



ARTIKEL RISET

URL artikel: <http://jurnal.fkmumi.ac.id/index.php/woh/article/view/woh3403>

Dampak Kebijakan Pengadaan Obat Pada Puskesmas di Jakarta Era Jaminan Kesehatan Nasional

^KHari Sulistiyono¹, Prih Sarnianto², Yusi Anggiani³

^{1,2,3}Program Magister Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Pancasila

Email Penulis Korespondensi (^K): apoteker.hari@gmail.com

apoteker.hari@gmail.com¹, prih1488@gmail.com², yusi1777@univpancasila.ac.id³

(081256409986)

ABSTRAK

Obat merupakan input penting dalam pelayanan kesehatan. Bila obat tidak tersedia, dapat berpengaruh negatif terhadap hasil terapi pasien. Tujuan penelitian observasional ini adalah untuk mengetahui proses pengadaan obat puskesmas di Jakarta, yang seluruhnya berstatus Badan Layanan Umum Daerah, guna memetakan permasalahan dan upaya penyelesaiannya. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion* dengan Apoteker dan Pejabat Pembuat Komitmen dari 20 puskesmas yang mewakili 5 kotamadya, ditambah 1 puskesmas Kepulauan Seribu, menggunakan 20 jenis obat indikator yang 4 di antaranya adalah obat antihipertensi. Hasil penelitian yang dilakukan pada Januari sampai Maret 2019 ini menunjukkan bahwa dari 21 puskesmas yang melakukan pengadaan *e-Purchasing*, 11 puskesmas berhasil; 3 puskesmas gagal namun menindaklanjuti melalui pengadaan langsung; dan 10 puskesmas lainnya yang gagal tanpa menindaklanjuti, sehingga terjadi kekosongan obat antihipertensi. Puskesmas yang memenuhi kebutuhan obat ditemukan memiliki apoteker penanggung jawab pengadaan obat. Pada puskesmas yang terjadi kekosongan obat, apoteker yang ada tidak diberi peran dalam pengadaan obat, kondisi tersebut berdampak pada rerata proporsi rujukan pasien hipertensi yang mencapai 12%, atau 4 kali lipat dari puskesmas yang memenuhi kebutuhan obat, yaitu 3%. Dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pengadaan obat JKN di puskesmas di Jakarta masih mengalami hambatan, yang memerlukan dukungan peraturan pengadaan BLUD dan peran apoteker dalam pengadaan obat.

Kata kunci : Obat; puskesmas; *e-Purchasing*; rujukan

PUBLISHED BY :

Public Health Faculty
Universitas Muslim Indonesia

Address :

Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 (Kampus II UMI)
Makassar, Sulawesi Selatan.

Email :

jurnal.woh@gmail.com, jurnalwoh.fkm@umi.ac.id

Phone :

+62 85255997212

Article history :

Received 22 April 2020

Received in revised form 08 Agustus 2020

Accepted 25 Agustus 2020

Available online 25 Oktober 2020

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



ABSTRACT

Medicine is an important input in health services. If the medicine is not available, it can negatively affect the patient's therapeutic results. The purpose of this observational study is to find out the process of drug procurement at the primary health care, in Jakarta, which are all of have Public Service Agency status, in order to map out the problem and its solution. Primary data were obtained through in-depth interviews and focus group discussion with Pharmacists and Commitment Officers from 20 primary health care representing 5 municipalities, plus 1 of thousand islands primary health care, using 20 types of indicator drugs, 4 of them are antihypertensive drugs. The results of the study that conducted in January to March 2019 showed that of 21 primary health care conducting e-Purchasing, 11 primary health care succeeded, 3 primary health care failed but followed up through direct procurement, and 10 other primary health care failed without following up, resulting in an antihypertensive drug shortages. The primary health care that succeed e-Purchasing, were found to have pharmacists in charge of drug procurement. In primary health care, where there is a drug shortages, existing pharmacists are not given a role in the procurement of drugs, this right has an impact on the average proportion of hypertension referral patients reaching 12%, or 4 times that of puskesmas fulfilling drug needs, which is 3%. It can be concluded that the implementation of JKN medicine procurement in primary health cares in Jakarta is still experiencing obstacles, which requires the support of BLUD procurement regulations and the role of pharmacists in drug procurement.

Keywords: Medicine; primary health care; e-Purchasing; referral

PENDAHULUAN

Pada awal tahun 2014, pemerintah melakukan transformasi besar dalam bidang pembiayaan kesehatan dengan menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini bertujuan untuk menjamin setiap penduduk Indonesia agar mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan dan terhindar dari risiko keuangan untuk biaya pengobatan.¹

Setiap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat membutuhkan obat, termasuk pelayanan kesehatan di puskesmas. Dengan demikian, obat memiliki fungsi sosial untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Indonesia.² Obat sebagai komoditas tidak dapat digantikan dengan komoditas lain.³ Setiap obat memiliki karakteristik dan mekanisme kerja yang berbeda. Oleh karena itu seluruh obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan harus tersedia dalam jenis, dosis dan jumlah yang sesuai. Khususnya bagi puskesmas, sebagai *gatekeeper*, fasilitas pelayanan kesehatan primer (FKTP) ini, harus mampu melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas minimal untuk 144 jenis penyakit, termasuk penyakit kronis non infeksi seperti hipertensi.⁴

Faktor penting dalam menjamin ketersediaan obat di puskesmas adalah ketepatan perencanaan kebutuhan obat. Perencanaan kebutuhan obat seharusnya mencerminkan kebutuhan riil yang memperhitungkan berbagai faktor, mulai dari kebutuhan obat selama 1 (satu) tahun, volume penggunaan obat periode sebelumnya, pola penyakit, dan rencana pengembangan pelayanan puskesmas, yang semua itu disesuaikan dengan jumlah anggaran yang tersedia.⁵ Ketersediaan obat juga ditentukan oleh proses pengadaan obat, yang dipengaruhi keandalan distributor dalam memenuhi pesanan obat puskesmas.⁶

