

EVALUASI KETERSEDIAAN OBAT SEBELUM DAN SESUDAH IMPLEMENTASI JKN PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN KEEROM PROVINSI PAPUA

EVALUATION MEDICINE AVAILABILITY BEFORE AND AFTER NHI IMPLEMENTATION AT HEALTH CENTERS IN KEEROM DISTRICT PAPUA PROVINCE

Ivonie Carolien*, Achmad Fudholi, Dwi Endarti

¹⁾Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRAK

Ketersediaan obat di puskesmas sangat terkait dengan sistem pengelolaan obat yang harus didukung oleh sumber daya yang cukup dan berkesinambungan. Apalagi dengan pelaksanaan program JKN yang berpotensi meningkatkan kebutuhan obat di fasilitas kesehatan. Mengetahui gambaran ketersediaan obat pada puskesmas di Kabupaten Keerom sebelum dan sesudah JKN, mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat pada puskesmas, merumuskan solusi untuk meningkatkan ketersediaan obat pada puskesmas di Kabupaten Keerom. Metode penelitian adalah deskriptif. Data diperoleh melalui observasi dokumen obat puskesmas tahun 2012-2015, terhadap 35 jenis obat indikator, serta wawancara dengan pengelola obat dan kepala puskesmas, pengelola obat IFK dan kepala dinas kesehatan Kabupaten Keerom. Analisis data dilengkapi dengan gambar dan tabel. Serta uraian secara naratif. Ketersediaan obat pada puskesmas di Kabupaten Keerom sebelum dan sesudah JKN, adalah sama yaitu dalam kategori aman, tetapi belum mencukupi kebutuhan puskesmas. Ketersediaan obat dengan DOEN/Fornas dan pola penyakit belum sesuai standar, masih ditemukan obat rusak dan kadaluarsa di puskesmas, serta adanya peningkatan waktu kekosongan obat sesudah JKN, faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat selama periode tersebut, antara lain, permintaan belum optimal, distribusi yang tidak cukup dan merata dari IFK, kurangnya SDM kefarmasian dan dukungan biaya distribusi obat, solusi yang diusulkan adalah peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bagi pengelola obat puskesmas, perencanaan kebutuhan SDM kefarmasian, pengadaan SIM persediaan obat, perencanaan obat terpadu dan penyediaan biaya distribusi yang cukup.

Kata kunci: ketersediaan obat, puskesmas, Keerom

ABSTRACT

The availability of medicine in health center is associated with medicine management system and should be supported by adequate and sustainable resource. The Implementation of National Health Insurance (NHI) program will increase the need for medicine, to describe the medicine availability at primary health center before and after NHI, to identify the factors affect the availability, to compile solutions to increase the medicine availability at health centers in Keerom District. This research method was a descriptive. The data has been gathered based on observations to primary health center's document of 2012 to 2015, for 35 indicator medicine, and interview with the medicine manager and the chief of health center, the manager of pharmacy district and the chief of health office at Keerom District. The data analysis was presented by charts, tables, and in narrative description. The results were the availability of medicine at the health centers in Keerom District, before and after NHI program was same, by category of supply was safe, but insufficient as health center's need. The medicine availability was not appropriate with essential medicine list and illness, the expired and defected medicine still be found, and stock out time increased after NHI. In that period, the factors affect were, the demand process has not been optimal, insufficient and uneven distribution, lack of personel and inadequate supporting for drug distribution charges the solution proposed were, to improve knowledge and skill for medicine manager of health center, to plan pharmacist requirements, to set up medicine management information system, to do the integrated medicine planning and to provide the enough cost of distribution.

Keywords: medicine, primary health centers, Keerom

Korespondensi :

Ivonie Carolien

Magister Manajemen Farmasi, Universitas
Gadjah Mada

Email : ivoniemual@gmail.com

PENDAHULUAN

Akses terhadap obat khususnya obat esensial merupakan hak asasi manusia. Salah satu faktor penentu akses obat adalah ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan terkait akses obat di Indonesia, salah satunya adalah belum

optimalnya pengelolaan obat pada fasilitas kesehatan di beberapa daerah yang ditandai dengan tingkat ketersediaan obat yang masih dibawah 80%, salah satunya di Provinsi Papua⁸.

