

## **PERTEMUAN KE 4**

### **PERENCANAAN LOGISTIK FARMASI DI PELAYANAN KESEHATAN**

**Dra Ratih Dyah Pertiwi, M.Farm,Apt**

#### **I. Dasar Hukum**

- UU. No. 23 , tentang KESEHATAN
- PP. No. 72 Tahun 1998, tentang PENGAMANAN SEDIAAN FARMASI
- SK.MENKES. tahun 2006 tentang KONAS
- SK.MENKES. No. 1197 Tahun 2004 tentang STANDAR PELAYANAN FARMASI DI RUMAH SAKIT
- SK.MENKES. Tentang PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN
- PERDA yang berkaitan dengan PENGELOLAAN BARANG NEGARA
- DIRJEN BINA FARMASI dan ALKES Dep.Kes RI Tahun 2008, tentang PEDOMAN PENGELOLAAN PERBEKALAN FARMASI DI RUMAH SAKIT

#### **II. Mahasiswa mampu :**

- Memahami proses perencanaan barang-barang logistik farmasi di pelayanan kesehatan
- Menyebutkan berbagai masalah yang mempengaruhi perencanaan kebutuhan barang-barang logistik farmasi di rumah sakit
- Menjelaskan tentang tahapan dalam perencanaan barang-barang farmasi
- Memahami berbagai metode perencanaan kebutuhan barang-barang farmasi rumah sakit

#### **III. Pendahuluan :**

Obat dan perbekalan kesehatan merupakan komponen yang tak tergantikan dalam pelayanan kesehatan. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak azasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan lembaga pelayanan kesehatan baik publik maupun swasta. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 memberikan landasan, arah dan pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan bagi

seluruh penyelenggara kesehatan, baik pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota, maupun masyarakat dan dunia usaha, serta pihak lain yang terkait. Kebijakan Obat Nasional (KONAS) 2006 sebagai penjabaran lebih lanjut dari SKN-2004, dalam pengertian luas dimaksudkan untuk meningkatkan pemerataan dan keterjangkauan obat secara berkelanjutan, agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Keterjangkauan dan penggunaan obat yang rasional merupakan bagian dari tujuan yang hendak dicapai. Pemilihan obat yang tepat dengan mengutamakan penyediaan obat esensial dapat meningkatkan akses serta kerasionalan penggunaan obat. Semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar memberikan manfaat bagi kesehatan. Bersamaan dengan itu masyarakat harus dilindungi dari salah penggunaan dan penyalahgunaan obat (Depkes, 2008).

Peraturan Presiden Nomor 95 tahun 2007 tentang Perubahan Ketujuh atas Keputusan Presiden Nomor 80 tahun 2003 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah menyatakan bahwa pengadaan dan distribusi obat dan perbekalan kesehatan dalam rangka menjamin ketersediaan obat untuk pelaksanaan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang jenis, jumlah dan harganya telah ditetapkan oleh Menkes RI dapat dilakukan dengan penunjukan langsung.

#### **IV. PERENCANAAN OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN**

Perencanaan obat dan perbekalan kesehatan merupakan salah satu fungsi yang menentukan dalam proses pengadaan obat dan perbekalan kesehatan.

Pengadaan logistik farmasi di pelayanan kesehatan merupakan proses kegiatan manajemen obat, meliputi :

- A. Perencanaan perbekalan farmasi sesuai kebutuhan dan anggaran di pelayanan kesehatan
- B. pengadaan perbekalan farmasi sesuai kebutuhan dan anggaran di pelayanan kesehatan

Perencanaan menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1197/SK/MenKes/X/2004 merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi konsumsi yang disesuaikan dengan anggaran yang tersedia. Pedoman perencanaan, meliputi : DOEN, formularium rumah sakit, standar terapi rumah sakit, ketentuan setempat yang berlaku, data catatan medik, anggaran yang tersedia, penetapan prioritas, siklus penyakit, sisa persediaan, data pemakaian periode yang lalu, dan rencana pengembangan (Depkes RI, 2004).