Hasil penelitian di Surabaya pada tahun 2014 menunjukkan bahwa di puskesmas terjadi kekosongan obat rata-rata 8,56%, dan hal tersebut disebabkan oleh permasalahan proses pengadaan obat.⁷ Kondisi yang sama terjadi di Bolaang Mongondow; keterbatasan sarana dan prasarana, termasuk sumber daya gudang farmasi kabupaten/kotamenyebabkan terjadinya kekosongan obat di puskesmas.⁸

Perlu dicatat, sebagian besar puskesmas di Surabaya dan Bolaang Mongondow belum berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), sehingga pengadaan obat harus dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota masing-masing. Di Provinsi DKI Jakarta, seluruh puskesmas sebanyak 44 Puskesmas telah berstatus BLUD. Status BLUD yang dimiliki, memberikan puskesmas fleksibilitas dalam pengadaan barang/jasa pemerintah dengan mengikuti prinsip efektivitas dan/atau efisiensi.⁹

Sejak 2013, Puskesmas di DKI Jakarta menggunakan sistem pengadaan *e-Purchasing* dan sistem pengadaan langsung.¹⁰ Pengadaan obat di Puskesmas dimulai dari pejabat pembuat komitmen (PPK) membuat paket pengadaan obat dalam aplikasi *e-Purchasing* berdasarkan daftar kebutuhan obat yang diajukan apoteker. Pengadaan obat dibuat dalam kelompok paket sesuai nama industri farmasi, kemudian PPK mengirimkan paket pengadaan obat kepada industri farmasi.¹¹ Apabila menyetujui, industri farmasi menyampaikan paket pengadaan kepada distributor untuk ditindaklanjuti, dan apabila menolak, industri farmasi harus menyampaikan alasan penolakan, agar PPK dapat menindaklanjuti dengan metode pengadaan lainnya sesuai Peraturan Presiden No 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.¹² Setelah distributor menyiapkan obat sesuai paket pengadaan, obat akan dikirim ke puskesmas dan diterima oleh tim pendukung PPK. Kemudian setelah diperiksa dan dinyatakan sesuai, obat akan diserahkan ke bagian farmasi puskesmas untuk disimpan dalam gudang farmasi dan didistribusikan untuk kebutuhan unit pelayanan kesehatan di puskesmas. Hasil penelitian menyebutkan dengan menerapkan *e-Purchasing* akan meningkatkan efisiensi dalam pengadaan obat.¹³

Tabel 1. Kekosongan Obat Di Puskesmas di DKI Jakarta

No	Tahun	Kekosongan Obat			
		Item	Total Obat	Periode (Bulan)	Nama Obat Yang Kosong RKO
1	2013	5	245	3	Hidroklorotiazid , aminofilin, asam mefenamat, fitomenadion, betahistin
2	2014	6	232	3	Pirazinamid, ISDN, antimigren, efedrin, hidroksi klorokuin
3	2015	6	234	3	Asam mefenamat, furosemid , antimigren, efedrin, hidroksi klorokuin
4	2016	6	232	4	Furosemid , antimigren, efedrin, tablet tambah darah, triheksipenidil, hidroksi klorokuin
5	2017	7	229	5	Furosemid , antimigren, efedrin nifedipine , triheksipenidil, hidroksi klorokuin, vitamin K1

Pada Tabel 1 dapat dilihat tren yang mengkhawatirkan. *Item* obat yang mengalami kekosongan dari tahun ke tahun semakin banyak, baik dalam jumlah maupun proporsi. Selain itu, periode kekosongan obat juga semakin panjang. Beberapa obat yang mengalami kekosongan pada 2017 merupakan kategori vital, yaitu nifedipin 10 mg tablet (untuk indikasi pasien hipertensi), fitomenadion (vitamin K 1) inj 2 mg/ml (untuk indikasi profilaksis pada bayi baru lahir), dan triheksipenidil 2 mg tablet (untuk indikasi efek samping ekstrapiramidal akibat penggunaan obat-obatan sistem saraf pusat).

Obat kategori vital merupakan obat yang sangat dibutuhkan pasien dengan segera untuk menyelamatkan hidup (*life saving*), sehingga mutlak harus tersedia sepanjang waktu. Kekosongan obat jenis ini tidak dapat ditoleransi dan dapat berakibat fatal bagi pasien.

Obat untuk kelompok penyakit kronis, obat yang banyak digunakan bagi pasien hipertensi, seperti furosemide juga mengalami kekosongan pada 2016 dan 2017. Kekosongan obat tersebut membuat pasien hipertensi tidak mendapatkan pengobatan sesuai indikasi medis. Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko memperparah kondisi penyakit pasien, menurunnya usia harapan hidup, dan berdampak meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.¹⁴Kenyataan ini membuat peneliti ingin mengetahui mengapa terjadi kekosongan obat di puskesmas di Provinsi DKI Jakarta secara persisten bahkan semakin parah sejak 2013 sampai 2017, serta bagaimana dampaknya terhadap pasien hipertensi yang merupakan penyakit kronis dengan jumlah penderita yang besar di puskesmas.

