

**PROFIL RENCANA KEBUTUHAN OBAT DI DINAS KESEHATAN
PADA DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN
(STUDI DI KABUPATEN BELU NUSA TENGGARA TIMUR)**

Eva Taulabi¹, Wahyu Utami², Abdul Rahem^{2*}

¹Program Magister Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga

²Departemen Farmasi Komunitas, Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga

Email¹: taulabieva@gmail.com

*Email²: abdulrahem@ff.unair.ac.id

Artikel diterima: 23 Agustus 2019; Disetujui: 7 Oktober 2019

ABSTRAK

Rencana Kebutuhan Obat (RKO) merupakan dasar pertimbangan pengadaan untuk menjamin ketersediaan obat di Kabupaten. Ketersediaan obat harus dijamin baik jenis maupun jumlahnya karena obat merupakan aspek yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan, sehingga pengelolaan obat harus efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui profil RKO dan ketersediaan obat di daerah terpencil. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Data berupa data primer dan sekunder. Data primer didapatkan dengan observasi langsung serta melakukan wawancara pada saat penelitian dilaksanakan. Data sekunder dilakukan dengan menelusuri dokumen tahun sebelumnya yaitu tahun 2015 s/d 2017, dokumen yang dikumpulkan antara lain lembar RKO, laporan mutasi obat di IFK Belu, dan lembar penerimaan obat dan laporan pemusnahan obat rusak dan kadaluarsa tahun 2015 s/d 2017. RKO yang dilakukan di Kabupaten Belu tidak efektif dan efisien dilihat dari tingkat ketersediaan obat pada kategori aman yang sangat rendah, hal ini disebabkan karena metode yang digunakan dalam perhitungan RKO tidak sesuai dengan pedoman perencanaan kebutuhan obat. Salah satu hal yang mempengaruhi ketersediaan obat adalah jumlah obat yang diterima dari hasil pengadaan tidak sesuai dengan jumlah obat yang direncanakan bahkan ada yang sama sekali tidak diterima. Pemenuhan RKO terhadap Formularium Nasional mengalami perbaikan, tahun 2015 (75,6%), tahun 2016 (90,7%) dan tahun 2017 (90,%). Metode konsumsi yang digunakan dalam menghitung RKO tidak efektif dan efisien disebabkan metode yang digunakan tidak diterapkan secara penuh dan konsisten. Salah satu hal yang menyebabkan ketidakefektifan suatu RKO adalah penerimaan obat dari hasil pengadaan tidak mencapai 100%. Terjadi perbaikan dari tahun ke tahun dalam penggunaan Fornas sebagai dasar pemilihan obat

Kata kunci: Rencana Kebutuhan obat, Ketersediaan Obat, IFK Belu

ABSTRACT

Drug Requirement Plan (DRP) is the basic consideration of providing drug availability in a remote area. Both types and the amount of drugs must be

considered along with the drugs availability because the drugs presence is irreplaceable in health service. Therefore, drug management must be effective, efficient and in line with the needs of health services. The aim of this research is to know the profile of DRP and drug availability in remote areas. This research was conducted as descriptive research. Primary data were obtained through direct observation and conducting interview, secondary data from reviewing documents in the previous years, such as drug mutation report in IFK Belu, drug acceptance sheets as well as damaged and expired drug elimination report from 2015 until 2017. So far, DRP conducted in Belu District has been ineffective and inefficient, as observed from its drug availability which is at the very low level of "secure" category. This is due to the method used in drug requirement quantification, which has not been in accordance with the standard guidelines of DRP guidelines. One of factors affecting drug availability is the amount of drug accepted as the result of the procurement, which is not in accordance with the number discrepancy of demand and drug acceptance. There were even drugs that were not delivered at all. However, the fulfillment of DRP in accordance with the National Formulary has improved in 2015 (75,6%), in 2016 (90,7%), and in 2017 (90%). Method used in counting DRP has been ineffective and inefficient, due to nonconsistent and non-thorough implementation of the plan. One of factors causing the DRP ineffectivity is insufficient drug delivery which has not reached 100% of the amount written in the procurement. However, there is annual improvement in the implementation of National Formulary as the basic of drug selection.

Keywords: *Drug Requirement Plan, Drug Availability, IFK Belu*

PENDAHULUAN

Kebijakan pemerintah terhadap peningkatan akses obat diselenggarakan melalui beberapa strata kebijakan yaitu Kebijakan Obat Nasional (KONAS) tahun 2006, undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dimana menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat terutama obat esensial yang aman, berkhasiat dan rasional. Surat Edaran Menteri

Kesehatan

No.

