapangan rata-rata

petugas kefarmasian tidak memiliki buku catatan harian pengeluaran obat. Bahkan menurut mereka data yang dilaporkan hanya diambil dari catatan kartu stok obat. Hasil penelitian dikatakan valid apabila terdapat kesamaan antara data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek penelitian (Sugiyono, 1992).

Selain membuat laporan LPLPO petugas farmasi UPT. Puskesmas juga harus membuat laporan penggunaan obat generik, laporan penggunaan antibiotik, laporan penggunaan obat rasional (POR), laporan sistem informasi narkotika dan psikotropika dan harus disampaikan ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang setiap bulannya. Serta melakukan pencatatan sisa obat di gudang obat UPT. Puskesmas.

Obat merupakan salah satu komponen yang tidak terpisahkan dalam pengobatan. Peredaran obat berbeda dengan peredaran komoditi lainnya dan tidak dapat disamakan dengan komoditi. Masalah kefarmasian diatur khusus dalam beberapa peraturan mulai dari undang-undang obat keras, undang-undang kesehatan, undang-undang narkotika, undang-undang psikotropika, undang-undang perlindungan konsumen, peraturan pemerintah tentang pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, peraturan pemerintah tentang pekerjaan kefarmasian, peraturan/keputusan menteri kesehatan tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan sebagainya.

Informan utama menjawab bahwa obat yang ada di UPT. Puskesmas merupakan obat yang berasal dari Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang sedangkan UPT. Puskesmas tidak mengadakan sendiri

kebutuhan obatnya. Sedangkan hasil wawancara dengan informan sekunder diperoleh jawaban bahwa obat yang ada di UPT. Puskesmas berasal dari Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dimana proses distribusinya dilakukan oleh UPT Gudang Farmasi. Hal ini disebabkan UPT. Puskesmas merupakan salah satu unit pelayanan teknis yang berada dibawah pembinaan dan pengawasan Dinas Kesehatan. Selain itu berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang kewajiban menggunakan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maka UPT. Puskesmas tidak boleh meminta atau mengadakan obat diluar obat generik. Sehingga pengadaan obat yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan semuanya berupa obat generik. Kebijakan pemerintah melalui Permenkes nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tersebut dibuat untuk dapat meningkatkan pelayanan publik dibidang kefarmasian. Dengan kebijakan tersebut diharapkan ketersediaan obat di unit pelayanan kesehatan dasar selalu dapat dipenuhi. Kebijakan pemerintah tersebut juga diikuti dengan keputusan Menteri Kesehatan RI tentang harga obat untuk pengadaan pemerintah yang diterbitkan setiap tahunnya. Harga obat dalam SK Menkes RI tersebut merupakan standar harga untuk pengadaan obat yang dilakukan oleh instansi pemerintah.

Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa obat yang ada di UPT. Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang berasal dari Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang yang distribusi dan penyimpanannya dilakukan oleh UPT. Gudang Farmasi. Ketika

ditanyakan kapan biasanya dilaksanakan perencanaan kebutuhan obat UPT. Puskesmas, informan utama pertama yang mempunyai masa kerja paling sedikit menjawab:

“Mungkin tiap tahun kali, kan obatnya diberikan tiap bulan jadi bila obat di UPT. Puskesmas kami sudah habis tiap bulan kami mengajukan permohonan dan permintaan obat melalui LPLPO”

Sementara 2 orang informan utama lainnya menjawab, perencanaan kebutuhan obat dilaksanakan setiap akhir tahun. Jawaban informan sekunder tentang pelaksanaan perencanaan kebutuhan obat dilakukan oleh tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan yang di atur dalam Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang setiap tahunnya. Dimana yang menjadi ketua dalam tim perencana tersebut adalah Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, Sekretaris Kepala UPT. Gudang Farmasi dan anggota Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat dan Promosi Kesehatan, Kepala UPT. Puskesmas dan pemegang program di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

“setiap tahunnya ditetapkan oleh Kadinkes tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan, dimana keanggotaanya diisi oleh seluruh kepala UPT. Puskesmas dan kepala bidang yang memiliki program kegiatan berkaitan dengan obat dan perbekalan kesehatan”
(Kabid Yamkes)

Perencanaan kebutuhan obat untuk UPT. Puskesmas dilaksanakan setiap tahun dimana pada proses perencanaannya melibatkan Kepala UPT. Puskesmas, Kepala UPT. Gudang Farmasi dan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan.

Data dasar yang dibutuhkan dalam perencanaan obat UPT. Puskesmas merupakan data yang akan digunakan untuk menyiapkan jumlah dan item obat yang akan diadakan oleh pemerintah pada tahun anggaran yang berlaku. Data dasar yang digunakan pada perencanaan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang adalah hasil rekapitulasi penulisan resep obat yang ada di kamar obat/apotek UPT. Puskesmas serta dilaporkan dalam bentuk LPLPO bulanan. Setiap akhir tahun biasanya dilaporkan lagi dalam bentuk LPLPO tahunan yang merupakan hasil rekapitulasi LPLPO bulanan selama 1 tahun atau 12 bulan.

Data dasar yang digunakan dalam perencanaan kebutuhan obat adalah hasil kompilasi penulisan resep obat yang dilayani di ruang obat UPT. Puskesmas atau apotek UPT. Puskesmas. Sementara informan utama kedua menjawab.

“Kalau data yang biasa kami gunakan untuk perencanaan kebutuhan obat adalah resep obat di ruang obat UPT. Puskesmas serta jumlah obat yang kami distribusikan ke pustu atau poskesdes”.

Hasil wawancara terhadap Kepala UPT. Puskesmas menyatakan bahwa:

“Sumber data dasar di UPT. Puskesmas berasal dari laporan pemakaian atau pengeluaran obat di kamar obat/apotik dan pencatatan pelaporan dari petugas pemegang program UPT. Puskesmas yang juga ikut menggunakan obat yang ada di gudang farmasi UPT. Puskesmas.....seperti petugas pemegang program malaria atau TB. Karena sistem yang digunakan di UPT. Puskesmas sudah satu pintu untuk pengeluaran obat”.

Hampir semua informan utama menjawab sumber data yang mereka gunakan untuk merencanakan kebutuhan obat adalah LPLPO UPT. Puskesmas. Sementara informan ketiga yang memiliki masa kerja

paling lama menambahkan selain LPLPO juga laporan kebutuhan obat dari pemegang program UPT. Puskesmas. Hasil wawancara dengan Kepala UPT Gudang Farmasi maupun Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan hampir sama bahwa sumber data dasar yang digunakan dalam perencanaan kebutuhan obat adalah data dari petugas kefarmasian UPT. Puskesmas, pengelola program di masing-masing bidang dan data yang ada di tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

Disimpulkan bahwa kompilasi data dasar yang digunakan untuk perencanaan obat adalah LPLPO, hampir sesuai dengan pedoman petunjuk teknis pengadaan obat publik tahun 2008. Dimana LPLPO dibuat atau dilaporkan berdasarkan hasil akumulasi penggunaan obat di kamar obat/apotek UPT. Puskesmas serta hasil akumulasi distribusi obat dari UPT. Puskesmas ke jaringannya. LPLPO juga mencatat penggunaan obat program yang diberikan oleh petugas pemegang program kepada sasaramnya. LPLPO yang dibuat oleh petugas kefarmasian UPT. Puskesmas sebatas data penggunaan obat di puskesmas, laporan penggunaan obat program dan distribusi obat oleh puskesmas ke jaringan sementara penggunaan obat dan sisa obat di puskesmas pembantu dan poskesdes belum dimasukkan.

Semua petugas yakin atas data yang dimiliki, hal ini disebabkan karena data yang disampaikan merupakan hasil kegiatan mereka. Yaitu berasal dari data akumulasi dan pencatatan pengeluaran obat UPT. Puskesmas, dimana pencatatan tersebut dilakukan sendiri oleh petugas

kefarmasian UPT. Puskesmas. Sementara untuk data pencatatan pengeluaran obat yang berasal dari pustu atau poskesdes agak diragukan oleh petugas kefarmasian. Karena data yang disampaikan dari petugas pustu atau poskesdes hanya berbentuk laporan pengeluaran obat saja sementara apakah mereka membuat pencatatan harian dan menyimpan resep obat yang dikeluarkan (bundel resep) tidak diketahui karena tidak dipantau secara langsung.

“Bila data obat baik pengeluaran maupun pemasukan yang ada di UPT. Puskesmas kami yakin, karena yang melaksanakan pembukuannya kami sendiri tapi.. untuk data obat di pustu atau poskesdes kami terpaksa yakin, karena selama ini kami hanya mencatat pengeluaran obat atau pendistribusian obat dari puskes ke pustu atau poskesdes saja. Sementara pustu atau poskesdes tidak pernah menyampaikan LPLPO jaringan ke puskes untuk kami rekap”.

(Informan II).