Perencanaan merupakan tahap yang penting dalam pengadaan obat di instalasi farmasi rumah sakit (IFRS). Perencanaan pengadaan obat perlu mempertimbangkan jenis obat, jumlah yang diperlukan, serta efikasi obat dengan mengacu pada misi utama yang diemban oleh rumah sakit. Untuk menentukan beberapa macam obat yang harus direncanakan, fungsi kebijakan rumah sakit sangat diperlukan agar macam obat dapat dibatasi. Penetapan jumlah obat yang diperlukan dapat dilaksanakan berdasarkan populasi yang akan dilayani, jenis pelayanan yang diberikan, atau berdasarkan data penggunaan obat yang sebelumnya (Dep Kes RI, 2002).

Pedoman perencanaan menurut KepMenKes 1197/SK/MenKes/X/2004 adalah:

- a. DOEN, formularium rumah sakit, standar terapi rumah sakit dan ketentuan setempat yang berlaku.
- b. Data catatan medik
- c. Anggaran yang tersedia
- d. Penetapan prioritas
- e. Siklus penyakit
- f. Sisa persediaan
- g. Data pemakaian periode yang lalu.
- h. Rencana pengembangan

Manfaat Perencanaan Obat Terpadu:

1. Menghindari tumpang tindih penggunaan anggaran.
2. Keterpaduan dalam evaluasi, penggunaan dan perencanaan.
3. Kesamaan persepsi antara pemakai obat dan penyedia anggaran.
4. Estimasi kebutuhan obat lebih tepat.
5. Koordinasi antara penyedia anggaran dan pemakai obat.

Pemanfaatan dana pengadaan obat dapat lebih optimal

Tujuan perencanaan obat : (Satibi, 2014)

1. Mendapatkan jenis dan jumlah obat tepat sesuai kebutuhan
2. Menghindari kekosongan obat
3. Meningkatkan penggunaan obat secara rasional
4. Meningkatkan efisiensi penggunaan obat

Arti penting perencanaan :

1. Mengurangi ketidak pastian
2. Meningkatkan efisiensi kerja
3. Memperoleh kejelasan yang lebih baik tentang sasaran-sasaran
4. Sebagai dasar untuk melakukan monev kegiatan dan penyusunan akuntabilitas kinerja

## Proses Perencanaan Obat (Depkes, 2008)

Proses perencanaan pengadaan obat diawali dengan kompilasi data yang disampaikan Unit kemudian oleh instalasi farmasi diolah menjadi rencana kebutuhan obat dengan menggunakan teknik-teknik perhitungan tertentu.

### 1. Tahap Pemilihan Obat.

Fungsi pemilihan obat adalah untuk menentukan obat yang benar-benar diperlukan sesuai dengan pola penyakit. Untuk mendapatkan perencanaan obat yang tepat, sebaiknya diawali dengan dasar-dasar seleksi kebutuhan obat yang meliputi :

- a. Obat dipilih berdasarkan seleksi ilmiah, medik dan statistik yang memberikan efek terapi jauh lebih baik dibandingkan resiko efek samping yang akan ditimbulkan.
- b. Jenis obat yang dipilih seminimal mungkin, hal ini untuk menghindari duplikasi dan kesamaan jenis. Apabila terdapat beberapa jenis obat dengan indikasi yang sama dalam jumlah banyak, maka kita memilih berdasarkan *Drug of Choice* dari penyakit yang prevalensinya tinggi.
- c. Jika ada obat baru, harus ada bukti yang spesifik untuk efek terapi yang lebih baik.
- d. Hindari penggunaan obat kombinasi kecuali jika obat tersebut mempunyai efek yang lebih baik dibandingkan obat tunggal.