1107/Menkes/E/VII/2000

menyebutkan bahwa kewenangan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota dalam bidang kesehatan salah satunya adalah perencanaan dan pengadaan obat untuk pelayanan kesehatan dasar yang merupakan bagian dari pengelolaan obat.

Perpres No. 131 tahun 2015 tentang penetapan daerah tertinggal menyatakan bahwa Kabupaten Belu

merupakan salah satu kabupaten di Provinsi NTT yang masuk dalam kategori tersebut. Selain itu kabupaten ini merupakan daerah terpencil, terluar, terdepan dan merupakan daerah kepulauan yang berbatasan langsung dengan Negara Timor Leste serta merupakan wilayah terjauh dari Kota Provinsi NTT. Wilayah ini memiliki masalah kesehatan yang sangat kompleks sehingga puskesmas sebagai satu-satunya sarana pelayanan kesehatan yang tersedia diharapkan dapat menjawab kebutuhan masyarakat akan kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai dinas teknis dalam menjamin ketersediaan obat di Puskesmas menunjuk Instalasi Farmasi Kabupaten (IFK) untuk melaksanakan pengelolaan obat. sistem manajemen pengelolaan obat yang terdiri dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi dan pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Tujuan dari pengelolaan obat adalah menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan obat yang

efisien, efektif dan rasional (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Perencanaan kebutuhan obat di Kabupaten tertuang dalam lembar Rencana Kebutuhan Obat (RKO) yang dilakukan untuk memenuhi ketersediaan obat. Ketersediaan obat adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan obat sesuai jenis dan jumlah obat-obatan yang diperlukan oleh masyarakat. Tingkat ketersediaan obat digunakan untuk mengetahui kisaran kecukupan obat dalam melakukan pelayanan dan suatu ketersediaan dikatakan optimal jika persediaan cukup untuk 12-18 bulan penggunaan (Departemen Kesehatan RI, 2006). RKO yang tidak tepat sangat mempengaruhi ketersediaan obat, jika RKO tidak dilakukan dengan baik maka dapat memberikan dampak yaitu kejadian kelebihan dan kekosongan obat yang memberikan kerugian diantaranya peningkatan biaya akibat pemakaian obat yang tidak rasional (Quick.D.J., *et al*, 2012).

Diberlakukannya Jaminan Kesehatan nasional (JKN) pada tahun 2014 berimplikasi pada sistem perencanaan obat dengan asas kendali

mutu kendali biaya dimana kendali mutu dilakukan dengan memberlakukan pemilihan obat berdasarkan Formularium Nasional (FORNAS) dan kendali biaya dilakukan dengan memberlakukan sistem pengadaan obat menggunakan sistem *e-purchasing* (Permenkes, 2013).

Di Indonesia, ketersediaan obat masih menjadi masalah yang sering ditemui di sarana pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian sebelumnya terkait perencanaan dan ketersediaan obat, penelitian mengenai faktor penyebab dan kerugian akibat kelebihan dan kekosongan obat di unit logistik RSUD Haji Surabaya, diketahui perencanaan obat yang tidak akurat dapat menyebabkan kejadian kekosongan obat sebesar 54% dan kelebihan obat sebesar 39% (Mellen & Pudjirahardjo, 2013). Evaluasi kesesuaian antara perencanaan dan realisasi penerimaan obat di Puskesmas rawat inap se-Kabupaten Sleman tahun 2008-2010 diketahui ketidaksesuaian ketersediaan obat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perencanaan yang kurang

mendekati kebutuhan riil (Silvania, dkk. 2012). Analisis Rencana Kebutuhan Obat dan Hubungannya dengan Ketersediaan Obat Anti-Hipertensi di Pusat Kesehatan Masyarakat diperoleh ada hubungan yang signifikan antara sistem perencanaan pengadaan obat dan ketersediaan obat serta antara kuantifikasi kebutuhan obat dan ketersediaan obat di Puskesmas di Kabupaten Pamekasan (Athiyah, dkk., 2018). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui profil RKO dan kaitannya dengan ketersediaan obat di daerah perbatasan, terluar dan terpencil.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Data berupa data primer dan sekunder. Data primer didapatkan dengan observasi langsung serta wawancara terhadap apoteker penanggungjawab IFK Belu. Data sekunder dilakukan dengan melihat dan menelusuri dokumen tahun sebelumnya yaitu tahun 2015 s/d 2017 antara lain lembar RKO, laporan mutasi obat di IFK Belu, dan lembar penerimaan obat serta laporan

pemusnahan obat rusak dan kadaluarsa tahun 2015 s/d 2017.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran RKO di Kabupaten Belu tahun 2015 s/d 2017