Alasan lain yang dikemukakan oleh informan tentang belum terpantaunya sisa obat dan pemakaian obat di pustu atau poskesdes adalah:

“Selama ini kami sudah pernah meminta petugas pustu atau poskesdes untuk membuat laporan LPLPO jaringan tapi tidak pernah di indahkan. Sementara untuk turun langsung ke lapangan tidak ada anggarannya selain emang kami tidak bisa meninggalkan UPT. Puskesmas karena bekerja sendirian. Untuk itulah kami terpaksa menggannggap setiap obat yang kami ditribusikan habis dan petugas pustu atau poskesdes baru mengajukan permintaan lagi bila stok obat di pustu atau poskesdes habis atau tinggal sedikit”.

(Informan III).

Pekerjaan kefarmasian di pustu dan poskesdes masih dilaksanakan oleh bidan atau perawat. Hal ini menunjukkan masih kurangnya tenaga kesehatan di pelayanan dasar sehingga seorang petugas

kesehatan menjalankan tugas tidak sesuai dengan kopotensinya. Pembuatan dan pelaporan LPLPO jaringan tidak dilaksanakan karena petugas kesehatan yang bertugas dipustu maupun poskesdes tidak mengetahui secara pasti fungsi dan manfaat LPLPO jaringan. Sementara petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tidak dapat meninggalkan pekerjaan di UPT. Puskesmas untuk memantau secara langsung pekerjaan kefarmasian di jaringannya. Hal ini disebabkan karena kurangnya petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas itu sendiri. Hal inilah yang menyebabkan kurang yakinnya informan terhadap data dari pustu atau poskesdes.

Sumber data kebutuhan obat yang ada saat ini berasal dari penulisan resep obat atau jumlah obat yang dikeluarkan melalui apotek/kamar UPT. Puskesmas saja. Hal ini sudah sesuai dengan ketentuan pedoman pengadaan obat publik yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI, tetapi seharusnya data pemakaian obat dan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas merupakan akumulasi dari seluruh data pemakaian dan kebutuhan UPT. Puskesmas beserta jaringannya bukan hanya data pemakaian obat di UPT. Puskesmas saja. Akibat dari sumber data yang kualitasnya kurang ini adalah jumlah ketersediaan obat menjadi kurang valid. Sehingga ada beberapa item obat yang tersedia lebih cepat habis dibandingkan item obat lainnya. Hal ini disebabkan karena obat yang tersedia sebatas asumsi pemakaian di UPT. Puskesmas saja sementara seharusnya asumsi pemakaian obat tidak hanya sebatas UPT. Puskesmas

tetapi juga asumsi pemakaian kumulatif antara UPT, Puskesmas dan jaringannya.

Penyebab lain adalah pekerjaan kefarmasian di pustu atau poskesdes dikerjakan oleh tenaga kesehatan yang berbasis bukan farmasi. Sehingga kemungkinan untuk terjadi pengobatan yang tidak rasional dapat saja terjadi. Hal ini cukup beralasan karena keluhan kekurangan obat hanya terjadi pada beberapa item saja. Seperti amoksisilin tablet 500 mg lebih cepat habis dibandingkan dengan jenis antibiotik lain. Walaupun amoksisilin mempunyai efek terafi luas tetapi untuk kasus-kasus infeksi tertentu masih ada atau lebih efektif menggunakan antibiotik lain seperti halnya dengan kasus radang tenggorokan akan lebih efektif bila dilakukan terapi dengan eritromisin dibandingkan dengan amoksisilin.

LPLPO yang dilaporkan UPT, Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang melalui UPT. Gudang Farmasi saat ini berisi laporan permintaan dan pemakaian obat serta sisa stok obat di UPT, Puskesmas saja. Perencanaan kebutuhan obat dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang setiap tahun dengan dibentuk tim perencana kebutuhan obat yang terdiri dari unsur Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, UPT, Gudang Farmasi, pengelola program yang berkaitan dengan penggunaan obat dan Kepala UPT, Puskesmas.

Tugas tim adalah membahas perencanaan kebutuhan obat UPT, Puskesmas serta menetapkan item dan jumlah obat yang dibutuhkan. Sumber data yang digunakan oleh tim perencana kebutuhan obat UPT,

Puskesmas berasal dari LPLPO UPT. Puskesmas, usulan pengelola program dan daftar kebutuhan/permintaan obat petugas UPT. Puskesmas.

Berdasarkan pedoman petunjuk teknis pengadaan obat tahun 2008 tim perencana kebutuhan obat semestinya mulai bekerja setahun sebelum pengadaan obat dan perbekalan kesehatan mulai di tenderkan atau diadakan. Tugas tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan tidak hanya menentukan jumlah dan item obat yang akan diadakan saja tetapi juga ikut menentukan besaran anggaran yang harus disediakan oleh pemerintah untuk kebutuhan pengadaan obat. Oleh sebab itu tim perencana obat dan perbekalan kesehatan sesuai petunjuk teknis pengadaan obat dari Kementerian Kesehatan RI seharusnya ditetapkan oleh Bupati/Walikota. Seharusnya anggota tim perencana kebutuhan obat melibatkan lintas sektor sehingga pada waktu pembahasan usulan anggaran obat tidak mudah untuk di kurangi. Anggota tim perencana kebutuhan obat dengan melibatkan unsur sekretariat daerah adalah untuk menunjang anggaran obat yang akan diadakan serta mencegah tim perencana kebutuhan obat bekerja berdasarkan besaran dana atau anggaran yang tersedia saja.

Berdasarkan data yang diperoleh tim perencana kebutuhan obat di Kota Pangkalpinang ditetapkan melalui Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang bukan Walikota Pangkalpinang dan anggotanya terdiri dari Kepala UPT. Puskesmas, Kepala Bidang yang berkaitan dengan program yang membutuhkan obat-obatan, Kepala UPT. Gudang Farmasi, tidak melibatkan lintas sektor. Perencanaan kebutuhan

obat di Kota Pangkalpinang hanya sebatas menyesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

2. Pemilihan jenis dan jumlah obat.

Penggadaan obat dan perbekalan kesehatan tentunya dilalui dengan proses pemilihan dan penentuan jumlah serta item obat yang akan diadakan. Pemilihan jenis dan jumlah obat yang akan diadakan sangat penting mengingat jumlah anggaran obat yang terbatas dan untuk menghindari terjadinya penumpukan jumlah obat yang berlebihan baik di UPT Gudang farmasi maupun di UPT UPT. Puskesmas.

Beberapa pertanyaan peneliti tanyakan pada informan berkaitan dengan pemilihan jenis dan jumlah obat yang direncanakan. Pertanyaan pertama tentang penilaian obat yang dibutuhkan. Dua orang informan menjawab penilaian obat yang dibutuhkan berdasarkan seringnya suatu obat dituliskan dalam resep obat atas permintaan dokter sementara informan yang paling sedikit masa kerjanya menjawab:

“Penilaian obat yang dibutuhkan kalau saya melihatnya dari jumlah obat yang cepat habis. Karena terlalu seringnya obat itu digunakan. Kami hanya bertugas memberikan obat sesuai permintaan dokter dalam resep, mengenai pola penyakitnya kami paling hanya melihat dari dosis yang diberikan. Apabila menurut penilaian kami dosisnya terlalu besar, baru kami informasikan kepada dokter penulis resep obat untuk mengurangi dosis atau mengganti obat tersebut bila persediaan obat di UPT. Puskesmas telah habis”.
(Informan I).

Semua informan utama yang menjawab obat dinilai sangat dibutuhkan berdasarkan pola penyakit. Hasil wawancara dengan informan

sekunder diperoleh jawaban penilaian obat dianggap dibutuhkan berdasarkan obat yang banyak digunakan di UPT. Puskesmas.

“Dalam menentukan penilaian obat yang dibutuhkan tentunya kita akan melihat dari semua obat yang ada mana obat yang banyak digunakan sesuai dengan pola penyakit di UPT. Puskesmas. Contohnya antibiotik amoksisilin, antibiotik jenis ini banyak digunakan oleh dokter-dokter di UPT. Puskesmas. Hal ini disebabkan antibiotik jenis ini mempunyai efek broad spektrum atau spektrum luas sehingga dapat digunakan untuk mengatasi berbagai jenis infeksi penyakit. Selain itu memang keberagaman jenis antibiotik di UPT. Puskesmas sangat terbatas.....”.
(Ka.UPT. Puskesmas)

Informan sekunder kedua (Kepala UPT Gudang Farmasi) menjawab bahwa penilaian terhadap obat yang dibutuhkan atas dasar banyaknya obat sejenis yang diminta oleh petugas-petugas kefarmasian UPT. Puskesmas se-Kota Pangkalpinang. Menurut beliau petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas pasti meminta obat tersebut dikarenakan banyaknya penulisan resep terhadap obat tersebut. Jawaban dari Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sebagai ketua tim perencana kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang mengatakan, penilaian jenis obat yang dibutuhkan tidak hanya atas dasar permintaan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tetapi juga atas keputusan rapat tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang.

