

EVALUASI SISTEM PENGADAAN OBAT DARI DANA APBD TAHUN 2001 - 2003 TERHADAP KETERSEDIAAN DAN EFISIENSI OBAT

*EVALUATION OF DRUG PROCUREMENT SYSTEM FROM LOCAL EXPENDITURE AND
REVENUE FUND 2001 - 2003 TO DRUG EFFICIENCY AND AVAILABILITY*

Istinganah¹, Sulanto Saleh Danu², Andung Prihadi Santoso¹

¹Rumah Sakit Grhasia, Yogyakarta

²Magister Manajemen dan Kebijakan Obat, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background : Drug procurement system using Local Expenditure and Revenue Fund of Yogyakarta Special Territory Province is based on the President Decree No. 18/2000 and the Governor Decree No. 172/2001. Drug procurement is done in basis of large quantity, and long period procurement (1-2 time/year). According to the evaluation of Local Monitoring Council in June 2004 there were many damaged and expired drugs which costing as much as Rp 82,210,626,00. Over stock of number of drugs have been existed every year since 2001, highly non prescribed drugs and highly out of stock drugs. This may cause poor availability and inefficiency of drugs at Grhasia Hospital.

Objective : To evaluate drug procurement system financed by local expenditure and revenue fund of Yogyakarta Special Territory Province from 2001 – 2003 concerning drug availability and efficiency at Grhasia Hospital.

Method : This was a qualitative descriptive study, which support used secondary data and observation of drug storage warehouse as well as depot of hospital pharmacy. Subject of the study consisted of two groups: procurement group and user group. Object of the study would be planning process and drug procurement system at Grhasia Hospital as well as drug availability status. Indepth interview was also conducted to subject who took responsibility of planning process and drug procurement at Grhasia Hospital, and calculation was done to drug availability consisting of : damaged/expired drugs, drug overstock, non prescribed and out of stock drugs as well as value of drug turnover ratio.

Result : Result of the study showed that the process of drug procurement using local expenditure and revenue fund of Yogyakarta Special Territory Province at Grhasia Hospital from 2001 - 2003 had been based on the President Decree No. 18/2000 and Governor Decree No. 172/2001 through selective tender and negotiated purchase. Result of the evaluation showed that: 1) period of drug procurement was 1-3 month; 2) frequency of drug procurement was 1-2 time/year; 3) procurement procedure was based on some standardized phases. The procurement system caused drug overstock (30-54%), highly non prescribed drugs (16,59-29,01%), drugs were out of stock (15-276day), highly damaged/expired drugs and low annual turn over ratio (TOR). TOR value in 2001 was 0.44; in 2002 was 0.71, in 2003 was 0.88, which meant that drug circulation in warehouse was relatively low.

Conclusion : Level of drug availability and efficiency at Grhasia Hospital using procurement system of local expenditure and revenue fund of Yogyakarta Special Territory Province in 2001 – 2003 was not good enough.

Keywords : drug procurement system, local expenditure and revenue fund, drug availability.

ABSTRAK

Latar belakang: Sistem pengadaan obat menggunakan dana APBD Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) di Rumah Sakit Grhasia kurun waktu tahun 2001-2003 berdasarkan Keputusan Presiden No. 18/2000 dan Keputusan Gubernur No. 172/2001. Pembelian obat dalam jumlah besar, waktu pengadaan obat cukup lama, frekwensi pembelian 1-2 kali setahun. Dari pemeriksaan Bawasda Pemerintah Provinsi DIY bulan Juni 2004 ditemukan obat rusak dan kadaluarsa senilai Rp82.210.626,00. Adanya penumpukan sejumlah obat, obat tidak diresepkan tinggi dan *stock out* tinggi. Hal ini dapat diduga bahwa ketersediaan dan efisiensi obat di Rumah Sakit Grhasia kurang baik.

Tujuan: Melakukan evaluasi sistem pengadaan obat dari dana APBD Pemerintah Provinsi DIY kurun waktu 2001-2003 terhadap ketersediaan dan efisiensi obat di Rumah Sakit Grhasia.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilaksanakan secara kualitatif didukung analisis data sekunder dan observasi gudang penyimpanan obat dan IFRS. Subjek penelitian terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok pengadaan dan kelompok pengguna (*user*). Obyek penelitian ini adalah proses perencanaan dan sistem pengadaan obat di Rumah Sakit Grhasia serta status ketersediaan obat. Wawancara mendalam dilakukan terhadap subyek penelitian tentang proses perencanaan dan pengadaan obat di Rumah Sakit Grhasia, serta penghitungan ketersediaan obat yang meliputi : obat rusak/kadaluarsa, penumpukan obat, obat tidak diresepkan, *stock out* dan nilai TOR obat.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengadaan obat menggunakan dana APBD Pemerintah Provinsi DIY di Rumah Sakit Grhasia kurun waktu tahun 2001-2003 sudah berdasarkan Keppres 18 tahun 2000 dan Kepgub 172 tahun 2001 dengan pelelangan dan penunjukan langsung dengan SPK. Terdapat beberapa hal dari hasil evaluasi, antara lain : Waktu pengadaan obat cukup lama(1-3 bulan), frekwensi pengadaan obat kecil(1-2) kali setahun, prosedur pengadaan melalui beberapa tahapan yang baku. Hal tersebut mengakibatkan penumpukan obat tinggi (tahun 2001; 2002; 2003 nilainya 54%; 46%; 30%), obat tidak diresepkan tinggi (tahun 2001; 2002; 2003 nilainya 29,01%; 26,02%; 16,59%),

stock out obat lama (15-276 hari), obat rusak/kadaluarsa tinggi, dan nilai TOR setiap tahun rendah (tahun 2001; 2002; 2003 nilainya 0,44; 0,71; 0,88).

Kesimpulan: Tingkat ketersediaan dan efisiensi obat di Rumah Sakit Grhasia dari sistem pengadaan obat menggunakan dana APBD Pemerintah Provinsi DIY pada tahun 2001-2003 di Rumah Sakit Grhasia kurang baik.

Kata kunci: sistem pengadaan obat, dana APBD, ketersediaan obat

PENGANTAR

Rumah Sakit (RS) Grhasia Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) adalah rumah sakit milik Pemerintah Provinsi DIY yang sebelumnya bernama RS Jiwa Daerah Provinsi DIY. Pada Februari 2004 dengan adanya pergantian manajemen yang baru maka ditetapkan visi strategik sebagai komitmen pengembangan kedepan. Visi strategik RS Grhasia Provinsi DIY adalah "Menjadi Rumah Sakit Unggulan, Khususnya Untuk Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA (narkotik, psikotropik, dan zat aditif lainnya) di Provinsi DIY dan Jawa Tengah pada tahun 2008".