METODE



Keterangan:

- (1) Puskesmas di lingkungan masyarakat sosial ekonomi menengah ke atas (wilayah dengan nilai jual obyek pajak paling mahal)
- (2) Puskesmas dengan jumlah anggaran obat paling besar
- (3) Puskesmas dengan kelengkapan infrastruktur (gudang farmasi yang luas)
- (4) Puskesmas di lokasi daerah perifer

Gambar 1. Penentuan sampel penelitian

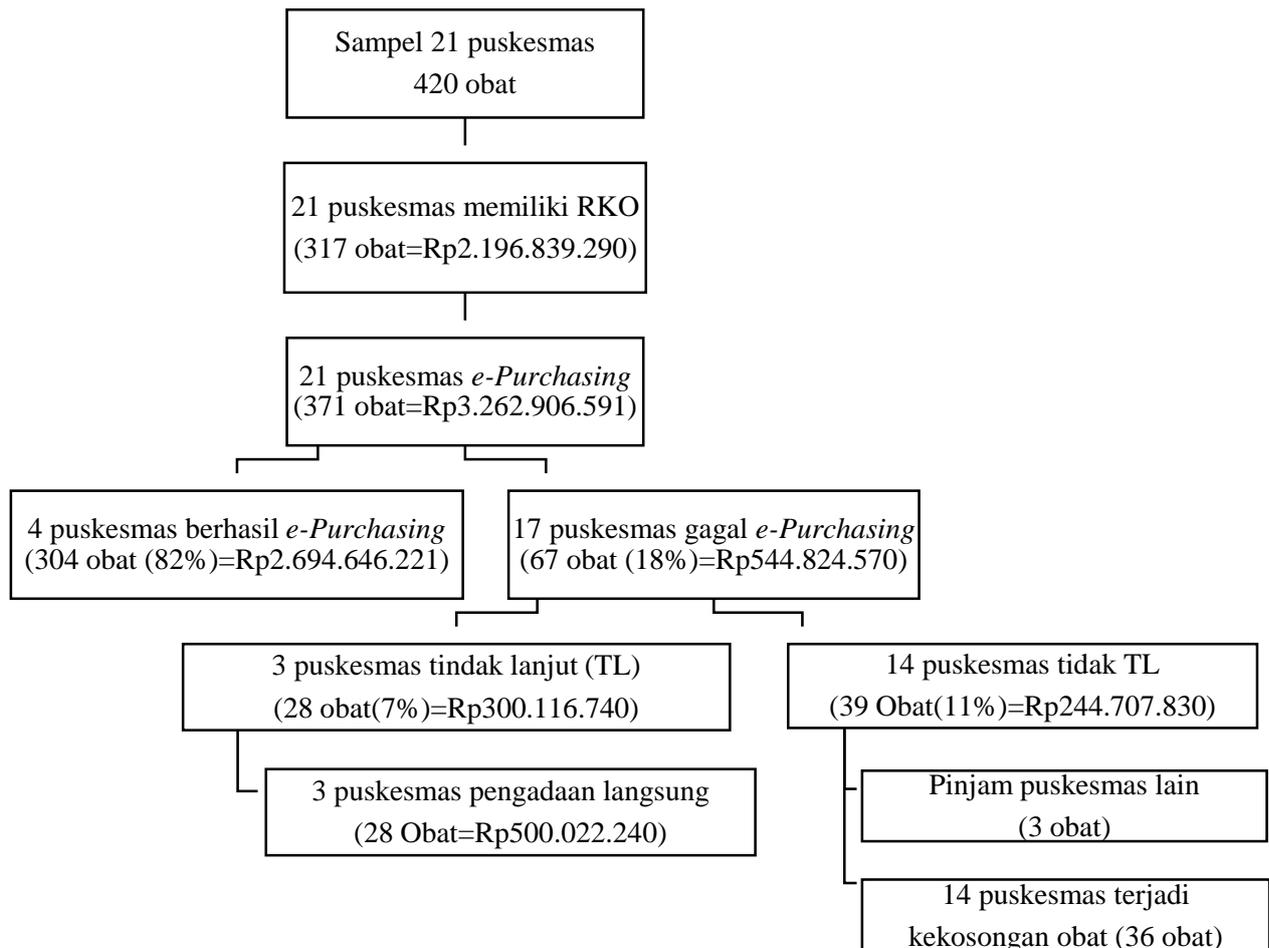
Penelitian deskriptif kuantitatif yang diikuti dengan penelitian kualitatif ini dilaksanakan selama 3 bulan, dari Januari 2019 sampai Maret 2019, menggunakan data Januari sampai Desember 2018. Data diambil dari 21 puskesmas di Provinsi DKI Jakarta. Sampel diambil secara purposif dari 5 wilayah kota administrasi dan 1 wilayah kabupaten di Provinsi DKI Jakarta. Setiap wilayah kota administrasi diambil masing-masing 4 puskesmas yang mewakili seluruh segmen, ditambah 1 puskesmas dari kabupaten yang berada di Kepulauan Seribu, sehingga berjumlah 21 puskesmas. Kriteria kelompok pertama adalah puskesmas dengan terletak di lingkungan penduduk dengan status sosial ekonomi menengah ke atas (wilayah dengan nilai jual obyek pajak paling mahal); kedua adalah puskesmas dengan terletak di daerah perifer; ketiga adalah puskesmas dengan jumlah anggaran obat paling besar; dan keempat adalah puskesmas dengan kelengkapan infrastruktur (memiliki luas gudang obat yang luas) paling baik.

