

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS
(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)**

Disusun oleh :

FIRLANA SUBEKTI

145020304111007

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Meraih Derajat Sarjana Ekonomi*



JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2017

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS
(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)**

Disusun oleh :

FIRLANA SUBEKTI

145020304111007

SKRIPSI

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Meraih Derajat Sarjana Ekonomi*



JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul:

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS
(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)**

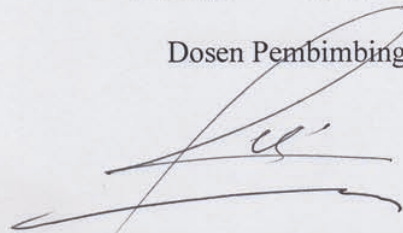
Yang disusun oleh:

Nama : Firlana Subekti
NIM : 145020304111007
Jurusan : Akuntansi
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis
Bidang Kajian : Akuntansi Manajemen Sektor Publik

Telah disetujui untuk digunakan dalam ujian komprehensif.

Malang, Maret 2017

Dosen Pembimbing,



Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak.
NIP. 197904032005011002

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS**

(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)

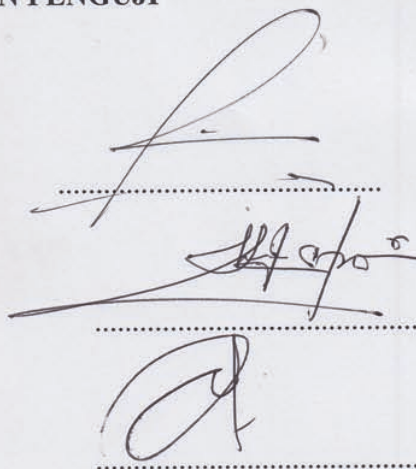
yang disusun oleh :

Nama : Firlana Subekti
NIM : 145020304111007
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya
Jurusan : Akuntansi

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 8 Maret 2017 dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima.


SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak.
NIP. 197904032005011002
(Dosen Pembimbing)
2. Kristin Rosalina, MSA., CMA., Ak.
NIP. 198604022015042002
(Dosen Penguji I)
3. Ayu Fury Puspita, MSA., Ak.
NIK. 88121402320012
(Dosen Penguji II)



.....
.....
.....

Malang, Maret 2017
Ketua Jurusan Akuntansi,



Nurkholis, Ph.D., Ak., CA.
NIP. 196607061991031001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Firlana Subekti
NIM : 145020304111007
Jurusan : Akuntansi
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis
Bidang Kajian : Akuntansi Manajemen Sektor Publik

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang saya susun dengan judul:

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS
(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)**

adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari skripsi orang lain. Apabila di kemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang berlaku (pencabutan predikat kelulusan dan gelar kesarjanaannya).

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan bilamana diperlukan.

Malang, Maret 2017

Pembuat Pernyataan,

Firlana Subekti
NIM. 145020304111007



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Firlana Subekti
NIM : 145020304111007
Tempat/Tanggal Lahir : Ciamis/ 24 Oktober 1990
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Jenis Kelamin : Laki-laki
Golongan Darah : B
Alamat : Jl. Masjid Agung No 22, Kota Banjar, 46311
Telepon/HP : 085288158478
Kewarganegaraan : Indonesia
Email : f.subekti@gmail.com
Pendidikan Formal :
2014 – sekarang : Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Brawijaya
2008 – 2011 : Sekolah Tinggi Akuntansi Negara
2005 – 2008 : SMA Negeri 1 Banjar
2002 – 2005 : SMP Negeri 1 Banjar
1996 – 2002 : SD Negeri 2 Banjar



LEMBAR PENGESAHAN PENULISAN ARTIKEL JURNAL

Jurnal Ilmiah Mahasiswa dengan judul :

**FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT
DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI
BERDASARKAN POLA MORBIDITAS
(Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)**

Yang disusun oleh :

Nama : Firlana Subekti
NIM : 145020304111007
Jurusan : Akuntansi
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis
Bidang Kajian : Akuntansi Manajemen Sektor Publik

Telah disetujui dan disahkan.

Malang, Maret 2017

Dosen Pembimbing,


Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak.
NIP. 197904032005011002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil 'Alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Formulasi Besaran Penganggaran Belanja Obat Dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas (Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)”**. Penelitian ini diwujudkan dalam bentuk skripsi yang dijadikan sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar Sarjana Ekonomi (S.E.) program Strata Satu (S1) Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya.

Selama proses penelitian dan penyusunan skripsi ini, peneliti telah banyak mendapat dukungan baik dalam bentuk saran, kritik, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti ingin menyampaikan ucapan dan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ayah dan Ibu tercinta, Sumardi (Alm) dan Siti Nuraeni, yang telah membesarkan dan memberikan kesempatan peneliti untuk tumbuh dengan baik dan mengenyam pendidikan yang lebih tinggi hingga saat ini;
2. Adik yang saya banggakan, Nudy Istifa Nugroho, yang segala bentuk dukungannya tiada henti;
3. Bapak Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak., selaku dosen pembimbing yang senantiasa bersabar dan memberikan saya banyak dukungan, saran, dan motivasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini;

4. Ibu Ayu Fury Puspita, MSA., Ak., selaku dosen penguji I, dan Ibu Kristin Rosalina, MSA., CMA., Ak., selaku dosen penguji II, yang telah memberikan banyak saran dan kritik untuk perbaikan penelitian dan skripsi ini;
5. Bapak Nurkholis, Ph.D., Ak., CA., selaku Ketua Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya;
6. Bapak Abdul Ghofar, DBA., CPMA., CA., Ak., selaku Sekretaris Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya;
7. Bapak/Ibu Dosen Jurusan Akuntansi Universitas Brawijaya Malang atas semua ilmu bermanfaat yang telah diberikan kepada peneliti;
8. Ibu Cicik dan seluruh pegawai di Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun yang telah bersedia memberikan banyak waktunya untuk membantu peneliti dalam pengumpulan data dan informasi yang sangat berguna dan diperlukan untuk penyusunan skripsi ini;
9. Teman-teman Tugas Belajar Universitas Brawijaya (TB UB) periode 2014-2017, yang senantiasa menjadi penyemangat dan kawan setia dalam perjalanan tugas belajar selama 2,5 tahun ini;
10. Teman-teman mahasiswa reguler, yang telah banyak sekali memberikan semangat, dukungan, dan pengetahuan selama proses belajar peneliti;
11. Semua pihak lainnya yang tidak bisa peneliti sebutkan satu per satu, yang juga telah memberikan banyak dukungan secara langsung maupun tidak langsung selama proses penyelesaian penelitian dan skripsi ini.

Penelitian ini memberikan pengalaman dan pengetahuan yang sangat berharga dan baru pertama kali peneliti rasakan, sehingga memberikan kesan yang sangat mendalam di diri peneliti. Semoga penelitian yang telah disusun dalam bentuk skripsi ini dapat memberikan manfaat sesuai dengan yang peneliti harapkan bagi semua pihak. *Aamiin ya Rabbal 'Alamin.*

Malang, Maret 2017

Firlana Subekti

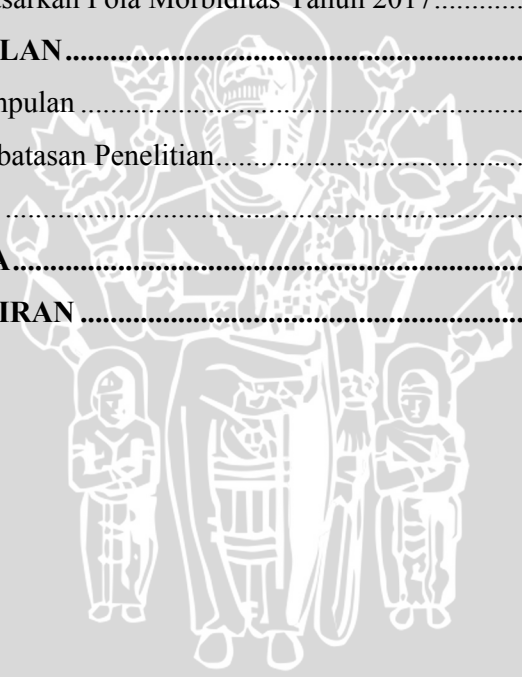


DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
LEMBAR PENGESAHAN PENULISAN ARTIKEL JURNAL	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
Abstrak	xvi
Abstract	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Fokus Penelitian	7
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.4. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Kesehatan Masyarakat	10
2.1.1. Definisi	10
2.1.2. Upaya Pelayanan Kesehatan	12
2.2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	14
2.2.1. Definisi	14
2.2.2. Bentuk Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat	15
2.3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)	16
2.3.1. Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	16
2.3.2. Fungsi, Tugas, dan Wewenang	16

2.3.3. Penyelenggaraan Jaminan Sosial.....	18
2.4. Dana Kapitasi.....	20
2.4.1. Pengertian Dana Kapitasi	20
2.4.2. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi	21
2.5. Penganggaran.....	24
2.5.1. Definisi Penganggaran.....	24
2.5.2. Penganggaran Dalam Sektor Publik.....	24
2.5.3. Analisis Standar Belanja.....	25
2.6. Morbiditas Penyakit.....	27
2.6.1. Definisi Morbiditas.....	27
2.6.2. Ukuran-Ukuran Dasar Morbiditas	27
2.6.3. Hubungan antara Ukuran-Ukuran Morbiditas	29
2.7. Pengelolaan Persediaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai.....	29
2.7.1. Persediaan.....	29
2.7.2. Obat dan Bahan Medis Habis Pakai	30
2.7.3. Manajemen Persediaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai	31
2.7.4. Metode Perencanaan Obat	36
2.7.5. Pengendalian Persediaan	39
2.7.6. <i>Economic Order Quantity (EOQ)</i>	40
2.7.7. <i>Reorder Point (ROP)</i>	41
2.7.8. Persediaan Pengaman / <i>Safety Stock</i> / <i>Buffer Stock</i>	42
2.8. Penelitian Terdahulu	44
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	48
3.1. Metode Penelitian	48
3.2. Objek Penelitian.....	49
3.3. Jenis Data.....	49
3.4. Teknik Pengumpulan Data.....	50
3.5. Teknik Analisis Data.....	53
BAB IV ANALISIS DAN PEMBAHASAN	57
4.1. Gambaran Umum Entitas.....	57

4.1.1.	Sejarah Puskesmas Wungu.....	57
4.1.2.	Visi dan Misi Puskesmas Wungu.....	60
4.1.3.	Struktur Organisasi.....	61
4.1.4.	Lokasi Puskesmas Wungu.....	67
4.1.5.	Gambaran Produk Jasa.....	69
4.2.	Perencanaan dan Pengadaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai ...	72
4.3.	Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun	75
4.4.	Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas.....	79
4.5.	Perencanaan Kebutuhan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas Tahun 2017.....	89
BAB V	KESIMPULAN.....	97
5.1.	Kesimpulan.....	97
5.2.	Keterbatasan Penelitian.....	98
5.3.	Saran.....	99
	DAFTAR PUSTAKA.....	101
	LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	104



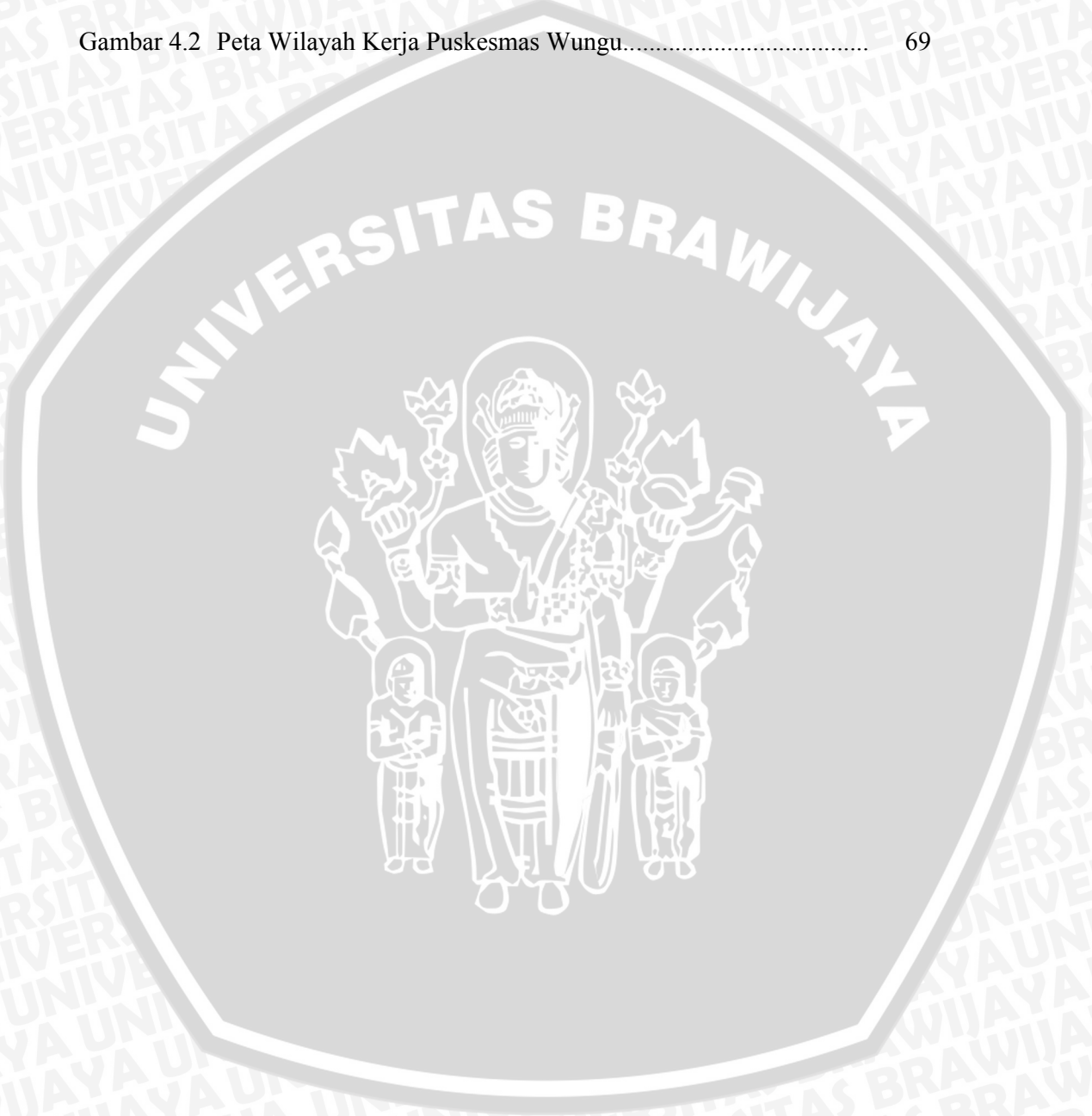
DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Daftar Kepala Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun.....	57
Tabel 4.2	Pola Morbiditas yang Ditangani Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun Tahun 2016.....	78
Tabel 4.3	Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Tahun 2016	89
Tabel 4.4	Perkiraan Pola Morbiditas Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun Tahun 2017.....	90
Tabel 4.5	Perkiraan Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Tahun 2017.....	91



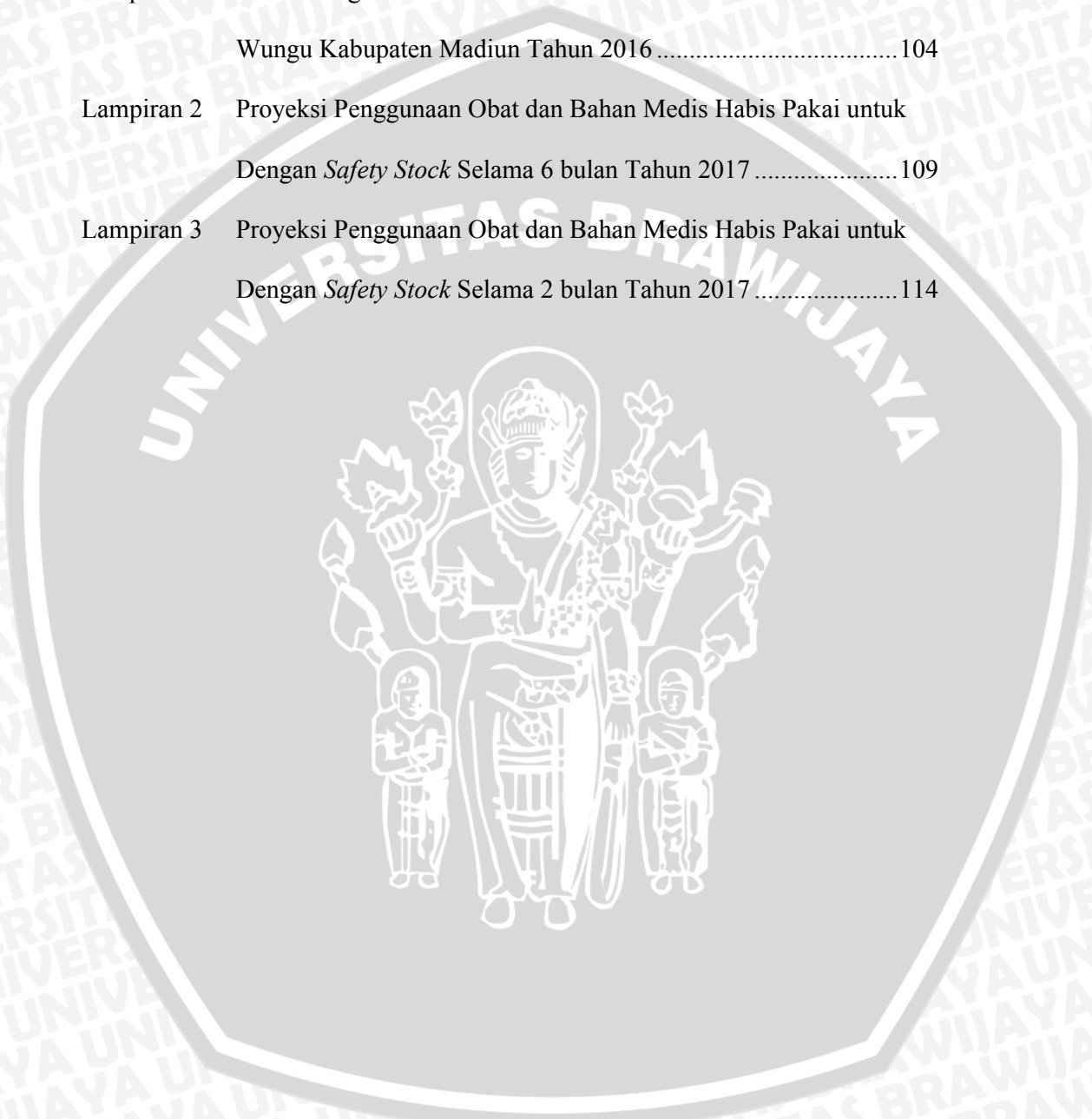
DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Struktur Organisasi Puskesmas Wungu.....	61
Gambar 4.2 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Wungu.....	69



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Harga Obat dan Bahan Medis Habis Pakai di Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun Tahun 2016	104
Lampiran 2	Proyeksi Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai untuk Dengan <i>Safety Stock</i> Selama 6 bulan Tahun 2017	109
Lampiran 3	Proyeksi Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai untuk Dengan <i>Safety Stock</i> Selama 2 bulan Tahun 2017	114



Abstrak

FORMULASI BESARAN PENGANGGARAN BELANJA OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI BERDASARKAN POLA MORBIDITAS (Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)

**Firlana Subekti
Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak.
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya
Email: f.subekti@gmail.com**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan formulasi penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas, mengetahui besaran persentase perbandingan antara penghitungan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas dengan rencana kebutuhan obat riil yang diajukan Puskesmas ke Dinas Kesehatan, dan mengetahui apakah pola morbiditas dapat memberikan gambaran kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dalam satu tahun yang akan datang. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dan menggunakan pendekatan metode deskriptif dengan objek penelitian Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun. Formulasi dilakukan dengan membagi obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan jenis penyakit, menghitung perkiraan morbiditas dan perkiraan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai pada tahun yang akan datang, menghitung sisa persediaan dan persediaan pengaman, serta menghitung nilai rencana pengadaan untuk tahun yang bersangkutan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rencana pengadaan dengan menggunakan pola morbiditas menghasilkan nilai pengadaan yang lebih besar dibandingkan rencana pengadaan dengan menggunakan metode konsumsi seperti yang diterapkan oleh Puskesmas Wungu. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa penentuan kebijakan persediaan pengaman memberikan efek yang signifikan terhadap nilai pengadaan yang dianggarkan.