Dalam operasionalnya RS Grhasia didukung oleh bidang penunjang medis. Instalasi Farmasi RS (IFRS) merupakan salah satu instalasi penunjang medis. Instalasi Farmasi RS (IFRS) bertanggung jawab terhadap pengelolaan obat yang meliputi: perencanaan obat, penerimaan obat, penyimpanan obat dan distribusi obat. Pengadaan obat di RS Grhasia dilaksanakan oleh Panitia Pengadaan dan Penerima Obat yang dibentuk dengan Surat Keputusan Direktur. Pembiayaan bersumber dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Pemerintah Provinsi DIY. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) adalah suatu rencana keuangan tahunan daerah yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (Undang-Undang No. 25/1999). Proses pengadaan obat dengan dana APBD Pemerintah Provinsi DIY tahun 2001-2003 dilakukan dengan pelelangan dan penunjukan langsung. Mekanisme turunnya dana APBD Pemerintah Provinsi DIY untuk obat sudah ada prosedur yang baku sehingga bisa direncanakan.

Frekuensi pengadaan obat satu atau dua kali setahun diperkirakan kurang sesuai dengan kebutuhan RS. Pada pemeriksaan Badan Pengawas Daerah (Bawasda) DIY bulan Juni 2004 ditemukan obat yang rusak/kadaluarsa senilai Rp82.210.626,00. Ditemukan adanya penumpukan obat tertentu, obat tidak diresepkan dan obat *stock out*. Berdasarkan fakta tersebut, maka perlu diteliti apakah sistem pengadaan obat berdasar mekanisme APBD sudah efisien dan efektif untuk diterapkan di RS Grhasia.

Pengadaan obat yang dilakukan pada tahun 2001 - 2003 dengan proses pelelangan dan penunjukan langsung dengan SPK sesuai Keputusan Presiden No. 18/2000 memakan waktu lama (waktu pelelangan secepat-cepatnya 36 hari dan selambat-lambatnya 45 hari kerja),¹ sehingga perencanaan yang dibuat sebelumnya kemungkinan sudah kurang sesuai dengan kebutuhan obat saat diperlukan.

Dengan bertambahnya jenis pelayanan yang disediakan RS Grhasia, yaitu: mewujudkan pengembangan pelayanan rehabilitasi medis NAPZA dan mewujudkan pengembangan pelayanan kesehatan dasar dan spesialis terkait (rehabilitasi pascastroke, gangguan tumbuh kembang anak) dengan kesehatan jiwa, akan menuntut penambahan jenis obat yang disediakan instalasi farmasi. Sebagai RS rujukan tingkat provinsi dituntut dapat memberikan pelayanan yang baik dan profesional. Salah satu penunjang dalam pelayanan yang baik adalah tersedianya obat yang dibutuhkan oleh pasien.

Evaluasi adalah serangkaian prosedur untuk menilai suatu program dan memperoleh informasi tentang keberhasilan pencapaian tujuan, kegiatan, hasil, dan dampak, serta biayanya. Fokus utama dari evaluasi adalah mencapai perkiraan yang sistematis dari dampak program.²

Obat merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Menurut kebijakan obat nasional bahwa biaya obat merupakan bagian yang cukup besar dari seluruh biaya kesehatan. Dari berbagai survei dapat disimpulkan bahwa biaya obat sekitar 40%-50% dari jumlah operasional pelayanan kesehatan. Instalasi Farmasi RS (IFRS) adalah pelaksana pengelola obat di RS dan bertugas menjamin obat selalu tersedia setiap saat diperlukan dalam jumlah yang cukup dan mutu yang terjamin untuk mendukung pelayanan yang bermutu di RS.³

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI (SK No. 085/Menkes/per/1989) dalam pengelolaan obat di RS perlu dibentuk Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) yang di bawah koordinasi komite medik. Tugas PFT antara lain menyusun formulirium obat RS yang dapat dipakai sebagai pedoman dalam perencanaan, pengadaan dan penggunaan obat di RS.

Dalam pedoman pengelolaan dan pelayanan farmasi yang baik, disebutkan Komite Farmasi Terapi (KFT) harus mengadakan rapat secara teratur, paling sedikit enam kali setahun, dan untuk RS yang besar 10 sampai 12 kali setahun.⁴

Siklus pengelolaan obat merupakan rangkaian proses mulai dari seleksi obat, pengadaan, distribusi, dan penyimpanan, serta penggunaan obat³. Pengelolaan obat memerlukan komunikasi dari

pihak-pihak yang terlibat, karena dengan komunikasi ini masing-masing pihak yang terlibat dapat menerima berbagai *input* informasi yang dibutuhkan.⁵

Perencanaan obat di RS dilakukan oleh PFT. Pada kebanyakan RS, anggota PFT sebagai wakil dari dokter spesialis yang ada, dokter ahli farmakologi bila mungkin, perawat senior, apoteker sebagai sekretaris, pegawai administrasi, dan keuangan RS, pegawai laboratorium dan bagian pencatatan RS⁶. Sumber informasi untuk melakukan evaluasi obat dapat berasal dari jurnal, abstrack dari artikel, *text-books*, informasi dari pabrik yang harus diwaspadai karena bias oleh promosi untuk penjualan, dan dari internet.⁶ Metode perencanaan yang direkomendasikan adalah metode morbiditas dan metode konsumsi.³

Penggunaan analisis ABC atau disebut juga sistem pareto karena jumlah jenis obat sangat banyak, sedangkan obat yang banyak digunakan jenisnya sedikit maka perlu dilakukan prioritas dalam pengendaliannya. Apabila IFRS dapat mengendalikan obat golongan A dan B berarti sudah bisa mengendalikan 80% - 95% nilai obat yang digunakan di RS.⁶

Frekuensi pengadaan bervariasi untuk tiap level pelayanan kesehatan. Pada pusat pelayanan kesehatan atau RS mungkin kebanyakan *item* obat dipesan per bulan dan untuk mengatasi kekurangan yang terjadi ditambah dengan pesanan mingguan dan seterusnya.³ Menurut buku pedoman pengelolaan dan pelayanan farmasi RS yang baik, volume pembelian obat oleh farmasis harus ditentukan melalui angka peredaran atau perputaran persediaan obat-obatan. Obat yang mahal atau sering dipakai pembelian dilakukan sekali sebulan. Untuk obat yang murah dan jarang digunakan dibeli sekali setahun atau setengah tahun.⁴

Ada empat metode proses pengadaan yaitu: a) tender terbuka, b) tender terbatas atau lelang tertutup, c) pembelian melalui kontrak kerja dengan negosiasi, dan d) pengadaan langsung. Menurut penelitian Sarmini,⁷ pengadaan obat dengan pembelian langsung sangat menguntungkan karena di samping waktunya cepat, juga: a) volume obat tidak begitu besar sehingga tidak menumpuk atau macet di gudang, b) harganya lebih murah karena langsung dari distributor atau sumbernya, c) mendapatkan kualitas seperti yang diinginkan, d) bila ada kesalahan mudah mengurusnya, e) dapat kredit, f) memperpendek *lead time*, g) sewaktu-waktu kehabisan atau kekurangan obat dapat langsung menghubungi distributor.