RKO di Kabupaten Belu dilakukan secara mandiri oleh apoteker penanggungjawab IFK Belu. Menurut apoteker penanggungjawab IFK Belu, metode RKO yang digunakan untuk menghitung kebutuhan obat di Kabupaten Belu berdasarkan pola konsumsi yang didasarkan pada analisis data dan penggunaan obat tahun sebelumnya. Selanjutnya data penggunaan obat selama setahun dihitung berdasarkan jenis item obat. Perhitungan yang digunakan dalam melakukan RKO di

Kabupaten Belu yaitu: Kebutuhan = rekapitulasi jumlah pemakaian obat tahun sebelumnya x 18 bulan.

Berdasarkan hasil observasi terhadap lembar RKO dan laporan mutasi tahunan diperoleh bahwa total item obat yang ada di IFK tahun 2015 sebanyak 172 item dan yang masuk dalam RKO sebanyak 84 item, tahun 2016 total item obat yang tersedia di IFK 181 item dengan item obat yang direncanakan sebanyak 43 item dan pada tahun 2017 total item obat yang tersedia di IFK Belu sebanyak 184 item dan yang direncanakan sebanyak 62 item. Hasil analisis gambaran RKO berdasarkan ketersediaan di Dinas Kesehatan Kabupaten Belu Tahun 2015 s/d 2017 dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil analisis gambaran RKO di Dinas Kesehatan Kabupaten Belu tahun 2015 s/d 2017

No	Ketersediaan Obat	2015	2016	2017
		n (%)	n (%)	n (%)
1	Berlebih	65 (77,4)	27 (62,7)	49 (79,0)
2	Mati	13 (15,5)	6 (14,0)	2 (3,2)
3	Kurang	4 (4,8)	6 (14,0)	6 (9,7)
4	Aman	2 (2,3)	4 (9,3)	5 (8,1)

Pada Tabel 1, dilakukan analisis tingkat ketersediaan obat dimana ketersediaan dikatakan efektif jika persediaan cukup untuk 12-18 bulan penggunaan dan tingkat ketersediaan

ini dinyatakan sebagai kategori aman, namun persentase obat yang masuk dalam kategori ini sangat rendah.

Berdasarkan jumlah persediaan obat pada masing-masing item obat

yang direncanakan, ditemukan ketersediaan terhadap obat yang direncanakan sebagian besar masuk dalam kategori berlebih dimana persediaan lebih dari 18 bulan. Hal ini disebabkan oleh dua hal, yang pertama adalah obat yang tidak perlu direncanakan karena memiliki stok awal yang besar dan obat yang dibutuhkan untuk direncanakan namun pada saat direncanakan jumlahnya melebihi penggunaan untuk 18 bulan persediaan. Selain obat pada kategori berlebih ditemukan juga obat pada kategori mati yaitu obat direncanakan namun sama sekali tidak digunakan.

Obat yang masuk dalam kategori berlebih menimbulkan resiko *expire* (kadaluarsa). Idealnya menurut MSH (*Management Science of Health*) tahun 1997, kelebihan obat tidak lebih dari 10% dari jumlah penggunaan. Mengingat pengadaan obat membutuhkan dana yang besar sehingga harus dikelola sebaik mungkin. Berdasarkan Surat Edaran Kementerian Kesehatan RI tahun 2017 mengenai kriteria batas kadaluarsa obat dalam proses

pengadaan menyebutkan bahwa obat yang diadakan mempunyai batas kadaluarsa paling singkat dua tahun pada saat diterima sehingga obat yang ketersediaannya di atas dua tahun dipastikan rusak atau *expire*.

Tabel 2 merupakan gambaran contoh obat dalam kategori berlebih. Pada tabel tersebut terdapat dua kelompok yaitu obat yang tidak dibutuhkan untuk direncanakan karena stok awal yang besar dan obat yang dibutuhkan untuk direncanakan namun jumlahnya lebih besar dari penggunaan. Data pada kelompok pertama menunjukkan obat yang direncanakan tidak berdasarkan ketetapan metode perhitungan kebutuhan obat berdasarkan pola konsumsi. Pada metode tersebut, stok awal merupakan aspek yang mempengaruhi jumlah ketersediaan obat selain jumlah penggunaan obat sedangkan pada kelompok kedua jumlah obat yang direncanakan lebih dari penggunaan sehingga dapat disimpulkan yang menyebabkan RKO masuk dalam kategori berlebih adalah kuantifikasi obat yang tidak tepat.