“Penilaian kita terhadap obat yang dibutuhkan oleh seluruh UPT. Puskesmas adalah hasil laporan permintaan obat dari petugas kefarmasian UPT. Puskesmas dan hasil rapat tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan. Karena dalam rapat tentunya kita bahas juga stok obat yang ada di UPT Gudang Farmasi.....”.
(Kabid Yankes).

Semua jawaban informan sama bahwa tidak ada ketentuan khusus dari Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang untuk obat yang hanya boleh diminta oleh UPT, Puskesmas. Obat yang boleh diminta adalah obat yang sesuai dengan standar obat UPT, Puskesmas yaitu obat yang tercantum dalam buku Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan obat yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Umumnya dalam LPLPO obat-obat tersebut telah tertera petugas tinggal menuliskan jumlah kebutuhan yang diperlukan serta sisa stok yang ada di UPT, Puskesmas. Apabila nama obat yang tercantum dalam SK Menkes RI tidak ada dalam LPLPO maka petugas tinggal menambahkan saja tetapi umumnya obat yang tercantum dalam SK Menkes sudah tertera dalam LPLPO kecuali obat yang akan digunakan dalam program kesehatan tidak terdapat dalam LPLPO.

Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan dimulai dari rekapitulasi penulisan dan pemakaian obat di UPT, Puskesmas dalam LPLPO tahunan. Dimana biasanya selain LPLPO ketua tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan juga meminta kepada Kepala UPT, Puskesmas untuk menginstruksikan kepada petugas kefarmasian puskesmas membuat laporan permintaan obat sendiri. Penyusunan rencana kebutuhan obat oleh petugas kefarmasian biasanya ditambahkan sebanyak 20-30% dari jumlah pemakaian obat tahun sebelumnya. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari kekurangan obat apabila terjadi peningkatan kasus kesakitan di wilayah kerjanya. Permintaan jenis dan jumlah obat dari UPT, Puskesmas tersebut selanjutnya akan disesuaikan

dengan ketersediaan obat atau sisa stok obat yang ada di UPT Gudang Farmasi.

Pemilihan jenis obat, cara menyusun jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas telah dilaksanakan sesuai prosedur dan ketentuan walau terkadang beberapa petugas kefarmasian di UPT. Puskesmas masih menuliskan beberapa item obat yang diluar SK Menkes terutama petugas kefarmasian puskesmas yang baru. Hal ini disebabkan petugas tersebut belum memahami ketentuan dan persyaratan di pelayanan kesehatan pemerintah berbeda dengan di pelayanan swasta. Pelayanan kesehatan pemerintah diatur tentang pedoman obat yang wajib ada yaitu obat generik. Pedoman obat generik disusun dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia serta buku Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 jelas mengatur kewajiban sarana pelayanan kesehatan pemerintah untuk menggunakan obat generik.

Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dalam pemilihan jenis dan menyusun jumlah obat yang dibutuhkan oleh UPT. Puskesmas harus dapat mengevaluasi jenis obat sehingga tidak terjadi duplikasi, baik duplikasi nama obat atau item obat. Contohnya obat antibiotik amoksisilin 500 mg tablet dengan amoksisilin forte tablet. Kedua jenis obat tersebut adalah sama dari segi kadar dan khasiat untuk itu tim perencana harus jeli melihat hal-hal seperti tersebut. Masih ada petugas kefarmasian UPT. Puskesmas menuliskan jenis obat yang sama

dengan kemasan berbeda. Sering kali masih ditemukan usulan permintaan kebutuhan obat dari petugas UPT. Puskesmas yang diluar DOEN atau Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia sehingga usulan tersebut harus disingkirkan atau tidak diajukan sebagai suatu kebutuhan.

Hasil rapat tim perencana kebutuhan obat UPT. Puskesmas menghasilkan usulan kebutuhan obat UPT. Puskesmas kemudian diajukan untuk dilakukan tender pengadaannya. Rapat tim perencana membahas usulan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan dimana dalam penentuan jumlah obat tim hanya menilai dari segi konsumtif yaitu jumlah item obat yang cepat habis dibandingkan dengan stok obat yang ada di UPT gudang farmasi saja. Seharusnya tim juga harus mengetahui jumlah penduduk Kota Pangkalpinang serta mengetahui jumlah penyakit terbanyak yang diderita oleh masyarakat. Perhitungan jumlah obat yang dibutuhkanpun tim perencana kebutuhan obat tidak hanya dengan membuat akumulasi dari pemakaian obat di UPT. Puskesmas. Walaupun jumlah kebutuhan obat ditambahkan 20-30% mungkin saja dapat terjadi kekurangan obat karena pemakaian obat dan sisa stok obat diustu/poskesdes tidak terpantau dengan baik.

Dari tiga informan utama satu informan yang kurang pengetahuannya terhadap obat standar UPT. Puskesmas. Hal ini dipengaruhi karena petugas kefarmasian tersebut masih baru bekerja sebagai pegawai UPT. Puskesmas. Hal seperti ini yang nantinya merupakan bahan koreksi bagi tim perencana kebutuhan obat dan

perbekalan kesehatan untuk mengevaluasi. Jangan sampai ada permintaan obat yang diluar daftar obat standar UPT. Puskesmas.

Dalam kenyataan di UPT. Puskesmas masih banyak obat standar yang tidak tersedia atau mengalami kekosongan. Hal ini sesuai dengan jawaban informan tentang kesesuaian antara ketersediaan obat dengan kebutuhan obat UPT. Puskesmas.

Seringkali UPT. Puskesmas terpaksa menuliskan salinan resep obat agar pasien dapat menebus obat diluar (apotek swasta). Karena obat yang dituliskan dokter puskes kosong. Ketika kita konfirmasi ke UPT Gudang Farmasi sama obat tersebut kosong. Contoh obat yang sering cepat habis paracetamol syrup, amoksisilin syrup atau tablet. Padahal obat-obat tersebut banyak sekali digunakan di UPT. Puskesmas. Kenapa obat tersebut disediakan sedikit di UPT Gudang farmasi'.
(Informan II).

Jawaban informan sekunder juga sama belum sepenuhnya terjadi ketersediaan antara ketersediaan obat dengan kebutuhan obat untuk pasien di UPT. Puskesmas. Tidak semua obat yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan pasien UPT. Puskesmas, hanya beberapa item saja yang biasanya terjadi pada saat pelelangan atau pengadaan.

"Terkadang kami di UPT. Puskesmas harus menuliskan copy resep pada pasien karena ada beberapa item obat yang kosong atau habis pada tahun berjalan..."
(Ka. UPT. Puskesmas)

"...karena seringkali dalam proses tender pengadaan obat mengalami gagal tender sehingga terjadi beberapa item obat kurang....."
(Kabid Yankes)

3. Proses Perencanaan Kebutuhan Obat

Proses perencanaan adalah cara atau langkah-langkah yang harus dilalui atau proses dalam membuat suatu rencana untuk mencapai tujuan tertentu. Semua informan menjawab cara merencanakan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas didasarkan pada data pemakaian dan permintaan obat di LPLPO. Data tersebut digunakan untuk melihat dinamika kebutuhan dan distribusi obat di UPT. Puskesmas kemudian berdasarkan data tersebut informan mengasumsikan peningkatan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas tahun berikutnya. Hasil wawancara dengan Kepala UPT. Puskesmas sebagai salah satu informan sekunder diperoleh jawaban bahwa proses perencanaan dimulai dari memberikan instruksi kepada petugas kefarmasian UPT. Puskesmas untuk melakukan rekapitulasi kebutuhan obat. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan memberikan jawaban yang sama yaitu memberikan instruksi kepada anggota tim perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan untuk mulai menginventarisir kebutuhan obat. Sementara Kepala UPT Gudang Farmasi menjawab:

“.....melakukan evaluasi ketersediaan obat atau stok obat yang ada di UPT Gudang Farmasi, hal ini penting untuk melihat seberapa banyak stok obat yang masih dapat memenuhi kebutuhan obat UPT. Puskesmas, kemudian hasil ini disinkronisasikan dengan permintaan kebutuhan obat UPT. Puskesmas.....”

Berkaitan dengan proses perencanaan kebutuhan obat di UPT. Puskesmas, sebagian besar tenaga teknis kefarmasian kurang memahami. Hal ini disebabkan karena dalam perencanaan kebutuhan obat petugas kefarmasian UPT. Puskesmas bersifat pasif. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas hanya dilibatkan pada saat pengumpulan data dasar. Saat proses pengadaan petugas kefarmasian UPT, Puskesmas tidak dilibatkan lagi sehingga ketika terjadi kegagalan tender atau batalnya pengadaan obat petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tidak mengetahuinya. Asumsi mereka, obat pasti dibeli setiap tahun karena mereka telah melakukan tugasnya yaitu menyampaikan rencana kebutuhan.