Efisiensi adalah suatu keadaan yang ketersediaan obat tidak menambah beban atau dapat menurunkan biaya.⁸ Perbekalan yang efisien dapat

diartikan perbekalan yang efektif dan relatif tidak mahal, sedangkan keadaan *stock out* merupakan keadaan yang tidak efektif. *Stock out* mengurangi kualitas pelayanan RS karena pasien harus membeli obat di luar RS dan mengurangi pendapatan RS. Seringnya terjadi kekosongan obat di apotek RS mempengaruhi tingginya pengambilan obat di luar apotek RS.⁹

Untuk menghitung efisiensi pengelolaan persediaan digunakan rumus:¹⁰

$$\text{Turn Over Ratio (TOR)} = \frac{\text{Harga pokok penjualan}}{\text{Nilai persediaan}}$$

Semakin tinggi nilai TOR, semakin efisien pengelolaan persediaan. Perputaran empat kali setahun dianggap memuaskan. Jika persediaan langsung sedikit, maka perputaran menjadi enam kali setahun.⁴ Penelitian Sarmini,⁷ melaporkan bahwa pengadaan obat secara swakelola di RSUD Pandan Arang Boyolali tahun 1997, nilai TOR 16,86. Demikian juga Pudjaningsih,¹¹ melaporkan nilai TOR RSUD Wates, RS Panti Rapih, RSUD Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 7,25 sampai 10,76.

Pengadaan obat tahun 2001 sampai tahun 2003 diatur dengan Keppres No. 18/2000 dan Keputusan Gubernur No. 172/2001. Tujuan diberlakukannya Keppres ini adalah agar pelaksanaan pengadaan barang atau jasa yang sebagian atau seluruhnya dibiayai APBN/APBD dilakukan secara efisien, efektif, terbuka dan bersaing, transparan, adil/tidak diskriminatif, dan akuntabel.¹ Adapun mengenai tenggang waktu pelaksanaan pengadaan barang/jasa dengan metode pelelangan (di luar tenggang waktu prakualifikasi) diatur bahwa mulai dari pengumuman pengadaan sampai penetapan pemenang dilaksanakan secepat-cepatnya 36 hari kerja dan selambat-lambatnya 45 hari kerja.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi sistem pengadaan obat dengan dana APBD Pemerintah Provinsi DIY di RS Grhasia Provinsi DIY terhadap ketersediaan dan efisiensi obat.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilaksanakan secara kualitatif dengan subjek penelitian terdiri dari dua kelompok yaitu: 1) kelompok pengadaan meliputi Tim Anggaran Pemerintah Provinsi DIY dan Panitia Pengadaan Obat RS; dan 2) kelompok pengguna yaitu kepala IFRS, ketua PFT, ketua komite medik, dokter dan perawat kepala ruang. Kelompok pengadaan terdiri dari tim anggaran pemerintah provinsi yang diwakili Bapeda, Subbagian Penyusunan Program RS, seksi keuangan RS,

ketua dan sekretaris panitia pengadaan. Kelompok pengguna (*user*) terdiri dari kepala IFRS, ketua KFT, ketua komite medik, dokter dan perawat kepala ruang yang bertugas antara tahun 2001-2003. Objek penelitian adalah proses perencanaan obat dan proses pengadaan obat. Ditambah pengumpulan data sekunder melalui pengumpulan data retrospektif berupa Perda APBD dan DIKDA, stok obat, buku bon gudang, buku kontrak obat, berita acara serah terima barang, resep, dan dokumen-dokumen yang berkaitan dengan ketersediaan obat di RS Grhasia serta observasi kondisi gudang dan IFRS.

Penelitian ini dilakukan pada kelompok pengadaan obat yang terdiri dari: tim anggaran pemerintah provinsi yang diwakili bapeda, subbagian penyusunan program RS, subbagian keuangan RS, ketua panitia pengadaan, sekretaris panitia pengadaan, dan kelompok pengguna (*user*) di RS Grhasia Provinsi DIY yang terdiri dari: Kepala IFRS, Ketua KFT, Ketua Komite Medik, Dokter dan Perawat, Kepala Ruang yang bertugas antara tahun 2001-2003.

Bahan yang diteliti adalah data primer dari hasil wawancara mendalam kelompok pengadaan dan kelompok pengguna (*user*) di RS Grhasia. Ditambah data sekunder yang didapatkan dari data retrospektif di RS Grhasia berupa: Perda APBD dan DIKDA, dokumen kontrak obat, berita acara serah terima barang, resep, kartu stok obat, buku bon gudang, faktur pengiriman obat, daftar harga obat. Di samping itu, pengamatan di gudang berupa kartu stok dan kondisi tempat penyimpanan obat. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara dengan kelompok Tim Anggaran Eksekutif yang diwakili Bapeda dan Subbagian Penyusunan Program serta Subbagian Keuangan RS tentang proses terbitnya Perda APBD. Wawancara dengan Ketua dan Sekretaris panitia pengadaan tentang proses pengadaan obat. Wawancara dengan kelompok pengguna (*user*) yaitu: Kepala IFRS, Ketua KFT, Ketua Komite Medik, Dokter, Perawat Kepala ruang tahun 2001-2003 tentang ketersediaan obat di RS Grhasia dan usulan untuk perbaikan ketersediaan obat. Data sekunder di IFRS meliputi resep, kartu stok, dokumen kontrak obat, faktur pengiriman obat, buku bon gudang, dan dokumen yang terkait dengan proses pengadaan dan ketersediaan obat, termasuk hasil pemeriksaan Badan Pengawasan Daerah (Bawasda). Di samping itu, dilakukan pengamatan di gudang meliputi, berita acara serah terima barang, kartu stok obat dan kondisi tempat penyimpanan obat di gudang.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah proses pengadaan obat dana APBD DIY yang meli-

puti: waktu pengadaan obat, frekuensi pengadaan obat, dan prosedur pengadaan obat. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah status ketersediaan dan efisiensi obat di IFRS yang dapat diukur melalui: obat kadaluarsa/rusak, penumpukan obat, obat tak diresepkan, *stock out* obat, dan nilai TOR persediaan obat. Variabel luar atau variabel pengganggu yaitu variabel yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi jalannya penelitian yaitu perubahan pola konsumsi obat dan perencanaan obat, ini tidak dilakukan penelitian.