Kata kunci: Obat dan Bahan Medis Habis Pakai, Morbiditas, Penganggaran

Abstract

THE BUDGETING FORMULATION OF DRUGS AND CONSUMABLE MEDICAL MATERIALS ON THE BASIS OF MORBIDITY PATTERN (A Case Study at the Community Health Center of Wungu, Madiun)

Firlana Subekti

Helmy Adam, MSA., CPMA., Ak.

Faculty of Economics and Business, Brawijaya University

Email: f.subekti@gmail.com

The study aims to describe the budgeting formulation of drugs and consumable medical materials based on morbidity patterns, identify the ratio between morbidity-based budgeting of drugs and consumable medical materials and the budgeting plan proposed by the community health center (Puskesmas) to the Ministry of Health, and determine if the morbidity pattern can provide an overview on the need of drugs and consumable medical materials in the future year. This quantitative descriptive research is carried out at Puskesmas Wungu in Madiun District. The formulation is administered by classifying the drugs and consumable medical materials based on the type of disease, calculating the morbidity, estimating the use of drugs and consumable medical materials for the coming year, calculating the rest of inventory and safety stocks, and counting the value of drugs and consumable medical materials procurement budget for the year concerned. The result of the study shows that morbidity-based budgeting produces greater value than the current budgeting plan, as indicated in the use of the consumption method implemented by Puskesmas Wungu. This study also confirms that the determination of safety stock policies has a significant effect on the budgeting value.

Kata kunci: *Drugs and Consumables Medical Materials; Morbidity; Budgeting*

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Pelayanan di bidang kesehatan juga merupakan salah satu fokus pembangunan pemerintah dalam jangka panjang. Melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 mengenai Rencana Pemerintah Jangka Panjang Nasional (RPJP) tahun 2005-2025, Indonesia mencanangkan visi **“Indonesia yang Mandiri, Maju, Adil, dan Makmur”**.

Dalam lampiran Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 disebutkan bahwa untuk mencapai visi tersebut, salah satu misi yang diemban adalah dengan mewujudkan bangsa yang berdaya-saing adalah mengedepankan pembangunan sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing; meningkatkan penguasaan dan pemanfaatan iptek melalui penelitian, pengembangan, dan penerapan menuju inovasi secara berkelanjutan; membangun infrastruktur yang maju serta reformasi di bidang hukum dan aparatur negara; dan memperkuat perekonomian domestik berbasis keunggulan setiap wilayah menuju keunggulan kompetitif dengan membangun keterkaitan sistem produksi, distribusi, dan pelayanan termasuk pelayanan jasa dalam negeri.

Dalam penjelasan mengenai misi tersebut, sumber daya manusia yang berdaya saing tidak akan terbentuk apabila tidak ada sinergi antara investasi dalam bidang pendidikan dan kesehatan. Hal tersebut terkait dengan pertumbuhan ekonomi dan penurunan tingkat kemiskinan serta pengangguran di masa yang akan datang.

Selain dalam RPJP, visi khusus di bidang kesehatan juga dicanangkan dalam Rencana Pemerintah Jangka Panjang Kesehatan Bidang Kesehatan (RPJP-K) tahun 2005-2025 yaitu **“Indonesia Sehat 2025”**. RPJP-K menyebutkan bahwa dalam Indonesia Sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Komitmen pemerintah di bidang kesehatan kembali ditegaskan dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan penjabaran lebih lanjut dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program utama dari undang-undang tersebut adalah penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.

Jaminan kesehatan nasional bukanlah sesuatu hal yang baru. Sebelum adanya BPJS, program jaminan kesehatan nasional diselenggarakan oleh PT ASKES (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Sedangkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dalam rangka menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional, BPJS

melakukan pembayaran dana-dana yang akan dikelola oleh fasilitas kesehatan (faskes). Dana-dana tersebut adalah:

1. Dana Kapitasi
2. Dana Non Kapitasi
3. Dana Indonesian – Case Based Groups (INA-CBG)
4. Dana Non INA-CBG

Dana kapitasi merupakan sejumlah dana yang dibayarkan kepada fasilitas kesehatan dengan menggunakan tarif kapitasi yang telah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan. Pembayaran dana kapitasi dilakukan setiap bulan dengan memperhatikan jumlah peserta yang terdaftar dan ketersediaan jumlah tenaga medis pada fasilitas kesehatan tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pemanfaatan dana kapitasi selanjutnya diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah dan dilengkapi dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan Dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah Daerah. Peraturan Menteri Kesehatan tersebut menjelaskan bahwa dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional kesehatan.

Alokasi dana kapitasi untuk jasa pelayanan dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan pada FKTP. Besaran alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan adalah minimal 60% dari total dana kapitasi yang diterima dan sisanya dialokasikan kepada pembayaran dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Sedangkan komponen biaya operasional pelayanan kesehatan terdiri dari biaya obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, serta biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.

Proses perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai adalah salah satu hal krusial yang harus dilakukan oleh FKTP. Selain melakukan pembelian sendiri menggunakan dana kapitasi, FKTP juga mendapat bantuan obat dan bahan medis habis pakai dari Gudang Farmasi Kabupaten (GFK). Oleh karena itu, sangat penting bagi FKTP untuk dapat mengestimasi jumlah obat yang akan digunakan dalam jangka waktu satu tahun mendatang, besaran dana kapitasi yang diperlukan untuk keperluan obat dan bahan medis habis pakai, serta vendor mana yang akan menjadi mitra dalam pelaksanaan pengadaan obat.

Pengelolaan obat di kabupaten/kota merupakan tanggung jawab penuh dari pemerintah kabupaten/kota. Pengelolaan obat dimulai dari proses perencanaan kebutuhan obat untuk pelayanan kesehatan berdasarkan sistem "*bottom up*", perhitungan rencana kebutuhan obat (RKO), serta mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan obat dari beberapa sumber dana. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian mengajukan RKO dan melaporkan penggunaan obat kepada Pemerintah Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat (Anonim, 2008).

Susi dan Wiku (2006) dalam Rumbay (2015) menyebutkan bahwa salah satu aspek yang perlu dipertimbangkan dalam perencanaan obat yaitu anggaran pengadaan obat. Hal tersebut turut didukung hasil penelitian Mustika dan Sulanto (2004) yang menyebutkan bahwa kekurangsesuaian dana pengadaan obat secara tidak langsung mengakibatkan berkurangnya kesesuaian ketersediaan obat.

Salah satu fungsi dari Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah melaksanakan pelayanan kesehatan dasar secara langsung kepada masyarakat. Jenis pelayanan yang diberikan salah satunya adalah kegiatan pelayanan pengobatan yang selalu membutuhkan obat publik. Puskesmas harus menyediakan data dan informasi mutasi obat serta kasus penyakit dengan baik dan akurat, mengetahui jumlah dan jenis obat publik yang dibutuhkan.

Kusumanto, et al (1999) dalam Priatna (2009:4) menyatakan bahwa:

hal yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan kebutuhan obat adalah anggaran, peningkatan kunjungan, kemungkinan hilang, rusak atau kadaluarsa, masa tenggang, stok pengaman, perencanaan *bottom up*, pola penyakit, standar terapi, pengisian tempat tidur, lama hari rawat, sisa stok, formularium, kapasitas gudang dan pemakaian sebelumnya.

Pada praktik di sejumlah Puskesmas, seperti di Puskesmas-puskesmas Kabupaten Ngawi dan Puskesmas-puskesmas Kabupaten Madiun, perencanaan obat sering mengalami beberapa permasalahan. Permasalahan tersebut diantaranya adalah usulan kebutuhan obat yang diajukan terhadap ketersediaan obat tidak sesuai dengan kondisi pembelian obat, pengadaan obat didasarkan pada jenis obat yang tertera pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang standar harga obat generik sehingga banyak obat yang dibutuhkan tidak dapat diadakan

karena tidak terdapat dalam standar, dan perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai dilakukan hanya dengan melihat pemakaian pada tahun sebelumnya ditambah dengan estimasi kenaikan kebutuhan dan sangat jarang memperhatikan jumlah obat yang masih tersedia di unit kefarmasiannya.

Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun adalah salah satu puskesmas yang terdapat di Kecamatan Wungu selain Puskesmas Mojopurno. Pada tahun 2017, Puskesmas Wungu berencana untuk melakukan renovasi gedung karena kondisi dan kapasitas gedung puskesmas saat ini mulai tidak dapat memenuhi jumlah pasien yang datang berkunjung ataupun untuk menampung pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat preventif seperti senam yang dilakukan setiap hari Jumat. Peningkatan jumlah pasien yang berkunjung dapat dijadikan salah satu indikasi bahwa terjadi kenaikan jumlah kasus penyakit yang dialami oleh masyarakat di wilayah kerja puskesmas.

Hal tersebut juga didukung dengan data bahwa jumlah kasus yang ditangani pada 2016 meningkat secara signifikan dibandingkan dengan tahun 2015. Pada tahun 2016, jumlah kasus penyakit yang ditangani adalah sebanyak 9.524 kasus, meningkat sebanyak 1.810 atau sebesar 23,46% jika dibandingkan dengan tahun 2015 yang hanya sebanyak 7.714 kasus penyakit. Peningkatan jumlah kasus tersebut tentu diimbangi dengan peningkatan kebutuhan persediaan obat dan bahan medis habis pakai. Dengan adanya peningkatan sebesar 23,46% dibandingkan dengan tahun sebelumnya, perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai perlu mendapat perhatian lebih karena dengan peningkatan

yang cukup signifikan ini dapat menyebabkan kekurangan stok obat dan bahan medis habis pakai dapat membuat operasional puskesmas terhambat.

Selain itu, Puskesmas Wungu saat ini sedang mengajukan usulan untuk menjadi Badan Layanan Umum Daerah sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam proses perencanaan strategisnya, terjadi permasalahan dalam perencanaan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai sehingga efisiensi waktu penyusunan rencana strategis bisnis berkurang dan pengalokasian pos-pos operasional lain ikut terhambat.

Masalah-masalah tersebut tentu akan mengurangi tingkat efisiensi penggunaan dana kapitasi yang dapat berakibat penurunan anggaran pada pos-pos dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya sehingga peneliti merasa diperlukan adanya suatu formulasi lain untuk perencanaan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai sehingga besaran penggunaannya dari dana kapitasi dapat segera diketahui dan efisiensi penggunaan dana kapitasi juga dapat dioptimalkan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti mengangkat judul penelitian: **“Formulasi Besaran Penganggaran Belanja Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas (Studi Kasus Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun)”**.

1.2. Fokus Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana formulasi penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas?
2. Berapa besar persentase perbandingan antara penghitungan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas dengan rencana kebutuhan obat riil yang diajukan Puskesmas ke Dinas Kesehatan?
3. Apakah pola morbiditas dapat memberikan gambaran kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dalam satu tahun yang akan datang?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mendeskripsikan formulasi penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas.
2. Untuk mengetahui besaran persentase perbandingan antara penghitungan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas dengan rencana kebutuhan obat riil yang diajukan Puskesmas ke Dinas Kesehatan.
3. Untuk mengetahui apakah pola morbiditas dapat memberikan gambaran kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dalam satu tahun yang akan datang.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis maupun aplikatif, yaitu sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi langkah awal bagi penelitian lain dalam melakukan formulasi penganggaran obat dan bahan medis habis pakai khususnya dalam penggunaan dana kapitasi yang diterima Puskesmas.

2. Manfaat Aplikatif

Formulasi ini diharapkan dapat membantu Puskesmas dalam melakukan penganggaran belanja obat dan bahan habis pakainya dengan sumber dana yang berasal dari dana kapitasi sehingga proses penyusunan rencana kerja dan anggaran dari Puskesmas dapat lebih efisien.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kesehatan Masyarakat

2.1.1. Definisi

Terdapat banyak sudut pandang untuk mengkaji apakah kesejahteraan telah terwujud dalam suatu masyarakat ataukah justru pencapaiannya masih jauh dari apa yang diharapkan. Faktor yang perlu mendapatkan perhatian terkait dengan tingkat kesejahteraan adalah kesehatan.

Undang-Undang Dasar 1945 mengatur hak asasi manusia pada Bab XA. Hak mengenai kesehatan dan jaminan sosial bagi warga negara Indonesia disebutkan secara khusus dalam Pasal 28 H, yang berbunyi:

1. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
3. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
4. Setiap orang berhak mempunyai hak milik pribadi dan hak milik tersebut tidak boleh diambil alih secara sewenang-wenang oleh siapapun.

Pasal 28H ayat 1 secara jelas menyatakan bahwa setiap warga negara Indonesia berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, pasal ini juga memiliki makna bahwa setiap orang berhak memiliki kesejahteraan lahir batin, tempat tinggal, dan lingkungan yang baik, bersih, sehat, aman, dan tenteram.

Ketentuan mengenai kesehatan lebih lanjut ditetapkan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam undang-undang tersebut, yang dimaksud dengan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Pembangunan kesehatan harus memperhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan. Pasal 2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan asas-asas terkait dengan pembangunan kesehatan yaitu sebagai berikut:

1. Asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
2. Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan sipiritual.
3. Asas manfaat berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

4. Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
5. Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
6. Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
7. Asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
8. Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

2.1.2. Upaya Pelayanan Kesehatan

Untuk mewujudkan tingkat kesehatan yang terbaik, Pemerintah menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Pasal 47 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bentuk-bentuk upaya kesehatan yang dilakukan Pemerintah, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

2. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
3. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
4. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
5. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Guna mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan yang optimal, diperlukan sarana dan prasarana yang memadai baik dari secara kualitas dan kuantitas. Perbekalan kesehatan adalah salah satu hal yang perlu diperhatikan. Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Di dalamnya termasuk sediaan farmasi yang berupa obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

Pengelolaan perbekalan kesehatan dilakukan agar kebutuhan dasar masyarakat akan perbekalan kesehatan terpenuhi dan dilaksanakan dengan memperhatikan kemanfaatan, harga, dan faktor yang berkaitan dengan pemerataan.

2.2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.2.1. Definisi

Untuk mewujudkan tingkat kesehatan yang diharapkan, diperlukan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat berinteraksi secara langsung dengan masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut terbagi menjadi tiga tingkatan dan pada tingkatan terendah atau tingkat pertama, dilaksanakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Endjang (2000: 154) menyatakan bahwa Puskesmas (*Health Care*) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam satu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok dan langsung berada dalam pengawasan administratif maupun teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat memberikan definisi mengenai Puskesmas. Pasal 1 menjelaskan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

2.2.2. Bentuk Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat

Pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas mengacu pada fungsi yang dijalankan. Fungsi Puskesmas adalah menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP).

Pasal 36 ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 menyebutkan bahwa UKM terdiri dari UKM Esensial dan UKM Pengembangan. UKM Esensial adalah upaya kesehatan harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Sedangkan UKM Pengembangan merupakan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas. UKM Esensial meliputi:

- a. pelayanan promosi kesehatan;
- b. pelayanan kesehatan lingkungan;
- c. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
- d. pelayanan gizi; dan
- e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Penyelenggaraan UKP yang dilaksanakan oleh Puskesmas mengacu pada pasal 37 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 yang menyebutkan bahwa UKP dilaksanakan dalam bentuk:

- a. rawat jalan;
- b. pelayanan gawat darurat;
- c. pelayanan satu hari (*one day care*);
- d. *home care*; dan/atau
- e. rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

2.3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.3.1. Definisi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang berdasarkan prinsip berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehatihatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Dalam menyelenggarakan program jaminan sosial, BPJS dibedakan menjadi dua sesuai dengan fokus pelayanan yang diberikan. Pasal 6 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan dimaksudkan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan dimaksudkan untuk menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

2.3.2. Fungsi, Tugas, dan Wewenang

Fungsi BPJS disebutkan dalam pasal 9 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Dalam melaksanakan fungsinya, pasal 10 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 menyebutkan tugas-tugas yang harus dilaksanakan oleh BPJS. Tugas-tugas itu adalah:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Wewenang BPJS diatur dalam pasal 11 Undang-undang Nomor 24 tahun 2011, yaitu untuk:

- a. menagih pembayaran iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;

- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

2.3.3. Penyelenggaraan Jaminan Sosial

Berdasarkan Pasal 18 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, jenis program jaminan sosial terbagi menjadi lima bagian, yaitu:

- a. jaminan kesehatan;
- b. jaminan kecelakaan kerja;
- c. jaminan hari tua;
- d. jaminan pensiun; dan
- e. jaminan kematian.