Dari 21 puskesmas dilihat ketersediaan obat indikator. Obat indikator terdiri dari 20 jenis obat golongan vital dan esensial. Obat tersebut masuk dalam kategori 20 jenis obat yang dilaporkan dan dipantau ketersediaannya. Pelaporan dilakukan setiap bulan dan dikirim secara berjenjang sampai ke Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Untuk melihat hubungan antara ketersediaan obat dengan keberhasilan pengobatan, digunakan data rujukan kasus hipertensi esensial. Hipertensi esensial dalam penelitian ini disebutkan sebagai hipertensi, yang merupakan jenis penyakit yang masuk dalam 144 jenis penyakit yang harus tuntas dilayani di fasilitas kesehatan primer di era JKN. Hipertensi merupakan faktor risiko penyakit katastropik, yaitu penyakit jantung, gagal ginjal, diabetes, dan stroke. Selama ini, penyakit stroke, penyakit jantung, dan hipertensi masih menempati urutan teratas sebagai penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Selain hal tersebut, setiap pasien hipertensi pasti diperiksa dan dimonitor tekanan darahnya pada setiap kunjungan ke puskesmas, biaya pemeriksaan tekanan darah juga gratis, berbeda dengan penyakit lain, misalnya diabetes mellitus (DM) yang harus diperiksa laboratorium untuk memonitor keberhasilan pengobatan, dengan biaya pemeriksaan yang cukup mahal. Di sisi lain, risiko pasien yang tidak mendapatkan pengobatan antihipertensi yang berulang dan atau dalam jangka waktu lama akan berpotensi menimbulkan komplikasi dari penyakitnya, sehingga membutuhkan biaya pengobatan jauh lebih mahal. Sampel penelitian atau responden adalah petugas yang terkait langsung dan bertanggungjawab terhadap pengadaan di setiap puskesmas, yaitu apoteker penanggungjawab farmasi dan pejabat pembuat komitmen.

HASIL

Dari penelitian ini diperoleh data bahwa seluruh puskesmas di DKI Jakarta (100%) atau sebanyak 21 puskesmas responden telah melaksanakan penyusunan RKO (Rencana Kebutuhan Obat) dan mengunggah dalam e-Monev catalog obat. Proses tersebut telah dilaksanakan Maret 2017.



Gambar 2. Pelaksanaan *e-Purchasing* obat puskesmas

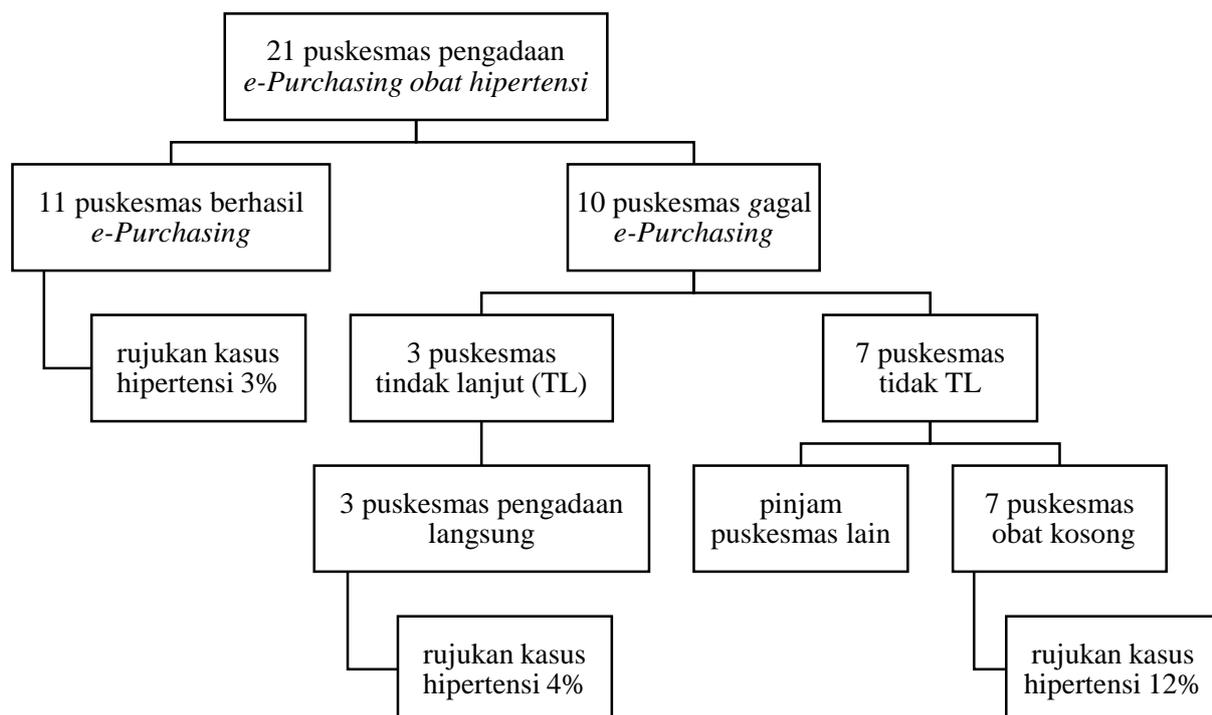
Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa, dengan menggunakan 20 jenis obat indikator dari setiap puskesmas, secara total jumlah obat indikator menjadi 420 obat. Dari 420 obat indikator, sebanyak 317 obat masuk dalam RKO puskesmas melalui sistem e-Monev katalog obat atau hanya 75% dari total obat. Hasil wawancara menjelaskan bahwa tidak seluruh jenis obat diajukan RKO. Hal ini dikarenakan puskesmas merasa masih memiliki stok yang cukup selama 1 tahun. Berdasarkan harga obat *e-Catalogue* 2018, nilai RKO 2018 sebesar Rp2.196.839.290.

