

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan yang termasuk didalamnya akses terhadap obat merupakan tantangan di bidang kesehatan dalam rangka mewujudkan penggunaan obat yang rasional. Sejalan dengan tujuan pembangunan di bidang obat dalam Kebijakan Obat Nasional (KONAS), adalah menjamin tersedianya obat dalam jenis dan jumlah yang tepat sesuai kebutuhan, dengan mutu yang terjamin dan tersebar secara merata dan teratur sehingga mudah diperoleh pada tempat dan waktu yang tepat serta digunakan secara rasional. Empat dimensi permasalahan utama pada akses obat antara lain ketersediaan, keterjangkauan, aksesibilitas, dan penerimaan (Embrey & Quick, 2012).

Ketersediaan obat didefinisikan sebagai tersedianya jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan (Embrey & Quick, 2012). Ketersediaan obat tidak lepas dari pengelolaan obat yang baik yang didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian (Menteri Kesehatan RI, 2016). Berdasarkan Permenkes RI Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, pengelolaan obat merupakan kegiatan pelayanan kefarmasian yang meliputi pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi yang bertujuan untuk menjamin ketersediaan dan keterjangkauan obat yang efisien, efektif, dan rasional.

Perencanaan kebutuhan obat merupakan tahap awal dalam pengendalian persediaan obat dengan tujuan menjamin ketersediaan obat dan menghindari kekosongan obat dengan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang

telah ditentukan yaitu berdasarkan metode konsumsi, epidemiologi atau kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

Metode perencanaan kebutuhan obat dipilih berdasarkan sumber daya yang tersedia pada fasilitas kesehatan terkait. Setiap metode perencanaan kebutuhan obat memiliki kelebihan dan kekurangan dalam aplikasinya di lapangan. Perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi memerlukan data penggunaan obat periode sebelumnya untuk menentukan kebutuhan obat periode selanjutnya. Metode relatif lebih sederhana sehingga sering menjadi pilihan dalam merencanakan kebutuhan obat, namun penggunaan obat yang tidak rasional tidak dapat dicegah karena obat yang diresepkan berdasarkan obat yang tersedia sehingga jika penggunaan obat periode sebelumnya tidak rasional maka akan terus menjadi tidak rasional. Metode ini dapat digunakan secara efektif dan efisien apabila tersedia data penggunaan obat dari tahun ke tahun secara lengkap dan pemakaian di unit pelayanan bersifat konstan dan tidak fluktuatif (Sulistiyorini, 2016).

Metode morbiditas membutuhkan jumlah kunjungan pasien, pola penyakit yang ada pada fasilitas kesehatan terkait, dan standar panduan pengobatan yang digunakan untuk menentukan item obat yang akan direncanakan. Metode morbiditas dianggap sebagai metode ideal dalam menentukan jumlah kebutuhan obat karena dapat memberikan gambaran kebutuhan obat yang sesungguhnya berdasarkan pola penyakit yang ada, jenis obat yang tidak ada dalam perencanaan saat ini namun dibutuhkan oleh pasien dapat dideteksi, dan dapat digunakan sebagai koreksi terhadap pola persepan.

Berdasarkan penelitian sebelumnya, permasalahan ketersediaan obat masih dijumpai pada pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Dalam Laporan Kinerja Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (LKJ PPJK) tahun 2018, hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan program JKN menyebutkan bahwa kekosongan obat dalam

pelayanan JKN terjadi karena proses perencanaan yang belum optimal. Maka fasilitas kesehatan diharapkan memperbaiki kualitas perencanaan kebutuhan obat yang sesuai dengan kebutuhan riil agar tidak mengalami kekosongan stok ataupun stok yang berlebihan, maka diperlukan sistem perencanaan kebutuhan yang baik untuk menentukan jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan. Logistik Instalasi Farmasi Rumah Sakit Siti Khodijah mengalami persediaan obat yang *stagnant* dan *stockout* selama periode Januari hingga September 2015 karena metode yang digunakan dalam perencanaan obat yang tidak baik (Febreani dan Chalidyanto, 2016). Sejalan dengan penelitian tersebut, Rudianto (2018) mengemukakan bahwa dengan perencanaan yang kurang baik dalam menentukan jumlah kebutuhan obat menyebabkan kekurangan persediaan obat di Unit Pelayanan Kesehatan Diskes Lantamal V.