Tabel 2. Daftar Dua Obat Yang Masuk Dalam Kategori Berlebih Tahun 2015 s/d 2017

No.	Nama Obat	Jumlah	Kategori
-----	-----------	--------	----------

		Stok Awal	RKO	Penerimaan	Persediaan	Penggunaan	Stok Akhir	Stok (bulan)
1	2	3	4	5	6 = (3+5)	7	8 = (6-7)	9
a. Tidak dibutuhkan untuk direncanakan karena memiliki stok awal yang besar								
Tahun 2015								
1	Ampicilin inj. 1 gram	2.925	250	250	3.175	75	3.100	508,0
2	Metilergometrin Maleat tab. 0,125 mg	104.900	20.000	20.000	124.900	3.000	121.900	499,6
Tahun 2016								
1	Aminofilin 24 mg Inj. Prokain	1.755	50	50	1.805	25	1.780	866,0
2	benzilpenisilin inj. 3 juta iu	1.325	250	250	1.575	64	1.511	295,3
Tahun 2017								
1	Lidokain comp. inj 2 ml	4.208	3.000	3.000	7.208	160	7.048	540,6
2	Aminofilin 24 mg Inj.	1.780	72	72	1.852	45	1.807	493,9
b. Dibutuhkan untuk direncanakan namun jumlah yang direncanakan lebih besar dari penggunaan								
Tahun 2015								
1	Asetosal tab 100 mg	0	10.000	10.000	10.000	100	9.900	1.200
2	Ketokonazol krim 2 %	0	5.000	5.000	5.000	98	4.902	612,2
Tahun 2016								
1	Zinc tab. Disper. 20 mg	0	100.000	100.000	100.000	30.120	69.880	39,8
2	Diazepam tablet 5 mg	0	2.000	2.000	2.000	200	1.800	120,0
Tahun 2017								
1	Etanol 70% btl/ 1 liter	2	10.000	10.000	10.002	209	9.793	574,3
2	Zinc Syrup	0	20.000	20.000	20.000	1.071	18.929	224,1

Selain itu ditemukan RKO yang masuk dalam kategori mati seperti pada Tabel 3, dimana obat direncanakan namun sama sekali tidak digunakan. Ketersediaan obat pada kategori berlebih dan kategori mati menyebabkan resiko *expire* semakin tinggi. Berdasarkan berita acara pemusnahan obat kadaluarsa di Kabupaten Belu didapatkan jumlah

obat yang dimusnahkan bila dikonversi ke rupiah pada tahun 2015 sebesar Rp. 1.573.468.170., tahun 2016 sebesar Rp. 3.597.887.646., dan tahun 2017 sebesar Rp. 2.344.492.681. Dari data pemusnahan obat tersebut dapat disimpulkan bahwa obat yang rusak dan atau kadaluarsa di Kabupaten Belu sangat tinggi dapat dilihat dari tingkat

ketersediaan RKO yang sangat ekstrim. Berdasarkan lembar RKO, ditemukan obat yang ketersediannya masuk dalam kategori kurang menyebabkan persediaan obat yang direncanakan kurang dari 12 bulan. Tabel 4 menunjukkan contoh obat yang direncanakan namun jumlahnya tidak memenuhi penggunaan optimal sehingga menyebabkan kekosongan di pertengahan tahun berjalan, dan obat kurang karena obat yang direncanakan gagal dalam pengadaan. Adanya obat pada kategori ini akan sangat berdampak pada pelayanan kesehatan sehingga tujuan dari RKO tidak tercapai. Meningkatnya jumlah kekurangan obat memiliki dampak

negatif pada perawatan pasien dan berimplikasi pada pembiayaan yang mahal (Caulder *et al.* 2015).

Tabel 5 menunjukkan RKO yang masuk dalam kategori aman, namun kategori ini sangat kecil dibandingkan dengan obat pada kategori berlebih. Pada tahun 2015 item obat yang direncanakan sebanyak 84 dan yang masuk dalam kategori aman hanya 2 item, tahun 2016 item obat yang direncanakan sebanyak 43 dan yang masuk dalam kategori ini hanya 4 item, dan pada tahun 2017 item obat yang direncanakan sebanyak 62 item dan yang masuk dalam kategori ini hanya 5 item.