Pengelolaan obat di puskesmas merupakan salah satu indikator mutu pelayanan kefarmasian. Menurut¹⁷, sistem pengelolaan obat terdiri atas seleksi, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat. Pengelolaan obat yang baik harus memiliki suatu sistem yang menjamin ketersediaan obat di unit-unit pelayanan kesehatan. Pengelolaan obat dipengaruhi oleh personil/SDM, fasilitas, perlengkapan, biaya/harga, administrasi dan sistem informasi. Ketersediaan obat dalam jumlah dan jenis yang tepat bukan hanya akan meningkatkan akses terhadap obat tetapi juga akan mempengaruhi persepsi masyarakat tentang mutu pelayanan kesehatan yang diterimanya². Adanya sistem suplai dengan penyerahan obat berdasarkan kebutuhan fasilitas kesehatan akan meningkatkan ketersediaan obat di puskesmas, yang harus didukung oleh sumber daya manusia yang terlatih untuk *kuantifikasi* obat dalam melakukan permintaan obat¹⁹. Sistem distribusi yang efektif terutama penentuan jadwal distribusi yang konsisten dari pusat penyimpanan obat ke puskesmas dapat mengurangi keterlambatan pengiriman obat ke puskesmas.

Masalah ketersediaan obat juga terjadi pada puskesmas di Kabupaten Keerom, Provinsi Papua. Keluhan beberapa kepala dan pengelola obat puskesmas tentang stok obat-obatan tertentu yang mengalami kekosongan pada waktu-waktu tertentu di puskesmas, antara lain disebabkan karena tidak tersedianya obat yang sama di instalasi farmasi kabupaten dan keterlambatan pengambilan/ pengiriman obat dari instalasi farmasi kabupaten oleh puskesmas yang juga disebabkan karena faktor lokasi geografi puskesmas yang sulit dijangkau, serta keterbatasan transportasi. Program jaminan kesehatan nasional yang mulai diberlakukan pada 1 Januari 2014 memiliki potensi untuk meningkatkan kebutuhan akan obat, karena

adanya perubahan regulasi dalam sistem suplai obat pemerintah, dimana pengadaan obat harus dilakukan secara e-purchasing dengan menggunakan e-katalog. Selain itu puskesmas juga memiliki kewenangan untuk mengadakan obat secara mandiri dengan menggunakan biaya kapitasi. Hal ini tentunya harus didukung oleh ketersediaan sumber daya manusia yang berkompeten dalam jumlah yang cukup di puskesmas⁹. Sehingga perlu untuk mengevaluasi ketersediaan obat pada puskesmas sebelum dan sesudah JKN, serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat pada puskesmas, sehingga diharapkan dapat memberikan solusi untuk meningkatkan ketersediaan obat pada puskesmas khususnya di Kabupaten Keerom.

METODE

Penelitian ini merupakan observasi deskriptif, melalui penelusuran dokumen dan wawancara mendalam pada enam Puskesmas di Kabupaten Keerom yang dipilih berdasarkan jumlah kunjungan, keterwakilan wilayah dan mulai beroperasi tahun 2012.

Bahan penelitian ini adalah data kuantitatif bersumber dari lembar pemakaian dan lembar permintaan obat puskesmas (LPLPO) dan pencatatan obat lainnya tahun 2012-2015 yang dibandingkan dengan standar pengelolaan obat, yaitu untuk indikator ketersediaan obat dan waktu kekosongan obat dilakukan terhadap 35 obat yang digunakan untuk 10 penyakit terbanyak, untuk indikator kesesuaian obat dengan DOEN/Fornas, pola penyakit, serta persentase obat kadaluarsa dan obat rusak terhadap jumlah obat yang tersedia di puskesmas. Standar kesesuaian obat dengan DOEN/Fornas dan pola penyakit adalah 100% dan 0% untuk obat kadaluarsa dan obat rusak⁴, dan untuk tingkat ketersediaan obat aman jika persediaan 12-18 bulan, kosong jika kurang dari 1 bulan, berlebih jika lebih dari 18 bulan⁴, tingkat kecukupan 90%, serta waktu kekosongan obat 10 hari¹⁷.