### Kriteria pemilihan obat : (Depkes 2008)

Sebelum melakukan perencanaan obat perlu diperhatikan kriteria yang dipergunakan sebagai acuan dalam pemilihan obat, yaitu :

1. Obat merupakan kebutuhan untuk sebagian besar populasi penyakit.
2. Obat memiliki keamanan dan khasiat yang didukung dengan bukti ilmiah.
3. Obat memiliki manfaat yang maksimal dengan resiko yang minimal.
4. Obat mempunyai mutu yang terjamin baik ditinjau dari segi stabilitas maupun bioavailabilitasnya.
5. Biaya pengobatan mempunyai rasio antara manfaat dan biaya yang baik.
6. Bila terdapat lebih dari satu pilihan yang memiliki efek terapi yang serupa maka pilihan diberikan kepada obat yang :
  - Sifatnya paling banyak diketahui berdasarkan data ilmiah.
  - Sifat farmakokinetiknya diketahui paling banyak menguntungkan.
  - Stabilitas yang paling baik.
  - Paling mudah diperoleh.
7. Harga terjangkau.
8. Obat sedapat mungkin sediaan tunggal.

Untuk menghindari resiko yang mungkin terjadi harus mempertimbangkan :

- a. Kontra Indikasi
- b. Peringatan dan Perhatian
- c. Efek Samping
- d. Stabilitas.

Pemilihan obat didasarkan pada Obat Generik terutama yang tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dengan berpedoman pada harga yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yang masih berlaku.

## 2. Tahap Kompilasi Pemakaian Obat (Depkes, 2008)

Kompilasi pemakaian obat adalah rekapitulasi data pemakaian obat di unit pelayanan kesehatan, yang bersumber dari Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO).

Informasi yang diperoleh adalah :

1. Pemakaian tiap jenis obat pada masing-masing unit pelayanan kesehatan/puskesmas pertahun.
2. Persentase pemakaian tiap jenis obat terhadap total pemakaian setahun seluruh unit pelayanan kesehatan/puskesmas.
3. Pemakaian rata-rata untuk setiap jenis obat untuk tingkat Kabupaten/Kota secara periodik.

Kegiatan yang harus dilakukan :

Pengisian formulir kompilasi pemakaian obat (formulir 3) dengan cara:

Jenis obat : Nama obat disertai kekuatan dan jenis preparatnya. Contoh Amoksisillin 500 mg kaplet.

Kolom 1 Kolom 2 : Nomor urut unit pelayanan kesehatan dalamdaftar

Kolom 3 s/d 14 : Nama unit pelayanan kesehatan yang dilayani oleh Unit Pengelola Obat Kab/Kota.

Kolom 15 Kolom 16 : Data pemakaian obat bersangkutan di masing- masing unit pelayanan kesehatan (UPK) termasuk perhitungan untuk menutup kekosongan obat di tingkat unit pelayanan kesehatan. Data diperoleh dari kolom pemakaian (7) dari formulir LPLPO yang dilaporkan oleh unit pelayanan kesehatan.

Kolom 17 Baris lain-lain

Hal ini mencakup pengeluaran obat untuk memenuhi keperluan kegiatan sosial oleh sektor lain, misalnya : kejadian luar biasa (KLB), bencana alam, dll.

4. Tahap Perhitungan Kebutuhan Obat (Depkes, 2008).

Dalam merencanakan kebutuhan obat perlu dilakukan perhitungan secara tepat. Perhitungan kebutuhan obat dapat dilakukan dengan menggunakan metode konsumsi dan atau metode morbiditas.

a. Metode morbiditas/epidemiologi:

Metode ini diterapkan berdasarkan jumlah kebutuhan perbekalan farmasi yang digunakan untuk beban kesakitan (morbidity load), yang didasarkan pada pola penyakit, perkiraan kenaikan kunjungan dan waktu tunggu (lead time). Beberapa hal yang menjadi pertimbangan dalam metode ini, yaitu menentukan jumlah pasien yang akan dilayani dan jumlah kunjungan kasus berdasarkan prevalensi penyakit, menyediakan formularium/ standar/ pedoman perbekalan farmasi, menghitung perkiraan kebutuhan perbekalan farmasi, dan penyesuaian dengan alokasi dana yang tersedia. Persyaratan utama dalam metode ini adalah rumah sakit harus sudah memiliki standar pengobatan, sebagai dasar untuk penetapan obat yang akan digunakan berdasarkan penyakit (Satibi, 2014).