Agar dapat menikmati manfaat dari program jaminan sosial, Pasal 17 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 menyebutkan beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.
- b. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial secara berkala.
- c. Besarnya iuran ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhandasar hidup yang layak.
- d. Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.

Pasal 19 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 menyebutkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial meliputi kegotongroyongan antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah; kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif; iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan; dan bersifat nirlaba. Sedangkan prinsip ekuitas berarti kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

Pemberian manfaat jaminan kesehatan disebutkan dalam pasal 22 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 yang menyebutkan bahwa manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat

dan bahan medis habis pakai yang diperlukan dan diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.

2.4. Dana Kapitasi

2.4.1. Pengertian Dana Kapitasi

Eastaugh 1981 dan Weeks 1979 dalam Kuncoro (2015) menyatakan bahwa kapitasi adalah sebuah sistem pembayaran kepada *provider*. Sistem pembayaran kapitasi adalah cara pembayaran oleh pengelola dana kepada penyelenggara pelayanan kesehatan primer (*primary health provider*) untuk pelayanan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis dan ataupun jumlah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan untuk tiap pasien, melainkan berdasarkan jumlah pasien yang menjadi tanggungannya. Sistem pembayaran kapitasi ini populer ketika konsep Health Maintenance Organization (HMO) pada awal tahun 1970-an untuk pertama kali diperkenalkan di Amerika Serikat. Pada masa itu, sistem pembayaran kapitasi dijadikan andalan utama pada pembiayaan rawat jalan oleh banyak perusahaan asuransi kesehatan dengan hasil yang cukup memuaskan.

Konsep dasar sistem pembayaran kapitasi dikembangkan dari tiga prinsip pokok, yaitu:

- a. prinsip kemungkinan timbulnya resiko (*risk probability*);
- b. prinsip membagi resiko (*risk sharing*); dan

c. prinsip pelayanan yang profesional (*professionalism*).

Pasal 1 angka 6 Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah menyatakan dana kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar dimuka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

2.4.2. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi

Peraturan lebih lanjut yang menjelaskan mengenai kapitasi adalah Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 32 Tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah.

Berdasarkan ketentuan Pasal 1 angka 5 Perpres 32 Tahun 2004, pengelolaan dana kapitasi dimulai dari tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan.

Pasal 4 Perpres 32 Tahun 2004 menjelaskan mengenai proses penganggaran dana kapitasi. Proses tersebut dimulai dengan penyampaian rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan dari Kepala FKTP kepada Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan. Rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tersebut mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN, sesuai dengan

peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kemudian dianggarkan dalam rencana kerja dan anggaran SKPD (RKA-SKPD) dinas kesehatan.

Pelaksanaan dan penatausahaan Dana Kapitasi diatur dalam Pasal 5, 6, 7, 8, dan 9 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014. Proses ini dimulai dengan penetapan Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP oleh Kepala Daerah atas usul Kepala SKPD Dinas Kesehatan melalui PPKD. Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP kemudian membuka Rekening Dana Kapitasi JKN. Rekening ini merupakan bagian dari Rekening Bendahara Umum Daerah (BUD). Rekening dana kapitasi JKN kemudian disampaikan oleh Kepala FKTP kepada BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana kapitasi melalui Rekening Dana Kapitasi JKN pada FKTP dan diakui sebagai pendapatan. Pendapatan tersebut digunakan langsung untuk pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP. Apabila pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya pada tahun anggaran berkenaan, dana kapitasi tersebut digunakan untuk tahun anggaran berikutnya.

Bendahara Dana Kapitasi JKN pada FKTP juga melakukan pencatatan dan menyampaikan realisasi pendapatan dan belanja setiap bulan kepada Kepala FKTP. Kepala FKTP kemudian menyampaikan laporan realisasi pendapatan dan belanja kepada Kepala SKPD Dinas Kesehatan dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab. Berdasarkan laporan realisasi pendapatan dan belanja tersebut, Kepala SKPD Dinas Kesehatan menyampaikan Surat Permintaan

Pengesahan Pendapatan dan Belanja (SP3B) FKTP kepada PPKD, termasuk sisa dana kapitasi yang belum digunakan pada tahun anggaran berkenaan.

Pertanggungjawaban dana kapitasi diatur pada Pasal 10 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014. Pasal ini menyebutkan bahwa Kepala FKTP bertanggung jawab secara formal dan material atas pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN. Pendapatan dan belanja tersebut disajikan dalam Laporan Keuangan SKPD dan Laporan Keuangan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang pengelolaan keuangan daerah.

Pemanfaatan dana kapitasi diatur pada Pasal 12 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 yaitu sebagai berikut:

- a. Dana kapitasi JKN di FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.
- b. Jasa pelayanan kesehatan meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan.
- c. Dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya.
- d. Jasa pelayanan kesehatan di FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai penggunaan jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan diatur dengan Peraturan Menteri.

2.5. Penganggaran

2.5.1. Definisi Penganggaran

Menurut Supriyono (1990: 15), penganggaran merupakan perencanaan keuangan perusahaan yang dipakai sebagai dasar pengendalian (pengawasan) keuangan perusahaan untuk periode yang akan datang. Sedangkan menurut Nafarin (2015: 4), penganggaran merupakan proses penyusunan anggaran sehingga anggaran adalah hasil (bagian) dari penganggaran.

Dari kedua pendapat tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa penganggaran (*budgeting*) menunjukkan suatu proses sejak tahap persiapan yang diperlukan sebelum dimulainya penyusunan rencana, pengumpulan berbagai data dan informasi yang perlu, pembagian tugas perencanaan, penyusunan rencananya sendiri, implementasi dari rencana tersebut, sampai pada akhirnya tahap pengawasan dan evaluasi dari hasil rencana itu.

2.5.2. Penganggaran Dalam Sektor Publik

Konsep dasar dari penganggaran dalam sektor publik yakni lebih mengacu kepada bagaimana suatu pagu anggaran yang ada dapat dimanfaatkan dan dialokasikan semaksimal mungkin kepada seluruh kebutuhan masyarakat dalam suatu instansi pemerintah tersebut. Adanya penganggaran ini sangatlah penting mengingat bahwa dalam instansi pemerintah memiliki banyak satuan-satuan kerja sehingga mereka harus membaginya secara adil dan bijaksana. Selain itu, dengan

adanya sebuah anggaran, dapat digunakan juga sebagai sebuah estimasi kerja dalam suatu periode tertentu. Menurut Mardiasmo (2005:63), fungsi anggaran sektor publik adalah sebagai berikut:

- a. anggaran sebagai alat perencanaan;
- b. anggaran sebagai alat pengendali;
- c. anggaran sebagai alat kebijakan fiskal;
- d. anggaran sebagai alat politik;
- e. anggaran sebagai alat koordinasi dan komunikasi;
- f. anggaran sebagai alat penilaian kinerja;
- g. anggaran sebagai alat motivasi; dan
- h. anggaran sebagai alat untuk menciptakan ruang publik.

2.5.3. Analisis Standar Belanja

Analisis Standar Belanja (ASB) muncul dalam ranah perundangan Pemerintah Daerah pada tahun 2004 ketika terbit Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Sebelumnya ASB lebih dikenal dengan istilah Standar Analisa Belanja (SAB) yang bermakna penilaian kewajaran atas beban kerja dan biaya terhadap suatu kegiatan. Pengertian ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 105 tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah. Kemudian dikeluarkan pedoman operasional dalam bentuk Keputusan Menteri Dalam Negeri nomor 29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pelaksanaan Tata Usaha Keuangan Daerah dan Penyusunan Perhitungan Anggaran Pendapatan dan

Belanja Daerah. Dalam Ilmu Akuntansi, ASB termasuk dalam lingkup pembahasan Akuntansi Biaya dan Akuntansi Manajemen. Dalam kedua pokok bahasan tersebut, penentuan standar efisiensi ASB pada dasarnya adalah penentuan biaya per unit untuk masing-masing kegiatan.

ASB sebagai suatu alat penentu kewajaran memiliki peran penting dalam beberapa tahapan pada pengelolaan keuangan daerah, yaitu:

a. Tahap Perencanaan

ASB dapat dipergunakan pada saat musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang), rencana jangka panjang (renja), dan pada saat penentuan prioritas. Pada tahap-tahap tersebut ASB digunakan untuk menentukan pagu indikatif dari kegiatan-kegiatan yang diusulkan oleh masyarakat.

b. Tahap Penganggaran

ASB merupakan pendekatan yang digunakan oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) untuk mengevaluasi usulan program, kegiatan, dan anggaran setiap satuan kerja dengan cara menganalisis beban kerja dan biaya dari usulan program atau kegiatan yang bersangkutan.

ASB digunakan pada saat mengkuantitatifkan program dan kegiatan setiap SKPD menjadi RKA-SKPD. RKA-SKPD berisi rencana program dan kegiatan yang akan dilaksanakan beserta usulan anggaran yang akan digunakan. Untuk mengetahui beban kerja dan beban biaya yang optimal dari setiap usulan program atau kegiatan yang diusulkan, langkah yang dilakukan adalah dengan menggunakan formula perhitungan ASB yang terdapat pada masing-masing jenis ASB.

c. Tahap Pengawasan/Pemeriksaan

Pada tahap pengawasan/pemeriksaan, pengawas/pemeriksa dapat menggunakan ASB untuk menentukan batasan mengenai pemborosan/kerugian negara. Apabila penganggaran belanja melebihi ASB maka disebut pemborosan.

2.6. Morbiditas Penyakit

2.6.1. Definisi Morbiditas

Morbiditas dalam arti sempit dimaksudkan sebagai peristiwa sakit atau kesakitan. Dalam arti luas, morbiditas mempunyai pengertian yang jauh lebih kompleks, tidak terbatas pada statistik atau ukuran tentang peristiwa-peristiwa tersebut, tetapi juga faktor yang memengaruhinya (*determinant factor*), seperti faktor sosial, ekonomi, dan budaya (Lembaga Demografi FEUI, 2010:99).

Angka morbiditas digunakan sebagai indikator status kesehatan. Pada tahun 1959, WHO menetapkan tiga ukuran morbiditas dalam laporan *The Expert Committee On Health Statistics*, yaitu :

1. jumlah orang yang sakit;
2. periode atau lama sakit yang dialami; dan
3. durasi (waktu : jam, hari, minggu, bulan) penyakit.

2.6.2. Ukuran-Ukuran Dasar Morbiditas

Dalam morbiditas dikenal beberapa ukuran penting, diantaranya adalah insiden, prevalensi, dan angka serangan/*attack rate* (Lembaga Demografi FEUI, 2010:103).

a. Insiden

Insiden suatu penyakit didefinisikan sebagai jumlah kasus baru suatu penyakit selama suatu kurun waktu tertentu. Angka insiden merupakan insiden per penduduk beresikonya.

Secara teoritis, penduduk beresiko merupakan jumlah lama waktu “sehat” dalam tahun yang dijalani bersama-sama oleh semua anggota penduduk dari awal sampai akhir suatu kurun waktu periode pengamatan. Penentuan insiden penyakit umumnya didasarkan pada mulainya gejala timbul, waktu diagnosis penyakit, tanggal pelaporan, atau tanggal dirawat.

b. Prevalensi

Prevalensi titik suatu penyakit menyatakan jumlah penduduk yang sakit pada titik waktu (saat) tertentu, tanpa memperhitungkan kapan kasus penyakit itu telah dimulai.

Sedangkan prevalensi periode suatu penyakit, menyatakan jumlah penduduk yang sakit, baik sakit lama atau baru selama periode tertentu. Prevalensi periode merupakan jumlah antara prevalensi titik pada awal suatu periode waktu dan insiden selama periode waktu tersebut.

c. Angka Serangan/*Attack Rate*

Angka Serangan/*attack rate* adalah angka yang menunjukkan terjadinya suatu penyakit yang terbatas pada periode waktu pendek. Hal tersebut dapat terjadi karena penyakit tersebut hanya muncul sesaat, seperti saat terjadinya epidemi atau terjadi pada kelompok penduduk tertentu. Pada keadaan ini, insiden

penyakit mungkin tidak akan meningkat walaupun kurun waktu pengamatan diperpanjang.

2.6.3. Hubungan antara Ukuran-Ukuran Morbiditas

Dari ukuran-ukuran tersebut, terdapat hubungan penting antara ukuran prevalensi dan insiden (Lembaga Demografi FEUI, 2010:104), yaitu sebagai berikut:

P bervariasi menurut hasil perkalian I dan D

yang mana P adalah prevalensi, I adalah insiden, dan D adalah lama penyakit rata-rata, dari mulai sampai berakhirnya penyakit, yang diukur dalam kurun waktu yang sama. Lama penyakit diukur dari titik yang sama (misalnya waktu tanggal diagnosa) dan prevalensi hanya memasukkan kasus pada titik atau setelah titik tersebut.

2.7. Pengelolaan Persediaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

2.7.1. Persediaan

Ristono (2013: 1) menyatakan bahwa persediaan dapat diartikan sebagai barang-barang yang disimpan untuk digunakan atau dijual pada masa atau periode yang akan datang. Persediaan terdiri dari persediaan bahan baku, persediaan bahan setengah jadi, dan persediaan barang jadi.

Haming dan Nurnajamuddin (2012: 4) menjelaskan bahwa persediaan (*inventory*) adalah sumber daya ekonomi fisik yang perlu diadakan dan dipelihara untuk menunjang kelancaran produksi yang meliputi bahan baku (*raw material*),

produk jadi (*finish product*), komponen rakitan (*component*), bahan pembantu (*substance material*), dan barang sedang dalam proses pengerjaan (*working in process inventory*).

Istilah persediaan dalam Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan (PSAK) Nomor 14 paragraf 7 didefinisikan sebagai aset yang dimiliki untuk dijual dalam kegiatan usaha normal; dalam proses produksi untuk dijual; dalam bentuk bahan atau perlengkapan (*supplies*) untuk digunakan dalam proses produksi atau pemberian jasa.

Dalam Pernyataan Standar Akuntansi Pemerintah (PSAP), persediaan dijelaskan pada PSAP Nomor 5 paragraf 5 yang menyatakan bahwa persediaan merupakan aset yang berupa:

- a. barang atau perlengkapan (*supplies*) yang digunakan dalam rangka kegiatan operasional pemerintah;
- b. bahan atau perlengkapan (*supplies*) yang akan digunakan dalam proses produksi;
- c. barang dalam proses produksi yang dimaksudkan untuk dijual atau diserahkan kepada masyarakat;
- d. barang yang disimpan untuk dijual atau diserahkan kepada masyarakat dalam rangka kegiatan pemerintahan.

2.7.2. Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

Pedoman pelayanan kefarmasian di Puskesmas (2007) menyebutkan bahwa pelayanan pengobatan dasar di puskesmas harus ditunjang dengan pelayanan kefarmasian yang bermutu. Pelayanan kefarmasian meliputi

pengelolaan sumber daya (SDM, sarana prasarana, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta administrasi) dan pelayanan farmasi klinik (penerimaan resep, peracikan obat, penyerahan obat, informasi obat dan pencatatan atau penerimaan resep) dengan memanfaatkan tenaga, dana, sarana, prasarana dan metode tata laksana yang sesuai dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan.

Pasal 1 Angka 9 Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 menyatakan bahwa obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia. Pelayanan kefarmasian di puskesmas tidak hanya meliputi pemberian obat kepada pasien. Sebelum sampai pada tahap tersebut, dokter melakukan diagnosis keluhan pasien dengan ditunjang oleh alat-alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.

Pasal 1 Angka 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas menyatakan bahwa Bahan Medis Habis Pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.

2.7.3. Manajemen Persediaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

Tampubolon (2014: 233) menyatakan bahwa manajemen persediaan sangat berkaitan dengan sistem persediaan di dalam suatu perusahaan yang bertujuan untuk menciptakan efisiensi dalam proses konversi. Efisiensi biaya

produksi tersebut menyangkut penentuan tentang jumlah persediaan, penentuan harga persediaan, sistem pencatatan persediaan, dan kebijakan tentang kualitas persediaan. Apabila keputusan tentang kebijakan persediaan dapat dilakukan secara efisien dan efektif, maka peran manajemen persediaan akan dapat membuat suatu keunggulan untuk bersaing. Pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai merupakan salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian yang dimulai dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan dan pelaporan, serta pemantauan dan evaluasi. Tujuannya adalah untuk menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan obat dan bahan medis habis pakai yang efisien, efektif dan rasional, meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga kefarmasian, mewujudkan sistem informasi manajemen, dan melaksanakan pengendalian mutu pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2014 pasal 3 ayat (2) tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas menyatakan bahwa kegiatan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai meliputi:

1. Perencanaan Kebutuhan

Perencanaan merupakan proses kegiatan seleksi obat dan bahan medis habis pakai untuk menentukan jenis dan jumlah obat dalam rangka pemenuhan kebutuhan puskesmas. Perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai di puskesmas setiap periode dilaksanakan oleh Ruang Farmasi di Puskesmas.

Proses seleksi obat dan bahan medis habis pakai dilakukan dengan mempertimbangkan pola penyakit, pola konsumsi obat periode sebelumnya,

data mutasi obat, dan rencana pengembangan. Proses seleksi obat dan bahan medis habis pakai juga harus mengacu pada daftar obat esensial nasional (DOEN) dan formularium nasional. Proses seleksi ini harus melibatkan tenaga kesehatan yang ada di puskesmas seperti dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat, serta pengelola program yang berkaitan dengan pengobatan.

Proses perencanaan kebutuhan Obat per tahun dilakukan secara berjenjang (*bottom-up*). Puskesmas diminta menyediakan data pemakaian Obat dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO). Selanjutnya Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota akan melakukan kompilasi dan analisa terhadap kebutuhan obat Puskesmas di wilayah kerjanya, menyesuaikan pada anggaran yang tersedia dan memperhitungkan waktu kekosongan obat, *buffer stock*, serta menghindari stok berlebih.