Tabel Ia. Tingkat Ketersediaan dan Kecukupan Obat di Puskesmas

Tahun		Puskesmas					Rata-rata ± SD	
		Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris		Senggi
2012	Kosong	0	0	2	2	1	0	
	Kurang	10	15	8	5	13	7	
	Aman	22	20	24	25	18	24	
	Berlebih	2	0	1	3	3	4	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	13,3 ± 3,6	11,3 ± 2,3	12,6 ± 8	13,1 ± 5,4	12,1 ± 5,0	17,4 ± 18,0	13,3 ± 2,1
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	71,4	57,1	71,4	77,1	60,6	80,0	69,6 ± 9,0
2013	Kosong	0	0	1	2	1	0	
	Kurang	6	11	3	11	6	10	
	Aman	26	24	23	19	26	18	
	Berlebih	3	0	8	3	2	7	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	13,5 ± 4,5	12,2 ± 2,9	16,7 ± 9,4	15,7 ± 22,8	13,3 ± 7,5	15,4 ± 13,7	14,5 ± 1,7
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	83,0	68,6	88,6	65,7	80,0	71,4	76,2 ± 8,9
Sebelum JKN	Kosong	0	0	2	2	1	0	
	Kurang	8	13	6	8	10	9	
	Aman	24	22	24	22	22	21	
	Berlebih	3	0	5	3	3	6	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	13,4 ±	11,8 ±	14,7 ±	14,4 ±	12,7 ±	16,4 ±	13,9 ± 1,6
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	77,2	62,9	80,0	71,4	70,3	75,7	72,9 ± 6,1
2014	Kosong	0	0	2	1	0	0	
	Kurang	8	11	2	7	7	10	
	Aman	26	24	23	23	24	24	
	Berlebih	1	0	6	4	4	4	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	12,5 ± 4,0	11,7 ± 3,3	16,8 ± 20,3	18,1 ± 29,5	20,7 ± 35,6	12,4 ± 4,0	15,4 ± 3,7
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	77,1	68,6	82,9	77,1	80,0	71,4	76,2 ± 5,3

Keterangan : Kategori ketersediaan obat. Kosong, jika < 1 bulan, Kurang, jika < 12 bulan, Aman jika diantara 12-18 bulan, Berlebih jika > 18 bulan, SD = Standar Deviasi

Tabel Ib. Tingkat Ketersediaan dan Kecukupan Obat di Puskesmas

Tahun		Puskesmas					Rata-rata ± SD	
		Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris		Senggi
2015	Kosong	1	0	3	0	0	0	
	Kurang	11	14	6	13	8	15	
	Aman	21	21	22	19	26	18	
	Berlebih	2	0	4	3	1	2	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	12,3 ± 4,9	11,0 ± 3,3	12,5 ± 7,0	20,2 ± 34,1	14,8 ± 15	14,1 ± 19,1	14,2 ± 3,3
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	65,7	60	71,4	62,9	77,1	57,1	65,7 ± 7,4
Sesudah JKN	Kosong	1	0	3	1	0	0	
	Kurang	10	13	4	10	8	13	
	Aman	24	23	23	21	25	21	
	Berlebih	2	0	5	4	3	2	
	Tingkat Ketersediaan ± SD (bulan)	12,4 ±	11,4 ±	14,7 ±	19,2 ±	17,7 ±	13,3 ±	14,8 ± 3,1
	Tingkat Kecukupan ± SD (%)	71,4	64,3	77,2	70,0	78,6	64,3	70,9 ± 6,1

Keterangan : Kategori ketersediaan obat. Kosong, jika < 1 bulan, Kurang, jika < 12 bulan, Aman jika diantara 12-18 bulan, Berlebih jika > 18 bulan, SD = Standar Deviasi

Data kualitatif untuk faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat dan solusinya berupa wawancara dengan pengelola obat dan kepala puskesmas pada 6 puskesmas di Kabupaten Keerom, pengelola instalasi farmasi kabupaten dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom, kemudian dilakukan analisis isi, dibandingkan dengan pedoman yang sesuai dan selanjutnya disajikan secara naratif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ketersediaan obat

Ketersediaan obat di puskesmas sebelum dan sesudah JKN 2014 adalah aman, dengan rata-rata tingkat kecukupan obat 72,9±6,1% dan 70,9±6,1%, belum mencapai standar ketersediaan obat oleh WHO yaitu 90%. Ini berarti bahwa ketersediaan obat selama periode tersebut tidak mencukupi kebutuhan puskesmas.