Langkah-langkah perhitungan metode morbiditas adalah: (Dep Kes RI, 2008)

1. Menetapkan pola morbiditas penyakit berdasarkan kelompok umur penyakit. Kegiatan yang harus dilakukan adalah Pengisian (formulir 4) terlampir dengan masing-masing kolom diisi:

Kolom 1 : Nomor urut

Kolom 2 : Nomor kode penyakit.

Kolom 3 : Nama jenis penyakit diurutkan dari atas

Kolom 4 : jumlah penderita anak dibawah 5 tahun

Kolom 5 : Jumlah penderita dewasa

Kolom 6 : Jumlah total penderita anak dan dewasa

2. Menyiapkan data populasi penduduk.

Komposisi demografi dari populasi yang akan diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin untuk umur antara :

- 0 s/d 4 tahun.
- 5 s/d 14 tahun.
- 15 s/d 44 tahun.
- $\geq$  45 tahun.

3. Menyediakan data masing-masing penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.

4. Menghitung frekuensi kejadian masing-masing penyakit pertahun untuk seluruh populasi pada kelompok umur yang ada.
5. Menghitung jenis, jumlah, dosis, frekuensi dan lama pemberian obat menggunakan pedoman pengobatan yang ada.
6. Menghitung jumlah yang harus diadakan untuk tahun anggaran yang akan datang

Contoh perhitungan Metode Morbiditas :

1). Menghitung masing-masing obat yang diperlukan per penyakit.

Sebagai contoh pada pedoman pengobatan untuk penyakit diare akut pada orang dewasa dan anak-anak digunakan obat oralit dengan perhitungan sebagai berikut :

- Anak-anak :

Satu episode diperlukan 15 (lima belas) bungkus oralit @ 200 ml. Jumlah episode 18.000 kasus. Maka jumlah oralit yang diperlukan =  $18.000 \times 15$  bungkus = 270.000 bungkus @ 200 ml.

- Dewasa :

Satu episode diperlukan 6 (enam) bungkus oralit @ 1 liter.

Jumlah episode 10,800 kasus. Maka jumlah oralit yang diperlukan =  $10.800 \times 6$  bungkus = 64.800 bungkus @ 1000 ml / 1 liter

2). Pengelompokan dan penjumlahan masing-masing obat (hasil langkah a).

Sebagai contoh :

Tetrasiklin kapsul 250 mg digunakan pada berbagai kasus penyakit. Berdasarkan langkah pada butir a, diperoleh obat untuk :

Kolera diperlukan.	= 3.000 kapsul
Disentri diperlukan	= 5.000 kapsul
Amubiasis diperlukan	= 1.000 kapsul
Infeksi saluran kemih	= 2.000 kapsul
Penyakit kulit diperlukan	= 500 kapsul

Jumlah Tetrasiklin diperlukan = 11.500 kapsul

b. Metode Konsumsi (Satibi, 2014)

Metode ini diterapkan berdasarkan data riil konsumsi perbekalan farmasi periode yang lalu, dengan berbagai penyesuaian dan koreksi. Metode konsumsi ini mempersyaratkan bahwa penggunaan obat periode sebelumnya harus dipastikan rasional. Hal ini disebabkan metode konsumsi berdasarkan pada data konsumsi sebelumnya yang tidak mempertimbangkan epidemiologi penyakit. Kalau penggunaan obat periode sebelumnya tidak rasional, disarankan untuk tidak

menggunakan metode ini, karena kalau tidak justru mendukung pengobatan yang tidak rasional di rumah sakit.