2. Permintaan

Tujuan permintaan obat dan bahan medis habis pakai adalah memenuhi kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai di puskesmas, sesuai dengan perencanaan kebutuhan yang telah dibuat. Permintaan diajukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan pemerintah daerah setempat.

3. Penerimaan

Penerimaan obat dan bahan medis habis pakai adalah suatu kegiatan dalam menerima obat dan bahan medis habis pakai dari Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota sesuai dengan permintaan yang telah diajukan. Tujuannya

adalah agar Obat yang diterima sesuai dengan kebutuhan berdasarkan permintaan yang diajukan oleh puskesmas.

Semua petugas yang terlibat dalam kegiatan pengelolaan bertanggung jawab atas ketertiban penyimpanan, pemindahan, pemeliharaan dan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai berikut kelengkapan catatan yang menyertainya.

4. Penyimpanan

Penyimpanan obat dan bahan medis habis pakai merupakan suatu kegiatan pengaturan terhadap obat yang diterima agar aman (tidak hilang), terhindar dari kerusakan fisik maupun kimia dan mutunya tetap terjamin, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Penyimpanan obat dan bahan medis habis pakai mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. bentuk dan jenis sediaan;
- b. stabilitas (suhu, cahaya, kelembaban);
- c. mudah atau tidaknya meledak/terbakar; dan
- d. narkotika dan psikotropika disimpan dalam lemari khusus.

5. Pendistribusian

Pendistribusian obat dan bahan medis habis pakai merupakan kegiatan pengeluaran dan penyerahan obat dan bahan medis habis pakai secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sub unit/satelit farmasi Puskesmas dan jaringannya.

Pendistribusian ke sub unit (ruang rawat inap, UGD, dan lain-lain) dilakukan dengan cara pemberian obat sesuai resep yang diterima (*floor stock*), pemberian obat per sekali minum (*dispensing dosis unit*) atau kombinasi, sedangkan pendistribusian ke jaringan Puskesmas dilakukan dengan cara penyerahan obat sesuai dengan kebutuhan (*floor stock*).

6. Pengendalian

Pengendalian obat dan bahan medis habis pakai adalah suatu kegiatan untuk memastikan tercapainya sasaran yang diinginkan sesuai dengan strategi dan program yang telah ditetapkan sehingga tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan obat di unit pelayanan kesehatan dasar.

Pengendalian obat terdiri dari:

- a. pengendalian persediaan;
- b. pengendalian penggunaan; dan
- c. penanganan obat hilang, rusak, dan kadaluwarsa.

7. Pencatatan, pelaporan, dan pengarsipan

Pencatatan, pelaporan, dan pengarsipan merupakan rangkaian kegiatan dalam rangka penatalaksanaan obat dan bahan medis habis pakai secara tertib, baik obat dan bahan medis habis pakai yang diterima, disimpan, didistribusikan dan digunakan di puskesmas atau unit pelayanan lainnya.

Tujuan pencatatan, pelaporan dan pengarsipan adalah:

- a. bukti bahwa pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai telah dilakukan;
- b. sumber data untuk melakukan pengaturan dan pengendalian; dan

c. sumber data untuk pembuatan laporan.

8. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai dilakukan secara periodik dengan tujuan untuk:

- a. mengendalikan dan menghindari terjadinya kesalahan dalam pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai sehingga dapat menjaga kualitas maupun pemerataan pelayanan;
- b. memperbaiki secara terus-menerus pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- c. memberikan penilaian terhadap capaian kinerja pengelolaan.

2.7.4. Metode Perencanaan Obat

Dalam menentukan rencana kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai, diperlukan suatu metode untuk menentukan besaran taksiran yang akan digunakan di tahun berikutnya. Kementerian Kesehatan telah mengatur dua metode yang dapat digunakan dalam penentuan rencana obat dan bahan medis habis pakai dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1121 tahun 2008 tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar. Kedua metode tersebut adalah:

1. Metode Konsumsi

Metode konsumsi adalah metode yang didasarkan atas analisa data konsumsi obat tahun sebelumnya. Dalam menghitung jumlah obat yang dibutuhkan berdasarkan metode konsumsi, perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a. pengumpulan dan pengolahan data;
- b. analisa data untuk informasi dan evaluasi;
- c. perhitungan perkiraan kebutuhan obat; dan
- d. penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana.

Untuk memperoleh data kebutuhan obat yang mendekati ketepatan, perlu dilakukan analisa tren pemakaian obat tiga tahun sebelumnya atau lebih.

Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan dengan metode konsumsi adalah:

- a. daftar obat;
- b. stok awal;
- c. penerimaan;
- d. pengeluaran;
- e. sisa stok;
- f. obat hilang/rusak, kadaluarsa;
- g. kekosongan obat;
- h. pemakaian rata-rata/pergerakan obat per tahun;
- i. waktu tunggu;
- j. stok pengaman; dan
- k. perkembangan pola kunjungan.

Perhitungan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$A = (B+C+D) - E$$

A : Rencana Pengadaan

B : Pemakaian rata-rata x 12 bulan

C : Jumlah Stok Pengaman

D : Waktu Tunggu

E : Sisa Stok

2. Metode Morbiditas

Metode morbiditas adalah perhitungan kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah perkembangan pola penyakit, waktu tunggu, dan stok pengaman. Langkah-langkah perhitungan metode morbiditas adalah sebagai berikut:

- menentukan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur-penyakit;
- menyiapkan data populasi penduduk;
- menyediakan data masing-masing penyakit per tahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada;
- menghitung frekuensi kejadian masing-masing penyakit per tahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada;
- menghitung jenis, jumlah, dosis, frekuensi dan lama pemberian obat menggunakan pedoman pengobatan yang ada; dan
- menghitung jumlah yang harus diadakan untuk tahun anggaran yang akan datang.

2.7.5. Pengendalian Persediaan

Menurut Herjanto (2008:237), sistem pengendalian persediaan dapat didefinisikan sebagai serangkaian kebijakan pengendalian untuk menentukan tingkat persediaan yang harus dijaga, kapan pesanan untuk menambah persediaan harus dilakukan, dan berapa besar pesanan harus diadakan. Sistem ini menentukan dan menjamin tersedianya persediaan yang tepat dalam kuantitas dan waktu yang tepat.

Haming dan Nurnajamuddin (2012: 5) menyatakan bahwa pengendalian persediaan bertujuan untuk:

1. memelihara independensi operasi;
2. memenuhi tingkat permintaan yang bervariasi;
3. menerima manfaat ekonomi atas pemesanan bahan dalam jumlah tertentu;
4. menyediakan suatu perlindungan terhadap variasi dalam waktu penyerahan bahan baku; dan
5. menunjang fleksibilitas penjadwalan produksi.

Namun demikian, menurut Chase dan Aquilano (1995), Heizer dan Render (2004), dan Krajewski dan Ritzman (2005) dalam Haming dan Nurnajamuddin (2012: 6) menyatakan bahwa pengendalian persediaan itu memiliki dua macam faktor utama yang perlu dijawab yaitu penentuan jumlah atau volume pesanan sediaan dan penentuan waktu penyampaian pesanan sediaan.

2.7.6. *Economic Order Quantity (EOQ)*

Haming dan Nurnajamuddin (2012: 11) menyatakan bahwa *economic order quantity (EOQ)* adalah jumlah unit yang dipesan pada biaya paling murah (ekonomis) atau optimal.

Rangkuti (2004: 24) menyatakan bahwa tujuan mengetahui besarnya jumlah pemesanan adalah untuk memaksimalkan perbedaan antara pendapatan dengan biaya yang berkaitan dengan pengelolaan persediaan. Besarnya jumlah pemesanan optimal merupakan fungsi dari tiga unsur biaya yang harus dipertimbangkan, yaitu:

1. semua biaya yang terkait dengan pemesanan;
2. semua biaya yang terkait dengan penyimpanan barang; dan
3. semua biaya yang terkait dengan kehilangan barang.

Menurut Heizer dan Render (2011: 90), model EOQ adalah salah satu teknik kontrol persediaan tertua dan paling dikenal. Teknik ini relatif mudah digunakan, tetapi berdasarkan asumsi, yaitu:

1. jumlah permintaan diketahui, konstan, dan independen;
2. waktu tunggu, yaitu antara pemesanan dengan penerimaan pesanan, diketahui konstan;
3. penerimaan persediaan bersifat instan dan selesai seluruhnya. Dengan kata lain persediaan dari sebuah pesanan datang dalam satu kelompok pada suatu waktu;
4. tidak tersedia diskon kuantitas;

5. biaya variabel hanya biaya untuk penyetelan/pemesanan dan biaya menyimpan persediaan dalam waktu tertentu; dan
6. kehabisan persediaan dapat sepenuhnya dihindari jika pemesanan dilakukan pada waktu yang tepat.

Rumus untuk menentukan jumlah pemesanan optimum menurut Heizer dan Render (2011: 95) adalah:

$$Q = \sqrt{\frac{2DS}{H}}$$

Keterangan:

Q = Jumlah pemesanan optimum

D = Permintaan tahunan dalam unit untuk barang persediaan

S = Biaya penyetelan atau pemesanan untuk setiap pesanan

H = Biaya penyimpanan atau penyimpanan per unit per tahun

2.7.7. *Reorder Point (ROP)*

Keseimbangan antara persediaan dan permintaan perlu diciptakan agar kemampuan pelayanan pada pasien dapat berlanjut. Terputusnya kemampuan pelayanan adalah karena persediaan sudah habis, oleh karena itu sebelum persediaan habis maka pemesanan barang harus sudah dilakukan, untuk itu dicari waktu yang tepat, pada saat mana pembelian harus dilakukan sehingga pelayanan tidak terputus. Tetapi persediaan masih dalam batas-batas yang ekonomis (Anief, 2001).

Menurut John dan Harding (2001), pengendalian obat dengan *Reorder Point* (ROP), keputusan mengenai kapan mengajukan pemesanan kembali terletak pada dua faktor, yaitu; yang pertama pertimbangan tingkat pemesanan kembali secara langsung berdasarkan pada pemakaian normal dan yang kedua pertimbangan sedian pengaman berdasarkan derajat ketidakpastian dan tingkat pelayanan yang diminta.

Dengan mempertimbangkan *safety stock* maka perhitungan titik pemesanan kembali menurut Heizer dan Rander (2011) adalah:

$$ROP = d \times L + ss$$

Keterangan:

ROP = Reorder Point

D = Permintaan harian

L = Waktu tunggu pesanan

SS = Persediaan Pengaman / *Safety Stock*

2.7.8. Persediaan Pengaman / *Safety Stock* / *Buffer Stock*

Ristono (2013: 7) menyebutkan bahwa persediaan pengaman / *safety stock* adalah persediaan yang dilakukan untuk mengantisipasi unsur ketidakpastian permintaan dan penyediaan. Apabila persediaan pengaman tidak mampu mengantisipasi ketidakpastian tersebut, akan terjadi kekurangan persediaan (*stockout*).

Faktor-faktor yang menentukan besarnya *safety stock* adalah:

1. Penggunaan bahan baku rata-rata

Salah satu dasar memperkirakan penggunaan bahan baku selama periode tertentu, khususnya selama periode pemesanan adalah rata-rata penggunaan bahan baku pada masa sebelumnya. Hal ini perlu diperhatikan karena peramalan permintaan langganan memiliki resiko yang tidak dapat dihindarkan bahwa persediaan yang telah ditetapkan sebelumnya atas dasar taksiran tersebut habis sama sekali sebelum penggantian barang atau pesanan datang.

2. Waktu Tunggu/*Lead Time*

Lead Time adalah lama waktu antara mulai dilakukannya pemesanan bahan-bahan sampai dengan kedatangan bahan-bahan yang dipesan tersebut dan diterima di gudang persediaan. Lamanya waktu tersebut tidaklah sama antara satu pesanan dengan pesanan lain.

Menurut Rangkuti (2004), *buffer stock* adalah persediaan tambahan yang diadakan untuk melindungi dan menjaga kemungkinan terjadinya kekurangan bahan (*stockout*). Rangkuti (2004) juga menyatakan bahwa perhitungan *buffer stock* menjadi penting karena seringnya terjadi pesanan baru datang setelah waktu tunggu/*lead time* terlampaui (misalnya terlambat dalam perjalanan karena banjir, putusnya jembatan atau bencana lainnya) dan seringnya terjadi peningkatan produksi (peningkatan layanan), keadaan ini akan berakibat terjadinya *stockout* yang selanjutnya akan menggangu proses produksi atau bagi rumah sakit terganggunya pelayanannya. Karena besarnya investasi untuk persediaan *buffer*

stock terutama untuk obat-obatan yang mahal maka *buffer stock* lebih diprioritaskan ke obat-obat vital dan langka.

Menurut Heizer dan Render (2011), *buffer stock/safety stock* dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$SS = Z \times \sigma dLT$$

Keterangan:

SS : *Safety Stock / Buffer Stock*

Z : Jumlah standar deviasi

σdLT : Standar deviasi dari permintaan selama waktu tunggu

2.8. Penelitian Terdahulu

Dalam penelitian yang telah dilakukan, mayoritas melakukan analisis manajemen obat di rumah sakit. Pada tingkat Dinas Kesehatan, terdapat penelitian terkait perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dengan menggunakan metode konsumsi. Peneliti belum menemukan penelitian lain yang menggunakan metode morbiditas sebagai metode untuk perencanaan pengadaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai sehingga penelitian ini dilaksanakan karena metode morbiditas adalah salah satu metode yang juga dapat diterapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1121 tahun 2008.

Penelitian pertama dilakukan oleh Umi Athijah, Elida Zairina, Anila Impian Sukorini, Efrita Mega Rosita, dan Anindita Pratama Putri (2010) dengan judul perencanaan dan pengadaan obat di Puskesmas Surabaya Timur dan Selatan. Penelitian tersebut dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang perencanaan dan pengadaan obat di seluruh puskesmas di wilayah Surabaya Selatan dan Timur

dengan responden yaitu pengelola obat di setiap puskesmas. Hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa metode campuran konsumsi dan epidemiologi digunakan oleh 61,5% pengelola dalam menghitung kebutuhan obat. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian tersebut adalah kebutuhan obat di puskesmas masih belum terpenuhi dengan baik terutama karena faktor pengadaan dan hanya sebagian kecil pengelola obat yang melakukan pengecekan obat secara lengkap.

Penelitian kedua dilakukan oleh Fenty Ayu Rosmania, Stefanus Supriyanto (2014) dengan judul Analisis Pengelolaan Obat Sebagai Dasar Pengendalian *Safety Stock* pada *Stagnant* dan *Stoockout* Obat. Hasil penelitian tersebut adalah perencanaan dan pengadaan obat yang diajukan dari Puskesmas studi untuk Tahun 2014 hanya memiliki kesesuaian sebesar 16,03% dengan pemakaian obat di Puskesmas tahun 2014. Penerimaan obat di Puskesmas memiliki ketidaksesuaian cukup besar yaitu 76,93% dari permintaan obat dari Puskesmas. Penyimpanan obat di Puskesmas cukup baik dengan 66,67% sesuai prosedur penyimpanan obat. Distribusi obat kurang baik dengan hanya 50% sesuai prosedur. Pengawasan dan pengendalian obat cukup baik dengan 60% sesuai prosedur. Perhitungan *safety stock* belum dilakukan pada perhitungan usulan perencanaan di tahun 2014 dan belum menentukan *lead time* dalam perhitungan perencanaan. Pengendalian *safety stock* pada *stagnant* dan *stockout* obat belum berjalan di Puskesmas.

Penelitian ketiga dilakukan oleh Agus Sulistyorini (2016) dengan judul Perencanaan Obat dengan Menggunakan Metode Konsumsi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Penelitian tersebut merupakan penelitian observasional dengan

menggunakan metode *cross sectional* terhadap data pada lembar permintaan dan laporan pemakaian obat (LPLPO) UPTD Puskesmas dan juga melakukan wawancara kepada pengelola obat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan. Penghitungan rencana kebutuhan obat dilakukan dengan menggunakan metode konsumsi kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan dideskripsikan. Simpulan penelitian tersebut menyatakan bahwa *Lead time* Kabupaten Kediri berdasarkan lama waktu proses pengadaan sampai dengan penerimaan obat membutuhkan waktu 3 bulan sehingga dalam penghitungan *lead time* yaitu 3 kali rata-rata pemakaian. Begitu juga dengan *safety stock* di Kabupaten Kediri sebesar 3 kali rata-rata pemakaian rata-rata. Berdasarkan hasil penghitungan rencana kebutuhan obat tahun 2016 diketahui bahwa dari 52 jenis obat kelompok A hanya 25 jenis obat atau sebesar 48,07% yang perlu dilakukan pengadaan. Besar anggaran yang diperlukan untuk pengadaan obat kelompok A sebesar Rp 1.438.594.203,00.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Loudy Manggala (2014) dengan judul Analisis Persediaan Farmasi pada Rumah Sakit Ananda Purwokerto. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa Kinerja sistem persediaan farmasi Rumah Sakit Ananda Purwokerto pada saat ini dirasa cukup baik dengan *Safety Stock* dimiliki adalah sebesar 361 unit item untuk barang A, 21 unit item untuk barang B, dan 8 unit item untuk barang C. Titik ROP dilakukan saat barang A berjumlah 744, barang B 62, dan barang C 37 unit item. Persediaan rata-rata untuk barang A adalah sebesar 1116, persediaan maksimal sebesar 1488. Barang B persediaan rata-rata 93, persediaan maksimal 124. Sedangkan untuk barang C jumlah rata-rata persediaan adalah sebanyak 55,5. persediaan maksimal 74. Metode yang

digunakan adalah EOQ. Pelayanan pada Rumah Sakit Ananda Purwokerto dipengaruhi pula oleh ketersediaan berbagai obat pada inventaris instalasi farmasi Rumah Sakit Ananda Purwokerto. Sehingga dengan adanya fasilitas penyimpanan obat, perusahaan dapat lebih efisien dalam memenuhi kebutuhan penyimpanan obat dengan metode EOQ dengan *total cost* Rp676.379.710,00.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metode Penelitian

Sugiyono (2009:6) menjelaskan bahwa metode penelitian adalah cara-cara ilmiah untuk mendapatkan data yang valid, dengan tujuan dapat ditemukan, dikembangkan dan dibuktikan, suatu pengetahuan tertentu sehingga pada gilirannya dapat digunakan untuk memahami, memecahkan, dan mengantisipasi masalah.