Ketersediaan obat yang tidak merata juga terlihat adanya puskesmas yang memiliki ketersediaan obat-obat tertentu yang berlebih

dan kurang, hal diakibatkan karena distribusi obat yang tidak merata. Penelitian¹¹ di Afrika, menemukan bahwa distribusi yang tidak merata diantara pusat kesehatan mengakibatkan kelangkaan di beberapa tempat. Ini berarti bahwa obat yang tersedia di puskesmas belum sesuai dengan kebutuhan yang sesungguhnya. Puskesmas Arso Tiga dengan tingkat ketersediaan obat terendah diantara puskesmas lainnya padahal puskesmas ini memiliki jumlah kunjungan rawat jalan terbanyak, adalah bukti bahwa ketersediaan obat belum sesuai dengan kebutuhan. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya di Ghana¹⁶, bahwa pusat kesehatan dengan jumlah kunjungan rawat jalan pasien yang meningkat memiliki tingkat persediaan yang lebih tinggi dari pusat kesehatan lainnya yang pemakaian obatnya kurang.

Kesesuaian obat dengan DOEN/Fornas sebelum dan sesudah JKN yaitu 79±0,8% dan 80±2,1% (Tabel II), belum mencapai standar yang ditetapkan diakibatkan karena masih

Tabel II Kesesuaian Obat dengan DOEN/Fornas di Puskesmas

Tahun	Puskesmas						Rata-rata ± SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	77%	79%	78%	80%	80%	76%	78 ± 4,5%
2013	80%	79%	80%	79%	79%	79%	79 ± 0,5%
Sebelum JKN	79%	79%	79%	80%	80%	78%	79 ± 0,8%
2014	82%	78%	80%	79%	82%	79%	80 ± 1,6%
2015	83%	78%	75%	83%	79%	77%	79 ± 3,2%
Sesudah JKN	83%	78%	78%	81%	81%	78%	80 ± 2,1%

SD = Standar Deviasi

Tabel III Kesesuaian Obat dengan Pola Penyakit di Puskesmas

Tahun	Puskesmas						Rata-rata ± SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	93%	97%	95%	92%	90%	93%	93 ± 2,4%
2013	92%	97%	95%	90%	93%	90%	93 ± 2,7%
Sebelum JKN	93%	97%	95%	91%	92%	92%	93 ± 2,3%
2014	88%	95%	88%	92%	93%	83%	90 ± 4,3%
2015	88%	95%	85%	92%	93%	81%	89 ± 5,3%
Sesudah JKN	88%	95%	87%	92%	93%	82%	89 ± 4,8%

SD = Standar Deviasi

tersedianya obat-obat yang termasuk dalam DOEN 2008 dan belum habis digunakan, juga karena perubahan standar pengobatan di puskesmas. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya pada puskesmas di Kota Jayapura, yang ditemukan adanya obat-obat yang tidak termasuk DOEN yang terus diadakan dan tersedia karena dianggap cukup penting dan sangat dibutuhkan di puskesmas¹². Belum sesuai obat yang tersedia dengan DOEN menandakan belum optimal seleksi dan perencanaan obat yang dilakukan. Proses seleksi obat untuk puskesmas harus sesuai dengan pola penyakit dan mengacu pada daftar obat esensial nasional karena obat yang masuk dalam DOEN telah mempertimbangkan faktor *drug of choice*, analisis biaya manfaat dan didukung dengan data kimia⁵.

Demikian pula dengan kesesuaian obat dengan pola penyakit 93±2,3% dan 89±4,8% (Tabel III), yang masih dibawah standar diakibatkan kurangnya data yang akurat untuk perencanaan obat puskesmas di tingkat kabupaten.