Kegiatan penyusunan RKO (Rencana Kebutuhan Obat) puskesmas di DKI Jakarta sebagai tahap awal dalam proses pengadaan obat telah dilakukan oleh tim perencanaan terpadu di setiap puskesmas. Hal ini sudah berjalan sesuai dengan ketentuan, hasil dari penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan dana melalui koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi antarbagian yang menggunakan obat.¹⁵

Sebagai tindak lanjut dari RKO, puskesmas melakukan proses pengadaan. Seluruh puskesmas telah melaksanakan kewajibannya untuk melaksanakan pengadaan melalui *e-Purchasing*. Bila dibandingkan dengan RKO, jumlah obat yang diadakan melalui *e-Purchasing* mengalami penambahan, dari 317 jenis obat dalam RKO menjadi 371 jenis obat, persentase penambahan sebesar 117%.

Penambahan ini mengindikasikan kurang akuratnya penyusunan RKO, hasil wawancara menunjukkan petugas puskesmas menganggap penyusunan RKO sebagai rutinitas yang tidak secara otomatis harus direalisasikan ke dalam pengadaan obat, hal tersebut menyebabkan adanya obat yang tiba-tiba diadakan tanpa melalui proses penyusunan RKO. Penambahan ini menyebabkan meningkatnya nilai pengadaan obat, sesuai RKO nilai pengadaan obat sebesar Rp2.196.839.290 naik menjadi Rp3.262.906.591, atau terjadi kenaikan sebesar 149%.

Hasil proses pengadaan dari 21 puskesmas, sebanyak empat puskesmas berhasil melakukan *e-Purchasing* untuk keseluruhan 20 jenis obat indikator sehingga sebanyak 304 obat atau 82% terealisasi dengan nilai pengadaan sebesar Rp2.694.646.221. Selebihnya sebanyak 17 puskesmas mengalami ketidakberhasilan dalam melakukan *e-Purchasing* dengan jumlah 67 obat atau 18% tidak terealisasi dengan nilai rupiah sebesar Rp544.824.570. Puskesmas yang tidak berhasil sebanyak tiga puskesmas, melakukan tindak lanjut melakukan pengadaan langsung kepada penyedia obat *non e-Catalogue* untuk 28 jenis obat. Dampak dari pengadaan langsung yang dilakukan, menyebabkan melonjaknya anggaran yang dibutuhkan untuk pengadaan obat dari Rp300.116.740 menjadi sebesar Rp500.022.240 atau 140% dari harga *e-Catalogue*. Hal tersebut dilakukan puskesmas demi mencegah potensi terjadinya kekosongan obat.

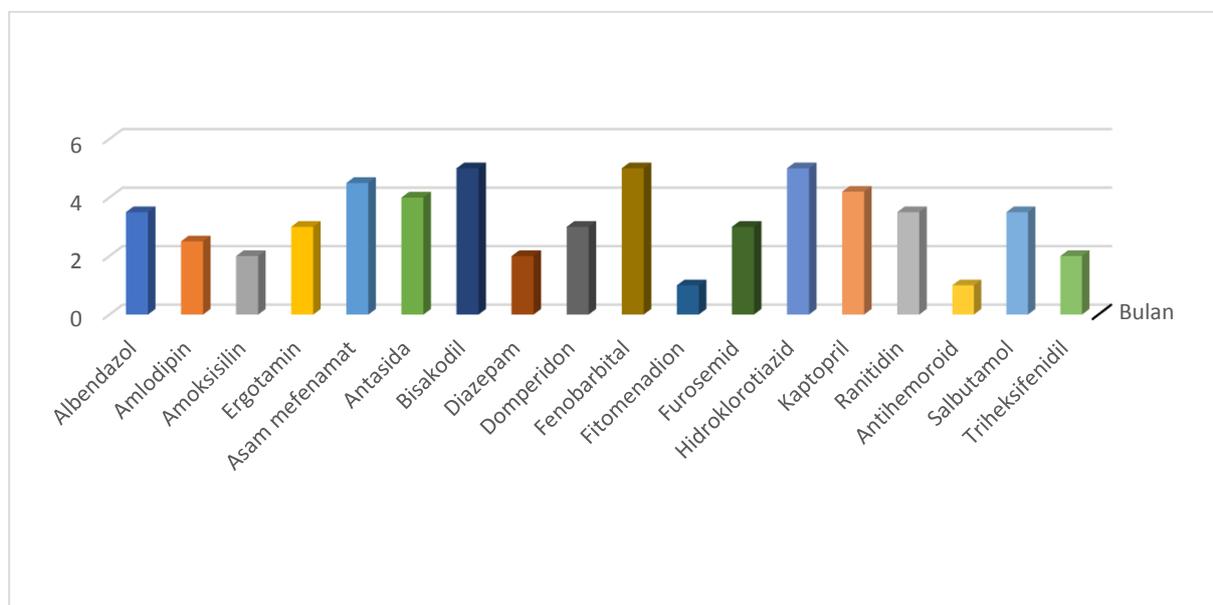


Gambar 3. Dampak kekosongan obat hipertensi terhadap persentase rujukan

Gambar 3 menjelaskan tentang dampak kekosongan obat hipertensi akibat permasalahan *e-Purchasing* yang tidak ditindaklanjuti. Dari keseluruhan 21 puskesmas, empat puskesmas yang berhasil melakukan *e-Purchasing*, persentase rujukan kasus hipertensi rata-rata sebesar 3% dari angka kunjungan. Persentase yang rendah tersebut dikarenakan kebutuhan pengobatan pasien telah terpenuhi

dengan adanya ketersediaan obat, pasien mendapatkan obat setiap berobat di puskesmas, sehingga tekanan darah pasien terkontrol dan pasien tidak memerlukan rujukan ke rumah sakit sehingga kualitas pelayanan di puskesmas akan semakin meningkat.