Kurangnya koordinasi dengan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas juga dapat menyebabkan perencanaan obat tidak maksimal. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas merupakan orang yang paling tahu realita penggunaan obat di UPT. Puskesmas. Seharusnya mereka dilibatkan secara aktif dalam tim perencana kebutuhan obat. Ketika usulan mereka tidak sesuai Keputusan Menteri Kesehatan atau standar yang ditetapkan mereka dapat mengganti usulan tersebut dengan kompotiter obat yang kandungan atau khasiat sejenis. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas yang dilibatkan secara aktif dapat mengerti kendala lain yang dihadapi saat tender pengadaan obat.

Buku pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2009c) menyebutkan tim perencana obat dan perbekalan kesehatan terpadu Kabupaten/Kota dibentuk melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota.

Dimana susunan tim teknis perencanaan obat dan perbekalan kesehatan terpadu Kabupaten/Kota terdiri dari ketua (Kepala bidang yang membawahi program kefarmasian di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota), sekretaris (Ka. UPT Pengelolaan Obat atau Kasie Farmasi yang menangani kefarmasian di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota), anggota terdiri dari unsur sekretariat daerah Kabupaten/Kota, unsur program yang terkait di Dinas Kesehatan kabupaten/Kota dan unsur lainnya.

Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, ditetapkan melalui surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan saja, dimana keanggotaannya tidak melibatkan unsur Sekretariat Daerah. Apabila unsur Sekretariat Daerah tidak dilibatkan dapat mempunyai efek yaitu keterbatasan anggaran karena unsur Sekretariat Daerah mempunyai kekuatan untuk mendukung serta membantu mengadvokasi Pemerintah Daerah dan DPRD guna membantu atau menyetujui anggaran obat sesuai dengan yang dibutuhkan. Dari data di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, pembiayaan anggaran obat dibebankan pada Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan sedangkan dalam APBD Kota Pangkalpinang tidak dianggarkan atau tidak disetujui untuk dianggarkan. Hal yang dapat dikawatirkan apabila anggaran obat sepenuhnya dibebankan pada anggaran DAK adalah ketika anggaran DAK dari Pemerintah Pusat dihentikan atau di kurangi. Imbasnya adalah pada ketersediaan obat di UPT. Puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang yaitu terjadi kekosongan obat.

Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tidak dilibatkannya secara aktif juga menjadi salah satu penyebab terjadinya kekosongan obat di UPT. Puskesmas. Selayaknya petugas kefarmasian UPT. Puskesmas dapat dilibatkan secara aktif dalam tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sehingga ketika terdapat kendala atau masalah dalam perencanaan kebutuhan obat dapat diselesaikan dan diatasi bersama. Melibatkan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas, dapat menambah wawasan petugas dalam pelaksanaan operasional pelayanan kefarmasian UPT. Puskesmas dan dapat mengoptimalkan kegiatan pelayanan informasi obat dan program penggunaan obat rasional di UPT. Puskesmas. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas selama ini tidak dilibatkan secara langsung dalam pengambilan keputusan perencanaan kebutuhan obat. Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan tidak pernah mempertimbangkan atau melihat laporan penggunaan obat rasional di UPT. Puskesmas. Kekurangan atau cepat habisnya jumlah item obat tertentu dapat saja disebabkan karena penulisan resep obat yang kurang rasional. Karena dalam program penggunaan obat rasional terdapat buku pedoman penulisan resep rasional.

Sumber dana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan untuk UPT. Puskesmas di Kota Pangkalpinang berasal dari APBD, APBN dan sumber-sumber lain. Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang tidak pernah menyampaikan blangko khusus dalam rangka perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di Kota Pangkalpinang.

Cara pelaksanaan perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dimulai dari pencatatan sisa obat dan ragam obat yang telah habis di UPT. Puskesmas, pemeriksaan stok obat di UPT Gudang Farmasi, rapat koordinasi dengan tim perencanaan obat dan perbekalan kesehatan serta dilaksanakan perhitungan jumlah kebutuhan obat yang akan diadakan. Teknik perhitungan obat dilakukan dengan membandingkan antara stok obat di UPT Gudang Farmasi dengan permintaan petugas. Tidak semua permintaan dapat diusulkan untuk perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan farmasi.

Cara melakukan evaluasi di setiap UPT. Puskesmas berbeda-beda. Umumnya evaluasi kebutuhan obat UPT. Puskesmas dilihat dari item dan jumlah obat yang cepat habis atau banyak pemakaiannya. Sementara untuk pengelola kefarmasian senior kegiatan evaluasi kebutuhan dilaksanakan setiap tiga bulan sekali. Hasil wawancara dengan informan sekunder diperoleh jawaban bahwa evaluasi kebutuhan obat dilaksanakan secara menyeluruh mulai dari evaluasi di tingkat UPT. Puskesmas, tingkat UPT Gudang farmasi dan jumlah resep yang banyak dituliskan di pengobatan UPT. Puskesmas.

4. Faktor yang berpengaruh terhadap Perencanaan Kebutuhan Obat UPT. Puskesmas

Menurut informan kurangnya informasi dan koordinasi antara tim perencanaan dengan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap perencanaan kebutuhan obat

UPT. Puskesmas selain pengaruh dari tender pengadaan obat sendiri yang seringkali gagal. Hasil wawancara dengan informan sekunder diperoleh jawaban yang sama yaitu kurangnya koordinasi dalam tim perencana kebutuhan obat itu sendiri. Selain itu juga kendala dalam pengadaan atau tender obat, karena sering gagal dan masalah kesiapan distributor obat atau Pedagang Besar Farmasi (PBF) untuk menyiapkan obat yang diminta sering tidak tersedia.

Jawaban terhadap faktor yang berpengaruh terhadap perencanaan obat menurut Kepala UPT. Puskesmas adalah:

“Seringkali dalam tim perencanaan kami dari UPT. Puskesmas jarang diajak berembuk mengenai obat apa saja yang siap. Belum lagi kami dari UPT. Puskesmas tidak pernah tahu kapan tender obat dilaksanakan, siapa pemenang tendernya dan kapan obat dapat masuk ke UPT Gudang Farmasi. Padahal kami juga termasuk dalam tim perencana kebutuhan obat walau hanya anggota....”

5. Pendapat dan Masukan untuk Perbaikan Perencanaan Kebutuhan Obat

Menurut Peraturan Pemerintah RI nomor 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian, disebutkan bahwa pekerjaan dalam pengadaan kefarmasian dilakukan oleh tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian). Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan melalui tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kefarmasian, dapat dilihat bahwa posisi-posisi penentu pengambilan kebijakan atau keputusan tidak didominasi oleh tenaga kefarmasian melainkan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sebagai ketua tim yang berlatar belakang dokter gigi. Anggota tim perencana kebutuhan obat dari UPT. Puskesmas ditunjuk seorang Kepala UPT. Puskesmas yang juga seorang dokter

umum. Pada saat terjadi gagal tender karena terbatasnya jumlah atau volume obat yang dibutuhkan dipasaran sehingga harus diadakan perubahan atau perhitungan ulang kebutuhan oleh tim perencana kebutuhan obat. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas tidak dilibatkan kembali, bahkan Kepala yang merupakan wakil dari UPT. Puskesmas yang ditunjuk sebagai anggota tim perencanapun tidak dilibatkan kembali. Salah satu hal yang harus diperbaiki dalam perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang untuk yang akan datang adalah agar melibatkan secara aktif petugas kefarmasian UPT. Puskesmas. Keterlibatan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas sangat penting ketika harus terjadi perubahan rencana kebutuhan karena keterbatasan ketersediaan obat di pasaran atau di penyedia barang (Pedagang Besar Farmasi) petugas kefarmasian UPT. Puskesmas ikut mengetahuinya. Petugas kefarmasian UPT. Puskesmas adalah orang yang lebih tahu obat apa yang dibutuhkan oleh UPT. Puskesmas. Kepala UPT. Puskesmas terkadang karena kesibukannya jarang mengontrol ketersediaan obat di UPT. Puskesmas. Apalagi pekerjaan kefarmasian di UPT. Puskesmas telah dilaksanakan oleh tenaga kefarmasian. Kendala terbatasnya jumlah obat yang dibutuhkan dipasaran dapat diatasi dengan mengadakan tender obat lebih awal. Dilaksanakannya tender obat lebih awal mencegah terjadinya pengadaan tender obat secara bersamaan dengan kabupaten lainnya sehingga keluhan terbatasnya produksi obat yang dibutuhkan dapat diminimalisir.