Masih ditemukan obat kadaluarsa pada sebelum dan sesudah JKN dengan persentase 8,4±3% dan 7,0±2,2% dengan nilai total adalah Rp.134.632.836,-. Puskesmas Arso Timur memiliki persentase obat kadaluarsa tertinggi karena pencatatannya juga meliputi obat kadaluarsa hingga ke pustu di wilayahnya. Obat-obat yang kadaluarsa di puskesmas selama periode tersebut, yang terbanyak adalah jenis obat injeksi yang jarang penggunaannya di puskesmas. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan di Kota Jayapura¹² yang menemukan bahwa jenis obat kadaluarsa yang terbanyak di puskesmas adalah obat injeksi.

Adanya obat rusak pada sebelum JKN 0,3±0,05% dan 0,7±1,26% sesudah JKN, dengan nilai total Rp. 2.326.988,- disebabkan karena ruang penyimpanan di beberapa puskesmas belum memenuhi standar penyimpanan obat yaitu kurangnya sirkulasi udara (Puskesmas Arso Barat) serta karena bencana banjir di tahun sebelumnya (Puskesmas Arso Kota dan Puskesmas Waris). Obat kadaluarsa/rusak di puskesmas mencerminkan ketidaktepatan

Tabel IV. Persentase Obat Kadaluarsa di Puskesmas

Tahun	Puskesmas						Rata-rata ± SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	6,7%	5,4%	5,4%	10,9%	5,6%	4,4%	6,4 ± 2,3%
2013	6,0%	6,1%	5,8%	15,7%	15,0%	13,3%	10,3 ± 4,8%
Sebelum JKN	6,4%	5,8%	5,6%	13,3%	10,3%	8,9%	8,4 ± 3%
2014	9,2%	7,9%	5,8%	18,9%	6,9%	16,1%	10,8 ± 5,4%
2015	2,3%	2,8%	5,8%	2,4%	4,4%	1,7%	3,2 ± 5,4%
Sesudah JKN	5,8%	5,4%	5,8%	10,7%	5,7%	8,9%	7,0 ± 2,2%

SD = Standar Deviasi

Tabel V. Prosentase Obat Rusak di Puskesmas

Tahun	Puskesmas						Rata-rata ± SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2013	0%	0%	0%	2,5%	0,8%	0%	0,6 ± 1%
Sebelum JKN	0%	0%	0%	1,3%	0,4%	0%	0,3 ± 0,05%
2014	0%	0%	0,8%	3,1%	0%	0%	0,7 ± 1,2%
2015	0,8%	0%	0%	3,1%	0%	0%	0,7 ± 1,2%
Sesudah JKN	0,4%	0%	0,4%	3,2%	0%	0%	0,7 ± 1,26%

SD = Standar Deviasi

permintaan, kurang baiknya sistem distribusi dan kurangnya pengamatan mutu dalam penyimpanan obat⁴.

Waktu kekosongan obat yang terjadi 10,8±0,03% dan 13,5±0,02% dengan rata-rata jumlah hari kekosongan adalah 39±19 hari per tahunnya tiap obat sebelum JKN dan sesudah JKN 50±13 hari per tahunnya, belum sesuai dengan standar WHO yaitu 10 hari (Tabel VI dan Tabel VII). Persentase rata-rata waktu kekosongan obat indikator menggambarkan bahwa kapasitas sistem pengadaan obat tidak dapat memenuhi kebutuhan puskesmas selama 365 hari³.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan obat

Permintaan obat yang telah dilakukan telah sesuai standar yaitu sesuai jadwal yang disusun berdasarkan kesepakatan puskesmas dan instalasi farmasi, tetapi pelaksanaannya belum optimal karena masih ada keterlambatan penyampaian pelaporan obat ke IFK, selain itu kurangnya ketrampilan pengelola obat dalam menghitung kebutuhan obat sehingga mempengaruhi persediaan obat di puskesmas.

Hal ini disebabkan karena kurangnya pelatihan obat yang diikuti Penelitian¹⁶ menemukan bahwa tingkat ketersediaan obat yang aman pada fasilitas kesehatan disebabkan karena pengelola obatnya telah dilatih.

