

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang diakui secara internasional dalam piagam WHO (*World Health Organization*) tahun 1946, yang menyatakan bahwa mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan salah satu hak dasar manusia. Konsep ini secara langsung menempatkan negara/pemerintah sebagai pihak yang berkewajiban untuk menjamin ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau setiap saat, diimbangi dengan keterlibatan *stakeholder* terkait termasuk sektor swasta, masyarakat dan organisasi non pemerintah lainnya (WHO, 2017).

Seluruh negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) termasuk Indonesia sepakat untuk berusaha mencapai jaminan kesehatan cakupan semesta (*Universal Health Coverage/ UHC*) pada tahun 2030 sebagai bagian dari tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/ SDGs*). UHC diartikan sebagai jaminan bahwa setiap orang secara merata mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan dengan kualitas yang baik berupa pencegahan dan perawatan terhadap penyakit serta upaya promotif, rehabilitatif dan paliatif secara efektif dengan biaya yang terjangkau, termasuk di dalamnya ketersediaan obat-obatan esensial, air bersih, sanitasi, makanan, informasi kesehatan dan layanan terkait lainnya. UHC menjadi tujuan utama dalam reformasi kesehatan di banyak negara dan merupakan salah satu prioritas kerja WHO (WHO, 2019). Indonesia telah meratifikasi UHC ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sejak Januari 2014 dalam bentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Widjaja, 2014).

Ketersediaan obat-obatan esensial merupakan salah satu kunci dalam mencapai jaminan kesehatan cakupan semesta. Oleh karenanya menjamin bahwa obat-obatan esensial selalu tersedia dalam jumlah dan jenis yang sesuai terutama di

puskesmas sebagai pintu pertama bagi pelayanan kesehatan pemerintah adalah faktor penting yang harus diperhatikan (Munedzimwe, 2017).

Penerapan otonomi daerah pada tahun 2000 berdasarkan Undang-undang No. 22/1999, yang diperbaharui dengan Undang-undang Nomor. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah mengamanatkan beberapa peran pemerintah pusat dialihkan kepada pemerintah daerah, salah satunya meliputi bidang pelayanan kesehatan. Hal ini antara lain mengakibatkan penyediaan dan atau pengelolaan anggaran untuk pengadaan obat esensial yang diperlukan masyarakat di sektor publik menjadi tanggungjawab pemerintah daerah yang sebelumnya merupakan tanggung jawab pemerintah pusat, termasuk aspek-aspek pengelolaan obat publik mulai dari perencanaan, pemilihan obat, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan pemakaian obat (Kementerian Kesehatan, 2006).

Kebijakan pemerintah terhadap peningkatan akses obat diselenggarakan melalui beberapa strata kebijakan yaitu Undang-Undang No. 36 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah No. 51 tentang Pekerjaan Kefarmasian, Sistem Kesehatan Nasional, Kebijakan Obat Nasional (KONAS) dan kebijakan terkait lainnya. SKN memberikan landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan bagi seluruh penyelenggara kesehatan baik Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota maupun masyarakat dan dunia usaha. Salah satu subsistem SKN adalah obat dan perbekalan kesehatan yang menekankan pada ketersediaan dan pengelolaan obat, pemerataan termasuk keterjangkauan dan jaminan keamanan, khasiat dan mutu obat (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2010).

Dalam kebijakan pengelolaan obat harus dipertimbangkan banyak faktor diantaranya kesinambungan pembiayaan pengadaan obat, peningkatan efisiensi pada pengelolaan obat sektor pemerintah serta perubahan persepsi dari perilaku provider, pasien dan masyarakat. Kesinambungan pembiayaan pengadaan obat berkaitan erat dengan alokasi anggaran obat yang disediakan sehingga hal ini merupakan titik kritis pada fungsi pengelolaan (Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, 2002). Belanja obat merupakan bagian terbesar dari penggunaan anggaran kesehatan. Di negara berkembang biaya ini dapat menyerap

25-70% dari keseluruhan pengeluaran sektor kesehatan. Di sebagian besar negara dengan pendapatan tinggi rasionya berkisar 10% seperti Denmark dan Norwegia yang berada pada kisaran 7% (OECD, 2019) sedangkan di Indonesia biaya obat mencapai 33,8% dari anggaran kesehatan (Bappenas, 2019).

Oleh karena penggunaan anggaran obat untuk pelayanan kesehatan dasar menjadi tanggungjawab pemerintah daerah, maka pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan sebagai pelaksana teknis harus dapat melakukan pengelolaan manajemen obat pemerintah dengan efektif dan efisien dengan memperhatikan dana yang tersedia. Untuk itu perencanaan kebutuhan obat sebagai tahap awal dari pengelolaan obat merupakan bagian penting dalam menjamin ketersediaan obat (Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Direktorat Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2010).