Tabel 3. Daftar Dua Obat Yang Masuk Dalam Kategori Mati Tahun 2015 s/d 2017

No.	Nama Obat	Jumlah					Kategori Stok (bulan)	
		Stok Awal	RKO	Penerimaan	Persediaan	Penggunaan		Stok Akhir
		3	4	5	6 = (3+5)	7	8 = (6-7)	9
Tahun 2015								
1	Tetrasiklin kaps.500 mg	0	20.000	20.000	20.000	0	20.000	Mati
2	Erytromicyn kap500 mg	0	1.000	1.000	1.000	0	1.000	Mati
Tahun 2016								
1	KombSulfadoksin 500 mg + Pirimetamin 25 mg	0	2.000	2.000	2.000	0	2.000	Mati
2	Fenitoin 30 mg	0	10.000	10.000	10.000	0	10.000	Mati

Tabel 4. Daftar Dua Obat Yang Masuk Dalam Kategori Kurang Tahun 2015 s/d 2017

No.	Nama Obat	Jumlah	Kategori
-----	-----------	--------	----------

		Stok Awal	RKO	Penerimaan	Persediaan	Penggunaan	Stok Akhir	Stok (bulan)
1	2	3	4	5	6 = (3+5)	7	8 = (6-7)	9
Tahun 2015								
1	Cefotaxim Inj.1 g	196	200	0	196	196	0	12,0
2	Clyndamicin kap.300 mg	4.250	20.000	0	4.250	4.250	0	12,0
Tahun 2016								
1	Simvastatin tab 10 mg	0	50.000	5.000	5.000	4.750	250	12,6
2	Parasetamol Syr	4.812	1.000	0	4.812	4.712	100	12,3
Tahun 2017								
1	Salbutamol tablet 4 mg	32.400	20.000	20.000	52.400	49.600	2.800	12,7
2	Parasetamol tab.500 mg	500.300	300.000	7.000	507.300	498.000	9.300	12,2

Tabel 5. Daftar Dua Obat Yang Masuk Dalam Kategori Aman Tahun 2015 s/d 2017

No.	Nama Obat	Jumlah					Stok Akhir	Kategori Stok (bulan)
		Stok Awal	RKO	Penerimaan	Persediaan	Penggunaan		
1	2	3	4	5	6 = (3+5)	7	8 = (6-7)	9
Tahun 2015								
1	Betametason 0,1% tube	3.601	2.000	2.000	5.601	4.267	1334	15,8
2	Cyprofloksacin 500 mg	39.300	50.000	0	39.300	27.200	12.100	17,3
Tahun 2016								
1	Deksametason Inj	965	1.000	1.000	1.965	1.331	634	17,7
2	Ibuprofen 400 mg	137.500	100.000	100.000	237.500	168.100	69.400	17,0
Tahun 2017								
1	Ringer laktat lar. 500 ml	2.708	2.000	2.000	4.708	3.252	1.456	17,4
2	Captopril 25 mg	37.800	50.900	50.900	88.700	63.900	24.800	16,7

Gambaran Hasil Pemenuhan Penerimaan Obat Terhadap RKO

Perencanaan kebutuhan obat merupakan tahap awal dalam pengelolaan obat yang bertujuan untuk menetapkan jenis dan jumlah

obat sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Jika perencanaan kebutuhan obat tidak terpenuhi maka hal ini akan sangat mempengaruhi pengelolaan obat selanjutnya. Dari perencanaan

kebutuhan obat tahun 2015 s/d 2017 diperoleh hasil seperti pada Tabel 6.

Tabel 6. Gambaran Pemenuhan Penerimaan obat terhadap RKO

No	Jumlah Penerimaan	2015	2016	2017
		n (%)	n (%)	n (%)
1	Sesuai dengan Jumlah pesanan	64 (76,2)	30 (69,8)	42 (67,7)
	Kurang dari jumlah pesanan	4 (4,8)	1 (2,3)	7 (11,3)
3	Tidak ada penerimaan	16 (19,0)	12 (27,9)	13 (21,0)

Dari Tabel 6 diperoleh bahwa item obat yang paling banyak direncanakan terjadi pada tahun 2015. Berdasarkan lembar RKO, dalam proses pengadaan diperoleh rerata pemenuhan usulan RKO terhadap pengadaan hanya sebesar 71,23%, ketidakterpenuhan RKO penerimaan RKO terhadap pengadaan disebabkan karena adanya obat yang mengalami gagal tender dalam sistem *e-procurement* dengan alasan pihak penyedia tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan obat tersebut.