Puskesmas yang mengalami kegagalan *e-Purchasing* sebanyak 17 puskesmas, dan ditindaklanjuti dengan melakukan pengadaan langsung sebanyak tiga puskesmas. Upaya tindak lanjut yang dilakukan puskesmas berdampak positif terhadap kecilnya persentase rujukan sebesar 4% dari angka rujukan. Serupa dengan puskesmas yang berhasil melakukan *e-Purchasing*, dengan ketersediaan obat hipertensi di puskesmas berdampak positif terhadap keberhasilan pengobatan pasien, kondisi kesehatan pasien yang terkontrol dan tidak adanya keluhan pengobatan. Hal tersebut menyebabkan rendahnya persentase rujukan, dan meningkatkan kepuasan pasien yang berobat di puskesmas.



Gambar 4. Periode kekosongan obat (bulan) di puskesmas

Pada gambar 4 menunjukkan terjadinya kekosongan obat di puskesmas. Obat yang mengalami kekosongan terdiri dari berbagai golongan. Golongan analgesik non narkotik yaitu asam mefenamat 500 mg kapsul, bila terjadi kekosongan masih dimungkinkan untuk mengganti dengan obat lain yang memiliki efek farmakologis sejenis. Golongan antelmintik intestinal, yaitu albendazol 400 mg tablet (obat program nasional pencegahan *stunting*), kekosongan ini sulit digantikan dengan golongan obat sejenis. Kategori obat vital seperti salbutamol 2 mg tablet, diazepam larutan rektal 5 mg/2,5 ml, fenobarbital 30 mg tablet, triheksifenidil 2 mg tablet dan fitomenadion (vitamin K 1) inj 2 mg/ml seharusnya tidak boleh mengalami kekosongan, karena akan berdampak serius kepada pasien sampai berisiko kematian.

Kategori obat esensial seperti antibiotik yaitu amoksisilin sirup kering 125 mg/5 ml; obat saluran cerna yaitu domperidon 10 mg tablet, antasida doen tablet, ranitidin 150 mg tablet; antihemorroid *sup*; golongan katartik, yaitu bisakodil 5 mg tablet; golongan antimigren ,yaitu kombinasi: ergotamin 1 mg+

kafein 50 mg. Obat kategori obat esensial seharusnya ketersediaan stok tetap terjaga untuk memastikan pasien memperoleh pengobatan sesuai indikasi medisnya. Kekosongan obat untuk penyakit kronis seperti golongan antihipertensi yaitu hidroklorotiazid 25 mg tablet, furosemid 40 mg tablet, amlodipin 10 mg tablet dan kaptopril 12,5 mg tablet; selain menyebabkan pasien tidak mendapatkan pengobatan sesuai indikasi medis, juga berpotensi meningkatkan risiko memperparah kondisi penyakit pasien, menurunkan usia harapan hidup, dan berdampak meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.

Hasil wawancara diketahui bahwa puskesmas yang tidak memberikan peran kepada apoteker dalam pengadaan, menyebabkan terjadinya hambatan dalam proses pengadaan obat, seharusnya seluruh kegiatan pengelolaan obat wajib berada di bawah tanggung jawab apoteker.¹⁶

Tabel 2. Persentase Rujukan Hipertensi Di Puskesmas Tahun 2018

Kelompok	Puskesmas	Nama Obat Kosong (Periode)	Obat Pengadaan Langsung	Hipertensi		
				Kasus	Rujukan	
1(Rata-rata rujukan 3)	Pasar Minggu			8.912	485	5
	Makasar			26.071	298	1
	Pademangan			25.291	104	0
	Tebet			47.856	1.606	3
	Kalideres			36.197	188	1
	Menteng			13.069	334	3
	Kelapa Gading			4.153	231	6
	Pulogadung			28.805	224	1
	Taman Sari			6.798	165	2
	Koja			38.852	1.381	4
2(Rata-rata rujukan 4)	Cempaka Putih		Kaptopril	13.888	533	4
	Kramat jati		Kaptopril	19.471	1.717	9
	Kembangan		Hidroklorotiazid	31.802	171	1
3(Rata-rata rujukan 12)	Senen	Kaptopril (5 bulan)		24.219	2.678	11
	Sawah Besar	Hidroklorotiazid (5 bulan)		15.254	1.665	11
	Tanjung Priuk	Amlodipin (4 bulan). Furosemid (1 bulan). Kaptopril (5 bulan)		31.787	4.706	15
	Grogol Petamburan	Amlodipin (1 bulan). Kaptopril (3 bulan)		6.342	887	14
	Kebayoran Baru	Furosemid (5 bulan)		6.984	848	12
	Cilandak	Kaptopril (2 bulan)		6.562	678	10
	Cipayung	Kaptopril 6 bulan)		7.905	951	12

Tabel 2 menggambarkan bahwa puskesmas kelompok 3, yang mengalami kegagalan *e-Purchasing*, dan tidak melakukan tindak lanjut dengan pengadaan langsung, hal tersebut menyebabkan

ketidaktersediaan obat antihipertensi. Kondisi tersebut menyebabkan angka rujukan yang signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat anti hipertensi sekitar 4 kali lipat, yang berasal dari realisasi *e-Purchasing* sesuai rencana (puskesmas kelompok 1), ataupun yang melakukan tindak lanjut membeli obat melalui pengadaan langsung (puskesmas kelompok 2).

Puskesmas yang melakukan tindak lanjut membeli obat melalui pengadaan langsung walaupun berdampak meningkatnya pengeluaran belanja obat, namun berefek positif terhadap terjaganya ketersediaan obat hipertensi di puskesmas. Dengan tersedianya obat maka upaya pelayanan kesehatan kepada pasien akan semakin baik, hal ini yang ditunjukkan dengan angka rujukan pasien hipertensi yang rendah. Kondisi ini akan meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas, dan meningkatkan kepuasan pasien yang berobat di puskesmas.