Pedoman teknis pengadaan obat telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Pedoman tersebut dibuat sebagai bahan acuan untuk pemerintah atau Dinas Kesehatan yang ada di Indonesia dalam melaksanakan pengadaan obat. Ruang lingkup pedoman tersebut meliputi perencanaan dan pengadaan obat. Kendala yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang dalam membentuk tim perencana kebutuhan obat adalah anggaran yang terbatas. Kendala lain adalah pembuatan SK Walikota yang umumnya sudah memakan waktu yang lama. Pengadaan obat untuk UPT. Puskesmas dilaksanakan dengan membentuk tim pengadaan internal saja. Perlu masukan agar terjadi perbaikan dan peningkatan dalam perencanaan kebutuhan obat.

Kendala yang dialami dalam perencanaan kebutuhan obat adalah karena tenaga kefarmasian UPT. Puskesmas bekerja sendirian, pustu dan poskesdes yang tidak menyampaikan laporan pemakaian obat dan sisa obat, waktu untuk menyusun kebutuhan obat yang sempit karena dikejar-kejar waktu pelelangan.

“...bagaimana mungkin bisa konsentrasi, kerjaan kami banyak, ngelayani pasien sendiri, belum lagi nyiapin obat untuk petugas program. Mana banyak banget laporan yang harus dibuat. Cobalah tambah lagi tenaga farmasinya...”

Hasil wawancara mendalam terhadap informan sebagian besar informan menjawab hal yang perlu diperbaiki adalah bahwa semua item dan jumlah obat yang dibutuhkan oleh UPT. Puskesmas selama satu tahun yang sudah dilaksanakan perhitungan oleh petugas dapat dipenuhi semua.

“..kenapa setiap tahun selalu obat yang kami minta tidak dapat dipenuhi. Percuma dilaksanakan perhitungan oleh kami setiap tahun untuk perencanaan obat bila akhirnya Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang tidak pernah menggunakan data kami sebagai bahan pengadaan.....”

Sementara informan ketiga menjawab

“..masalah kebutuhan obat UPT. Puskesmas sebenarnya yang paling tahu obat apa yang dibutuhkan dan berapa banyak jumlahnya adalah petugas kefarmasian UPT. Puskesmas....”

Hasil wawancara dengan informan sekunder diperoleh informasi bahwa hal yang menjadi kesulitan dalam perencanaan kebutuhan obat adalah pada saat pengadaan obat. Nama atau item obat untuk UPT. Puskesmas pada dasarnya telah diatur dalam aturan tersendiri melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang wajib obat generik di pelayanan kesehatan pemerintah oleh sebab itu semua permintaan atau permohonan kebutuhan obat UPT. Puskesmas diwajibkan obat generik yang harganya diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI setiap tahunnya. Kesulitan yang sering dialami dalam perencanaan kebutuhan obat UPT. Puskesmas dimulai dari keterbatasan petugas kefarmasian di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang maupun di UPT. Puskesmas sehingga pada saat rekapitulasi, monitoring dan evaluasi pemakaian obat tidak maksimal. Selain itu seringkali permohonan permintaan obat dari UPT. Puskesmas tidak sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI sehingga harus dikeluarkan dari lembar usulan perencanaan kebutuhan obat.

Ketersediaan obat yang dibutuhkan untuk UPT. Puskesmas seringkali tidak mencukupi stok di pasaran. Hal ini disebabkan karena pengadaan obat biasanya hampir bersamaan di seluruh wilayah Indonesia khususnya di wilayah Propinsi Kepulauan Bangka Belitung. Kurangnya produksi obat tersebut disebabkan banyak faktor selain terbatasnya bahan baku obat, juga karena harga obat yang ditetapkan oleh pemerintah umumnya lebih murah dibandingkan dengan harga obat di pasaran umum.

Menurut Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan:

“..padahal seluruh kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan yang disampaikan dari UPT Puskesmas baik dalam bentuk LPLPO atau permohonan kebutuhan obat telah direkapitulasi semuanya oleh staf saya di Seksi Farmasi dan Alat Kesehatan tetapi pada saat dilaksanakan tender atau pengadaan sering gagal. Kegagalan umumnya karena penyedia barang atau Pedagang Besar Farmasi tidak mau ambil resiko didenda karena tidak semua obat yang diminta dapat dipenuhi.”

Berkaitan dengan hal yang harus di perbaiki dalam perencanaan kebutuhan obat menurut informan adalah sebagai berikut:

“Sistem pengadaan obat diatur tersendiri tidak harus melalui tender, karena obat sifatnya rutin jadi dapat dilaksanakan pengadaan setiap minimal 6 bulan sekali..”

Menurut Kepala UPT Gudang Farmasi dan Kepala UPT. Puskesmas

“ sebaiknya petugas kefarmasian UPT. Puskesmas di tambah lagi agar pengawasan terhadap distribusi obat di UPT. Puskesmas menjadi maksimal. Dan petugas kefarmasian UPT. Puskesmas dapat di libatkan langsung dalam tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan bukan kepala UPT. Puskesmasnya.”

“ sebaiknya perencanaan obat dihitung untuk 18 bulan bukan 12 bulan untuk mencegah ketersediaan atau stok obat di UPT Gudang Farmasi sehingga tidak terjadi kekurangan obat saat terjadi gagal tender.”

Selain hal-hal itu hal lain yang harus diperbaiki adalah komunikasi antara ketua, sekretaris dan anggota tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan. Saat dilakukan observasi lapangan diperoleh informasi atau data bahwa petugas kefarmasian UPT, Puskesmas atau Kepala UPT, Puskesmas yang ditunjuk sebagai anggota tim perencana tidak pernah mengetahui bila terjadi gagal tender atau rapat yang membahas kembali usulan perencanaan kebutuhan obat. Sering kali petugas UPT, Puskesmas mengeluh pada petugas kefarmasian UPT, Puskesmas mengenai terjadi kekosongan obat sementara petugas kefarmasian UPT. Puskesmas sendiri tidak mengetahui penyebab terjadinya kekosongan obat tersebut.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

I. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat beberapa hal yang dapat disimpulkan antara lain:

1. Proses perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang belum sepenuhnya sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan.
2. **Data dasar** yang digunakan untuk perencanaan kebutuhan obat Puskesmas merupakan data pemakaian obat di puskesmas meliputi obat yang dikeluarkan berdasarkan penulisan resep dokter di apotek/kamar obat Puskesmas dan obat yang distribusikan oleh Puskesmas ke jaringannya yaitu Pustu dan Poskesdes. Data pemakaian obat di pustu dan Poskesdes belum dimasukkan sebagai data dasar kebutuhan obat karena tidak direkapitulasi dan dilaporkan oleh petugas kefarmasian puskesmas.

Sumber data yang digunakan adalah Laporan Permintaan dan Laporan Pemakaian Obat (LPLPO) Puskesmas, usulan petugas program dan usulan permintaan obat dari petugas kefarmasian puskesmas. LPLPO puskesmas belum sepenuhnya mengakomodir pemakaian obat di Pustu dan Poskesdes.

Penentuan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan oleh Puskesmas diusulkan oleh petugas kefarmasian Puskesmas kemudian di sesuaikan dengan ketersediaan stok obat di UPT Gudang Farmasi serta ditentukan oleh tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang. Penilaian jenis obat yang dibutuhkan terdiri atas dasar banyaknya item obat yang diminta oleh Puskesmas. Jumlah kebutuhan obat dihitung berdasarkan akumulasi pemakaian obat di Puskesmas tahun sebelumnya dan untuk menghindari kekurangan obat akibat peningkatan kasus penyakit atau hal-hal lain umumnya perhitungan ditambahkan 20% - 30%.

3. Kendala yang dialami dalam perencanaan kebutuhan obat di Dinas Kesehatan Pangkalpinang adalah evaluasi kebutuhan obat tidak maksimal, kurangnya tenaga kefarmasian serta belum adanya apoteker di UPT. Puskesmas, harga obat yang ditentukan pemerintah lebih murah dari harga pasaran sehingga terjadi gagal tender, permohonan kebutuhan obat puskesmas diluar SK Menkes yang ditetapkan.

J. Saran

1. Sebaiknya pembentukan tim perencana kebutuhan obat disesuaikan dengan atau mengikuti Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan. Tim terpadu merupakan tim yang dibentuk dengan melibatkan lintas sektor. Pedoman teknis mengatur langkah-langkah perencanaan kebutuhan obat serta tugas dari masing-masing bagian. Diharapkan dengan mengacu pada Keputusan Menteri

Kesehatan Republik Indonesia tersebut tidak terjadi lagi masalah dalam dalam perencanaan kebutuhan obat puskesmas. Masih adanya keluhan kekurangan obat di UPT. Puskesmas dapat mengganggu pelayanan kesehatan kepada masyarakat/publik.

2. **Data dasar** yang digunakan sebaiknya tidak saja laporan pengeluaran dan pendistribusian obat oleh UPT. Puskesmas. Pemakaian obat dan sisa obat baik di UPT. Puskesmas, Pustu dan Poskesdes juga dapat dihitung dan dijadikan data dasar. Analisa jumlah kebutuhan obat dapat dihitung sesuai dengan yang sebenarnya apabila jumlah pengeluaran obat di UPT. Puskesmas dan jaringannya memiliki data yang lengkap..