Distribusi obat di Kabupaten Keerom sudah sesuai *pull system* yaitu berdasarkan permintaan puskesmas, tetapi masih belum merata dan tidak mencukupi kebutuhan puskesmas diakibatkan karena tidak tersedianya obat dalam jumlah yang cukup di IFK, karena belum pernah dilakukan perencanaan obat terpadu yang melibatkan puskesmas, selain itu belum adanya sistem informasi manajemen persediaan obat di puskesmas dan IFK mengakibatkan sulitnya untuk memantau persediaan obat secara keseluruhan di puskesmas. Kekosongan²⁰ obat pada fasilitas dan distrik berhubungan dengan perencanaan obat, karena dalam prosesnya memerlukan proyeksi kebutuhan yang akurat. Cara distribusi obat, yaitu puskesmas mengambil sendiri menggunakan pusling. Distribusi yang menggunakan transport pusling tidak sesuai dengan fungsinya karena akan mengakibatkan ketergantungan yang akan

Tabel VI. Rata-Rata Waktu Kekosongan Obat Indikator di Puskesmas

Tahun	Rata-Rata Waktu Kekosongan Obat \pm SD (hari)						Rata-rata \pm SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	20 \pm 35	41 \pm 60	53 \pm 95	32 \pm 77	57 \pm 92	31 \pm 61	39 \pm 23
2013	17 \pm 47	38 \pm 70	39 \pm 86	43 \pm 82	54 \pm 93	47 \pm 69	40 \pm 17
Sebelum JKN	19 \pm 42	40 \pm 65	46 \pm 91	38 \pm 80	56 \pm 91	39 \pm 66	39 \pm 19
2014	35 \pm 69	38 \pm 77	41 \pm 96	36 \pm 80	27 \pm 63	38 \pm 64	36 \pm 13
2015	73 \pm 99	59 \pm 91	73 \pm 119	56 \pm 81	43 \pm 71	76 \pm 100	63 \pm 17
Sesudah JKN	54 \pm 87	49 \pm 85	57 \pm 107	46 \pm 81	35 \pm 67	57 \pm 86	50 \pm 13

SD = Standar Deviasi

Tabel VII. Rata-Rata Waktu Kekosongan Obat di Puskesmas

Tahun	Presentase waktu kekosongan obat di Puskesmas						Persentase Rata-rata \pm SD
	Arso Kota	Arso Tiga	Arso Barat	Arso Timur	Waris	Senggi	
2012	5,5%	11,2%	14,5%	8,8%	15,5%	8,6%	10,7 \pm 0,03%
2013	4,8%	10,5%	10,5%	11,7%	14,6%	12,9%	10,8 \pm 0,03%
Sebelum JKN	5,2%	10,9%	12,5%	10,3%	15,1%	10,8%	10,8 \pm 0,03%
2014	9,5%	10,7%	11,7%	9,8%	7,1%	10,5%	9,8 \pm 0,01%
2015	19,9%	16,2%	19,8%	15,3%	11,7%	20,8%	17,3 \pm 0,04%
Sesudah JKN	14,7%	13,5%	15,4%	12,6%	9,4%	15,7%	13,5 \pm 0,02%

SD = Standar Deviasi

menyebabkan keterlambatan penerimaan obat di puskesmas sehingga memperpanjang waktu tunggu dan kosong obat di puskesmas, terutama bagi puskesmas yang jaraknya cukup jauh dari IFK dan akibat sarana transportasi umum terbatas dan mahal.

Administrasi puskesmas termasuk pencatatan belum dilakukan dengan optimal karena beban kerja pengelola obat di puskesmas yang juga bertugas sebagai pengelola obat apotek di puskesmas, selain itu SPO sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas di puskesmas tidak ada. Hal ini akan mempengaruhi keakuratan data persediaan sehingga dapat menyebabkan kurangnya kebutuhan obat yang harus direncanakan di tahun berikutnya. Hal ini juga disebabkan kurangnya jumlah tenaga kefarmasian yang tersedia di puskesmas.

Pengelola obat di puskesmas yang bukan apoteker mengakibatkan terbatasnya kewenangan pengelola obat yaitu hanya boleh meracik dan menyerahkan obat ke pasien

sehingga tidak dapat mengelola (mengadakan) obat dengan mandiri setelah implemementasi JKN. Kurangnya pelatihan obat menjadi faktor pendukung kurang trampilnya pengelola obat puskesmas dalam menghitung kebutuhan obat. Menurut standar kefarmasian, untuk kebutuhan menghitung beban kerja pelayanan kefarmasian di puskesmas yaitu 1 apoteker : 50 pasien per harinya⁹.