Kanker merupakan pertumbuhan sel yang tidak terkendali dan berpotensi untuk menyerang jaringan lokal dan menyebar ke bagian lain dalam tubuh (Williams, *et al*, 2016). Di Amerika Serikat, kanker dianggap sebagai penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung dan pada 2018 diperkirakan sekitar 1,7 juta orang Amerika menderita kanker, dan diperkirakan 609.640 orang Amerika akan mati karena kanker (ACS, 2018). Secara global di dunia untuk tiap tahunnya estimasi kejadian kasus baru penyakit kanker mencapai 10 juta, 46% terjadi di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 7 juta orang mati karena kanker (Dark, *et al*. 2014). Dalam *World Medicine Situation* penyakit kanker menempati urutan kelima penyakit kronis dengan potensial kematian 12 per 10.000 orang. *International Agency for Research on Cancer (IARC)* memperkirakan kejadian 18,1 juta kasus kanker baru dan 9,6 juta kematian akibat kanker pada tahun 2018 (WHO, 2018). Di Indonesia, kanker termasuk dalam empat penyakit tidak menular utama (Kemenkes, 2018), dan prevalensinya pada tahun 2018 sebesar 4,9 per 1000 orang (Kemenkes, 2018).

Pengobatan kanker dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologis dan non-farmakologis. Pengobatan non-farmakologi dilakukan secara pembedahan, radiasi, dan bioterapi. Sedangkan pengobatan farmakologi menggunakan kemoterapi (Williams, *et al*, 2016). Kemoterapi diberikan secara bertahap umumnya sebanyak 6-12 siklus. Interval pemberian kemoterapi setiap siklusnya antara 2-4 minggu (Dark, *et al*, 2014).

Pengobatan dengan kemoterapi diharapkan dapat mengurangi jumlah sel kanker. Pertumbuhan sel kanker terjadi berkali kali sebelum massa dapat dideteksi secara klinis, massa baru dapat dideteksi ketika jumlah sel kanker mencapai  $10^9$  sel. Satu putaran siklus kemoterapi tidak menghilangkan semua sel kanker, oleh karena itu dibutuhkan siklus berulang (Williams, *et al*, 2016), maka ketersediaan obat yang berkesinambungan dari waktu ke waktu sangat diperlukan. Kekosongan obat kemoterapi akan berdampak pada pengobatan yang kurang optimal. Alternatif yang dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang mengalami kekosongan obat kemoterapi antara lain substitusi obat kemoterapi, penjadwalan ulang, atau melewati dosis regimen yang seharusnya. Alternatif yang dilakukan dapat menyebabkan tidak tercapainya tujuan kemoterapi, meningkatkan resiko toksisitas (Becker, *et al.*, 2013) dan bahkan menyebabkan kematian (Martei, *et al.*, 2018).

Ketersediaan obat kemoterapi menjadi sangat penting mengingat obat kanker merupakan salah satu unsur penting yang tidak dapat tergantikan dalam pelayanan pengobatan kanker (Menteri Kesehatan RI, 2006). Bila kebutuhan obat kemoterapi tidak direncanakan dengan baik maka akan terjadi kekosongan yang mempengaruhi pelayanan dan kelebihan obat akan berakibat kerusakan dan pemborosan anggaran yang digunakan dalam pengelolaan obat tersebut. Obat kemoterapi merupakan obat kausatif untuk penyakit kanker, sehingga bila direncanakan dengan metode morbiditas akan lebih memberikan gambaran yang sesuai dengan kebutuhan. Sejalan dengan hal

tersebut, menurut Martei (2018) jumlah kebutuhan dan biaya obat kanker yang dihasilkan dari metode morbiditas memberikan informasi yang dapat memberikan perkiraan anggaran dan pengalokasian anggaran obat kanker yang pada akhirnya dapat meminimalisir kekosongan obat dan menyelamatkan hidup pasien. Namun, seperti diketahui bahwa penyakit kanker beragam dan satu obat kemoterapi tidak dipergunakan secara spesifik untuk satu diagnosa sehingga menggunakan metode konsumsi untuk merencanakan kebutuhan obat kemoterapi juga sesuai.