Sumber data LPLPO Puskesmas sebaiknya merupakan akumulasi dari data puskesmas dan jaringannya bukan hanya data pengeluaran atau distribusi obat di Puskesmas saja. Kepada pustu dan poskesdes hendaklah diinstruksikan untuk menyampaikan LPLPO jaringan dimana nantinya rekapitulasi LPLPO puskesmas sudah mencakup data yang bersumber dari LPLPO jaringan.

3. Diusulkan atau lebih ditingkatkan advokasi ke Pemerintah Daerah tentang kurangnya dan pentingnya keberadaan tenaga kefarmasian di sarana pelayanan pemerintah untuk mengoptimalkan pekerjaan kefarmasian.
4. Perlu dibentuk pokja khusus untuk melakukan tender obat yang anggotanya terdiri dari tim teknis agar tidak lagi terjadi kejadian gagal tender serta pengadaan dapat dilakukan lebih awal sehingga tidak berbarengan dengan daerah lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (1996). *Pengantar administrasi kesehatan*. 3th ed. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bahfen, F. (2006). *Peraturan dalam produksi dan peredaran obat*. 1st ed. Jakarta: PT. Hecca Mitra Utama.
- Bajuri, A. K. dan Teguh, Y. (2002). *Kebijakan public konsep dan strategi*. JLP UNDIP Semarang.
- Chalid. P. (2007). *Teori dan isu pembangunan*. 3th ed. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Conyers, D. (1994). *Perencanaan sosial di dunia ketiga*, cetakan ketiga. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Depdikbud. (1990). *Kamus besar Bahasa Indonesia*. 3th ed. Pusat pembinaan dan pengembangan bahasa. Jakarta: Balai Pustaka
- Depkes RI. (2005a). *Kebijakan Obat Nasional*. Jakarta.
- _____. (2005b). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1330/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman pelaksanaan program pelayanan kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah*. Jakarta.
- _____, (2006). *Pedoman penggunaan obat bebas dan bebas terbatas*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- _____, (2009a). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- _____. (2009b). *Informasi penggunaan obat*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Direktorat Bina Penggunaan Obat Rasional.
- _____, (2009c). *Pedoman teknis pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.
- _____, (2009d). *Standar sarana penyimpanan obat publik dan perbekalan kesehatan*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang, (2011). *Profil kesehatan Kota Pangkalpinang tahun 2011*, Pangkalpinang.

- Handayani, S. (1996). *Pengantar studi ilmu administrasi dan manajemen*. 4th ed. Jakarta: Gunung Agung.
- Handoko, H. . (2003). *Manajemen*, 18th ed. Yogyakarta: Fakultas Ekonomi UGM.
- Hartono, J. P. (2007). Analisis proses perencanaan kebutuhan obat publik untuk pelayanan dasar (PKD) di puskesmas se wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. *Tesis*, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Semarang.
- Hasibuan, M. SP. (2003). *Manajemen dasar, pengertian dan masalah*. 2nd ed. Jakarta: Bumi Aksara.
- Irawan, P. (2007). *Metodologi penelitian administrasi*. Jakarta : Universitas Terbuka.
- Kast, F. E., Rosenzweig, J. E. (penerjemah Hasym Ali). (2004). *Organisasi dan manajemen*. 4th ed. Jakarta: Bumi Aksara
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Materi pelatihan manajemen kefarmasian di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- _____ (2011). *Modul penggunaan obat rasional*. Jakarta: Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Muninjaya, G.A.A. (2004). *Manajemen kesehatan*. 2nd ed. Denpasar : Buku Kedokteran ECC Universitas Udayana.
- Pratiknya. A.W. (2003). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : PT. RajaGrafindo Persada.
- Tjokroamidjoyo, Bi. (1996). *Perencanaan pembangunan*. Jakarta: Gunung Agung.
- Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta.

Lampiran 1. Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**I. Jadwal Wawancara**

- a. Hari/Tanggal :
- b. Waktu mulai dan selesai :

II. Identitas Informan

- a. Jenis Kelamin :
- b. Jabatan :
- c. Pendidikan terakhir :
- d. Masa kerja :

III. Pertanyaan Penelitian

- a. Data dasar dan sumber data yang digunakan untuk perencanaan kebutuhan obat
 - 1. Siapa yang berwenang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di puskesmas?
 - 2. Darimana sumber kebutuhan obat puskesmas?
 - 3. Siapa yang meminta kebutuhan obat ke Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang?
 - 4. Kapan perencanaan kebutuhan obat tersebut dilaksanakan?
 - 5. Data dasar apa yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat?
 - 6. Darimana sumber data yang digunakan untuk melaksanakan kebutuhan obat tersebut?

7. Apakah saudara yakin terhadap data yang dipergunakan untuk merencanakan kebutuhan obat tersebut?
- b. Pemilihan jenis dan jumlah obat yang direncanakan untuk kebutuhan obat
1. Bagaimana cara menilai obat yang dibutuhkan puskesmas?
 2. Bagaimana cara menyusun jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan puskesmas?
 3. Apakah obat yang ada di puskesmas telah ditentukan oleh Dinas Kesehatan baik item maupun jenisnya setiap tahun?
 4. Apa saja obat standard yang harus dimiliki oleh puskesmas? Dimana kita tahu standard obat puskesmas tersebut?
 5. Apakah selama ini telah sesuai antara ketersediaan obat yang ada dengan pemakaian obat di puskesmas?
- c. Proses perencanaan kebutuhan obat
1. Apakah anda tahu cara merencanakan kebutuhan obat?
 2. Apakah anda tahu sumber dana yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan obat puskesmas?
 3. Bagaimana cara melaksanakan perencanaan kebutuhan obat puskesmas?
 4. Apakah telah tersedia blangko khusus yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat puskesmas?
 5. Bagaimana cara menentukan jumlah setiap kebutuhan tiap item obat di puskesmas?

6. Apakah sudah terdapat kesesuaian antara pola sistem perencanaan kebutuhan obat dengan kebutuhan real puskesmas saat ini?
 7. Apakah jumlah obat yang tersedia telah sesuai dengan jumlah kunjungan pasien?
 8. Tahukan anda langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat puskesmas?
 9. Bagaimana cara anda mengevaluasi kebutuhan obat selama ini?
- d. Faktor yang berpengaruh terhadap perencanaan kebutuhan obat
1. Hal apa saja yang mempengaruhi perencanaan kebutuhan obat puskesmas?
 2. Apakah anda terlibat dalam tender pengadaan obat puskesmas? Bila terlibat sebagai apa anda didalam tender pengadaan tersebut?
 3. Kapan biasanya tender pengadaan obat puskesmas dilakukan?
- e. Pendapat dan masukan untuk memperbaiki perencanaan kebutuhan obat puskesmas
1. Apakah ada hal-hal yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dalam perencanaan kebutuhan obat?
 2. Kesulitan apa saja yang sering dirasakan dalam melaksanakan perencanaan kebutuhan obat?
 3. Masalah apa yang selalu dihadapi dalam merencanakan kebutuhan obat?
 4. Bagaimana pandangan saudara terhadap kualitas obat yang tersedia selama ini?

5. Menurut saudara, hal-hal apa saja yang perlu diperbaiki dalam perencananan kebutuhan obat puskesmas?

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 2. Matrik Hasil Wawancara Mendalam

Matriks Hasil Wawancara Mendalam Tentang Data Dasar dan Sumber Data yang Digunakan untuk Merencanakan Kebutuhan Obat Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

1. Hasil Wawancara

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Kewenangan pekerjaan kefarmasian Puskesmas	Tenaga kefarmasian	Asisten apoteker atau apoteker	Tenaga kefarmasian	Tenaga Kefarmasian terdiri dari apoteker dan tenaga tehnis kefarmasian (sarjana farmasi, Akademi Farmasi, analis farmasi, asisten apoteker/SMF).
Sumber obat puskesmas	Dinas Kesehatan	Dinas Kesehatan	UPT Gudang Farmasi Dinas Kesehatan	UPT Gudang Farmasi Dinas Kesehatan
Pelaksanaan perencanaan kebutuhan obat	Setiap tahun oleh Dinas Kesehatan	Setiap akhir tahun oleh Dinas Kesehatan	Setiap akhir tahun oleh Dinas Kesehatan	Setiap akhir tahun oleh Dinas Kesehatan