Dana JKN di puskesmas atau biaya kapitasi telah digunakan untuk membeli obat tertentu dalam jumlah yang terbatas dan tidak kontinyu. karena biaya kapitasi setiap puskesmas tidak sama, selain itu adanya biaya transportasi sebagai biaya tambahan untuk membeli obat ke daerah perkotaan diakibatkan karena tidak tersediannya sarana distributor obat (PBF) di Kabupaten Keerom. Dana tersebut lebih sering digunakan untuk membeli bahan habis pakai yang tidak disediakan IFK dalam jumlah yang cukup. Sedangkan untuk obat, puskesmas harus berkordinasi terlebih dahulu dengan IFK agar tidak terjadi tumpang tindih

anggaran untuk obat yang sama jika obat dimaksud tersedia di IFK. Alokasi dana JKN untuk obat yang dianggarkan sesuai Peraturan Bupati Keerom no.32 tahun 2014 adalah 10% dari dana operasional JKN, dan obat-obat yang dibeli dengan dana Puskesmas rata-rata tidak dilaporkan dalam LPLPO. Untuk dana distribusi obat, tidak semua puskesmas menganggarkannya karena tidak ada rekomendasi tertulis dari dinas sebagai ketetapan, hanya diserahkan kebijakan karena selama ini puskesmas selalu yang mengambil obat ke IFK. Sehingga masih ada puskesmas yang belum menganggarkannya. Kurangnya dukungan biaya transportasi dan distribusi obat mengakibatkan rendahnya tingkat ketersediaan⁶ obat di North Kordufan-Sudan.

Solusi yang untuk meningkatkan ketersediaan obat

Peningkatan ketrampilan pengelola obat terutama dalam menghitung kebutuhan obat puskesmas diperlukan, hal ini dapat dilakukan melalui metode *off the job training* karena metode ini telah dibuktikan efektif meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pengelola obat di Kabupaten Aceh Selatan¹ atau *Monitoring-Training_planning* (MTP) karena terbukti lebih efektif meningkatkan pengetahuan pengelola obat dan ketrampilan pengelola obat dalam perencanaan dan distribusi obat, serta efisien untuk menghemat biaya dibandingkan kegiatan supervisi pada Puskesmas di Kabupaten Kolaka.

Perencanaan obat terpadu yang melibatkan puskesmas dapat mempengaruhi tingkat ketersediaan obat karena ada koordinasi usulan dan ketepatan data dalam perencanaan, seperti yang terjadi di Kabupaten Bangka Barat¹⁵.

Pengadaan sistem monitoring manajemen persediaan yang terintegrasi antara puskesmas dan IFK karena karena berpotensi memelihara tingkat persediaan obat di puskesmas dalam jumlah yang aman. Sistem informasi manajemen merupakan metode informal yang menyediakan informasi akurat dan tepat waktu

sangat diperlukan untuk mempermudah pengambilan keputusan dan membuat organisasi dapat melakukan fungsi perencanaan, dan pengendalian secara efektif¹⁸.