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

1. Pengumpulan dan pengolahan data.
2. Analisa data untuk informasi dan evaluasi.
3. Perhitungan perkiraan kebutuhan obat.
4. Penyesuaian jumlah kebutuhan obat dengan alokasi dana.

Untuk memperoleh data kebutuhan obat yang mendekati ketepatan, perlu dilakukan analisa *trend* pemakaian obat 3 (tiga) tahun sebelumnya atau lebih. Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan dengan metode konsumsi:

1. Daftar obat.
2. Stok awal.
3. Penerimaan.
4. Pengeluaran.
5. Sisa stok.
6. Obat hilang/rusak, kadaluarsa
7. Kekosongan obat
8. Pemakaian rata-rata/pergerakan obat pertahun.
9. Waktu tunggu
10. Stok pengaman
11. Perkembangan pola kunjungan

Kelebihan metode konsumsi: (Satibi, 2014)

1. Datanya akurat metode paling mudah.
2. Tidak perlu data penyakit dan standar pengobatan
3. Kekurangan dan kelebihan obat sangat kecil

Kekurangan :

1. Data konsumsi, obat dan jumlah kontak pasien sulit
2. Tidak dapat untuk dasar penggunaan obat dan perbaikan pola persepan
3. Kekurangan,kelebihan dan kehilangan obat sulit diandalkan
4. Tidak perlu catatan morbiditas yang baik



Rumus yang digunakan adalah: (Satibi, 2014)

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

**Ket :**

A = Rencana pengadaan

B = Pemakaian rata-rata x 12 bulan

C = Stok Pengaman 10% - 20% atau sesuai kebijakan RS

D = Waktu tunggu

E = Sisa stok

Metode konsumsi tidak dapat menggambarkan jenis obat yang menyerap investasi besar, dan tidak dapat mengetahui sediaan farmasi yang memerlukan persediaan dalam jumlah yang banyak, sehingga tidak ada prioritas dalam perencanaan obat. Selain itu metode konsumsi tidak dapat mengetahui nilai Indeks Kritis persediaan, Economic Order Quantity, Reorder Point (waktu pemesanan kembali) obat tersebut. Sehingga penggunaan metode konsumsi seperti yang berjalan selama ini memungkinkan terjadinya kelebihan atau kekurangan stok.

Contoh perhitungan dengan Metode Konsumsi :

Selama tahun 2007 (Januari – Desember) pemakaian perbekalan kesehatan (alat suntik 1 ml) sebanyak 2.500.000 pcs untuk pemakaian selama 10 (sepuluh) bulan. Pernah terjadi kekosongan selama 2 (dua) bulan. Sisa stok per 31 Desember 2007 adalah 100.000 pcs.

1. Pemakaian rata-rata perbekalan kesehatan perbulan tahun 2007 adalah:  
 $2.500.000 \text{ pcs} / 10 = 250.000 \text{ pcs.}$
2. Pemakaian Perbekalan kesehatan tahun 2007 (12 bulan) =  $250.000 \text{ pcs} \times 12 = 3.000.000 \text{ pcs.}$
3. Pada umumnya stok pengaman berkisar antara 10% - 20% (termasuk untuk mengantisipasi kemungkinan kenaikan kunjungan). Misalkan berdasarkan evaluasi data diperkirakan 20% =  $20\% \times 3.000.000 \text{ pcs.} = 600.000 \text{ pcs.}$
4. Pada umumnya waktu tunggu berkisar antara 3 s/d 6 bulan. Misalkan *leadtime* diperkirakan 3 bulan =  $3 \times 250.000 \text{ pcs.} = 750.000 \text{ pcs.}$
5. Kebutuhan perbekalan kesehatan tahun 2007 adalah =  $b + c + d$ , yaitu :  
 $3.000.000 \text{ pcs.} + 600.000 \text{ pcs.} + 750.000 \text{ pcs.} = 4.350.000 \text{ pcs.}$