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Data dasar yang digunakan	Resep obat puskesmas	Resep obat di puskesmas dan distribusi ke pustu natau poskesdes	Resep obat dan ketersediaan obat di puskesmas	Penulisan resep obat di puskesmas dan distribusi ke pustu maupun poskesdes yang disesuaikan dengan ketersediaan obat di puskesmas
Sumber data dasar yang digunakan untuk perencanaan kebutuhan obat	LPLPO	LPLPO puskesmas	LPLPO puskesmas tahunan serta tambahan laporan permintaan kebutuhan obat dari pemegang program	LPLPO puskesmas tahunan serta laporan kebutuhan obat dari pemegang program.
Keyakinan terhadap data yang dimiliki	Yakin	Yakin karena hasil rekapitulasi puskesmas.	Percaya karena yang merekap LPLPO petugas farmasi sendiri	Yakin terhadap data yang ada

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Kewenangan pekerjaan kefarmasian Puskesmas	Petugas farmasi puskesmas	Petugas farmasi puskesmas	Petugas farmasi puskesmas	Petugas kefarmasian puskesmas
Sumber obat puskesmas	UPT Gudang farmasi	UPT Gudang farmasi	Dinas Kesehatan melalui UPT Gudang Farmasi	Dinas Kesehatan melalui UPT Gudang Farmasi
Pelaksanaan perencanaan kebutuhan obat	Petugas puskesmas melalui tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan
Data dasar yang digunakan untuk merencanakan kebutuhan obat	Rekapitulasi LPLPO puskesmas selama satu tahun yang dibuat oleh petugas kefarmasian puskesmas	LPLPO dari puskesmas, rekapitulasi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dari tim perencana, stok obat dalam sistem manajemen pengelolaan obat di UPT. Gudang Farmasi dan data tahun lalu	Rekapitulasi LPLPO tahunan puskesmas, rekapitulasi permintaan puskesmas dan data pengadaan tahun lalu	Rekapitulasi LPLPO tahunan puskesmas dan hasil rekapitulasi tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan yang diperoleh dari laporan permintaan atau kebutuhan puskesmas serta data stok obat di UPT. Gudang Farmasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Sumber data dasar yang digunakan untuk perencanaan kebutuhan obat	Dari pemakaian atau pengeluaran obat di kamar obat puskesmas, dan petugas pemegang program puskesmas.	Dari puskesmas, petugas pengelola program dinas kesehatan dan tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Petugas kefarmasian Puskesmas, petugas pengelola program di masing-masing bidang, dikoordinir oleh tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Dari petugas kefarmasian Puskesmas, dan petugas pengelola program dinas kesehatan yang dikoordinir oleh tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan
Keyakinan terhadap data yang dimiliki	Yakin	Yakin	Yakin	Yakin

Matriks Hasil Wawancara Mendalam Tentang Pemilihan Jenis dan Jumlah Obat untuk Merencanakan Kebutuhan Obat Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

1. Hasil Wawancara

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Penilaian obat yang dibutuhkan	Jumlah obat yang cepat habis	Berdasarkan penulisan resep	Sesuai dengan permintaan resep	Berdasarkan penulisan resep obat dan jumlah obat yang cepat habis
Cara menyusun jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan	Dilihat jumlah penggunaan obat terbanyak dari resep	Dari rekap pemakaian obat di LPLPO	Pemakaian obat sebelumnya, melalui perkiraan yang ditambah sekitar 20-30%	Jumlah penggunaan obat sebelumnya, rekap pemakaian obat di LPLPO dan asumsi perkiraan
Ketentuan obat yang hanya boleh diminta	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada ketentuan obat yang hanya boleh disediakan
Pengetahuan informan tentang obat standar puskesmas	Kurang tahu	Dari Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)	DOEN dan Sk Menkes	DOEN dan SK Menkes
Ketersesuaian antara ketersediaan obat dengan kebutuhan obat pasien puskesmas	Tidak sesuai dan sering mengeluarkan resep obat untuk ditebus diluar puskesmas (apotek)	Sesuai tetapi masih ada beberapa kekurangan	Ada yang sesuai ada yang tidak	Belum sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan obat pasien

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Penilaian obat yang dibutuhkan	Jumlah obat yang banyak digunakan	Berdasarkan jenis obat yang banyak diminta oleh petugas kefarmasian puskesmas	Sesuai dengan permintaan petugas kefarmasian puskesmas dan hasil rapat koordinasi tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan	Berdasarkan jumlah obat yang banyak digunakan puskesmas yang diminta oleh petugas kefarmasian puskesmas dan hasil rapat koordinasi tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan
Cara menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan	Dari jumlah kunjungan pasien dan jenis obat yang digunakan	Dari permintaan petugas kefarmasian puskesmas serta analisis rekapitulasi pemakaian obat dipuskesmas selama satu tahun ke belakang yang disesuaikan dengan ketersediaan obat yang masih ada di UPT gudang farmasi	Berdasarkan rekapitulasi laporan kebutuhan obat puskesmas dan petugas program	Berdasarkan usulan kebutuhan obat puskesmas dan petugas pengelola program, analisis rekapitulasi pemakaian obat puskesmas selama satu tahun ke belakang dan berdasarkan ketersediaan obat di UPT Gudang Farmasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Ketentuan obat yang hanya boleh diminta	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada, sesuai kebutuhan puskesmas masing-masing	Tidak ada ketentuan obat yang hanya boleh disediakan
Pengetahuan informan tentang obat standar puskesmas	DOEN dan SK Menkes yang berlaku	DOEN dan SK Menkes yang berlaku	DOEN dan SK Menkes yang berlaku	DOEN dan SK Menkes yang berlaku
Ketersesuaian antara ketersediaan obat dengan kebutuhan obat pasien puskesmas	Masih ada beberapa item dan jumlah obat yang tidak sesuai	Masih ada beberapa yang tidak sesuai	Masih tidak sesuai	Beberapa item obat tidak sesuai

Matriks Hasil Wawancara Mendalam tentang Proses Perencanaan Kebutuhan Obat puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

1. Hasil Wawancara

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas	Berdasarkan kebutuhan obat di puskesmas dan diajukan ke Dinas Kesehatan	Direncanakan melalui LPLPO.	Menggunakan data LPLPO tahun sebelumnya sehingga dapat diasumsikan kebutuhan obat	Menggunakan LPLPO tahun sebelumnya sebagai patokan dan diajukan permintaan kebutuhan obat ke Dinas Kesehatan
Sumber dana kebutuhan obat	Tidak tahu	APBD	APBD dan APBN	APBD dan APBN
Cara melaksanakan perencanaan obat di puskesmas	Mencatat obat-obatan yang habis, menyerahkan pada Kepala Puskesmas untuk disampaikan ke Dinas Kesehatan	Melakukan rekapitulasi jumlah dan item obat yang banyak digunakan melalui LPLPO, menyerahkan pada Ka Puskesmas untuk di sampaikan pada Dinas Kesehatan	Melakukan rekapitulasi jumlah dan item obat yang banyak digunakan melalui LPLPO, menyerahkan pada Ka Puskesmas untuk di sampaikan pada Dinas Kesehatan	Melakukan rekapitulasi jumlah dan item obat yang banyak digunakan melalui LPLPO, menyerahkan pada Ka Puskesmas untuk di sampaikan pada Dinas Kesehatan

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Blangko atau format khusus untuk perencanaan kebutuhan obat	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Cara menghitung jumlah kebutuhan obat	Berdasarkan jenis obat yang dibutuhkan Untuk obat program hasil rekap permintaan petugas pengelola program	Merekap pemakaian obat tahun sebelumnya	Merekap total pemakaian obat tahun sebelumnya lalu ditambahkan sekitar 20%	Hasil rekapitulasi penggunaan obat tahun sebelumnya serta asumsi peningkatan jumlah sebesar 20% sementara untuk menghitung kebutuhan obat program dari hasil rekapitulasi permintaan petugas program.
Kesesuaian sistem perencanaan kebutuhan obat dengan kebutuhan	Belum sesuai dengan kebutuhan pasien.	Masih banyak obat yang dibutuhkan tidak tersedia.	Beberapa item masih tidak sesuai dengan kunjungan pasien yang berobat.	Sistem perencanaan kebutuhan obat belum sesuai dengan yang diharapkan.