Perencanaan kebutuhan SDM sesuai beban kerja kefarmasian puskesmas diperlukan agar dapat melaksanakan pengelolaan obat sesuai kompetensi khususnya untuk melaksanakan program JKN dengan lebih optimal. Penyediaan biaya distribusi diperlukan dari dinas kesehatan untuk puskesmas sesuai dengan tugas dan fungsi dinas kesehatan kabupaten⁷, yaitu bertanggung jawab dalam menyediakan dan mengelola obat ke puskesmas dan jaringannya, atas dasar itu dinas perlu menganggarkan alokasi obat yang cukup ke puskesmas dan pustu, namun jika tidak dimungkinkan sampai ke pustu, maka dinas harus menetapkan puskesmas untuk penganggarannya yang dibuat dalam surat keputusan resmi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa, ketersediaan obat pada puskesmas di Kabupaten Keerom sebelum dan sesudah JKN, adalah sama yaitu dalam kategori aman, tetapi belum mencukupi kebutuhan puskesmas. Ketersediaan obat dengan DOEN/Fornas dan pola penyakit belum sesuai standar, masih ditemukan obat rusak dan kadaluarsa di puskesmas, serta adanya peningkatan waktu kekosongan obat sesudah JKN. Faktor-faktor yang mempengaruhi yaitu permintaan belum optimal, distribusi obat yang tidak cukup dan tidak merata dari IFK, kurangnya sumber daya kefarmasian dan dukungan biaya distribusi obat, sehingga masih diperlukan upaya-upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan ketersediaan obat di puskesmas, antara lain, dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bagi pengelola obat puskesmas, perencanaan kebutuhan SDM kefarmasian, pengadaan sistem informasi manajemen persediaan obat, perencanaan obat terpadu dan penyediaan biaya distribusi yang cukup.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adawiyah R. Efektivitas Pelatihan Manajemen Persediaan Obat terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Pengelola Obat Puskesmas di Kabupaten Aceh Selatan. 2002.
2. Bruno O, Nyanchoka OA, Ondieki MC NM. Availability of Essential Medicines and Supplies during the Dual Pull-Push System of Drugs Acquisition in Kaliro District, Uganda. *J Pharm Care Heal Syst.* 2015;1-5. doi:http://dx.doi.org/10.4172/jpchs.S2-006.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Supervisi Dan Evaluasi Obat Publik Dan Perbekalan Kesehatan. Jakarta; 2002.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Supervisi Dan Evaluasi Obat Publik Dan Perbekalan Kesehatan. Jakarta; 2006.
5. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota. Jakarta; 2010.
6. Elamin EI, Izham M, Ibrahim M, Abd M, Yousif E. Availability of Essential Medicines in Sudan. *Sudan J public Heal.* 2010;5(1):32-37.
7. Kementerian Hukum dan HAM Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, Nomor 38, Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi Dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Jakarta; 2007.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta; 2015.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan, Nomor 28 Tahun 2014, Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta; 2014.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 30, Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas. Jakarta; 2014.
11. Lufesi NN, Andrew M, Aursnes I. Deficient supplies of drugs for life threatening diseases in an African community. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:86. doi:10.1186/1472-6963-7-86.
12. Makaba S. Analisis Ketersediaan Obat Di Puskesmas Kota Jayapura. 2006.
13. Massiri, H., Suryawati, S., Munawaroh S. Upaya Perbaikan dan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui (Monitoring-Training-Planning di Kabupaten Kolaka). *J Manaj Pelayanan Kesehat.* 2004;7(9):125-134.
14. Mwathi MW, Ben OO. Availability of essential medicines in public hospitals: A study of selected public hospitals in Nakuru County, Kenya. *African J Pharm Pharmacol.* 2014;8(17):438-442. doi:10.5897/AJPP2014.4000.
15. Nursyandi A. Ketersediaan Obat Esensial Pada Sarana Kesehatan Di Kabupaten Bangka Barat. 2011.
16. Nyanwura EM, Esena RK. Essential Medicines Availability and Affordability: A Case Study Of The Top Ten Registered Diseases In Builsa District Of Ghana. *Int J Sci Technol Res.* 2013;2(8):208-219. www.ijstr.org.
17. Quick, J., Rankin, J., Laing, R., O’Cormor R. *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals.* 3rd ed. Kumarin Press; 2012.
18. Stoner, J., Freeman, R., Gilber J. *Manajemen* (Transl. by PT. Prenhallindo). 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1996.
19. Tumwine Y, Kutwabami P, Odoi RA, Kalyango JN. Availability and expiry of essential medicines and supplies during the “Pull” and “Push” drug acquisition systems in a Rural Ugandan Hospital.

- Trop J Pharm Res. 2010;9(6):557-564.
doi:10.4314/tjpr.v9i6.63555.
20. Wagenaar BH, Gimbel S, Hoek R, et al.
Stock-outs of essential health products
in Mozambique - longitudinal analyses
from 2011 to 2013. Trop Med Int Health.
2014;19(7):791-801.
doi:10.1111/tmi.12314.