Pelelangan dan penunjukan langsung pengadaan obat adalah pelelangan dan penunjukan langsung yang terjadi pada kurun waktu tahun 2001 - 2003 yang sesuai Keppres No. 18/2000 yang dijelaskan lebih lanjut dalam SK Gubernur DIY No. 172/2001.^{1,12} Tingkat ketersediaan obat adalah tingkat persediaan obat baik jenis maupun jumlah obat, yang diperlukan oleh pelayanan pengobatan, dalam periode waktu tertentu, diukur dengan cara menghitung persediaan obat dan pemakaian rata-rata per bulan. Dalam penelitian ini status ketersediaan dibagi dalam empat kategori, yaitu: 1) status ketersediaan obat berlebih, jika persediaan obat lebih dari 18 bulan pemakaian rata rata per bulan, 2) status ketersediaan obat aman, jika persediaan obat 12-18 bulan pemakaian rata-rata per bulan, 3) status ketersediaan kurang, jika persediaan obat kurang dari 12 bulan pemakaian rata-rata. Status ketersediaan kosong, jika persediaan obat kurang dari 1 bulan pemakaian rata-rata per bulan.² *Stock out* adalah tidak efisien yaitu keadaan persediaan obat kosong yang dibutuhkan di instalasi farmasi, waktu kekosongan obat adalah jumlah hari obat kosong dalam satu tahun.

Persentase rata-rata waktu kekosongan obat adalah persentase jumlah hari kekosongan obat dalam waktu satu tahun, obat tak diresepkan adalah obat yang tidak diresepkan selama 6 bulan. Persentase obat tidak diresepkan adalah jumlah obat yang tidak dipakai selama enam bulan atau lebih dibagi jumlah jenis obat yang tersedia kali seratus persen. Persentase obat kadaluarsa yaitu jumlah jenis obat kadaluarsa dibagi dengan total jenis obat. Nilai obat kadaluarsa adalah jumlah obat kadaluarsa kali harga obat. Persentase obat rusak yaitu jumlah jenis obat rusak dibagi dengan total jenis obat. Nilai obat rusak adalah jumlah obat kadaluarsa kali harga obat.² Efisiensi persediaan diukur dengan besaran nilai TOR obat yaitu harga pokok penjualan per tahun dibagi nilai rata-rata persediaan obat.¹⁰

Setelah seluruh data terkumpul, dilakukan verifikasi data, lalu data diklasifikasikan menjadi data kualitatif dan kuantitatif. Analisis data kualitatif diolah

dengan cara analisis isi (*content analysis*) yaitu: identifikasi temuan, dilakukan kodifikasi, hasilnya dikelompokkan menurut kelompok isinya, dan akhirnya isinya disajikan secara tekstual¹³, sedangkan data kuantitatif ketersediaan obat disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Personalia dalam perencanaan anggaran obat di RS Grhasia tahun 2001-2003 adalah PFT yang terdiri dari: Ketua PFT seorang psikiater, sekretaris seorang apoteker, anggota seorang psikiater dan dokter gigi. Jumlah personalia dalam SK Panitia Pembelian/Pengadaan dan Panitia Pemeriksa/Penerima obat tahun 2001-2003 (Tabel 1).

Tabel 1. Panitia Pengadaan dan Penerima Obat Tahun 2001-2003

Jumlah SDM	Tahun		
	2001	2002	2003
Panitia pembelian/ pengadaan	7 orang	9 orang	10 orang
Panitia pemeriksa/ penerima	7 orang	9 orang	8 orang

Sumber data : Dokumen kontrak pengadaan obat RS Grhasia tahun 2001-2003

Hasil wawancara dengan Ketua dan Sekretaris Panitia Pengadaan Obat terungkap bahwa personalia pada panitia pengadaan dan penerima dari kualifikasinya cukup memadai karena melibatkan apoteker dan asisten apoteker yang tahu tentang syarat-syarat dan spesifikasi obat-obatan, tetapi dari segi jumlah terlalu banyak. Panitia yang benar-benar melaksanakan tugas hanya ketua dan sekretaris panitia, sedangkan panitia dari instansi lain waktu rapat sering tidak datang. Dengan adanya personalia yang berasal dari instansi lain ternyata menambah beban tugas sekretaris pengadaan karena harus mencari ke instansi lain yang kantornya jauh dari RS.

Perencanaan obat berpedoman pada buku formularium obat RS. Buku formularium obat RS disusun oleh PFT yang mengadakan rapat dua kali setahun untuk menentukan *item* obat yang dibutuhkan oleh pasien. Dalam rapat PFT tersebut, dokter-dokter yang diundang memberikan masukan obat yang dibutuhkan pasien RS. Menurut Kepala IFRS dan Kepala Seksi Penunjang Medik I, perhitungan kebutuhan obat yang diusulkan berdasarkan data penggunaan obat tahun sebelumnya, data stok obat, perkiraan kebutuhan obat tahun yang akan datang, dan jumlah dana yang kemungkinan tersedia. Dalam perhitungannya obat yang *fast moving* berdasar konsumsi tahun sebelumnya dan diperkirakan setiap

tahun ada kenaikan 20%, sedangkan obat yang *slow moving* berdasar data stok yang ada dan memper-timbangkan masukan rapat PFT. Dari penelusuran dokumen, perhitungan untuk masing-masing obat belum ada. Dokumen yang ada adalah hasil akhir yang berupa daftar obat yang diadakan tahun 2001-2003.

Rumah sakit pada bulan November tahun 2000 membuat usulan anggaran untuk tahun anggaran 2001 kepada Gubernur bersama dana-dana lainnya. Menurut petugas Subbagian Keuangan dan Subbagian Penyusunan Program RS, usulan rencana anggaran obat dari RS Grhasia semua disetujui.

Setelah anggaran obat turun dalam bentuk PERDA APBD kemudian disusul DIKDA, PFT mengadakan rapat untuk membahas obat yang akan dibeli. Kemudian Kepala IFRS menghitung obat-obatan yang akan dibeli. Dari penelusuran data stok tahun 2001-2003, ditemukan obat yang stoknya masih banyak, tetapi masih melakukan pembelian, seperti *chlorpromazin* 25 mg pada tahun 2001, sedangkan obat yang penggunaannya banyak hanya membeli sedikit, seperti *Clozaryl/clozapine* 25 mg, *Clozaryl/clozapine* 100 mg, *Noprenia/resperidon* 2 mg.

Dana obat RS Grhasia pada tahun 2001-2003 berasal dari dana APBD pemerintah Provinsi DIY. Dari penelusuran dokumen, jumlah dana yang ada terdapat pada Tabel 2:

Waktu yang diperlukan untuk pengusulan anggaran dari RS sampai menjadi anggaran yang bisa digunakan untuk dana pembelian obat antara 3 sampai dengan 8 bulan. Setelah terbit persetujuan DIKDA dari Gubernur, Direktur menerbitkan SK Panitia pengadaan dan penerima obat.