Rencana pengadaan Perbekalan kesehatan untuk tahun 2008 adalah: hasil perhitungan kebutuhan (e) – sisa stok =  $4.350.000 \text{ pcs} - 100.000 \text{ pcs} = 4.250.000 \text{ pcs} = 4250 \text{ pcs/dos @ } 1000 \text{ pcs.}$

c. Metode Gabungan:

Metode gabungan merupakan gabungan dari mordibitas dan konsumsi. Metode gabungan ini untuk menutupi kelemahan metode mordibitas dan konsumsi (Hassan, 1986). Metode kombinasi berupa kebutuhan obat dan alat kesehatan yang mana telah mempunyai data konsumsi yang jelas namun kasus penyakit cenderung berubah (naik/turun). Gabungan perhitungan metode konsumsi dengan koreksi epidemiologi yang sudah dihitung dengan suatu prediksi (boleh prosentase kenaikan kasus atau analisa trend). Metode kombinasi digunakan untuk obat dan alat kesehatan yang terkadang fluktuatif, maka dapat menggunakan metode konsumsi dengan koreksi-koreksi pola penyakit, perubahan, jenis/jumlah tindakan, perubahan pola, peresapan, perubahan kebijakan pelayanan.

Rumus Metode Kombinasi:

$$C \text{ kombinasi} = (CA + CE) \times T + SS - \text{Sisa stock}$$

Keterangan:

- CA : Kebutuhan rata-rata waktu(bulan)
- CE : Perhitungan standar pengobatan
- T : Lama kebutuhan (bulan/tahun )
- SS : Safety stock

Dalam melakukan perencanaan dapat menggunakan peramalan (forecasting) sebagai usaha untuk memprediksi kebutuhan obat dimasa yang akan datang.

5. Tahap Proyeksi Kebutuhan Perbekalan Kesehatan.

Proyeksi Kebutuhan Perbekalan Kesehatan adalah perhitungan kebutuhan perbekalan kesehatan secara komprehensif dengan mempertimbangkan data pemakaian perbekalan kesehatan dan jumlah sisa stok pada periode yang masih berjalan dari berbagai sumber anggaran. Pada tahap ini kegiatan yang dilakukan adalah :

- a. Menetapkan perkiraan stok akhir periode yang akan datang. Stok akhir diperkirakan sama dengan hasil perkalian antara waktu tunggu dengan estimasi pemakaian rata-rata/bulan ditambah stok pengaman.
- b. Menghitung perkiraan kebutuhan pengadaan perbekalan kesehatan periode tahun yang akan datang. Perkiraan kebutuhan pengadaan perbekalan kesehatan tahun yang akan datang dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$a = b + c + d - e - f$$

- a = Perkiraan kebutuhan pengadaan perbekalan kesehatan tahun yang akan datang
- b = Kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan untuk sisa periode berjalan (sesuai tahun anggaran yang bersangkutan)
- c = Kebutuhan perbekalan kesehatan untuk tahun yang akan datang
- d = Perkiraan stok akhir tahun (waktu tunggu dan stok pengaman)
- e = Stok awal periode berjalan atau sisa stok per 31 Desember tahun sebelumnya di unit pengelola perbekalan kesehatan
- f = Rencana penerimaan perbekalan kesehatan pada periode berjalan (Januari s/d Desember )

#### 6. Tahap Penyesuaian Rencana Pengadaan Perbekalan Kesehatan.

Dengan melaksanakan penyesuaian rencana pengadaan perbekalan kesehatan dengan jumlah dana yang tersedia maka informasi yang didapat adalah jumlah rencana pengadaan, skala prioritas masing-masing jenis perbekalan kesehatan dan jumlah kemasan, untuk rencana pengadaan perbekalan kesehatan tahun yang akan datang.