PEMBAHASAN

Pada tahun 2018, dari 21 puskesmas yang dilakukan penelitian, sebanyak 4 puskesmas berhasil mencapai realisasi *e-Purchasing* sesuai rencana (19%), 45% jenis obat indikator dan 82% item obat atau 304 obat. Realisasi *e-Purchasing* tidak sesuai rencana terjadi pada 81% puskesmas, 55% jenis obat indikator dan 18% item obat.

Pada tahun 2018, dari 21 puskesmas yang dilakukan penelitian, sebanyak 4 puskesmas berhasil melakukan *e-Purchasing* (19%), 3 puskesmas gagal melakukan *e-Purchasing* (14%) dengan tindak lanjut pengadaan langsung, 11 puskesmas gagal melakukan *e-Purchasing* (67%) tanpa tindak lanjut.

Kondisi ini membutuhkan solusi segera yang perlu ditempuh, dengan pembuatan kebijakan regulasi dari pemerintah daerah yang mengatur tersendiri pengadaan obat di puskesmas untuk mendukung kelancaran pelayanan kepada pasien tanpa melanggar peraturan pengadaan barang/jasa pemerintah.¹⁶

Dari sisi regulasi, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta memiliki kewajiban untuk memastikan ketersediaan obat di puskesmas sesuai kebutuhan. Hal tersebut menjadi penilaian kinerja yang dievaluasi secara berkala ke setiap puskesmas dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* harus berjalan optimal. Perlunya pemberlakuan sanksi untuk puskesmas yang tidak berkomitmen menjamin ketersediaan obatnya, sehingga puskesmas akan memiliki komitmen tinggi untuk menjaga ketersediaan obatnya demi peningkatan pelayanan kepada pasien.

Dari sisi pelaksana, puskesmas perlu memperbaiki pelaksanaan proses mulai perencanaan, pengadaan, dan penerimaan obat. Dalam proses perencanaan, puskesmas harus menerapkan kombinasi antara metode konsumsi dengan metode morbiditas, dan menggunakan hasil monitoring dan evaluasi pengadaan obat selama lebih dari 2 tahun sebelumnya, serta mempertimbangkan terjadinya durasi kekosongan per jenis obat untuk menghasilkan RKO yang lebih akurat dengan kebutuhan.¹⁷

Pada proses pengadaan perlu adanya kontrak setelah pemesanan obat secara *e-Purchasing* disetujui pihak penyedia, dengan mencantumkan kondisi tertentu untuk penerimaan obat, yaitu masa kadaluarsa minimal 2 tahun, masa pengiriman obat maksimal 2 minggu, dan penyelesaian penagihan

obat maksimal 1 minggu sejak barang diterima. Hasil penelitian menyebutkan bahwa keberhasilan puskesmas dalam melaksanakan *e-Purchasing* ditentukan oleh komunikasi intensif kepada penyedia sebelum pelaksanaan pengadaan terkait penyampaian informasi ketersediaan stok obat, pengiriman obat dilakukan secara bertahap (termin) dan ketersediaan ruang penyimpanan di gudang farmasi puskesmas kepada penyedia. Pembuatan paket pengadaan obat sesuai ketersediaan obat juga akan memudahkan proses pengiriman obat dan pembayaran yang dilakukan puskesmas.¹⁸

Untuk meningkatkan efektifitas proses pengadaan obat, puskesmas harus menerapkan batas waktu yang disepakati dengan penyedia *e-Catalogue*, kesepakatan dituangkan dalam kontrak, surat perjanjian, atau surat perintah kerja, hal tersebut menjadi dasar hukum bagi puskesmas melakukan pengadaan dengan cara lain bila terjadi permasalahan disebabkan faktor penyedia.¹⁹

Diperlukan penerapan sistem informasi online dan *real time* dan menyeluruh di puskesmas. Sistem tersebut harus mengakomodir seluruh proses dimulai dari penerimaan obat dari penyedia, masuk dalam stok persediaan gudang farmasi, pendistribusian ke seluruh unit pelayanan kesehatan. Penerapan sistem tersebut akan meminimalkan proses administrasi dan perhitungan manual stok obat, alarm pengingat masa kadaluarsa obat, penyesuaian stok obat akan terdokumentasi, dan analisis perencanaan pengadaan dan distribusi obat. Upaya lain yang diperlukan adalah melengkapi sarana dan prasarana gudang farmasi, penandaan khusus untuk produk *slow moving*, perhitungan baku dalam menghitung nilai stok yang ideal yang disimpan di gudang, adanya regulasi peminjaman dan permintaan obat antar puskesmas. Penentuan *buffer stok* obat sebagai dasar pemesanan obat dan penentuan batas waktu tunggu obat, diperbaharui secara rutin menyesuaikan kondisi gudang farmasi. Tidak adanya apoteker sebagai pelaksana proses pengadaan obat menjadi penyebab utama permasalahan pengadaan obat.