Sarana yang diperlukan dalam pengadaan obat adalah sebagai berikut: anggaran pembelian obat, alat tulis, kertas, buku pedoman peraturan perundang-undangan, buku Daftar Rekanan Perusahaan (DRP), daftar harga obat dipasaran, telepon, biaya pengumuman di surat kabar, biaya rapat-rapat panitia pengadaan dan penerima obat maupun rapat pertemuan dengan rekanan, honor panitia pengadaan dan penerima. Sarana dan fasilitas tersebut menggunakan dana yang tersedia di RS. Honor panitia diambilkan dari dana DIKDA untuk obat sebesar 1% - 2% dari nilai DIKDA yang persentasenya tergantung jumlah dana pengadaan obat tersebut.

Sebelum proses pengadaan, panitia melakukan survei harga obat dipasaran kemudian ditambah 20%, alasan penambahan harga tersebut karena PBF yang melaksanakan pekerjaan tersebut belum tentu agen pabrik dari obat yang akan dibeli, sehingga harus mengambil ke PBF lain dan harus mengambil keuntungan. Kemudian panitia menyusun Harga

Tabel 2. Dana Obat dari DIKDA APBD Tahun 2001-2003

Dana obat	Anggaran DIKDA APBD (Rp)	Harga Perkiraan Sendiri (HPS) (Rp)	Realisasi Penggunaan Dana(Rp)	Honor Panitia (Rp)
Tahun 2001 Triwulan III	200.000.000,00	198.000.000,00	197.000.000,00	2.000.000,00
Tahun 2002 triwulan II	45.000.000,00	44.000.000,00	43.880.630,00	1.000.000,00
Tahun 2002 Triwulan III	205.000.000,00	203.000.000,00	202.800.000,00	2.000.000,00
Tahun 2003 Triwulan II	45.000.000,00	44.000.000,00	43.970.000,00	1.000.000,00
Tahun 2003 Triwulan III	255.000.000,00	252.500.000,00	251.407.000,00	2.500.000,00

Sumber data : Subbagian Keuangan RS Grhasia

Perkiraan Sendiri (HPS) yang akan digunakan sebagai pedoman dalam menentukan penawaran yang masuk.

Pengadaan obat-obatan dengan cara pelelangan tahun 2001 dari persiapan pelelangan pengadaan obat-obatan sampai obat-obatan diterima pada tahun 2001 membutuhkan waktu 3½ bulan. Pengadaan obat-obatan tahun 2002 dengan penunjukan langsung dengan SPK, dari rapat persiapan penunjukan langsung sampai obat-obatan diterima pada tahun 2002 adalah 1 bulan 5 hari. Pengadaan obat-obatan tahun 2002 dengan pelelangan, dari rapat persiapan pelelangan sampai obat-obatan diterima pada tahun 2002 adalah sekitar 3 bulan. Pengadaan obat-obatan tahun 2003 dengan penunjukan langsung dengan SPK dari rapat persiapan penunjukan langsung sampai obat-obatan diterima pada tahun 2003 adalah 2 bulan 4 hari. Pengadaan obat-obatan tahun 2003 dengan pelelangan dari persiapan pelelangan sampai obat-obatan diterima pada tahun 2003 adalah sekitar 2 bulan 25 hari.

Turunnya anggaran obat APBD tahun 2001-2003 pada triwulan II dan III, dan proses pengadaannya lama. Dari hasil perhitungan ketersediaan obat tahun 2001-2003, obat yang termasuk obat golongan A dan B dalam analisis ABC jumlah obat yang kurang dan kosong (Tabel 3).

Tabel 3. Obat Golongan A dan B dari Analisis ABC Pada 1 Januari yang Termasuk Ketersediaan Kurang dan Kosong

	Tahun		
	2001	2002	2003
Jumlah <i>item</i> obat golongan A dan B	34	37	42
Jumlah <i>item</i> ketersediaan obat kurang	5	13	15
Jumlah <i>item</i> ketersediaan obat kosong	-	3	9

Sumber data : IFRS Grhasia (diolah)

Hasil penelusuran data stok obat yang ada di IFRS yang termasuk obat golongan A dan B dengan analisis ABC, yang kosong tahun 2001-2003 sebagai berikut (Tabel 4, Tabel 5, Tabel 6).

Tabel 4. Daftar Obat Golongan A dan B dengan Analisis ABC yang Kosong Tahun 2001

No	Nama obat	Lama waktu kekosongan obat	Persentase rata-rata lama waktu kekosongan obat
1	<i>Inj Modecate</i>	23 hari	6,30%
2	<i>Aurorix</i>	60 hari	16,44%
3	<i>Clozaryl 25 mg</i>	50 hari	13,70%
4	<i>Serenace liquid</i>	123 hari	33,70%
5	<i>Ergotika 4,5 mg</i>	30 hari	8,22%

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2001 (diolah)

Obat yang digunakan pada tahun 2001-2003 sebagian besar adalah obat yang berasal dari pembelian tahun-tahun sebelumnya.

Penelusuran data stok pada tanggal 1 Juli 2005, ditemukan obat kadaluarsa yang berasal dari pengadaan tahun 2001 yaitu *Zoloft* (sertralin 50mg) sejumlah 390 tablet senilai Rp5.433.100,00 obat kadaluarsa yang berasal dari pengadaan tahun 2002 yaitu *hidrokortison cream 2,5%* sejumlah 104 tube senilai Rp356.720,00 *codein fosfat 20 mg* sejumlah 451 tablet senilai Rp369.640,00.

Hasil pengamatan gudang obat, obat disimpan dan dikelompokkan per tahun anggaran pembelian, dan beberapa obat disimpan dalam almari kayu tertutup yang dirancang bukan untuk obat. Hal tersebut menyebabkan ada beberapa obat yang sama tidak dijadikan satu, sehingga menyulitkan pengambilan obat secara *First In First Out* (FIFO) dan obat yang rusak/kadaluarsa tidak mudah dipantau. Dari pengecekan kartu stok obat gudang, buku persediaan gudang dan obat yang ada jumlahnya sesuai. Hasil pengamatan terhadap obat kadaluarsa dan rusak terdapat pada Tabel 7.