Gambaran Pemenuhan RKO terhadap Formularium Nasional

Sesuai dengan kebijakan pemerintah maka acuan yang digunakan dalam perencanaan kebutuhan obat adalah Formularium Nasional (Fornas). Fornas merupakan

daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN dalam meningkatkan kendali mutu pada obat-obatan yang digunakan di fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2015).

Tabel 7. Pemenuhan RKO Terhadap Formularium Nasional

No	Identifikasi Fornas	2015	2016	2017
		n (%)	n (%)	n (%)
1	Fornas	65 (75,6)	39 (90,7)	56 (90,3)
	Non Fornas	21 (24,4)	4 (9,3)	6 (9,7)

Tabel 7 menunjukkan hasil RKO yang dilakukan di Kabupaten Belu terhadap identifikasi obat yang masuk dalam Fornas. Hasil yang didapatkan bahwa pemenuhan RKO terhadap fornasi dari tahun 2015 s/d 2017 mengalami perbaikan. Pemenuhan RKO pada tahun 2015 sebesar 75,6% dan naik pada tahun 2016 sebesar 9,7% sedangkan pada tahun 2017 sebesar 90,3%.

KESIMPULAN

Hal yang menyebabkan ketidakakuratan perhitungan kebutuhan adalah tidak diperhitungkannya stok awal yang dimiliki oleh IFK sehingga sebagian

besar RKO masuk dalam kategori berlebih. Selain itu jumlah obat yang direncanakan melebihi penggunaan tahun sebelumnya. Di sisi lain masih ada obat yang direncanakan kurang dari penggunaan tahun sebelumnya sehingga dapat disimpulkan metode konsumsi yang menjadi pilihan dalam perhitungan RKO tidak diterapkan dan dilaksanakan secara penuh dan konsisten. Selain perhitungan kebutuhan obat yang tidak tepat, RKO juga menjadi tidak efektif dikarenakan penerimaan obat dari hasil pengadaan tidak mencapai 100%. Terjadi perbaikan dari tahun ke tahun dalam penggunaan Fornas sebagai dasar pemilihan obat.

Metode konsumsi yang digunakan dalam menghitung RKO di Kabupaten Belu tidak menjawab kebutuhan obat secara efektif dan efisien dilihat dari ketersediaan obat pada kategori aman sangat rendah disisi lain sebagian besar obat yang direncanakan masuk dalam kategori berlebih.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Athiyah, U., Rahem ,A., Dian ,S,C., (2018). *An Analysis of Drug Requirement Plan and Its Relationship With Anti-Hypertension Drug Availability at Community Health Center.*, DOI:10.21276/ijprhs.2018.04.17
- Carolien, I., Fudholi, A. & Endarti, D. (2017). Evaluasi Ketersediaan Obat Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN pada Puskesmas di Kabupaten Kerom Provinsi Papua. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*; 7; 30-39.
- Caulder, Celeste et al. 2015. *Impact of Drug Shortageas on Health system Pharmacies in the Southheatern United States.* *Hospital Pharmacy* 50(4): 279-86
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*, Cetakan Kedua, Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Jakarta
- Gregorius, N & Erna, K., 2018. *Evaluasi Perencanaan Dan Pengadaan Obat Di Instalasi Farmasi RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah*

- Utara. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. V (07): 147-153.
- Kementerian Kesehatan RI & JICA. (2010). *Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional*. 2015
- Mellen RC., Pudjirahardjo WJ. *Faktor Penyebab dan Kerugian Akibat Stock out dan Stagnant Obat di Unit Logistik RSUD Haji Surabaya*. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* . 2013;1(1):99-107
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2011. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24. Tahun 2011 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia
- Pemerintah RI *Peraturan Presiden Republik Indonesia, Nomor 72 tahun 2012*. (2012). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Pemerintah RI.
- Quick, J., Rankin, J., Laing, R., O'Connor, R., Hogerzeil, H. & Dukes, M. (1997). *Managing Drug Supply*, 2nd Edition, Revised and Expanded, 2nd ed. USA: Kumarin Press.
- Silvania, A., Hakim, L. & Satibi. (2012). *Evaluasi Kesesuaian antara Perencanaan dan Realisasi Penerimaan Obat di Puskesmas Rawat Inap Se-Kabupaten Sleman Tahun 2008-2010*. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*; 2; 90-94.