Apoteker sebagai profesi yang paling kompeten dalam pengelolaan obat, harus dilibatkan dalam proses pengadaan obat mulai perencanaan, pemesanan, proses dan penerimaan obat termasuk di dalamnya monitoring secara elektronik melalui *e-Monevkatalogobat*. Hambatan yang terjadi pada pelaksanaan *e-Purchasing*, menyebabkan realisasi penyerapan anggaran obat yang berbeda secara signifikan dengan nilai perencanaan anggaran. Proses monitoring evaluasi dalam penerimaan obat, peran apoteker dalam penerimaan obat, monitoring kualitas fisik obat saat penerimaan, pembuatan jadwal penerimaan obat dari penyedia, ada kejelasan *lead time* obat datang, membuat daftar penyedia terpilih, serta memastikan penyedia yang bertanggungjawab. Pengawasan obat mulai dari perencanaan obat sesuai kebutuhan, koordinasi dengan pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan penggunaan obat, serta kegiatan pemusnahan obat yang terencana dengan baik merupakan tanggungjawab apoteker yang harus dilaksanakan secara optimal.²⁰

KESIMPULAN DAN SARAN

Sebanyak 81% puskesmas di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2018 mengalami kegagalan realisasi pengadaan obat secara *e-Purchasing*. Hambatan terbesar disebabkan ketidakmampuan suplai oleh industri farmasi dan faktor penyedia tunggal obat *e-Catalogue*, yang berdampak pada ketersediaan

obat dengan status kurang mencapai 9%, meningkatnya pengeluaran biaya obat sebesar 40% dan peningkatan persentase rujukan sampai 4 kali lipat.

Puskesmas di DKI Jakarta membutuhkan adanya peraturan daerah yang mengatur tersendiri tentang pengadaan obat di puskesmas. Keharusan apoteker untuk melaksanakan seluruh proses pengelolaan obat termasuk dalam pengadaan obat, proses monitoring evaluasi dalam penerimaan obat, pengawasan obat mulai dari perencanaan obat sesuai kebutuhan, koordinasi dengan pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan penggunaan obat, sampai kegiatan pemusnahan obat yang harus dilaksanakan secara optimal. Dengan melakukan solusi di setiap tahapan dalam pengadaan obat dan pengelolaan obat, maka akan meminimalkan terjadinya permasalahan dalam ketersediaan obat di puskesmas di Provinsi DKI Jakarta.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dan puskesmas di jajarannya yang telah membantu pengumpulan data penelitian, serta kepada pembimbing yang telah mendedikasikan ilmu dan waktunya kepada penulis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1121 Tahun 2008 tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Dasar.
4. Permatasari P, Pulungan R, Setiawati M. Sistem Perencanaan Logistik Obat Di Puskesmas. *Window of Health : Jurnal Kesehatan* [Internet]. 25Jul.2020 [cited 24Oct.2020];:193-01. Available from: <http://jurnal.fkmumi.ac.id/index.php/woh/article/view/262>.
5. Reski, V., Sakka, A., Ismail, S.C. Analisis Perencanaan Obat Berdasarkan Metode ABC Indeks Kritis di Puskesmas Kandai Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 2016;1(4):20-28.
6. Safriantini, D ., Ainy, A., Mutahar, R. Analisis Perencanaan dan Pengadaan Obat di Puskesmas Pembina Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 2017;2(1):89-95.
7. Athijah, Zairina E, Sukorini., 2015, Perencanaan dan Pengadaan Obat di Puskesmas Surabaya Timur dan Selatan. *Jurnal Farmasi Indonesia*,5 (1): 15–23.
8. Malasai DD, Maramis FR, Kawatu PA. 2016., Analisis Pelaksanaan Perencanaan dan Pengadaan Obat di Puskesmas Modayang. *Ejournalhealth*.1(7): 1–11.
9. Kasengkang, R. A., Nangoy, S., & Sumarauw, J. Analisis Logistik (Studi Kasus Pada PT. Remenia Satori Tepas-Kota Manado). *Jurnal Berkala Ilmiah Efisiensi*, 2016;16(1):750-759..
10. Rosmania, F.A. & Supriyanto, S. Analisis Pengelolaan Obat Sebagai Dasar Pengendalian Safety Stock pada Stagnant dan Stockout Obat. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2015;3(1):1-10.
11. Mangindara. Analisis Pengelolaan Obat Di Puskesmas Kampala Kecamatan Sinjai Timur Kabupaten Sinjaitahun 2011. *Jurnal AKK*, 2012;1(1):20-28.
12. Malinggas, Novianne E. R, dkk. Analisis Manajemen Logistik Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah DR Sam Ratulangi Tondano. *Jurnal JIKMU*. 2015;5(2):448-460.

13. Ningsih A, Fudholi A, Sumarni. 2015., Hubungan Penerapan Elektronik Katalog terhadap Efisiensi Pengadaan dan Ketersediaan Obat. *Journal Management Pharmacy Practice*.5 (4): 241–248.
14. Djatmiko, M dan Eny Rahayu. Evaluasi Sistem Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi RSUP Dr. Kariadi Semarang Tahun 2017. *Jurnal Ilmu Farmasi dan Farmasi Klinik*. 2018;5(1):27-31.
15. Rumbay IN. Analisis Perencanaan Obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa. *Jikmu*. 2015;5(5):12-20.
16. Triana M, Suryawati C, Sriyatmi A. Evaluasi Perencanaan Obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) di Gudang Farmasi Kabupaten Gunung Mas Provinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. 2016;2(1):44-451.
17. Sulistyorini, Agus. 2016., Perencanaan Obat dengan Menggunakan Metode Konsumsi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. *Journal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 7(3):112-120.
18. Kusmini, Satibi, Suryawati. 2016., Evaluasi Pelaksanaan e-Purchasing Obat pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah Tahun 2015. *Journal Management Pharmacy Practice*. 6(4): 277-287.
19. Rosmania FA, Supriyanto S. Analisis Pengelolaan Obat Sebagai Dasar Pengendalian Safety Stock pada Stagnant dan Stockout Obat. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2015 Jan 1;3(1):1-10.
20. Sulistyorini A. Perencanaan Obat dengan Menggunakan Metode Konsumsi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice"*). 2016 Jul 31;7(3):112-120.