Tabel 5 Daftar Obat Golongan A dan B dengan Analisis ABC yang Kosong Tahun 2002

No	Nama obat	Lama waktu kekosongan obat	Persentase rata-rata lama waktu kekosongan obat
1	<i>Trihexyphenidyl 2 mg</i>	27 hari	7,40%
2	<i>Serenace 5 mg</i>	64 hari	17,53%
3	<i>Haloperidol 5 mg</i>	45 hari	12,33%
4	<i>Zofedral 2 mg</i>	35 hari	9,59%
5	<i>Clozaryl 25 mg</i>	124 hari	33,97%
6	<i>Inj Serenace 5 mg</i>	60 hari	16,44%
7	<i>Cipram</i>	96 hari	26,30%
8	<i>Serenace liquid 100 ml</i>	60 hari	16,44%
9	<i>Softex</i>	29 hari	7,95%
10	<i>Serenace liquid 15 ml</i>	60 hari	16,44%
11	<i>Inj Lodomer</i>	153 hari	41,19%
12	<i>Procere 4,5 mg</i>	123 hari	33,70%
13	<i>Cotrimoxazol 480 mg</i>	244 hari	66,85%

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2002 (diolah)

Tabel 6. Daftar Obat Golongan A dan B dengan Analisis ABC yang Kosong Tahun 2003

No	Nama obat	Lama waktu kekosongan obat	Persentase rata-rata lama waktu kekosongan obat
1	<i>Stelazin 5 mg</i>	15 hari	4,11%
2	<i>Haloperidol 1,5 mg</i>	75 hari	20,55%
3	<i>Trihexyphenidyl 2 mg</i>	27 hari	7,40%
4	<i>mg</i>	30 hari	8,20%
5	<i>Haloperidol 5 mg</i>	66 hari	18,08%
6	<i>Lodomer 2 mg</i>	222 hari	60,82%
7	<i>Clozaryl 100 mg</i>	222 hari	60,82%
8	<i>Clozaryl 25 mg</i>	124 hari	33,97%
9	<i>Zofedral 2 mg</i>	122 hari	33,42%
10	<i>Zofedral 3 mg</i>	35 hari	9,59%
11	<i>Inj lodomer</i>	122 hari	33,42%
12	<i>Zyprexa 5 mg</i>	276 hari	75,62%
13	<i>Zyprexa 10 hari</i>	222 hari	60,82%
14	<i>Inj Serenace 5 mg</i>	95 hari	26,03%
15	<i>Cipram</i>	180 hari	49,32%
16	<i>Serenace liquid</i>	15 hari	4,11%
17	<i>Becom C</i>	222 hari	60,82%
18	<i>Mokbios 500 mg</i>	30 hari	8,20%
19	<i>Neurovit E</i>	222 hari	60,82%
20	<i>Prozac 20 mg</i>	222 hari	60,82%
21	<i>Curcuma</i>	222 hari	60,82%
22	<i>Depacote</i>	222 hari	60,82%
	<i>Ergotika 1 mg</i>		

Sumber data : IFRS Grhasia tahun 2003 (diolah)

Tabel 7. Jumlah Obat Rusak/Kadaluarsa Tahun 2001-2003

	Tahun		
	2001	2002	2003
Jumlah <i>item</i> obat	220	207	251
Jumlah <i>item</i> obat rusak/kadaluarsa	48	58	67
Persentase obat rusak/kadaluarsa	21,81%	28,02%	26,69%
Nilai obat rusak/kadaluarsa	Rp63.369.436,00	Rp73.809.736,00	Rp82.210.626,00

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2001-2003 (diolah)

Dari pengamatan data obat yang rusak/kadaluarsa tahun 2001-2003, berasal dari pengadaan tahun-tahun sebelumnya. Dari hasil perhitungan ketersediaan obat tahun 2001-2003 dan dari perhitungan data stok obat yang termasuk obat golongan A dan B dalam analisis ABC, obat yang menumpuk atau berlebih terdapat pada Tabel 8.

PEMBAHASAN

Personalia pada perencanaan obat adalah PFT sudah sesuai dengan SK Menkes No. 085/Menkes/ per/1989, karena Ketua PFT adalah dokter dan sekretaris adalah apoteker. Anggota PFT di RS Grhasia kurang lengkap karena belum melibatkan perawat senior, petugas administrasi keuangan,

Tabel 8. Jumlah Obat Golongan A dan B dari Analisis ABC yang Menumpuk atau Ketersediaan Berlebih

	Tahun		
	2001	2002	2003
Jumlah item obat golongan A dan B	34	37	42
Jumlah item obat ketersediaan berlebih	19	17	13
Persentase obat ketersediaan berlebih	53%	44%	29%

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2001-2003 (diolah)

Pada 1 Juli 2005 dilakukan penelusuran blanko stok, hasilnya ditemukan obat hasil pengadaan obat tahun 2001 yang belum pernah keluar yaitu *Chlorpromazin* 25 mg sejumlah 150.000 tablet senilai Rp4.665.300,00.

Jumlah obat yang tidak diresepkan pada bulan Desember tahun 2001-2003 terdapat pada Tabel 9.

Tabel 9 Jumlah Obat yang Tidak Diresepkan

	Tahun		
	2001	2002	2003
Jumlah <i>item</i> obat yang ada	193	196	217
Jumlah <i>item</i> obat tidak diresepkan	56	51	36
Persentase obat tidak diresepkan	29,01%	26,02%	16,59

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2001-2003 (diolah)

Stock out adalah keadaan persediaan obat kosong yang dibutuhkan di IFRS. Obat golongan A dan B dalam analisis ABC tahun 2001-2003 ada yang kurang dan kosong. Jumlah obat yang kurang dan kosong tahun 2001-2003 (Tabel 5, Tabel 6, Tabel 7, Tabel 8).

Dari pengamatan resep, tidak ditemukan resep yang tidak terlayani karena dokter menulis dalam lembar resep yang berbeda untuk dibelikan di apotek luar. Nilai *Turn Over Ratio* (TOR) obat adalah harga pokok penjualan pertahun dibagi nilai rata-rata persediaan obat. Hasil perhitungan nilai TOR obat tahun 2001-2003 (Tabel 10).

Tabel 10. Nilai TOR Tahun 2001-2003

	Tahun		
	2001	2002	2003
Nilai TOR	0,44	0,71	0,88

Sumber data: IFRS Grhasia tahun 2001-2003 (diolah)

petugas laboratorium dan petugas pencatatan RS.⁶ Tugas PFT adalah menyusun formularium obat RS yang dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam perencanaan, pengadaan dan penggunaan obat di rumah sakit.