Perencanaan sebagai bagian dari manajemen logistik obat adalah proses/kegiatan seleksi obat untuk menentukan jumlah serta jenis obat dalam rangka pengadaan. Tujuan perencanaan adalah untuk mendapatkan jenis dan jumlah yang tepat sesuai kebutuhan, menghindari terjadinya kekosongan obat, meningkatkan penggunaan obat secara rasional, meningkatkan efisiensi penggunaan obat serta menghindari terjadinya kelebihan dan atau kekurangan stok. Pengelolaan logistik obat secara keseluruhan sangat ditentukan oleh proses perencanaan, pemilihan jumlah dan jenis obat yang tidak sesuai dapat merusak siklus manajemen persediaan selanjutnya sehingga menimbulkan pemborosan dan pembengkakan biaya, obat yang tidak tersalurkan dapat rusak atau kedaluwarsa (Clark and Barraclough, 2014).

Dalam perencanaan kebutuhan obat dilakukan beberapa tahap kegiatan meliputi tahap pemilihan obat, tahap kompilasi pemakaian obat, tahap perhitungan kebutuhan obat, tahap proyeksi kebutuhan obat dan tahap penyesuaian rencana kebutuhan obat. Perhitungan kebutuhan obat dan penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia merupakan salah satu agenda pokok dalam perencanaan pengadaan obat. Perkiraan kebutuhan obat merupakan estimasi jumlah obat yang akan dikonsumsi pada periode waktu tertentu, atau dapat dikatakan sebagai perkiraan pemakaian nyata (*actual*) didasarkan pada pemakaian satu tahun. Sedangkan jumlah obat yang kemudian dihitung untuk proses pengadaan adalah

perkiraan kebutuhan obat untuk satu tahun dengan mempertimbangkan sisa stok pada akhir tahun, stok pengaman dan waktu tunggu (*lead time*). Selanjutnya dilakukan penyesuaian antara jumlah dan jenis obat pada rencana pengadaan terhadap alokasi dana yang tersedia (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2010).

Pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar telah memberikan acuan untuk pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan pada fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) di lingkungan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Pedoman ini menyatakan bahwa perhitungan kebutuhan obat publik untuk PKD dapat dilakukan dengan menggunakan metode konsumsi dan atau metode morbiditas. Metode konsumsi didasarkan pada analisa data konsumsi obat tahun sebelumnya, sedangkan pada metode morbiditas perhitungan kebutuhan obat dilakukan berdasarkan pola penyakit (Kementerian Kesehatan, 2008).

Perencanaan kebutuhan sediaan farmasi dilakukan secara berjenjang (*bottom up*). Puskesmas diminta menyampaikan data Rencana Kebutuhan Obat (RKO) sesuai dengan hasil perhitungan yang telah dilakukan. Selanjutnya Instalasi Farmasi pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan melakukan kompilasi dan analisa terhadap kebutuhan sediaan farmasi di wilayah kerjanya sehingga diperoleh Rencana Kebutuhan Obat (RKO) Kabupaten/Kota (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2005). Dengan demikian, maka Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus memiliki data dan informasi mutasi obat serta kasus penyakit dengan baik dan akurat, mengetahui jumlah obat yang dibutuhkan dan harus dapat menyusun perencanaan kebutuhan obat dalam upaya memenuhi kebutuhan obat publik untuk semua puskesmas yang berada dalam koordinasinya. Di sisi lain puskesmas diharapkan mampu mengolah dan menyediakan data perencanaan kebutuhan obat tahunan puskesmas yang terpercaya dan dapat diandalkan sebagai salah satu komponen utama dalam perhitungan RKO Kabupaten/Kota (Kementerian Kesehatan, 2014b).



Barrington et al., (2010) menyatakan bahwa tingkat ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan tergantung pada pelaksanaan manajemen pengelolaan obat. Menurut WHO, Bigdeli, Peters dan Wagner (2014) dalam banyak kasus, terjadinya kekosongan dan kekurangan obat seringkali bergantung pada metode yang digunakan dalam merencanakan kebutuhan obat. Sedangkan penelitian Munedzimwe (2017) menemukan bahwa kekosongan dan kekurangan obat antara lain dapat disebabkan oleh faktor sumber daya manusia serta kurangnya supervisi dan dukungan terhadap pelaksanaan manajemen obat yang disarankan.

Apriliani dan Pratiwi (2018) pada penelitian yang berkaitan dengan evaluasi pengelolaan obat pada Puskesmas Karanganyar I berdasarkan indikator pengelolaan obat yang mengacu pada pedoman yang ada menemukan bahwa persentase ketepatan perencanaan sangat kecil, yaitu 0,43%, yang berarti bahwa kesesuaian antara kuantum obat yang direncanakan berbeda jauh dengan kuantum pemakaian obat. Rosmania dan Supriyanto (2015) yang melakukan analisis terhadap pengelolaan obat sebagai dasar pengendalian *safety stock* pada *stagnant* dan *stock out* obat pada Puskesmas di Kota Surabaya menyarankan agar puskesmas melakukan perhitungan *safety stock* dan *lead time* dalam melakukan perhitungan perencanaan kebutuhan obat sehingga hasilnya lebih akurat.