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan penelitian yang telah dibahas, penelitian yang dilakukan termasuk sebagai penelitian kuantitatif. Sukmadinata (2010:12) menjelaskan bahwa penelitian kuantitatif didasari oleh filsafat positivisme yang menekankan fenomena-fenomena objektif dan dikaji secara kuantitatif. Maksimalisasi objektivitas desain penelitian ini dilakukan dengan menggunakan angka-angka, pengolahan statistik, struktur, dan percobaan terkontrol.

Menurut Sugiyono (2009:14), metode penelitian kuantitatif merupakan metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, teknik pengambilan sampel pada umumnya dilakukan secara random, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan.

Pendekatan penelitian kuantitatif menggunakan metode deskriptif. Syamsuddin dan Damaianti (2007: 22) menjelaskan bahwa penelitian kuantitatif deskriptif penelitian yang bertujuan menjelaskan fenomena yang ada dengan menggunakan angka-angka untuk mencandarkan karakteristik individu atau kelompok. Penelitian ini menilai sifat dari kondisi-kondisi yang tampak. Tujuan dalam penelitian ini dibatasi untuk menggambarkan karakteristik sesuatu sebagaimana adanya.

3.2. Objek Penelitian

Sugiyono (2009: 38) menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan objek penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Objek pada penelitian ini adalah Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun. Puskesmas Wungu terletak di Jalan Raya Kare No.113 Dungus Kecamatan Wungu Kabupaten Madiun. Puskesmas Wungu memiliki luas wilayah kerja 23,67 km² dan merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Madiun di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun dan saat ini sedang berada dalam proses perubahan status menjadi BLUD.

3.3. Jenis Data

Berdasarkan sumbernya, jenis data terbagi menjadi data primer dan data sekunder. Sekaran dan Bougie (2009:90) menjelaskan data primer adalah data yang dikumpulkan untuk penelitian dari tempat aktual terjadinya peristiwa

sedangkan data sekunder dapat diartikan sebagai data yang telah ada dan tidak perlu dikumpulkan lagi oleh peneliti.

Indriantoro dan Supomo (2002: 146-147) menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui media perantara). Data primer dapat berupa opini subjek (orang) secara individual atau kelompok, hasil observasi terhadap suatu benda (fisik), kejadian atau kegiatan, dan hasil pengujian. Sedangkan yang dimaksud dengan data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui media perantara. Data sekunder biasanya berupa bukti, catatan, atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data dokumenter) yang dipublikasikan dan yang tidak dipublikasikan.

Penelitian ini menggunakan kedua jenis data, baik data primer maupun data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan pegawai Puskesmas Wungu mengenai perencanaan pengadaan obat dan bahan medis pakai untuk tahun 2016. Data sekunder diperoleh melalui studi literatur, berbagai artikel dan jurnal, peraturan-peraturan terkait puskesmas, dan dokumentasi data Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun mengenai pola morbiditas penyakit pada tahun 2016 dan perencanaan dan penggunaan obat serta bahan medis habis pakai untuk tiap penyakit yang kemudian diolah oleh Peneliti.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Sugiyono (2013:224) menjelaskan teknik pengumpulan data dapat dibagi menjadi empat yaitu:

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat membentuk makna dalam suatu topik tertentu.

2. Pengamatan/Observasi

Observasi adalah suatu proses yang kompleks dan tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Hal paling penting dalam observasi adalah pengamatan dan daya ingat.

3. Dokumentasi

Dokumen adalah catatan peristiwa yang telah berlalu. Dokumen dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seorang. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif.

4. Triangulasi

Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada.

Dari keempat teknik pengumpulan data tersebut, Peneliti menggunakan:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan tatap muka langsung dengan sumber informasi dengan menggunakan teknik wawancara terbuka (*open interview*).

Wawancara dilakukan pada Bulan Desember 2016 dengan pegawai Puskesmas Wungu yang menangani persediaan obat dan bahan medis habis

pakai, pegawai yang bertugas untuk melaksanakan memasukkan data pasien, serta pegawai yang menyusun rencana pengadaan obat dan bahan medis habis pakai dalam rencana strategi bisnis Puskesmas Wungu Tahun 2016. Peneliti juga melakukan komunikasi melalui pesan singkat ketika menemukan beberapa hal yang kurang dipahami. Wawancara di lapangan dilakukan untuk mengetahui:

- a. tingkat kunjungan Puskesmas;
 - b. pola morbiditas penyakit dan penyakit yang dianggap berpotensi menjadi wabah di lingkungan Puskesmas;
 - c. proses perencanaan obat dan bahan medis habis pakai;
 - d. dasar yang digunakan dalam perencanaan jumlah obat dan bahan medis habis pakai;
 - e. dana yang digunakan untuk pengadaan obat dan bahan medis habis pakai;
 - f. alokasi obat dan bahan medis habis pakai yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun; dan
 - g. tingkat persediaan obat yang dimiliki oleh Puskesmas.
2. Dokumentasi

Pengumpulan data dengan metode dokumentasi dilakukan dengan membaca dan meneliti dokumen-dokumen yang diperoleh dari Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun mengenai dokumen pola morbiditas selama tiga tahun terakhir, dokumen perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai,

laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO), dan daftar harga obat yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun.

3. Triangulasi

Setelah memperoleh data, Peneliti melakukan triangulasi sumber. Proses ini dilakukan dengan cara membandingkan antara data dari hasil wawancara dengan data hasil dokumentasi serta konfirmasi kepada pegawai puskesmas yang menangani persediaan obat dan bahan medis habis pakai mengenai beberapa poin yang terdapat dalam dokumen sumber diantaranya adalah harga dari beberapa obat yang dianggap cukup mahal (glas ionomer C, dermasin, dan buscopan injeksi) dengan tujuan mendapatkan data dengan validitas tinggi.

3.5. Teknik Analisis Data

Sugiyono (2013:244) menjelaskan bahwa analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain.

Sugiyono (2013:338-345), menyebutkan bahwa proses analisis deskriptif dengan Model Analisis Interaktif dari Miles dan Huberman terdiri dari:

1. Reduksi Data (*data reduction*)

Reduksi data merupakan proses penelitian, pemusatan perhatian pada penyederhanaan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi dilakukan sejak pengumpulan data dimulai dengan membuat ringkasan, mengkode, menelusuri tema, membuat gugus-

gugus, menulis memo dengan maksud menyisihkan data/ informasi yang tidak relevan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis untuk menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang data yang tidak perlu guna menghasilkan ringkasan data yang potensial untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian.

Reduksi data yang dilakukan peneliti adalah dengan cara mengelompokkan masing-masing pasien berdasarkan jenis penyakit yang diderita serta penanganan yang diberikan oleh Puskesmas. Pasien yang datang dengan tujuan hanya untuk berkonsultasi, tidak dimasukkan ke dalam perhitungan karena tidak ada obat ataupun bahan medis habis pakai yang digunakan/diberikan kepada pasien tersebut.

2. Penyajian Data (*data display*)

Penyajian data adalah mendeskripsikan sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Peneliti menyajikan data perhitungan besaran masing-masing kebutuhan obat dan belanja medis habis pakai berdasarkan jenis penyakit yang terdiri dari volume obat yang digunakan, harga satuan, dan nilai total obat dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam penanganan suatu penyakit.

Peneliti menambahkan tren perkiraan penyakit yang dihitung dengan menggunakan bantuan aplikasi Microsoft Excel 2010 untuk perkiraan penggunaan pemakaian obat dan bahan medis habis pakai pada tahun 2017. Perhitungan rencana pengadaan pada tahun 2017 berdasarkan pola morbiditas

dilakukan dengan mengurangi perkiraan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai pada tahun 2017 dengan sisa persediaan yang ada di gudang dan menambahkan persediaan pengaman yang telah direncanakan oleh puskesmas Wungu.

3. Penarikan Kesimpulan (*conclusion drawing*)

Penarikan kesimpulan adalah bagian akhir dari analisis data. Penarikan kesimpulan berupa kegiatan interpretasi, yang menemukan makna data yang telah disajikan. Cara yang digunakan bervariasi, dapat menggunakan perbandingan kontras, menemukan pola dan tema, pengklasteran (pengelompokan), dan menghubungkan-hubungkan satu sama lain. Makna yang ditemukan peneliti harus diuji kebenarannya, kecocokannya, dan kekokohnya.

Langkah ini dilakukan dengan membandingkan besaran rencana pengadaan obat dan bahan medis habis pakai yang telah dianggarkan puskesmas Wungu dengan hasil perhitungan peneliti. Dalam menyusun anggaran obat dan bahan medis habis pakai, Puskesmas Wungu menggunakan perhitungan metode konsumsi karena dianggap lebih mudah untuk dilakukan.

Berdasarkan model tersebut, peneliti akan melakukan langkah-langkah analisis data sebagai berikut:

1. data-data yang diperoleh akan dikumpulkan dan disusun sehingga mendapatkan informasi yang dapat diandalkan sebagai dasar dalam pembahasan dan pemecahan masalah;

2. melakukan klasifikasi dan analisis data yang telah diperoleh untuk dibandingkan dengan teori yang ada;
3. melakukan penghitungan besaran belanja obat dan bahan medis habis pakai yang diajukan oleh Puskesmas Wungu kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun untuk tahun 2016;
4. melakukan analisis pola morbiditas penyakit di Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun tahun 2016;
5. melakukan perincian kebutuhan obat dan bahan medis pakai untuk penanganan tiap-tiap penyakit;
6. mencocokkan harga masing-masing obat dan bahan medis habis pakai serta melakukan perhitungan total kebutuhan obat dan bahan medis pakai masing-masing penyakit;
7. membuat tren morbiditas untuk tahun 2017 dan menggunakan tren tersebut sebagai dasar perkiraan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai untuk tahun 2017; dan
8. membandingkan hasil perhitungan nilai pengadaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas dengan rencana anggaran pengadaan obat yang diajukan Puskesmas Wungu ke Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun.

BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Entitas

4.1.1. Sejarah Puskesmas Wungu

Puskesmas Wungu adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di sebagian wilayah Kecamatan Wungu. Puskesmas Wungu berdiri sejak tahun 1974 dengan keadaan bangunan fisik, sarana prasarana, dan ketenagaan yang sangat terbatas, yaitu hanya memberikan pelayanan balai pengobatan dan Kesehatan Ibu dan Anak. Hingga saat ini, Puskesmas Wungu telah dipimpin oleh sebelas Kepala Puskesmas yang memiliki program dan produk layanan unggulan masing-masing. Daftar Kepala Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.1
Daftar Kepala Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun

No.	Kepala Puskesmas	Masa Jabatan	Produk Layanan
1	dr. Wiranto	Sejak tahun 1950	Puskesmas masih berupa Klinik Kesehatan yang dipimpin oleh dr. Wiranto. Klinik tersebut bertempat di daerah Dungus yang sekarang menjadi rumah dinas dokter dan memiliki klinik pembantu bertempat di desa Mojopurno yang sekarang menjadi Puskesmas Mojopurno.

2	dr. Wiranto	Sejak tahun 1974	Klinik Kesehatan mulai berubah menjadi Puskesmas Wungu yang mempunyai 2 poliklinik yaitu Pelayanan Umum (BP) dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), ditambah dengan imunisasi, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan laboratorium sederhana
3	dr. Sri Martiani	Tahun 1977-1980	Terdapat penambahan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), sedangkan untuk pelayanan kesehatan terdapat penambahan yaitu Poli Gigi yang pada masa itu dipegang oleh Perawat Gigi
4	dr. Endah Wulandari	Tahun 1980-1985	Terdapat penambahan program Gizi, hanya saja yang menjadi pelaksana gizi saat itu bukan nutrisionis melainkan bidan.
5	dr. Madu Seno	Tahun 1985-1990	Poli Gigi telah memiliki tenaga dokter gigi. Pada 16 Maret 1987, Puskesmas Wungu mempunyai Puskesmas Pembantu (Pustu) yang terletak di desa Pilangrejo dengan petugas 2 orang perawat dan 1 orang pembantu perawat.
6	dr. Moch.Yulianto	Tahun 1990-1997	Poli BP mendapat penambahan seorang dokter. Pada tahun 1992 juga terjadi penambahan Puskesmas Pembantu yang terletak di desa Kresek dengan 1 orang perawat dan 1 orang pembantu perawat.
7	dr. Guritno	Tahun 1997-1999	Pada tahun 1999 terdapat penambahan petugas untuk pustu Pilangrejo yaitu seorang Bidan Desa.
8	dr. Susana Endang S.W.	Tahun 1999-2007	Pada tahun 2000 terdapat penambahan seorang Bidan Desa yang ditempatkan di

			<p>Pustu Kresek dan 1 orang tenaga sanitarian.</p> <p>Pada tahun 2005 terdapat penambahan tenaga Analis Kesehatan sehingga untuk pemeriksaan Laboratorium telah dapat dilakukan secara mandiri.</p>
9	dr. Soelistyo Widyantono, MM	Tahun 2007	<p>Meski hanya menjabat selama 7 bulan, tetapi jangka waktu tersebut merupakan masa peralihan yang mana pelayanan kesehatan telah menggunakan sistem komputerisasi yaitu Simpustronik</p>
10	dr. Pipit Soesilowati T.I.	Tahun 2007-2011	<p>Pada masa ini sistem keuangan telah berubah dengan menggunakan RKA.</p> <p>Pada tahun 2009 terdapat penambahan poli yaitu poli Keluarga Berencana (KB) dengan petugas seorang bidan.</p> <p>Tahun 2010 terdapat penambahan satu polo yaitu Poli Manajemen Terhadap Balita Sakit (MTBS) dengan petugas seorang perawat dan penambahan tenaga Promosi Kesehatan (Promkes) dan Nutrisionis.</p>
11	J. Menus H., SKM., M.M.Kes.	Tahun 2011- sekarang	<p>Puskesmas Wungu mulai melakukan diversifikasi layanan kesehatan berupa Pelayanan Umum (BP), Poliklinik Gigi, KIA, Laboratorium, Poliklinik MTBS, Poliklinik KB, Pojok Gizi, Konsultasi Kesling, dan Apotek Umum serta Apotek JKN.</p>

Sumber : Rencana Strategi dan Bisnis Puskesmas Wungu Kab. Madiun 2016

Puskesmas Wungu sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah dilandasi atas :

1. Peraturan Daerah Kabupaten Madiun Nomor 13 Tahun 2011 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Madiun pasal 11 huruf e;
2. Peraturan Bupati Nomor 41 Tahun 2011 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan pasal 13 huruf b;
3. Surat Keterangan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Madiun Nomor 028/396/402.209/2015 tentang Puskesmas Wungu merupakan Aset milik Pemerintah Kabupaten Madiun; dan
4. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun Nomor 445/2897/402.102/2016 tentang Izin Operasional Puskesmas Wungu.

4.1.2. Visi dan Misi Puskesmas Wungu

Untuk mendukung pencapaian visi Kabupaten Madiun, Puskesmas Wungu menetapkan visi “TERWUJUDNYA KECAMATAN WUNGU LEBIH SEHAT DAN MANDIRI 2020”.

Kecamatan Wungu lebih sehat merupakan harapan yang ingin dicapai pada tahun 2020 dimana seluruh masyarakat Kecamatan Wungu sadar akan pentingnya kesehatan melalui perilaku hidup bersih dan sehat, mudah mendapatkan informasi kesehatan, serta memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata.

Mandiri berarti bahwa setiap orang dan juga masyarakat bersama dengan Pemerintah Kabupaten Madiun berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, beserta lingkungannya.

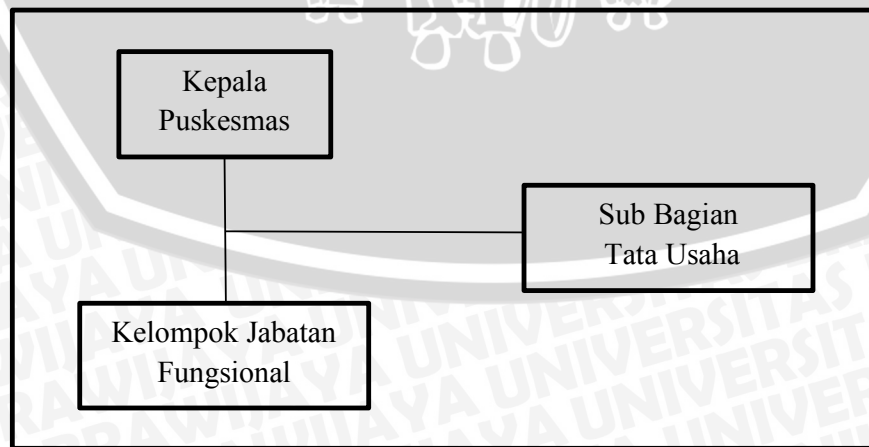
Sedangkan Misi Puskesmas Wungu yang ingin dicapai adalah :

1. Meningkatkan derajat kesehatan keluarga melalui peningkatan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sadar gizi;
2. Mendorong kemandirian masyarakat dalam memelihara kesehatan untuk berperilaku hidup bersih, sehat dan produktif serta mewujudkan sarana kesehatan dan tenaga kesehatan yang berkualitas;
3. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyebaran penyakit serta peningkatan kualitas penyehatan lingkungan;
4. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata;
5. Menyelenggarakan administrasi dan manajemen yang bersifat transparan dan akuntabel; dan
6. Mengembangkan program inovasi dan produk layanan.

4.1.3. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Puskesmas Wungu yang sesuai dengan lampiran Peraturan Bupati Nomor 41 Tahun 2011 adalah sebagai berikut:

Gambar 4.1
Struktur Organisasi Puskesmas Wungu



Struktur organisasi Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun terdiri dari:

1. Kepala UPT Puskesmas

Puskesmas dipimpin oleh seorang Kepala UPT Puskesmas yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.

2. Sub Bagian Tata Usaha

Sub bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Tata Usaha yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala UPT Puskesmas. Subbagian tata usaha mempunyai tugas pokok pengelolaan administrasi umum yang meliputi penyusunan program, ketatalaksanaan, ketatausahaan, keuangan, kepegawaian, urusan rumah tangga, perlengkapan, kepustakaan, dan kearsipan.

3. Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional tertentu dan fungsional umum. Kelompok jabatan fungsional tertentu melaksanakan tugas khusus sesuai dengan bidang keahliannya dalam unit tertentu dan mempunyai ukuran pencapaian hasil kerja dengan angka kredit yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. Kelompok jabatan fungsional umum melaksanakan tugas dalam rangka mendukung kegiatan operasional puskesmas dan tidak secara khusus mempunyai ukuran pencapaian hasil kerjanya dengan angka kredit yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.

Jabatan fungsional tertentu terdiri dari :

- a. fungsional dokter;
- b. fungsional kebidanan;
- c. fungsional keperawatan;
- d. fungsional nutrisisionis;
- e. fungsional promosi kesehatan;
- f. fungsional analis medis;
- g. fungsional farmasi;
- h. fungsional perawat gigi; dan
- i. fungsional sanitarian.

Jabatan fungsional tertentu dipegang oleh seorang petugas yang mempunyai ijazah sesuai keahliannya, yang dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala UPT Puskesmas. Jabatan Fungsional

Umum terdiri dari :

- a. bendahara;
- b. urusan umum;
- c. kasir;
- d. loket;
- e. perekam medis;
- f. supir ambulan; dan
- g. penjaga dan petugas kebersihan.

Jabatan fungsional umum dipegang oleh seorang petugas yang dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kasubbag Tata Usaha.

Sebagai UPT Dinas Kesehatan, Puskesmas Wungu berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan dan sebagai unit pelaksana teknis kesehatan tingkat pertama. Uraian tugas masing-masing bagian yang terdapat dalam struktur organisasi Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Kepala Puskesmas

Puskesmas Wungu dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas yang dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Bupati Madiun Nomor 41 Tahun 2011 pasal 17. Kepala UPT Pusat Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan penyusunan perencanaan dan program kerja pada UPT Pusat Kesehatan Masyarakat;
- b. menyiapkan bahan koordinasi penyusunan program dan pelaksanaan tugas bidang pelayanan umum kesehatan;
- c. melaksanakan mengelola pelayanan umum kesehatan;
- d. melaksanakan mengelola data kesehatan masyarakat;
- e. melaksanakan mengelola urusan administrasi penatausahaan, keuangan, administrasi kepegawaian dan inventarisasi asset;
- f. melaksanakan pemantauan dan bertanggung jawab terhadap pemeliharaan, perbaikan gedung dan sarana prasarana;

- g. melaksanakan monitoring, evaluasi dan laporan pelaksanaan tugas pada UPT Pusat Kesehatan Masyarakat; dan
 - h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.
2. Sub Bagian Tata Usaha

Sub bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Tata Usaha yang dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas. Sub Bagian Tata Usaha pada UPT Pusat Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas :

- a. mengumpulkan dan menyiapkan bahan/data sebagai dasar penyusunan perencanaan di bidang administrasi umum, administrasi kepegawaian, keuangan, peralatan dan perlengkapan;
- b. menyiapkan bahan koordinasi dan mengelola rencana kegiatan, rencana anggaran, keamanan kantor, kebutuhan peralatan dan perlengkapan di lingkungan UPT;
- c. melaksanakan dan mengelola pembinaan, penelitian, pengembangan sumber daya aparatur dan administrasi kepegawaian;
- d. melaksanakan kegiatan ketatausahaan meliputi administrasi umum, administrasi kepegawaian, keuangan, peralatan dan perlengkapan dan keamanan UPT;
- e. melaksanakan evaluasi dan membuat laporan kegiatan ketatausahaan; dan
- f. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala UPT Pusat Kesehatan Masyarakat.

3. Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang ditetapkan sesuai keahlian dan spesialisasi yang dibutuhkan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Kelompok Jabatan fungsional tertentu dan umum yang menyelenggarakan kegiatan unit-unit pelayanan kesehatan terdiri dari:

a. Pelaksanaan pelayanan upaya kesehatan masyarakat (UKM)

Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat dikoordinasikan oleh seorang koordinator Program UKM, yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program wajib dan program pengembangan. Dalam melaksanakan tugas, posisi ini berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas. Pelaksana UKM mengkoordinasikan kegiatan:

1) Program Wajib

- a) Program Promosi Kesehatan;
- b) Program Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana;
- c) Program Gizi Masyarakat;
- d) Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit; dan
- e) Program Kesehatan Lingkungan.

2) Program Pengembangan

Dikembangkan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan masing-masing puskesmas.

b. Pelaksanaan pelayanan upaya kesehatan perorangan (UKP)

Pelaksana Pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan dikoordinasikan oleh seorang Koordinator program UKP, yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan. Dalam melaksanakan tugas, posisi ini berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas. Pelaksana UKP mengkoordinasikan kegiatan :

- 1) Pelayanan Rawat Jalan;
- 2) Pelayanan Gawat Darurat; dan
- 3) Pelayanan Penunjang Medis.

4.1.4. Lokasi Puskesmas Wungu

Puskesmas Wungu terletak di Jalan Raya Kare No.113 Dungus Kecamatan Wungu Kabupaten Madiun dengan nomor telepon 0351 - 494048 dan kode pos 63181. Puskesmas Wungu memiliki luas wilayah 23,67 km². Letak Puskesmas Wungu jika dibandingkan dengan beberapa tempat yang memiliki fasilitas kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Desa terjauh adalah Sidorejo ± 12 km;
2. Ibu Kota Kecamatan Wungu ± 8 km;
3. Ibu Kota Kabupaten Madiun di Mejayan Caruban ± 40 km;
4. Rumah Sakit Umum Propinsi Paru Dungus ± 1 km;
5. Puskesmas Mojopurno ± 8 km;
6. Puskesmas Kare ± 12 km;
7. Puskesmas Jetis ± 10 km;
8. Klinik Swasta AFIKA ± 5 km;

9. Rumah Sakit Umum Propinsi dr. Soedono \pm 14 km;
10. Rumah Sakit Umum Daerah Dolopo \pm 17 km;
11. Puskesmas Madiun Kota Oro-Oro Ombo \pm 12 km; dan
12. Puskesmas Banjarejo Kota Madiun berdekatan dengan Pustu Pilangrejo, Polindes Munggut dan Polindes Sidorejo.

Batas wilayah kerja Puskesmas Wungu adalah sebagai berikut:

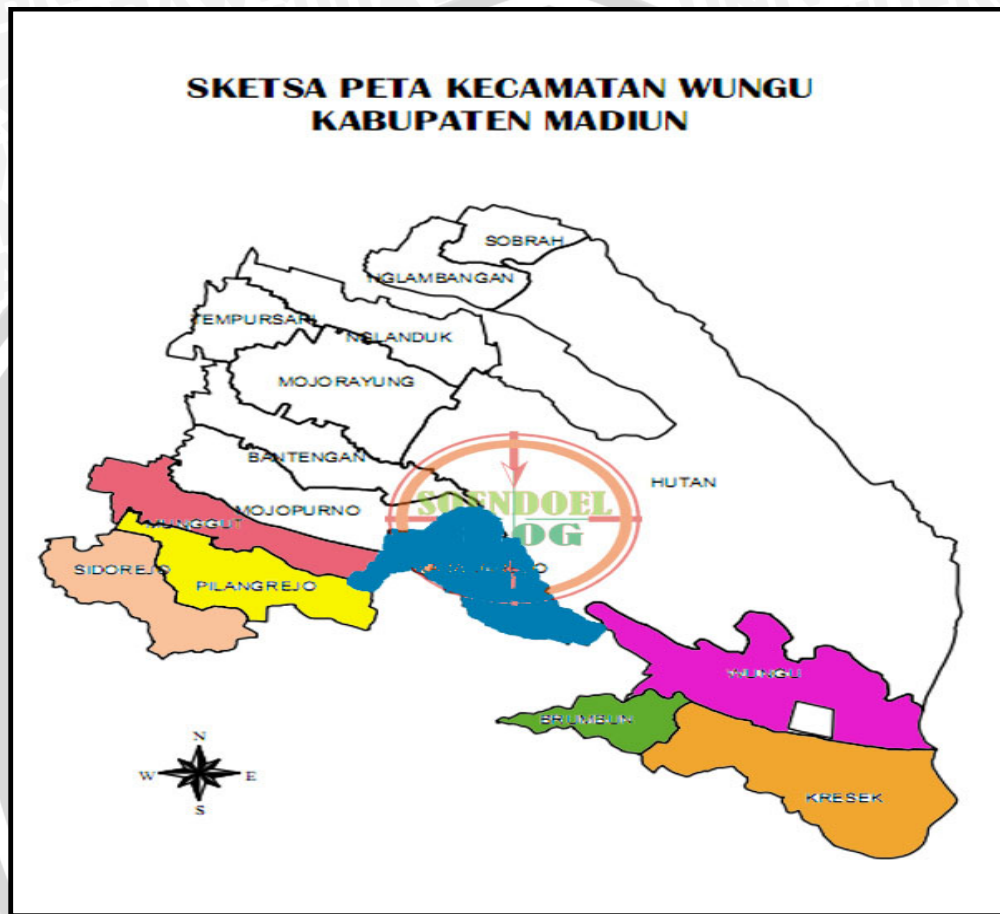
1. Sebelah utara : KPH Kabupaten Madiun;
2. Sebelah timur : Wilayah Kecamatan Kare Kabupaten Madiun;
3. Sebelah selatan : Wilayah Kecamatan Kare dan Kecamatan Dagangan;
4. Sebelah barat : Wilayah kerja Puskesmas Mojopurno.

Wilayah kerja Puskesmas Wungu merupakan daerah agraris yang mayoritas masyarakatnya bekerja sebagai petani. Dengan luas wilayah kurang lebih 23,67 km², wilayah kerja Puskesmas Wungu terdiri dari dataran rendah dan mayoritas berupa dataran tinggi yang terbagi menjadi tujuh desa. Ketujuh desa tersebut adalah:

1. Desa Brumbun dengan luas wilayah 1,39 km²;
2. Desa Karangrejo dengan luas wilayah 3,51 km²;
3. Desa Kresek dengan luas wilayah 4,20 km²;
4. Kelurahan Munggut dengan luas wilayah 2,51 km²;
5. Desa Pilangrejo dengan luas wilayah 3,17 km²;
6. Desa Sidorejo dengan luas wilayah 2,98 km²; dan
7. Kelurahan Wungu dengan luas wilayah 5,91 km².

Wilayah kerja Puskesmas Wungu dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 4.2
Peta Wilayah Kerja Puskesmas Wungu



Sumber : Rencana Strategi dan Bisnis Puskesmas Wungu Kab. Madiun 2016

4.1.5. Gambaran Produk Jasa

Sebagai suatu unit pelayanan kesehatan di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun dan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, Puskesmas Wungu mengemban tugas untuk memberikan pelayanan umum di bidang kesehatan kepada masyarakat. Dalam menjalankan tugas tersebut, Puskesmas Wungu mengeluarkan produk jasa yang dapat digolongkan sebagai

upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP).

Kegiatan-kegiatan tersebut terdiri dari:

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

a. UKM Esensial dan Keperawatan Masyarakat

- 1) Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat;
- 2) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang bersifat UKM;
- 3) Pelayanan KB yang bersifat UKM;
- 4) Pelayanan Gizi yang bersifat UKM;
- 5) Pelayanan Kesehatan Lingkungan;
- 6) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (TB, Kusta, Demam berdarah dll); dan
- 7) Pelayanan Promosi Kesehatan termasuk UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) dan UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah).

b. UKM Pengembangan

- 1) Pelayanan kesehatan jiwa;
- 2) Pelayanan kesehatan gigi masyarakat;
- 3) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer;
- 4) Pelayanan kesehatan olah raga;
- 5) Pelayanan kesehatan indera;
- 6) Pelayanan kesehatan lansia;
- 7) Pelayanan kesehatan kerja;
- 8) Pelayanan kesehatan posbindu PTM;

- 9) Pelayanan kesehatan prolans (Program Penatalaksanaan Penyakit Kronis);
 - 10) Desa Siaga; dan
 - 11) Kelas Ibu.
- c. UKM Inovasi
- 1) GEMAS NAIK SEDAN (Gerakan Masyarakat Cinta Lingkungan dan Kesehatan Badan)
2. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)
- a. Rawat Jalan
 - 1) Poli Umum
 - 2) Poli Gigi dan mulut
 - 3) Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
 - 4) Poli KB (Keluarga Berencana)
 - 5) Pojok Gizi / Pelayanan konsultasi gizi yang bersifat UKP
 - 6) Pelayanan klinik sanitasi
 - 7) Pelayanan Kefarmasian
 - 8) Pelayanan Laboratorium
 - 9) Pelayanan loket
 - b. Pustu Pilangrejo
 - c. Pustu Kresek
 - d. Polindes Sidorejo
 - e. Polindes Munggut
 - f. Polindes Karangrejo

g. Polindes Brumbun

h. UKP Inovasi

1) SEBAIT TEMBANG AYUNDA (Sehat Balita Ikuti Tumbuh Kembang Bersama Ayah Bunda)

4.2. Perencanaan dan Pengadaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai

Perencanaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai oleh Puskesmas Wungu dilakukan oleh bagian farmasi yang bertugas untuk melaksanakan administrasi terkait persediaan obat dan bahan medis habis pakai. Perencanaan kebutuhan dilaksanakan dengan cara melihat data pemakaian tahun lalu, persediaan yang ada, dan persediaan pengaman bagi Puskesmas. Perkiraan jumlah kebutuhan kemudian dihitung nilai rupiahnya dan diajukan anggaran yang diperlukan untuk pengadaan obat tersebut sepanjang alokasi anggaran memungkinkan.

Perencanaan penganggaran kebutuhan obat dan bahan medis pakai yang dilakukan oleh Puskesmas Wungu saat ini dapat diklasifikasikan sebagai perencanaan dengan metode konsumsi. Metode tersebut digunakan karena bagian farmasi puskesmas telah memiliki data pemakaian obat setiap bulannya. Data tersebut terdapat dalam formulir Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) yang di dalamnya memuat nama dan satuan obat, jumlah persediaan awal, penerimaan, pemakaian, sisa akhir persediaan, dan jumlah obat yang diminta kepada dinas kesehatan. Laporan tersebut setiap bulannya diserahkan kepada dinas kesehatan setelah diotorisasi oleh pengelola obat dan kepala puskesmas.

Puskesmas Wungu mengambil kebijakan bahwa jumlah stok pengaman adalah setengah dari total kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai yang direncanakan sehingga secara keseluruhan jumlah obat dan bahan medis habis pakai direncanakan untuk memenuhi kebutuhan Puskesmas selama 18 bulan. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi adanya keterlambatan, kekosongan obat, atau hal-hal lain dari pihak pemasok yang dapat menyebabkan kekurangan obat di Puskesmas.

Pengadaan obat dilakukan melalui dua mekanisme yaitu melalui permintaan kepada Gudang Farmasi Kesehatan (GFK) Kabupaten Madiun dan pengadaan melalui *e-purchasing*. Pada mekanisme pertama, Puskesmas menyediakan data pemakaian obat dengan menggunakan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) dan menyerahkannya kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun. Selanjutnya, Gudang Farmasi Kabupaten/Kota akan melakukan kompilasi dan analisa terhadap kebutuhan obat puskesmas di wilayah kerjanya dan melakukan distribusi obat yang diminta oleh masing-masing puskesmas.

Pengadaan dengan mekanisme kedua dilakukan apabila obat atau bahan medis habis pakai yang diperlukan oleh puskesmas tidak dapat disediakan oleh Dinas Kesehatan. Puskesmas Wungu melaksanakan mekanisme *e-purchasing* dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik (*E-Catalogue*).

Proses pengadaan obat dilakukan melalui mekanisme *e-purchasing* dimulai dengan pengajuan rencana kebutuhan obat dari bagian farmasi kepada

Kepala Puskesmas selaku Pejabat Pembuat Komitmen (PPK). Pengajuan rencana kebutuhan ini juga telah melalui konfirmasi dari dokter yang bertugas di Puskesmas Wungu. PPK kemudian melakukan pengecekan katalog elektronik dalam portal pengadaan nasional yang di dalamnya memuat nama obat, nama penyedia, harga satuan terkecil, dan distributor. Setelah menemukan penyedia yang sesuai, PPK kemudian menetapkan daftar pengadaan obat sesuai ketersediaan anggaran. Daftar tersebut harus ditandatangani oleh PPK dan kemudian diserahkan kepada Pejabat Pengadaan untuk dilakukan proses pengadaan dengan metode *e-Purchasing*.

Apabila obat yang dibutuhkan tidak terdaftar dalam katalog elektronik, Puskesmas Wungu melaksanakan pengadaan secara manual (*offline*). Hal tersebut juga telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2014. Masing-masing pedagang besar farmasi (PBF) sebelumnya telah memberikan katalog mengenai obat yang disediakan termasuk dengan harga yang ditawarkan. Katalog tersebut diberikan secara berkala oleh masing-masing PBF, khususnya apabila terjadi perubahan spesifikasi produk yang disediakan dan juga perubahan harga yang ditawarkan.

Bagian farmasi kemudian membandingkan komposisi dari tiap-tiap obat dan mencari penawaran dengan harga yang paling rendah. Hal tersebut dimaksudkan agar efisiensi penggunaan anggaran dapat tetap terjaga. Meskipun demikian, harga bukanlah menjadi satu-satunya pertimbangan dalam melakukan pengadaan obat secara mandiri. Sebelum melaksanakan kontak dengan PBF, bagian farmasi mengkonfirmasi pemilihan obat tersebut kepada dokter yang

bertugas di Puskesmas. Konfirmasi tersebut dilakukan karena adanya pertimbangan profesional dan preferensi terhadap suatu obat yang berbeda-beda dari tiap dokter. Perbedaan ini memungkinkan dokter di puskesmas yang berbeda memberikan obat yang berbeda untuk diagnosa yang sama, khususnya apabila obat tersebut bukanlah obat generik.

4.3. Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun

Pola morbiditas yang ditangani oleh Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun selalu mengalami perubahan, baik dari segi jenis penyakit maupun total kasus yang ditanganinya. Dari tahun 2013 sampai 2016, terdapat dua belas jenis penyakit yang telah ditangani oleh Puskesmas Wungu. Penyakit-penyakit tersebut adalah:

1. Penyakit Susunan Lain Pada Otot Rangka;
2. Penyakit Lain Pada Susunan Pencenaan;
3. Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Atas;
4. Gingivitis dan Penyakit Periodental;
5. Penyakit Kulit Infeksi;
6. Hipertensi Sekunder;
7. Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA);
8. Kencing Manis;
9. Radang Sendi Serupa Rematik;
10. Penyakit Pulpa dan Jaringan Penyangganya;
11. Diare; dan
12. Penyakit Kulit Alergi.

