

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia saat ini dihadapi dengan beban penyakit ganda, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Peningkatan beban akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yang meliputi meningkatnya tekanan darah, gula darah, obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok, serta konsumsi alkohol (Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2007, 2013, dan 2018 menunjukkan kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, stroke, dan penyakit sendi (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Hipertensi menjadi masalah utama karena merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti jantung, gagal ginjal, diabetes, dan stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Berdasarkan Rikesdas 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,11%. Jumlah prevalensi penderita hipertensi yang berusia ≥ 15 tahun di Provinsi Jawa Timur sekitar 11.008.334 penduduk, dengan proporsi laki-laki 48,83% dan perempuan 51,17%. Dari jumlah tersebut, penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sebesar 35,60% atau 3.919.489 penduduk (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2021). Pada tahun 2017, dilakukan pengukuran tekanan darah pada pasien di puskesmas Kota Surabaya. Diketahui bahwa dari 226.399 pasien yang diperiksa, ditemukan sebesar 45,32% merupakan penderita hipertensi (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2018).

Hipertensi disebut sebagai *the silent killer* karena sering tanpa keluhan, sehingga menyebabkan banyak penderita hipertensi yang tidak diobati (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2021). Hipertensi jika dibiarkan terus menerus tanpa pengobatan dapat mengakibatkan 90% angka kematian dalam 1 tahun karena penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal (Setiyana, 2021). Kepatuhan penggunaan obat pada pasien hipertensi sangat penting karena tekanan darah dapat dikontrol dengan mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur, sehingga risiko terjadi komplikasi pada organ lain seperti jantung, ginjal, dan otak dapat diminimalisir (Setiyana, 2021). Berdasarkan Riskesdas (2018), sebanyak 2% alasan penderita hipertensi tidak minum obat disebabkan obat hipertensi tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Ketersediaan obat pada unit pelayanan kesehatan berpengaruh pada pengobatan pasien. Sehingga perlu

dilakukan perencanaan kebutuhan dan pengadaan obat yang baik dalam menjamin ketersediaan obat pada fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu elemen pelayanan kesehatan yang saat ini semakin dituntut mutu pelayanannya adalah puskesmas (Wowor *et al.*, 2016)

Puskesmas dikembangkan sejak tahun 1968 merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar (Ali *et al.*, 2018). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas diupayakan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, utamanya masyarakat yang bertempat tinggal jauh dari tempat pelayanan kesehatan (Suhadi, 2018). Surabaya memiliki puskesmas sebanyak 63 yang tersebar di seluruh kecamatan (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2020). Salah satu program pokok yang terdapat di puskesmas adalah program pengobatan. Pelaksanaan perencanaan kebutuhan obat pada fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak tepat dapat mempengaruhi ketersediaan obat sehingga menyebabkan kekosongan obat (Rosida, 2017).

Perencanaan diperlukan untuk menyusun kebutuhan obat yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan untuk mencegah terjadinya kekurangan atau kelebihan persediaan serta meningkatkan penggunaan secara efektif dan efisien. Metode yang digunakan dalam perhitungan perencanaan obat yaitu diperoleh berdasarkan metode konsumsi, metode morbiditas, atau kombinasi metode konsumsi dan morbiditas yang disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Perencanaan obat dengan metode konsumsi didasarkan pada analisa data penggunaan obat pada tahun sebelumnya yang meliputi estimasi jumlah kontak pasien, pemakaian tiap jenis obat per tahun, sisa stok obat, harga patokan obat, dan sumber dana. Sedangkan metode morbiditas didasarkan pada frekuensi penyakit atau jumlah penduduk yang akan dilayani dan pengobatan yang digunakan (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Pemilihan metode perencanaan kebutuhan obat ini dipilih berdasarkan sumber daya yang tersedia pada fasilitas kesehatan terkait. Setiap metode perencanaan kebutuhan obat memiliki kelebihan dan kekurangan dalam aplikasinya di lapangan (Akhlaghi, 2012).

Mengetahui tingkat persediaan obat baik jenis maupun jumlah obat yang dibutuhkan dalam periode waktu tertentu, dihitung dari persediaan obat dan pemakaian

rata-rata per bulan. Kategori kosong bila ketersediaan obat kurang dari satu bulan, kategori kurang bila ketersediaan obat kurang dari 12 bulan, kategori aman bila ketersediaan obat mencukupi 12-18 bulan, dan kategori berlebih bila ketersediaan obat lebih dari 18 bulan (Akhlaghi, 2012). Persediaan kebutuhan obat yang terlalu banyak akan memerlukan tempat serta biaya penyimpanan yang besar. Sedangkan jika terlalu sedikit kemungkinan ada resep yang tidak terlayani karena persediaan mengalami *stockout* sehingga berakibat pada mutu pelayanan puskesmas (Indarti *et al.*, 2019).

Pada penelitian sebelumnya, permasalahan ketersediaan obat masih dijumpai pada pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Hasil penelitian di Surabaya pada tahun 2010 menunjukkan bahwa terjadi kekosongan obat di seluruh Puskesmas Surabaya Timur dan Selatan yang disebabkan oleh permasalahan proses perencanaan dan pengadaan obat (Athijah *et al.*, 2010).

Berdasarkan latar belakang, maka tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kesesuaian rencana kebutuhan obat terhadap ketersediaan dan kebutuhan obat antihipertensi amlodipine di puskesmas. Obat antihipertensi yang dipilih adalah amlodipine golongan *calcium channel blocker* karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2019), obat tersebut paling banyak diresepkan pada pasien hipertensi di Puskesmas wilayah Surabaya. Obat antihipertensi digunakan untuk terapi jangka panjang sehingga ketersediaan obat antihipertensi merupakan faktor keberhasilan pengobatan dari pasien. Puskesmas Kota Surabaya dipilih karena berdasarkan persebaran infografis penyakit tidak menular di Jawa Timur tahun 2018, Surabaya merupakan kota dengan penderita hipertensi tinggi di Jawa Timur. Puskesmas terpilih sebagai tempat penelitian adalah Puskesmas Benowo. Berdasarkan profil kesehatan Kota Surabaya tahun 2019, Puskesmas Benowo memiliki persentase tertinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi penderita hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana kesesuaian rencana kebutuhan obat antihipertensi amlodipine dengan ketersediaan dan kebutuhan di Puskesmas Benowo Kota Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui kesesuaian rencana kebutuhan obat antihipertensi amlodipine dengan ketersediaan dan kebutuhan di Puskesmas Benowo Kota Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menghitung perencanaan kebutuhan obat antihipertensi amlodipine dengan metode konsumsi
2. Menghitung perencanaan kebutuhan obat antihipertensi amlodipine dengan metode morbiditas
3. Mengetahui ketersediaan obat antihipertensi amlodipine di Puskesmas Benowo Kota Surabaya
4. Mengetahui kebutuhan obat antihipertensi amlodipine di Puskesmas Benowo Kota Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, wawasan, dan kemampuan dalam menerapkan ilmu di bidang manajemen farmasi khususnya mengenai perencanaan kebutuhan obat.

1.4.2 Manfaat Bagi Puskesmas

1. Sebagai bahan masukan bagi puskesmas terkait dalam upaya meningkatkan efisiensi perencanaan obat dengan cara membuat sistem perencanaan kebutuhan obat yang sesuai.
2. Puskesmas dapat memberikan peningkatan pelayanan kefarmasian khususnya pelayanan obat antihipertensi amlodipine kepada masyarakat sekitar.