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat	Kurang tahu	Kurang tahu	Merekap penggunaan obat selama 1 tahun kebelakang, menambahkan 20% kebutuhan, mengajukan laporan kebutuhan obat ke Dinas Kesehatan	Melaksanakan rekapitulasi penggunaan obat selama 1 tahun, membuat asumsi kenaikan pemakaian obat sebanyak 20%, menyampaikan hasil kebutuhan obat ke Dinas Kesehatan
Cara Melakukan Evaluasi Kebutuhan Obat	Melihat jumlah pemakaian obat terbanyak sampai dengan terkecil	Menilai jenis obat yang cepat habis	Dilaksanakan secara berkala pertriwulan dengan menilai jenis obat yang cepat habis	Dilaksanakan secara berkala setiap triwulan terhadap ketersediaan jenis dan item obat yang digunakan di puskesmas, pustu dan poskesdes

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Cara merencanakan kebutuhan obat di Puskesmas	Meminta petugas kefarmasian puskesmas melakukan rekapitulasi kebutuhan obat puskesmas	Melakukan evaluasi sisa persediaan obat di UPT Gudang Farmasi dan melakukan sinkronisasi dengan permohonan kebutuhan obat puskesmas	Hasil rekapitulasi pemakaian obat puskesmas, laporan permintaan obat puskesmas dan petugas program	
Sumber dana keb. obat	APBD dan APBN	APBD, APBN & sumber lain	APBD dan APBN	APBD, APBN dan sumber lain
Cara melaksanakan perencanaan obat di puskesmas	Petugas kefarmasian puskesmas membuat catatan kebutuhan obat yang diperoleh dari LPLPO maupun petugas pemegang program di puskesmas. Catatan tersebut akan disampaikan ke Dinas Kesehatan serta akan dibahas oleh tim perencana kebutuhan obat & perbekalan kes	Melakukan pemeriksaan persediaan obat di UPT gudang farmasi. Ikut serta dalam pembahasan kebutuhan obat dalam tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan.	Menginstruksikan pada seluruh kepala puskesmas untuk menyampaikan laporan kebutuhan obat dan melaksanakan rapat koordinasi dengan tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan.	Mengumpulkan data kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dari unit pelaksana teknis dan pemegang program serta mengadakan rapat koordinasi tim perencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan untuk menentukan obat yang akan diadakan.

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Blangko atau format khusus untuk perencanaan kebutuhan obat	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Cara menghitung jumlah kebutuhan obat	Jumlah obat yang tersedia di puskesmas dibandingkan dengan obat yang banyak digunakan	Jumlah obat yang tersedia di gudang farmasi dengan permintaan petugas kefarmasian puskesmas	Berdasarkan jumlah rekapitulasi obat yang digunakan dipuskesmas serta berdasarkan hasil laporan petugas pemegang program	Menghitung jumlah ketersediaan di gudang farmasi, merekap seluruh kebutuhan obat puskesmas dan petugas program.
Kesesuaian sistem perencanaan kebutuhan obat dengan kebutuhan	Belum sesuai dengan kebutuhan pasien.	Masih ada beberapa item obat yang dibutuhkan terpaksa tidak dapat disediakan.	Beberapa item masih tidak sesuai dengan hasil perencanaan kebutuhan obat.	Sistem perencanaan kebutuhan obat belum sesuai dengan yang diharapkan.
Langkah-langkah dalam merencanakan kebutuhan obat	Menyampaikan ke Dinas Kesehatan kebutuhan obat puskesmas, mengikuti rapat penentuan jenis dan jumlah obat yang akan diadakan/tenderkan	Mengecek ketersediaan obat di gudang farmasi, melakukan evaluasi permintaan kebutuhan obat puskesmas, mengikuti rapat koordinasi tim perencana kebutuhan	Menginstruksikan pada seluruh kepala puskesmas dan pemegang program untuk mengajukan laporan kebutuhan obat, meminta petugas UPT Gudang farmasi untuk mengecek ketersediaan	Megevaluasi ketersediaan obat di gudang farmasi, mengumpulkan dan merekapitulasi laporan kebutuhan obat puskesmas dan pemegang program, mengadakan rapat koordinasi dengan tim perencana

			obat di gudang farmasi, mengadakan rapat koordinasi, mengikuti dan mengawasi pengadaan obat oleh PPK dan panitia pengadaan	kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan, menyampaikan hasil kebutuhan obat kepada panitia dan PPK pengadaan barang dan jasa
Cara Melakukan Evaluasi Kebutuhan Obat	Membandingkan antara obat yang tersedia dengan banyaknya permintaan obat	Perbandingan ketersediaan obat dan permintaan kebutuhan obat puskesmas	Memantau jumlah penggunaan obat di puskesmas,ustu dan poskesdes melalui LPLPO, kartu stok dan jumlah resep	Ketersediaan obat di gudang farmasi, jumlah obat yang sering digunakan di puskesmas dan obat yang diterima dari panitia pengadaan

UNIVERSITAS TERBUKA

Matriks Hasil Wawancara Mendalam tentang Faktor yang Berpengaruh Kebutuhan Obat Puskesmas di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

1. Hasil Wawancara

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Hal yang mempengaruhi perencanaan kebutuhan obat	Tidak tahu	Kurang koordinasi dengan petugas puskesmas	Kurangnya informasi dan koordinasi dengan petugas kefarmasian puskesmas	Kurangnya informasi dan koordinasi dengan petugas kefarmasian puskesmas
Tender pengadaan obat	Tidak tahu	Setiap tahun	Setiap tahun	Setiap tahun

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Hal yang mempengaruhi perencanaan kebutuhan obat	Sukarnya untuk saling berkoordinasi	Kurang koordinasi dengan petugas puskesmas dimana obat yang diminta belum tentu sanggup disediakan oleh pihak ketiga	Hasil rapat koordinasi tim perencana kebutuhan obat sering tidak dapat diadakan oleh panitia pengadaan karena item obat yang diminta terbatas produksinya	Kurangnya koordinasi dan keterbatasan produksi obat oleh distributor

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Tender pengadaan obat	Tidak tahu	Setiap tahun	Setiap tahun	Setiap tahun

UNIVERSITAS TERBUKA

Matriks Hasil Wawancara Mendalam tentang Pendapat dan Masukan Untuk Perbaikan Perencanaan Kebutuhan Obat di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Pangkalpinang

1. Hasil Wawancara

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	
Hal yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dalam perencanaan kebutuhan obat	Harus obat generik	Harus obat generik	Harus obat generik	Harus obat generik
Kesulitan dalam perencanaan kebutuhan obat	Waktu yang sempit karena mengerjakan sendiri administrasi dan pelayanan kefarmasian	Repot karena harus melayani pelayanan kefarmasian juga. Masih banyak pustu dan poskesdes yang tidak menyampaikan LPLPO jaringan ke puskesmas	Memantau pelaksanaan kefarmasian di pustu atau poskesdes karena tidak ada anggaran dana. Sehingga sisa obat di pustu atau poskesdes tidak diketahui dengan pasti.	Kurangnya jumlah tenaga kefarmasian, belum terpantaunya penggunaan obat di pustu atau poskesdes
Kualitas obat	Baik	Baik sesuai standar	Baik sesuai standar	Baik sesuai standar
Hal yang perlu diperbaiki	Item dan jumlah obat yang diminta puskesmas dapat dipenuhi semuanya	Obat yang dilaporkan dalam laporan kebutuhan obat dapat dipenuhi	Laporan kebutuhan obat dipuskesmas dapat dipenuhi karena yang mengetahui secara teknis kebutuhan obat puskesmas adalah petugas puskesmas	Kebutuhan obat puskesmas sesuai dengan yang diajukan

2. Hasil Triangulasi

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Hal yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dalam perencanaan kebutuhan obat	Harus obat generik sesuai permenkes yang berlaku	Harus obat generik	Sesuai dengan pedoman dan Permenkes, harus obat generik dengan standar harga SK menkes yang berlaku setiap tahun	Harus obat generik sesuai permenkes dan SK Menkes yang berlaku
Kesulitan dalam perencanaan kebutuhan obat	Kurangnya jumlah petugas kefarmasian di puskesmas yang tidak dapat memantau pemakaian obat di unit jaringan	Ketersediaan obat yang dibutuhkan oleh puskesmas jumlahnya terbatas dipasaran dan permintaan obat petugas puskesmas yang diluar SK Menkes	Kurangnya petugas di Dinas Kesehatan yang bertugas untuk melaksanakan rekapitulasi kebutuhan, memonitoring dan mengevaluasi ketersediaan obat di puskesmas, pustu dan poskesdes	Kurangnya petugas tehnis kefarmasian, realisasi perencanaan obat yang berbeda dengan perencanaan, permintaan obat yang diluar SK Menkes

Pertanyaan tentang	Jawaban Informan			Kesimpulan
	Ka.Puskesmas	Ka. Gudang Farmasi	Kabid. Yankes	
Kualitas obat	Baik	Baik sesuai standar sesuai CPOB	Baik sesuai standar CPOB	Baik sesuai standar CPOB
Hal yang perlu diperbaiki	Ditambahnya petugas kefarmasian puskesmas sehingga fungsi sebagai anggota tim perencana lebih maksimal bukan pelengkap	Obat yang dilaporkan dalam laporan kebutuhan obat dapat dipenuhi dan ketersediaan obat di gudang farmasi mencukupi untuk 18 bulan	Kerjasama yang baik Agar semua obat yang dibutuhkan dapat dipenuhi, perencanaan hendaknya dapat dilakukan sejak akhir tahun	Ditrambahnya petugas kefarmasian puskesmas, maksimalisasi fungsi anggota tim perencana kebutuhan obat, stok obat di UPT Gudang Farmasi mencukupi untuk 18 bulan. Perencanaan di mulai dari akhir tahun sebelumnya.

Lampiran3. Foto Penelitian