Pada tahun 2016, penyakit lain pada saluran pernafasan adalah penyakit yang paling sering ditangani oleh Puskesmas Wungu dengan angka kejadian sejumlah 1.451 kasus atau sebesar 15,24% dari total seluruh penyakit yang ditangani pada tahun 2016. Hasil anamnesa (wawancara antara dokter dengan pasien) yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya keluhan berupa batuk, pilek, radang tenggorokan, dan demam.

Penyakit dengan morbiditas tertinggi kedua di Puskesmas Wungu pada tahun 2016 adalah gingivitis dan penyakit periodental dengan angka kejadian sejumlah 1.326 kasus atau sebesar 13,92% dari total seluruh penyakit yang ditangani. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah sakit gigi dan pembengkakan pada gusi serta tindakan-tindakan medis berupa pemeriksaan, pembersihan, pencabutan, dan penambalan gigi pasien.

Hipertensi sekunder menjadi penyakit dengan tingkat morbiditas tertinggi ketiga yang ditangani oleh Puskesmas Wungu dengan jumlah 1.271 kasus atau sebesar 13,53% dari total seluruh penyakit. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah keluhan berupa pusing, nyeri pada bagian leher dan mata, kaku pada bagian tubuh tertentu, dan tindakan berupa pemeriksaan tekanan darah serta adanya rujukan dari poli gigi.

Infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) menjadi penyakit dengan morbiditas tertinggi keempat dengan jumlah 1.073 kasus atau mencakup 11,27% dari total seluruh penyakit yang ditangani. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan

ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah keluhan berupa batuk, pilek, dan demam.

Penyakit dengan morbiditas tertinggi kelima adalah penyakit kulit infeksi dengan jumlah 1.029 kasus atau 11,27% dari total keseluruhan penyakit yang ditangani. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah gatal pada bagian-bagian tubuh, luka robek, dan infeksi pada luka serta tindakan berupa pemeriksaan luka dan pengangkatan jahitan.

Penyakit dengan morbiditas tertinggi selanjutnya adalah kencing manis dengan jumlah 981 kasus atau sebesar 10,30% dari total keseluruhan penyakit yang ditangani. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit mayoritas berupa tindakan pemeriksaan kadar gula darah.

Radang sendi serupa rematik menjadi penyakit dengan tingkat morbiditas tertinggi ketujuh dengan jumlah 797 kasus atau sebesar 8,37% dari total seluruh penyakit. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah pegal linu, nyeri pada pinggang dan kaki, nyeri sendi, dan tindakan berupa pemeriksaan rutin dan kontrol pro fisioterapi.

Penyakit pulpa dan jaringan penyangganya menjadi penyakit dengan tingkat morbiditas tertinggi kedelapan dengan jumlah 673 kasus atau sebesar 7,07% dari total seluruh penyakit. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah berupa tindakan pemeriksaan, penambalan, dan pembersihan gigi.

Penyakit dengan morbiditas tertinggi kesembilan adalah diare dengan jumlah 462 kasus atau sebesar 4,85% dari total seluruh penyakit. Hasil anamnesa

yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini diantaranya adalah diare, perut kembung, muntah, dan cacingan.

Penyakit kulit alergi menjadi penyakit dengan tingkat morbiditas paling rendah yaitu sebanyak 461 kasus atau sebesar 4,84% dari total keseluruhan penyakit yang ditangani Puskesmas Wungu. Hasil anamnesa yang diklasifikasikan ke dalam jenis penyakit ini mayoritas adalah sakit kepala dan gatal pada bagian-bagian tubuh yang diakibatkan oleh makanan seperti udang dan ikan asin.

Data lengkap pola morbiditas yang ditangani Puskesmas Wungu pada tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2
Pola Morbiditas yang Ditangani Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun
Tahun 2016

No.	Kode	Jenis Penyakit	Jumlah	%
1.	1303	Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Atas	1.451	15,24
2.	1503	Gingivitis dan Penyakit Periodental	1.326	13,92
3.	1201	Hipertensi Sekunder	1.271	13,35
4.	1302	Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)	1.073	11,27
5.	2001	Penyakit Kulit Infeksi	1.029	10,80
6.	3303	Kencing Manis	981	10,30
7.	2101	Radang Sendi Serupa Rematik	797	8,37
8.	1502	Penyakit Pulpa dan Jaringan Penyangganya	673	7,07
9.	0102	Diare	462	4,85
10.	2002	Penyakit Kulit Alergi	461	4,84
Total			9.524	100%

Sumber: Rencana Strategi dan Bisnis Puskesmas Wungu Kab. Madiun 2016

4.4. Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas

Pola morbiditas idealnya mengelompokkan data pasien berdasarkan umurnya. Pengelompokan ini digunakan khususnya untuk menentukan jenis obat yang diperlukan oleh masing-masing kelompok usia karena setiap kelompok usia memerlukan jumlah dosis obat yang berbeda.

Dari hasil pengumpulan data, sistem yang digunakan pada Puskesmas Wungu tidak secara khusus membagi masing-masing pasien ke dalam kelompok umur tertentu. Identitas pasien dicatat pada sistem dengan hanya mencantumkan tanggal kunjungan, nomor registrasi, nama pasien, alamat, serta cara pembayaran. Hal ini menyebabkan langkah pertama perhitungan metode morbiditas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1121 tahun 2008 tidak dapat dilakukan.

Meskipun demikian, peneliti menyimpulkan bahwa kekurangan pengelompokan berdasarkan umur ini tidak berpengaruh terhadap perhitungan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai secara agregat. Hal ini dikarenakan data per bulan yang diberikan oleh Puskesmas Wungu telah mencakup keseluruhan kelompok umur sehingga ketika diklasifikasikan berdasarkan morbiditas, rekapitulasi tersebut telah mencakup seluruh penggunaan obat dan bahan medis habis pakai.

Harga obat dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam perhitungan diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun per Juni 2016. Untuk pengadaan sendiri, peneliti memperoleh data harga dari bagian farmasi Puskesmas Wungu. Sedangkan untuk komparasi harga terbaru, peneliti juga

melakukan konfirmasi kepada pihak lain yang bekerja di bidang farmasi dan melakukan penelusuran secara daring. Daftar harga obat dan bahan medis pakai dapat dilihat pada lampiran 1.

Total penggunaan obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas adalah Rp164.120.943,00 yang dibagi menjadi obat senilai Rp147.001.049,00 dan bahan medis habis pakai senilai Rp17.119.894,00. Rincian penggunaan obat dan bahan medis pakai per penyakit adalah sebagai berikut:

1. Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Atas

Untuk menangani penyakit lain pada saluran pernafasan atas, sejumlah 63 jenis obat dan 5 jenis bahan medis habis pakai digunakan dalam proses pengobatan dengan total nilai sebesar Rp8.682.289,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah gliseril guaiacolat sebanyak 10.745 butir yang merupakan obat batuk. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah dermasin dengan harga mencapai Rp71.000,00/*tube*. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian obat amoksilin kapsul 500 mg dengan nilai sebesar Rp1.807.164,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 6.924 butir dengan harga per butir sebesar Rp261,00.

Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp8.661.529,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah alat suntik 2,5 ml sejumlah delapan buah. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah kasa steril dengan harga satuan Rp5.000,00. Sedangkan total belanja paling tinggi

yang digunakan adalah pembelian spons gelatin dengan nilai Rp7.700,00.

Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp20.760,00.

2. Gingivitis dan Penyakit Periodental

Sejumlah 25 jenis obat digunakan dalam proses pengobatan dengan total nilai sebesar Rp3.187.345,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah amoksilin kapsul 500 mg sebanyak 2.096 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian obat erythromisin dengan nilai sebesar Rp863.040,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 928 butir dengan harga per butir sebesar Rp930,00.

3. Hipertensi Sekunder

Untuk menangani hipertensi sekunder, sejumlah 76 jenis obat dan 4 jenis bahan medis habis pakai digunakan dalam proses pengobatan dengan total nilai sebesar Rp12.317.430,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah kaptopril sebanyak 9.194 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian obat buscopan injeksi dengan nilai sebesar Rp3.840.345,00.

Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 135 vial dengan harga

masing-masing sebesar Rp28.447,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp12.179.670,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah salisil bedak sejumlah delapan buah. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah hand schoen tissue dengan harga satuan sebesar Rp6.595,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian hand schoen tissue dengan nilai Rp118.710,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp137.760,00.

4. Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)

Untuk penanganan infeksi saluran pernafasan atas, sejumlah 88 jenis obat dan 6 jenis bahan medis habis pakai digunakan dalam proses pengobatan dengan total nilai sebesar Rp29.962.372,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah gliseril guaiacolat sebanyak 18.123 butir yang merupakan obat batuk. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah dermasin dengan harga mencapai Rp71.000,00/tube. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian buscopan injeksi dengan nilai sebesar Rp8.022.054,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 282 vial dengan harga masing-masing sebesar Rp28.447,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp24.881.933,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah salisil bedak sejumlah 107 buah. Bahan medis habis

pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah glas ionomer c dengan harga satuan mencapai Rp811.745,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian glas ionomer c dengan nilai Rp4.870.470,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp 5.080.439,00.

5. Penyakit Kulit Infeksi

Penyakit kulit infeksi menggunakan 61 jenis obat dan 6 jenis bahan medis habis pakai dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp74.506.493,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah betamethason krim sebanyak 18.123 *tube*. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian betamethason krim dengan nilai sebesar Rp27.546.960,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 18.123 *tube* dengan harga masing-masing Rp1.520,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp64.570.558,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah difenhidramin injeksi sejumlah 4.252 vial. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah transfusi set dengan harga satuan mencapai Rp19.800,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian difenhidramin injeksi

dengan nilai Rp4.464.600,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp9.935.935,00.

6. Kencing Manis

Penyakit kencing manis menggunakan 46 jenis obat dan 3 jenis bahan medis habis pakai dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp19.413.785,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah glibenklamid sebanyak 6.196 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian mebendasol tablet dengan nilai sebesar Rp15.429.000,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 2.161 tablet dengan harga masing-masing Rp7.140,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp17.987.735,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah jarum jahit kulit sejumlah 95 buah. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah jarum jahit kulit dengan harga satuan Rp14.850,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian jarum jahit kulit dengan nilai Rp1.410.750,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp1.426.050,00.

7. Radang Sendi Serupa Rematik

Penyakit kencing manis menggunakan 52 jenis obat dan 3 jenis bahan medis habis pakai dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp3.699.142,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah natrium diclofenak 25 mg sebanyak 3.070 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian buscopan injeksi dengan nilai sebesar Rp853.410,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 30 vial dengan harga masing-masing Rp28.447,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp3.680.867,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah salisil bedak sejumlah 11 buah. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah spons gelatin dengan harga satuan Rp3.850,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian salisil bedak dengan nilai Rp13.750,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah senilai Rp18.275,00.

8. Penyakit Pulpa dan Jaringan Penyangganya

Penyakit pulpa dan jaringan penyangganya menggunakan 21 jenis obat dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp2.431.792,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah amoksilin kapsul 500 mg sebanyak 3.977 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah mebendasol tablet dengan harga Rp7.140,00/tablet. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian amoksilin kapsul 500 mg dengan nilai sebesar Rp1.037.997,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 3.977 tablet dengan harga masing-masing senilai Rp261,00.

9. Diare

Penyakit diare menggunakan 47 jenis obat dan 2 jenis bahan medis habis pakai dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp5.951.140,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah antasida sebanyak 1.629 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah mebendasol tablet dengan harga Rp7.140,00/tablet. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian garam oralit 200 ml dengan nilai sebesar Rp631.000,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 1.262 bungkus serbuk oralit dengan harga masing-masing Rp500,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp5.946.880,00. Sedangkan total bahan medis habis pakai yang digunakan untuk penanganan diare adalah senilai Rp4.260,00.

10. Penyakit Kulit Alergi

Penyakit kulit alergi menggunakan 73 jenis obat dan 5 jenis bahan medis habis pakai dalam proses penanganannya dengan total nilai sebesar Rp3.969.155,00.

Obat dengan jumlah paling banyak digunakan adalah deksamethason tablet sebanyak 3.856 butir. Obat dengan harga satuan paling tinggi yang digunakan dalam penanganan penyakit ini adalah buscopan injeksi dengan harga Rp28.447,00/vial. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian loratadin dengan nilai sebesar Rp853.410,00. Nilai tersebut digunakan untuk pembelian sebanyak 2.807 tablet dengan harga masing-masing senilai Rp154,00. Total keseluruhan nilai obat yang digunakan adalah Rp3.472.740,00.

Bahan medis habis pakai yang paling banyak digunakan dalam penanganan penyakit tersebut adalah salisil bedak sejumlah 231 buah. Bahan medis habis pakai dengan harga satuan tertinggi yang digunakan adalah jarum jahit kulit dengan harga satuan Rp14.850,00. Sedangkan total belanja paling tinggi yang digunakan adalah pembelian salisil bedak dengan nilai Rp288.750,00. Total keseluruhan nilai bahan medis habis pakai yang digunakan adalah Rp496.415,00.

Rekapitulasi penggunaan obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3.
Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai
Berdasarkan Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Tahun 2016

No.	Jenis Penyakit	Penggunaan		Total
		Obat	BMHP	
1.	Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Atas	Rp 8.661.529	Rp 20.760	Rp 8.682.289
2.	Gingivitis dan Penyakit Periodental	Rp 3.187.345	-	Rp 3.187.345
3.	Hipertensi Sekunder	Rp 12.179.670	Rp 137.760	Rp 12.317.430
4.	Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)	Rp 24.881.933	Rp 5.080.439	Rp 29.962.372
5.	Penyakit Kulit Infeksi	Rp 64.570.558	Rp 9.935.935	Rp 74.506.493
6.	Kencing Manis	Rp 17.987.735	Rp 1.426.050	Rp 19.413.785
7.	Radang Sendi Serupa Rematik	Rp 3.680.867	Rp 18.275	Rp 3.699.142
8.	Penyakit Pulpa dan Jaringan Penyangganya	Rp 2.431.792	-	Rp 2.431.792
9.	Diare	Rp 5.946.880	Rp 4.260	Rp 5.951.140
10.	Penyakit Kulit Alergi	Rp 3.472.740	Rp 496.415	Rp 3.969.155
Total		Rp 147.001.049	Rp 17.119.894	Rp 164.120.943

Sumber: data diolah, 2017

4.5. Perencanaan Kebutuhan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas Tahun 2017

Setelah mengetahui total kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai dalam satu tahun, langkah selanjutnya adalah melakukan perhitungan rencana pengadaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai. Perbedaan metode morbiditas dengan metode konsumsi terletak pada dasar perhitungan kebutuhan obat dan bahan medis pakai dalam waktu satu tahun yang mana pada metode konsumsi menggunakan rata-rata pemakaian dalam satu bulan dikalikan dengan dua belas sedangkan metode morbiditas menggunakan pola morbiditas yang terjadi pada tahun tertentu ditambah dengan perkiraan kasus per penyakit pada tahun berikutnya.

Penghitungan perkiraan jumlah kasus per penyakit pada tahun 2017 dilakukan dengan menggunakan data pola morbiditas dari tahun 2013 sampai 2016 di Puskesmas Wungu yang diolah dengan bantuan aplikasi Microsoft Excel 2010 dan bantuan fungsi *trend*. Perkiraan perkiraan jumlah kasus per penyakit pada tahun 2017 tersebut kemudian dikurangi dengan jumlah kasus yang terjadi pada tahun 2016 untuk dicari persentase perubahannya. Perubahan persentase ini secara langsung dikalikan dengan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai pada tahun 2016. Sedangkan harga yang digunakan untuk proyeksi penggunaan tetap mengikuti harga pada tahun 2016. Hasil perkiraan jumlah kasus per penyakit pada tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4.
Perkiraan Pola Morbiditas Pada Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun Tahun 2017

No	Jenis Penyakit	Kasus	Kasus	Kasus	Kasus	Perkiraan 2017	
		2013	2014	2015	2016	Jumlah	Perubahan (%)
1	ISPA	1.519	820	1.378	1.073	1.003	-6,57%
2	Penyakit lain pada saluran pernafasan atas	1.030	1.512	1.734	1.451	1.803	24,26%
3	Hypertensi sekunder	865	1.724	1.336	1.271	1.507	18,53%
4	Penyakit susunan lain pada otot rangka	860	945	491	-	-	-
5	Penyakit lain pada susunan pencernaan	676	766	243	-	-	-
6	Diare	673	849	-	462	126	-72,84%
7	Kencing Manis	646	-	650	981	983	0,20%
8	Penyakit kulit Infeksi	471	-	333	1.029	960	-6,71%
9	Penyakit kulit Alergi	468	966	334	461	394	-14,53%
10	Penyakit Pulpa dan jaringan penyangganya	638	1.254	828	673	673	6,89%
11	Radang sendi serupa rematik	-	293	-	797	797	0%
12	Gingivitis dan penyakit periodental	-	288	387	1.326	1.520	14,59%
	Jumlah	7.846	9.117	7.714	9.524	9.764	

Sumber: data diolah, 2017

Perkiraan perubahan jumlah kasus digunakan untuk menghitung kembali jumlah obat dan bahan medis habis pakai yang sebelumnya digunakan pada tahun 2016. Hasil rekapitulasi perhitungan penggunaan obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan pola morbiditas pada tahun 2017 di Puskesmas Wungu setelah disesuaikan dengan perkiraan perubahan dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5.
Perkiraan Penggunaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Berdasarkan Pola Morbiditas pada Puskesmas Wungu Tahun 2017

No	Jenis Penyakit	Perkiraan Penggunaan		Total
		Obat	BMHP	
1.	Penyakit Lain pada Saluran Pernafasan Atas	Rp 10.709.602	Rp 22.620	Rp 10.732.222
2.	Gingivitis dan Penyakit Periodental	Rp 4.639.640	Rp -	Rp 4.639.640
3.	Hipertensi Sekunder	Rp 14.429.137	Rp 158.795	Rp 14.587.932
4.	Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)	Rp 23.254.824	Rp 5.071.689	Rp 28.326.513
5.	Penyakit Kulit Infeksi	Rp 60.243.973	Rp 9.260.380	Rp 69.504.353
6.	Kencing Manis	Rp 18.354.980	Rp 1.455.750	Rp 19.810.730
7.	Radang Sendi Serupa Rematik	Rp 3.680.867	Rp 18.275	Rp 3.699.142
8.	Penyakit Pulpa dan Jaringan Penyangganya	Rp 2.431.792	Rp -	Rp 2.431.792
9.	Diare	Rp 1.633.503	Rp 1.760	Rp 1.635.263
10.	Penyakit Kulit Alergi	Rp 3.009.725	Rp 430.855	Rp 3.440.580
Total		Rp 142.388.042	Rp 16.420.124	Rp 158.808.166

Sumber: data diolah, 2017

Apabila dibandingkan, penyakit dengan morbiditas tinggi pada tahun 2016 tidak selalu menghabiskan obat dan bahan medis habis pakai dengan nilai yang tinggi pula. Sebagai contoh, penyakit lain pada saluran pernafasan atas dengan

tingkat morbiditas 15,24% yang menghabiskan obat dan bahan medis habis pakai senilai Rp8.682.289,00. Jumlah tersebut lebih kecil bila dibandingkan dengan penyakit kulit infeksi dengan tingkat morbiditas sebesar 10,80% yang menghabiskan obat dan bahan medis habis pakai senilai Rp74.506.493,00. Perbedaan tersebut terjadi karena adanya harga obat dan bahan medis habis pakai per unit yang jauh lebih tinggi dan penggunaan (volume) yang lebih banyak untuk penanganan penyakit kulit infeksi sehingga menghasilkan nilai total yang juga jauh lebih tinggi

Selain perkiraan penggunaan obat dan bahan medis pakai, terdapat dua faktor penting yang perlu diperhatikan dalam perencanaan pengadaan pada kedua metode tersebut yaitu sisa persediaan dan persediaan pengaman.