Perencanaan kebutuhan obat di Rumkital Dr. Ramelan dibuat tiga macam. Pertama, perencanaan kebutuhan obat tahunan dibuat disesuaikan dengan alokasi anggaran yang direncanakan dan ditetapkan oleh pihak manajerial rumah sakit. Direncanakan pada tahun sebelum tahun berjalan berdasarkan perkiraan dari penggunaan obat pada tahun sebelumnya. Kedua, perencanaan kebutuhan obat untuk dikirimkan ke Dinkes dibuat sesuai jadwal dari Dinkes. Ketiga, perencanaan kebutuhan obat rutin dibuat dan diajukan setiap triwulan berdasarkan perkiraan dari penggunaan obat pada bulan sebelumnya.

Perencanaan kebutuhan obat kemoterapi yang selama ini sudah dilakukan, pada tahun yang sama terdapat ketidaksamaan antara jumlah kebutuhan obat yang direncanakan untuk dikirim ke Dinkes ataupun untuk diadakan. Ini menunjukkan bahwa perencanaan dibuat dengan perkiraan. Tingkat ketersediaan obat kemoterapi berdasarkan perencanaan tahun 2017, obat dengan kategori aman sebesar 22,2%, obat dengan kategori berlebih sebesar 14,8%, obat dengan kategori kurang sebesar 55,6%, dan obat dengan kategori kosong sebesar 7,4%. Sedangkan pada tahun 2018, obat dengan kategori aman sebesar 14,8%, obat dengan kategori berlebih sebesar 11,1%, obat dengan kategori kurang sebesar 63%, obat dengan kategori kurang sebesar 3,7%, dan obat yang tidak digunakan sebesar 7,4%. Tingginya obat dengan kategori kurang

menunjukkan bahwa metode yang digunakan dalam perencanaan obat tidak baik (Satibi, 2018).

Dengan alasan ini maka perlu untuk melakukan penelitian mengenai perhitungan perencanaan kebutuhan obat kemoterapi dengan pendekatan metode konsumsi dan metode morbiditas. Dengan tujuan untuk menganalisis hubungan perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi dan metode morbiditas terhadap ketersediaan obat kemoterapi di Rumkital Dr. Ramelan. Metode yang sesuai yaitu metode yang efisien ditentukan dengan membandingkan selisih yang terkecil jumlah kebutuhan obat yang telah dihitung dengan menggunakan metode konsumsi ataupun metode morbiditas pada masing-masing obat terhadap pemakaian obat kemoterapi riil tahun 2018. Obat kemoterapi dipilih sebagai model karena penyakit kanker di Rumkital Dr. Ramelan termasuk pada 10 macam penyakit terbesar rawat inap dan menempati posisi pertama dengan prevalensi sebesar 10% dari jumlah kunjungan pasien rawat inap tahun 2015, pada tahun 2016 prevalensi nya sebesar 11%, dan pada tahun 2017 prevalensi nya sebesar 17% (Minmed, 2016 ; 2017 ; 2018 ).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana hubungan perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi dan metode morbiditas terhadap ketersediaan obat kemoterapi di Rumkital Dr. Ramelan?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis hubungan perencanaan kebutuhan obat dengan metode konsumsi dan metode morbiditas terhadap ketersediaan obat kemoterapi di Rumkital Dr. Ramelan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan perhitungan perencanaan kebutuhan obat kemoterapi dengan metode konsumsi.
2. Melakukan perhitungan perencanaan kebutuhan obat kemoterapi dengan metode morbiditas.
3. Menganalisis hubungan perencanaan kebutuhan obat terhadap ketersediaan obat kemoterapi berdasarkan pemakaian obat tahun 2018 di Rumkital Dr. Ramelan.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

1. Sebagai bahan masukan kepada manajerial Rumkital Dr. Ramelan dalam upaya meningkatkan efisiensi persediaan obat dengan cara membuat sistem perencanaan kebutuhan obat yang sesuai.
2. Rumkital Dr. Ramelan dapat memberikan peningkatan pelayanan kefarmasian khususnya pelayanan obat kemoterapi kepada masyarakat sekitar.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan untuk mengukur sejauh mana hasil proses belajar mengajar dapat diterapkan di dalam kegiatan pelayanan dan manajemen farmasi di rumah sakit.

### **1.4.3 Bagi Peneliti**

Memberikan manfaat dalam upaya peningkatan pengetahuan, kemampuan, dan pengalaman untuk bisa menerapkan ilmu di bidang manajemen farmasi di rumah sakit.