Dewi (2017) dalam penelitiannya tentang analisis perencanaan obat di Puskesmas Pokenjior Kota Padangsidempuan menyimpulkan bahwa proses perencanaan obat belum sesuai dengan kebutuhan puskesmas. Penelitian Adiatmoko (2012) yang melakukan evaluasi terhadap perencanaan obat untuk Puskesmas di Kota Pangkalpinang melalui wawancara mendalam menunjukkan bahwa perencanaan yang dilakukan belum sesuai dengan pedoman teknis yang telah ditetapkan, kendala yang dihadapi antara lain evaluasi kebutuhan obat yang belum maksimal dan kurangnya sumberdaya manusia khususnya tenaga kefarmasian. Chaira (2016) menyimpulkan dari penelitiannya bahwa pengelolaan obat pada puskesmas di Kota Pariaman tahun 2013-2014 belum sesuai dengan pedoman dari Kementerian Kesehatan termasuk dalam hal perencanaan kebutuhan obat.

Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar di Kabupaten Tanah Datar terdiri dari 23 unit Puskesmas serta 177 unit Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Poliklinik Desa (Polindes)/Pos Kesehatan Nagari (Poskesri) yang tersebar pada 14 Kecamatan. Pengelolaan obat tingkat Kabupaten Tanah Datar dilakukan oleh Unit Pelaksana Teknis (UPT) Instalasi Farmasi sebagai unit teknis di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2016).

UPT Instalasi Farmasi Kabupaten Tanah Datar melakukan perencanaan kebutuhan obat menggunakan metode konsumsi. RKO Kabupaten disusun dengan mempertimbangkan komponen-komponen berupa akumulasi pemakaian obat tahun sebelumnya dan RKO Puskesmas, serta sisa stok yang masih tersedia. Selanjutnya data-data tersebut direkapitulasi dan dibahas bersama untuk menjadi RKO tingkat Kabupaten/Kota dengan memperhitungkan seluruh sumber anggaran. Saat ini RKO kabupaten dihitung dengan membangun ketersediaan untuk 18 bulan dengan mempertimbangkan sisa stok per 31 Desember tahun sebelumnya. Dalam hal ini data-data yang diberikan seluruh puskesmas dalam bentuk RKO puskesmas sangat menentukan dalam ketepatan perencanaan obat di tingkat Kabupaten/Kota agar jumlah dan jenis obat yang tersedia untuk distribusi sesuai dengan kebutuhan Puskesmas (Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, 2017).

Penelitian pendahuluan yang dilakukan di UPT Instalasi Farmasi Kabupaten Tanah Datar menunjukkan adanya puskesmas yang mengalami kekosongan obat sebelum periode distribusi berikutnya. Terjadinya kekosongan yang berulang diduga diakibatkan oleh kurangnya jumlah obat yang diminta puskesmas kepada UPT Instalasi Farmasi atau dapat juga disebabkan oleh stok obat di gudang farmasi yang tidak mencukupi. Hal ini mencerminkan ketidaksesuaian perhitungan kebutuhan obat dengan realisasi pemakaian dan perencanaan tahun sebelumnya yang kurang tepat. Selain itu diketahui bahwa perbandingan antara rekapitulasi pemakaian obat puskesmas yang bersumber dari Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) tidak sesuai dengan rekapitulasi RKO yang disampaikan oleh puskesmas ke UPT Instalasi Farmasi.

Mengingat pentingnya data RKO dari seluruh Puskesmas terhadap ketepatan perencanaan obat publik di tingkat kabupaten, serta belum adanya data dan

penelitian yang memberikan informasi tentang pengelolaan obat khususnya pada tahap perencanaan kebutuhan obat publik pada puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap penyusunan rencana kebutuhan obat publik yang dilaksanakan oleh puskesmas di Kabupaten Tanah Datar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimana proses penyusunan rencana kebutuhan obat publik yang dilakukan oleh puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar?
2. Bagaimana kesesuaian antara perhitungan rencana kebutuhan obat yang dilakukan puskesmas dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1121/Menkes/SK/XII/2008 tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar?
3. Bagaimana ketepatan perencanaan obat yang telah dilakukan puskesmas dan perbandingannya dengan ketepatan perencanaan dari perhitungan teoritis sesuai pedoman teknis?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Untuk mengetahui proses perencanaan kebutuhan obat publik pada Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar
2. Untuk mengetahui kesesuaian antara perhitungan rencana kebutuhan obat yang dilakukan puskesmas dengan pedoman teknis yang telah ditetapkan
3. Untuk mengetahui ketepatan perencanaan yang dilakukan puskesmas dan perbandingannya dengan ketepatan perencanaan dari perhitungan teoritis

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi peneliti dapat meningkatkan kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama mengikuti pendidikan di program studi Magister Farmasi Universitas Andalas terutama dalam bidang manajemen farmasi.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar dan puskesmas dalam wilayah kerjanya, penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka menyusun kebijakan dan upaya yang mungkin dilakukan dalam perencanaan kebutuhan obat yang lebih efektif dan efisien di masa yang akan datang
3. Bagi ilmu pengetahuan kesehatan khususnya dalam bidang manajemen farmasi diharapkan dapat menjadi tambahan referensi terutama dalam topik perencanaan kebutuhan obat publik.