Sisa persediaan obat dan bahan medis habis pakai diperoleh Peneliti dari bagian farmasi Puskesmas Wungu berupa laporan pemakaian dan laporan permintaan obat (LPLPO) periode Desember 2016. Berdasarkan LPLPO tersebut, diketahui bahwa sisa persediaan di bagian farmasi Puskesmas Wungu pada bulan Desember 2016 adalah sebanyak 146 jenis obat dan bahan medis habis pakai dengan jumlah satuan sebanyak 380.460.

Puskesmas Wungu menetapkan kebijakan bahwa persediaan pengaman harus disediakan untuk kebutuhan selama enam bulan berikutnya sehingga secara keseluruhan, pengadaan yang dilakukan oleh Puskesmas Wungu adalah untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai selama 18 bulan. Meskipun demikian, ketika dikonfirmasi mengenai jangka waktu pengadaan suatu

obat atau bahan medis habis pakai, diketahui bahwa seluruh proses pengadaan yang dilakukan memerlukan waktu (*lead time*) antara satu sampai dua bulan.

Quick et al (2012) menyatakan bahwa persediaan pengaman dapat dihitung berdasarkan rata-rata pemakaian per bulan dikalikan dengan *lead time*. Apabila mengacu pada teori ini, maka perencanaan pengadaan yang dilakukan oleh Puskesmas Wungu akan menyajikan nilai yang terlalu tinggi (*overstated*) karena adanya selisih waktu sebanyak empat bulan. Oleh karena itu, Peneliti akan menyajikan hasil perhitungan dengan menggunakan dua asumsi. Asumsi pertama adalah dengan menggunakan persediaan pengaman berdasarkan kebijakan Puskesmas Wungu dengan persediaan pengaman untuk enam bulan dan asumsi kedua adalah dengan menggunakan persediaan pengaman untuk dua bulan berdasarkan teori yang dikemukakan sebelumnya.

Perhitungan pada kedua asumsi dimulai dengan menggabungkan penggunaan seluruh obat dan bahan medis habis pakai dari setiap pola morbiditas. Hal ini dilakukan untuk mengetahui total yang dibutuhkan berdasarkan jenisnya serta untuk mempermudah kalkulasi dengan sisa persediaan yang ada pada bagian farmasi. Hasil dari perhitungan tersebut kemudian dijadikan dasar untuk menentukan jumlah persediaan pengaman yang mana pada asumsi pertama hasil tersebut akan dikalikan dengan 50% (6/12) dan pada asumsi kedua akan dikalikan dengan 16,67% (2/12). Asumsi kedua mengambil jangka waktu dua bulan karena kurun waktu tersebut adalah waktu pengadaan paling lama yang diperlukan oleh Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun.

Hasil perhitungan asumsi pertama menunjukkan bahwa nilai pengadaan untuk obat dan bahan medis habis pakai dengan persediaan pengaman untuk enam bulan (50%) adalah sebesar Rp202.813.559,00 yang terdiri dari pengadaan obat senilai Rp178.177.555,00 dan pengadaan bahan medis habis pakai senilai Rp24.636.004,00. Perhitungan menggunakan asumsi pertama dapat dilihat pada lampiran 12.

Hasil perhitungan asumsi kedua menunjukkan bahwa nilai pengadaan untuk obat dan bahan medis habis pakai dengan persediaan pengaman untuk dua bulan (16,67%) adalah sebesar Rp151.273.042,00 yang terdiri dari pengadaan obat senilai Rp132.115.866,00 dan pengadaan bahan medis habis pakai senilai Rp19.157.176,00. Perhitungan dengan menggunakan asumsi kedua dapat dilihat pada lampiran 13.

Dalam dokumen Rencana Strategi Bisnis Puskesmas Wungu tahun 2016, Puskesmas Wungu telah melakukan penganggaran untuk belanja obat dan bahan medis habis pakai dengan menggunakan metode konsumsi dan memperhitungkan sisa persediaan di bagian farmasi serta persediaan pengaman untuk enam bulan. Nilai pengadaan obat dan bahan medis habis pakai yang direncanakan pada tahun 2017 adalah Rp177.185.558,00, yang terdiri dari belanja obat senilai Rp124.272.358,00 dan belanja bahan medis habis pakai senilai Rp52.913.200,00. Apabila dibandingkan dengan rencana pengadaan yang dihitung oleh Peneliti, terdapat selisih senilai Rp25.628.001,00 atau lebih besar 14,46% dari rencana pembelian Puskesmas Wungu.

Perbedaan tersebut dikarenakan terdapat beberapa jenis obat dan bahan medis habis pakai yang diperhitungkan dalam perencanaan pengadaan Peniliti dan tidak ada pada perencanaan yang dibuat oleh Puskesmas Wungu. Perencanaan yang dibuat oleh Puskesmas Wungu membagi sumber perolehan obat menjadi dua bagian yaitu obat dari gudang farmasi kesehatan (GFK) Kabupaten Madiun dan anggaran obat yang diperoleh dari dana kapitasi JKN. Puskesmas Wungu merinci nilai dan obat yang diajukan kepada GFK karena data tersebut seluruhnya dapat diperoleh dari LPLPO yang setiap bulan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun. Sedangkan untuk anggaran obat yang diperoleh dari dana kapitasi JKN, Puskesmas Wungu secara langsung memperhitungkan nilai anggaran total tanpa menyertakan rincian jenis obat dan bahan medis pakai yang dibiayai menggunakan anggaran kapitasi JKN tersebut. Mayoritas obat dan bahan medis habis pakai yang tidak terdapat dalam dokumen perencanaan Puskesmas Wungu adalah obat-obatan paten yang dalam data morbiditas diberikan kepada pasien.

Penentuan persediaan pengaman juga menjadi faktor yang menyebabkan perbedaan nilai rencana pengadaan, khususnya pada perhitungan asumsi kedua. Puskesmas Wungu merencanakan belanjanya menggunakan perhitungan persediaan pengaman untuk enam bulan sedangkan dalam proses pengadaan secara riil, waktu tunggu paling lama adalah dua bulan. Selisih empat bulan ini membuat nilai rencana pengadaan membengkak dan mengakibatkan inefisiensi anggaran. Efek lain yang ditimbulkan dari penggunaan asumsi persediaan

pengaman selama dua bulan adalah berkurangnya alokasi penggunaan dana kapitasi untuk belanja puskesmas lainnya.

Sesuai dengan Pasal 12 Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014, dana kapitasi yang diperoleh puskesmas dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Besarnya jasa pelayanan kesehatan adalah minimal senilai 60% dari dana kapitasi yang diterima dan sisanya digunakan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Perencanaan belanja obat dan bahan medis habis pakai yang terlalu besar dapat memangkas pos anggaran lain yang sebetulnya dapat dialokasikan apabila perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai dilaksanakan dengan lebih cermat.

Penghitungan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai ini menggunakan asumsi bahwa upaya kesehatan preventif dan promotif tahun 2017 yang dilakukan Puskesmas Wungu tidak mengalami perubahan dibandingkan tahun sebelumnya. Penyediaan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai adalah salah satu upaya kesehatan yang sifatnya kuratif dan ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Sedangkan untuk menekan jumlah kasus penyakit yang terjadi pada suatu wilayah, upaya kesehatan yang bersifat preventif dan promotif juga harus ditingkatkan.

BAB V

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Formulasi penganggaran belanja obat dan bahan medis habis pakai dilakukan dengan cara menghitung obat dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam penanganan suatu kasus penyakit selama periode waktu tertentu dengan memperhitungkan tren masing-masing penyakit, sisa persediaan pada bagian farmasi, dan stok pengaman yang ditetapkan oleh Puskesmas.
2. Hasil perhitungan nilai pengadaan untuk obat dan bahan medis habis pakai dengan persediaan pengaman untuk enam bulan (50%) adalah sebesar Rp202.813.559,00 yang terdiri dari pengadaan obat senilai Rp178.177.555,00 dan pengadaan bahan medis habis pakai senilai Rp24.636.004,00. Sedangkan hasil perhitungan nilai pengadaan untuk obat dan bahan medis habis pakai dengan persediaan pengaman untuk dua bulan (16,67%) adalah sebesar Rp151.273.042,00 yang terdiri dari pengadaan obat senilai Rp132.115.866,00 dan pengadaan bahan medis habis pakai senilai Rp19.157.176,00.

Apabila dibandingkan dengan rencana pengadaan Puskesmas yang dibuat menggunakan metode konsumsi senilai Rp177.185.558,00, yang terdiri dari

obat senilai Rp124.272.358,00 dan bahan medis habis pakai senilai Rp52.913.200,00, maka perhitungan rencana belanja obat dan bahan medis habis pakai dengan menggunakan pola morbiditas asumsi pertama (persediaan pengaman 50%) menghasilkan selisih sebesar Rp25.628.001,00 atau atau lebih besar 14,46% dari rencana pembelian Puskesmas Wungu.

Sedangkan jika dibandingkan dengan asumsi kedua (persediaan pengaman 16,67%), perhitungan rencana belanja obat dan bahan medis habis pakai dengan menggunakan pola morbiditas akan menghasilkan nilai yang lebih besar dengan selisih senilai Rp25.912.516,00 atau lebih kecil 14,62% dari rencana pembelian Puskesmas Wungu.

3. Pola morbiditas dapat memberikan gambaran mengenai kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan oleh puskesmas secara lebih spesifik karena dasar perencanaan pengadaannya adalah penyakit yang ditangani oleh puskesmas. Dengan diketahuinya pola penyakit yang terjadi di lingkup kerjanya, puskesmas akan lebih mudah menjalankan tugas dan fungsinya sebagai penyedia layanan kesehatan pada tingkat pertama.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu menjadi perhatian, diantaranya adalah:

1. Terdapat beberapa istilah di bidang kesehatan yang kurang dikuasai sehingga Peneliti memerlukan waktu yang lebih lama untuk mempelajari maksud-maksud dari istilah kesehatan tersebut.

2. Data yang digunakan dalam pola morbiditas tidak dapat menunjukkan kelompok usia dari masing-masing pasien penyakit. Hal ini dikarenakan sistem yang tersedia di Puskesmas Wungu tidak merinci usia pasien. Meskipun secara total tidak berpengaruh terhadap perencanaan pengadaan obat dan bahan medis habis pakai, pengelompokan berdasarkan usia ini juga akan dapat menunjukkan obat dan bahan medis habis pakai yang digunakan untuk masing-masing kelompok usia serta akan lebih memperjelas pola morbiditas yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Wungu.
3. Harga obat dan bahan medis habis pakai berpatokan pada harga yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun pada bulan Juni 2016 sehingga apabila terjadi perubahan harga setelah periode tersebut maka rencana pengadaan yang telah disusun menjadi berkurang akurasinya.
4. Perhitungan tren yang dilakukan pada tahun 2017 masih menggunakan bantuan aplikasi yang sederhana dan tidak memperhitungkan dampak dari rencana pelayanan preventif dan promotif yang dilakukan oleh Puskesmas Wungu pada tahun 2017.

5.3. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, ada beberapa saran yang diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Puskesmas Wungu Kabupaten Madiun. Saran-saran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas Wungu diharapkan dapat memperbaiki sistem informasi puskesmas yang digunakan dengan menambahkan usia pada bagian identitas pasien sehingga persebaran penyakit berdasarkan kelompok usia dapat dilakukan.
2. Melakukan penelaahan kembali mengenai metode perencanaan penganggaran obat dan bahan medis habis pakai serta ikut mempertimbangkan metode morbiditas dalam prosesnya agar perencanaan menjadi lebih akurat.
3. Melakukan penelaahan kembali mengenai kebijakan persediaan pangan yang akan diterapkan oleh Puskesmas yang mana saat ini masih menggunakan kebijakan bahwa perencanaan persediaan ditambahkan dengan persediaan untuk enam bulan berikutnya.
4. Penyusunan anggaran belanja obat dan bahan medis habis pakai diharapkan dapat menggunakan daftar harga pada saat pelaksanaan penganggaran sehingga nilai yang dianggarkan akan lebih akurat.
5. Perhitungan tren yang dilakukan pada tahun 2017 agar dapat menggunakan bantuan aplikasi yang baik dan ikut memperhitungkan dampak dari rencana pelayanan preventif dan promotif yang dilakukan oleh Puskesmas Wungu pada tahun 2017.

DAFTAR PUSTAKA

- Anief, Mohamad. 2001. *Manajemen Farmasi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- A.R, Syamsudin dan Vismaia S. Damaianti. (2007). *Metode Penelitian Pendidikan Bahasa*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Athijah, Umi. Elida Zairina, Anila Impian Sukorini. 2010. Perencanaan dan Pengadaan Obat di Puskesmas Surabaya Timur dan Selatan. *Jurnal Farmasi Indonesia*. Volume 5 Nomor 1 Januari 2010:15-23.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Endjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: PT Citra Aditya Bakti.
- Haming, Murdifin dan Mahmud Numajamuddin. 2012. *Manajemen Produksi Modern : Operasi manufaktur dan Jasa*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Heizer, Jay dan Barry Render. 2011. *Manajemen Operasi. Edisi Sembilan. Buku Dua*. Diterjemahkan oleh Chriswan Sungkono. Jakarta: Salemba Empat.
- Herjanto, Eddy. 2008. *Manajemen Operasi*. Edisi Ketiga. Jakarta: Grasindo
- Ikatan Akuntansi Indonesia. 2012. *Standar Akuntansi Keuangan Cetak Keempat*. Jakarta: Salemba Empat.
- Indriantoro, Nur dan Bambang Supomo. 2002. *Metodologi Penelitian bisnis untuk Akuntansi dan Manajemen*. Yogyakarta: Penerbit BPFE.
- Johns, D.T. dan Harding H.A. 2001. *Manajemen Operasi Untuk Meraih Keunggulan Kompetitif*. Terjemahan: Kunto Wibisono. Jakarta: PT Ikrar Mandiri Abadi.
- Kuncoro, Sucipto. 2015. *Apa itu Sistem Pembayaran Kapitasi: Sistem Pembayaran pada FKTP BPJS*. (online), (<http://www.pasiensehat.com>), diakses pada 30 Januari 2017.
- Lembaga Demografi FEUI. 2010. *Dasar-Dasar Demografi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Manggala, Loudy. 2014. *Analisis Persediaan Farmasi pada Rumah Sakit Ananda Purwokerto*. Skripsi. Semarang: Program Sarjana Universitas Diponegoro.

- Mardiasmo, 2005. *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.
- Nafarin, M. 2013. *Penganggaran Perusahaan*. Jakarta: Penerbit Salemba Empat.
- Priatna, Heri. 2009. Analisis Perencanaan dan Pengendalian Obat Kelompok A pada Analisis ABC di RS Melati Tangerang. Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana Universitas Indonesia.
- Quick, J. D., Embrey, M., Dukes, G. & Musungu, S., 2012. *Managing Access To Medicines and Other Health Technologies*. USA: Management Science For Health.
- Rangkuti, Freddy. 2004. *Manajemen Persediaan : Aplikasi di Bidang Bisnis*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Ristono, Agus. 2013. *Manajemen Persediaan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rosmania, Fenty Ayu dan Stefanus Supriyanto. 2015. Analisis Pengelolaan Obat Sebagai Dasar Pengendalian Safety Stock Pada Stagnant Dan Stockout Obat. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Volume 3 Nomor 1 Januari-Juni 2015.
- Sekaran, Uma dan Roger Bougie. 2009. *Research Method for Business – A Skill Building Approach*. 5th Edition. United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian bisnis: pendekatan kuantitatif, kualitatif, R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata, N.S. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Sulistiyorini, Agus. 2016. Perencanaan Obat dengan Menggunakan Metode Konsumsi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. Volume VIII Nomor 3, Juli 2016.
- Supriyono. 1990. *Akuntansi Manajemen*. Edisi Ketiga. Yogyakarta. BPFE UGM.
- Tampubolon, Manahan P. 2014. *Manajemen operasi dan rantai pemasok*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- _____. *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945*.
- _____. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*.
- _____. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah*.

_____. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pemerintah Jangka Panjang Nasional.*

_____. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.*

_____. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).*

_____. *Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.*

_____. *Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah.*

_____. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*

_____. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.*

_____. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2016 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan Dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah Daerah.*

_____. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1121/MENKES/SK/XII/2008 tentang Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar.*

_____. *Keputusan Menteri Dalam Negeri nomor 29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Pelaksanaan Tata Usaha Keuangan Daerah dan Penyusunan Perhitungan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.*