Frekuensi rapat PFT 2 kali setahun sangat kurang, karena menurut Pedoman Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi RS yang baik, PFT harus mengadakan rapat secara teratur, paling sedikit 6 kali dalam setahun, dan untuk RS yang besar 10-12 kali dalam setahun.⁴ Frekuensi rapat PFT perlu ditambah untuk komunikasi yang baik karena dengan komunikasi, masing-masing pihak yang terlibat dapat menerima berbagai *input* informasi yang dibutuhkan.⁵

Ditemukan obat yang stoknya masih banyak dan penggunaannya sedikit seperti *chlorpromazin* 25 mg, antasida DOEN, tetapi dalam pengadaan masih tetap dibeli. Perencanaan obat yang *fast moving* berdasar konsumsi tahun sebelumnya ditambah 20%. Perhitungan kenaikan 20% belum didukung data yang akurat, tetapi hanya berdasarkan asumsi. Hal ini menunjukkan perencanaan obat belum berdasarkan data yang akurat seperti yang direkomendasikan oleh Quick, *et al.*³

Dana yang diusulkan belum berdasarkan perhitungan kebutuhan semua obat satu tahun. Tetapi seperti dana tahun sebelumnya ditambah 10%-25%. Sebaiknya RS dalam membuat usulan anggaran pengadaan obat berdasarkan perhitungan kebutuhan obat yang sebenarnya, sehingga mengurangi terjadinya kekosongan obat.

Dari pengamatan penyimpanan obat di gudang, obat yang ada dikelompokkan per tahun anggaran pembelian dan sebagian diletakkan dalam almari kayu tertutup yang dirancang bukan untuk penyimpanan obat. Hal ini menyulitkan pengecekan

jumlah obat dan pengambilan obat secara FIFO dan *First Expiry First Out* (FEFO) karena obat yang sama ada di beberapa tempat, sehingga meningkatkan risiko obat menumpuk kemudian rusak/kadaluarsa.⁶

Dana obat tahun 2001-2003 sebagian besar dari APBD. Waktu turunnya dana pada triwulan II dan III, apalagi proses pengadaan obat memerlukan waktu yang lama (sekitar tiga bulan). Anggaran yang tersedia tidak bisa dipecah-pecah, tetapi harus melakukan pembelian sekaligus, sehingga frekuensinya hanya satu atau dua kali. Frekuensi pengadaan untuk rumah sakit kebanyakan *item* obat dipesan perbulan, dan untuk mengatasi kekurangan yang terjadi ditambah pesanan mingguan dan seterusnya.³ Obat yang mahal atau sering digunakan dibeli sebulan sekali sedangkan obat yang murah atau jarang digunakan dibeli setahun sekali atau setengah tahun sekali.⁴ Jadi frekuensi pengadaan obat di RS Grhasia tahun 2001-2003 sangat kurang.

Data pengeluaran obat tahun 2001 senilai Rp352.082.155,00. Pemasukan dana APBD Rp200.000.000,00. Pengeluaran obat tahun 2002 senilai Rp450.265.080,00. Dana APBD Rp250.000.000,00. Pengeluaran obat tahun 2003 senilai Rp466.647.485,00 sedangkan dana APBD Rp300.000.000,00. Hal ini menunjukkan bahwa dana obat dari APBD tahun 2001-2003 tidak mencukupi untuk memenuhi semua kebutuhan obat pasien RS Grhasia. Secara kebetulan kekurangan dana tersebut dipenuhi dengan menggunakan obat-obat yang dibeli tahun-tahun sebelumnya, karena sejak krisis moneter tahun 1997 sampai tahun 2000, RS Grhasia mendapat dana APBN yang berupa Dana Operasional Pemeliharaan RS (OPRS). Mulai Agustus 2003 mendapat penggantian dana obat yang sebelumnya dipakai pasien Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi-Bidang Kesehatan (PDPSE-BK).

Sarana dan fasilitas yang diperlukan untuk pengadaan obat dengan dana APBD tahun 2003 lebih tinggi dibandingkan dengan pengadaan langsung tanpa SPK yang tidak perlu biaya pengumuman di surat kabar, biaya rapat panitia, biaya rapat panitia dan rekanan, honor panitia, dan harga obat lebih murah karena bisa langsung ke distributor resmi. Penelitian Sarmini,⁷ melaporkan pengadaan obat dengan pembelian langsung sangat menguntungkan karena waktunya cepat dan volume obat tidak begitu besar, sehingga tidak menumpuk atau macet di gudang.

Dari hasil perhitungan ketersediaan obat 2001-2003, ditemukan obat yang menumpuk. Jumlahnya cukup banyak, tahun 2001 (53%), tahun 2002 sebesar

44%, tahun 2003 (29%). Obat yang menumpuk atau berlebih adalah tidak efisien karena memerlukan biaya penyimpanan dan kemungkinan resiko rusak/kadaluarsa. Dari pengamatan dokumen, ditemukan obat rusak/kadaluarsa pada tahun 2001-2003 yang berasal dari pembelian tahun-tahun sebelumnya. Setiap tahun selalu ada tambahan obat yang rusak/kadaluarsa.

Ditemukan obat yang tidak diresepkan selama enam bulan cukup tinggi yang berasal dari pengadaan tahun-tahun sebelumnya. Banyaknya obat yang tidak diresepkan tersebut menggambarkan tidak efisiennya pengadaan obat di RS Grhasia.

Efisiensi adalah suatu keadaan yang ketersediaan obat tidak menambah beban atau dapat menurunkan biaya.⁸ Perbekalan yang efisien dapat diartikan perbekalan yang efisien dan efektif dan tidak mahal, sedangkan keadaan *stock out* merupakan keadaan yang tidak efektif. *Stock out* mengurangi kualitas pelayanan RS karena pasien harus membeli di luar RS dan mengurangi pendapatan rumah sakit.¹² RS Grhasia sebagai RS rujukan tingkat provinsi seharusnya menerapkan sistem pembelian seperti yang direkomendasikan oleh Quick *et al.*,³ untuk menghindari atau mengurangi lamanya kekosongan obat.

Di RS Grhasia tahun 2001; 2002; 2003 nilai TOR = 0,44; 0,71; 0,88. Nilai perputaran empat kali setahun dianggap cukup memuaskan.⁴ Penelitian Sarmini⁷ menyebutkan di RS Pandan Arang Boyolali yang pengadaan obatnya dengan pengadaan langsung tahun 1996/1997 nilai TOR = 16,86 dan tidak ditemukan obat kadaluarsa/rusak. Penelitian Pudjaningsih¹¹, nilai TOR RSUD Wates, RS Panti Rapih Yogyakarta, RS PKU Yogyakarta berkisar antara 7,25 sampai 10,76. Bila dibandingkan dengan beberapa RS tersebut menunjukkan bahwa nilai TOR di RS Grhasia sangat kecil yang berarti pengelolaan persediaan di RS Grhasia tidak efisien.

Pengadaan obat yang bersumber dari anggaran APBD pada tahun 2001-2003 di RS Grhasia sesuai Keppres No. 18/2000 dengan menggunakan prosedur pelelangan dan penunjukan langsung dengan SPK. Untuk itu, maka dibutuhkan yang waktu lama, melewati prosedur beberapa tahap, frekuensinya sangat jarang sehingga menimbulkan kekosongan obat, penumpukan obat, obat tidak diresepkan, obat rusak/kadaluarsa dan nilai TOR rendah. Pengadaan obat publik dan perbekalan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan pelaksanaan pengadaan barang dan jasa instansi pemerintah dan pelaksanaan APBN¹⁴, sehingga setiap pengadaan barang/jasa yang dibiayai APBN maupun APBD berpedoman pada Keppres yang mengatur tentang

pengadaan barang/jasa. Dalam Keppres No. 18/2000 maupun Keppres No. 80/2003, disebutkan bahwa pengadaan barang atau jasa dapat dilaksanakan dengan pelelangan, pemilihan langsung, penunjukan langsung dan swakelola. Swakelola yaitu pekerjaan yang direncanakan, dikerjakan dan diawasi sendiri oleh pengguna barang.^{1,15} Dengan swakelola memungkinkan pembelian obat yang *fast moving* seperti Haloperidol 1,5 mg, Haloperidol 5 mg, Stelazin 5 mg, Clozaryl 25 mg sebulan sekali, obat yang *slow moving* seperti antasida DOEN dibeli setahun sekali.⁴

Dalam Keppres No. 80/2003 Pasal 39 Ayat 3d disebutkan pekerjaan yang dapat dilakukan dengan swakelola adalah pekerjaan yang secara rinci atau detail tidak dapat dihitung atau ditentukan terlebih dahulu, sehingga apabila dilaksanakannya oleh penyedia barang atau jasa akan menanggung resiko yang besar.¹⁵ Hal ini sesuai dengan karakteristik penggunaan obat di RS Grhasia yang fluktuatif. Misalnya obat yang *fast moving* seperti Stelazin 5 mg tahun 2002 mengalami kenaikan penggunaan sampai 66%, tahun 2003 naik lagi sebesar 40 %. Haloperidol 1,5 mg tahun 2002 mengalami penurunan sebesar 16 %, tahun 2003 turun 15%, bahkan Haloperidol 5 mg tahun 2002 mengalami penurunan sebesar 25 %, kemudian tahun 2003 naik sebesar 52%.

Pengadaan obat tahun 2001-2003 di RS Grhasia yang dilaksanakan sesuai Keppres No. 18/2000 dengan pelelangan dan penunjukan langsung dengan SPK, menimbulkan kekosongan obat, penumpukan obat, obat tidak diresepkan, obat rusak/kadaluarsa dan nilai TOR rendah. Hal ini menunjukkan pengadaan obat tersebut tidak efisien dan tidak efektif untuk ketersediaan obat. Berdasarkan hasil penelitian ini sebaiknya pengadaan obat waktunya cepat, frekuensi pengadaan ditambah, dan prosedur pengadaan yang sederhana yaitu swakelola dana obat seperti dimungkinkan dalam Keppres tentang pengadaan barang/jasa yang telah diterapkan di beberapa RS lain.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa sistem pengadaan obat dari dana APBD Pemerintah Provinsi DIY tahun 2001-2003, yang berpedoman pada Keppres No. 18/2000 dan Keputusan Gubernur No. 172/2001 dengan pelelangan dan penunjukan langsung dengan SPK,

waktunya lama, frekuensinya kecil, dan prosedurnya melewati beberapa tahapan baku. Ketersediaan obat di RS Grhasia kurun waktu tahun 2001-2003 adalah tidak efisien dan tidak efektif karena terjadi penumpukan obat, adanya obat rusak/kadaluarsa, jumlah obat tidak diresepkan tinggi, *stock out* tinggi, dan nilai TOR rendah.

Saran

Untuk RS Grhasia, membuat usulan kepada Gubernur Provinsi DIY, tentang anggaran obat yang sesuai kebutuhan setiap tahun anggaran dan diberikan kewenangan swakelola, seperti dimungkinkan dalam Keppres tentang pengadaan barang/jasa. Swakelola pengadaan obat telah diterapkan di beberapa RS pemerintah yang lain, dan terbukti lebih efisien dan efektif.

Untuk IFRS, perlu meningkatkan komunikasi dengan dokter, memperbaiki sistem penyimpanan dan pencatatan stok obat, serta lebih akurat dalam menghitung perencanaan kebutuhan obat, agar dapat mengurangi obat yang menumpuk, obat rusak/kadaluarsa, obat tidak diresepkan dan obat *stock out*.

KEPUSTAKAAN

1. Keppres Nomor 18 Tahun 2000. Keputusan Presiden Nomor 18 Tahun 2000 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Instansi Pemerintah. Bappenas RI, Jakarta. 2000.
2. Depkes RI. Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Dirjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jakarta. 2002.
3. Quick, J.D., Hume, M.I., O'Connor, R.W. Managing Drug Supply. Revised And Expanded, Managemen Sciences For Health. WHO. Boston. 1997;2.
4. ASEAN. Pedoman Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi Rumah Sakit Yang Baik. Bangkok, Thailand. 1989.
5. Muchlas, M. Perilaku Organisasi II, Dengan Studi Kasus Perumahsakitan. Program Pendidikan Pascasarjana, UGM, Yogyakarta. 1998.
6. Holloway, K., Green, T. Drug And Therapeutics Commitees. WHO. Managemen Sciences For Health, Arlington. 2003.
7. Sarmini. Analisis Terhadap Faktor Keberhasilan Manajemen Obat Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Pandan Arang Boyolali. Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1998.
8. Suryawati, S. Kursus Evisiensi Penggunaan Obat Di Institusi Pelayanan Kesehatan. Magister

- Manajemen & Kebijakan Obat. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2004.
9. Mohamad, E. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Pengambilan Obat Di Luar Apotek Rumah Sakit Timah Pangkalpinang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004; 07(01):35-39.
 10. Husnan, S., Pudjiastuti, E. Dasar Dasar Manajemen Keuangan Untuk Pengembangan Pendidikan, Akutansi Manajemen Perusahaan Yayasan Keluarga Pahlawan Nasional, Yogyakarta. 1994.
 11. Pudjaningsih, D. Pengembangan Indikator Efisiensi Pengelolaan Obat Di Farmasi Rumah Sakit, Tesis Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1996.
 12. Pemda Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 172 Tahun 2001 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Proyek Pembangunan di Provinsi DIY, Pemda DIY, Yogyakarta. 2001.
 13. Krippendorff, K. Analisis Isi, Pengantar Teori Dan Metodologi, Rajawali Pers, Jakarta. 1991.
 14. Depkes RI. Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik Dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD), Dirjen Pelayanan Kefarmasian Dan Alat Kesehatan, Jakarta. 2002.
 15. Keppres Nomor 80 Tahun 2003. Keputusan Presiden Nomor 80 Tahun 2003 Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/ Jasa Instansi Pemerintah, Edisi Lengkap, Penerbit Karina, Surabaya. 2003.