Beberapa teknik manajemen untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penggunaan dana dalam perencanaan kebutuhan perbekalan kesehatan adalah dengan cara :

##### a. Analisa ABC.

Berdasarkan berbagai pengamatan dalam pengelolaan perbekalan kesehatan, yang paling banyak ditemukan adalah tingkat konsumsi pertahun hanya diwakili oleh relatif sejumlah kecil item. Sebagai contoh, dari pengamatan terhadap pengadaan perbekalan kesehatan dijumpai bahwa sebagian besar dana perbekalan kesehatan (70%) digunakan untuk pengadaan, 10% dari jenis/item perbekalan kesehatan yang paling banyak digunakan sedangkan sisanya sekitar 90% jenis/item perbekalan kesehatan menggunakan dana sebesar 30%.

Oleh karena itu analisa ABC mengelompokkan item perbekalan kesehatan berdasarkan kebutuhan dananya, yaitu:

Kelompok A :

Adalah kelompok jenis perbekalan kesehatan yang jumlah nilai rencana

pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 70% dari jumlah dana perbekalan kesehatan keseluruhan.

Kelompok B :

Adalah kelompok jenis perbekalan kesehatan yang jumlah nilai rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 20%.

Kelompok C :

Adalah kelompok jenis perbekalan kesehatan yang jumlah nilai rencana pengadaannya menunjukkan penyerapan dana sekitar 10% dari jumlah dana perbekalan kesehatan keseluruhan.

Langkah-Langkah menentukan kelompok A, B dan C :

1. Hitung jumlah dana yang dibutuhkan untuk masing-masing perbekalan kesehatan dengan cara mengalikan kuantum perbekalan kesehatan dengan harga perbekalan kesehatan.
2. Tentukan rankingnya mulai dari yang terbesar dananya sampai yang terkecil.
3. Hitung persentasenya terhadap total dana yang dibutuhkan.
4. Hitung kumulasi persennya.
5. Perbekalan kesehatan kelompok A termasuk dalam kumulasi 70%.
6. Perbekalan kesehatan kelompok B termasuk dalam kumulasi > 70% s/d 90%.
7. Perbekalan kesehatan kelompok C termasuk dalam kumulasi > 90% s/d 100%.

b. Analisa VEN.

Salah satu cara untuk meningkatkan efisiensi penggunaan dana obat yang terbatas adalah dengan mengelompokkan obat yang didasarkan kepada dampak tiap jenis obat pada kesehatan. Semua jenis obat yang tercantum dalam daftar obat di kelompokkan ke dalam tiga kelompok berikut :

Kelompok V :

Adalah kelompok obat yang vital, yang termasuk dalam kelompok ini antara lain :

- Obat penyelamat (*life saving drugs*).
- Obat untuk pelayanan kesehatan pokok (vaksin, dll).

- Obat untuk mengatasi penyakit-penyakit penyebab kematian terbesar

Kelompok E :

Adalah kelompok obat yang bekerja kausal, yaitu obat yang bekerja pada sumber penyebab penyakit.

Kelompok N :

Merupakan obat penunjang yaitu obat yang kerjanya ringan dan biasa dipergunakan untuk menimbulkan kenyamanan atau untuk mengatasi keluhan ringan.

Penggolongan obat sistem VEN dapat digunakan untuk :

1. Penyesuaian rencana kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia. Obat-obatan yang perlu ditambah atau dikurangi dapat didasarkan atas pengelompokan obat menurut VEN.
2. Dalam penyusunan rencana kebutuhan obat yang masuk kelompok V agar diusahakan tidak terjadi kekosongan obat. Untuk menyusun daftar VEN perlu ditentukan lebih dahulu kriteria penentuan VEN. Kriteria sebaiknya disusun oleh suatu tim. Dalam menentukan kriteria perlu dipertimbangkan kondisi dan kebutuhan masing-masing wilayah.

Kriteria yang disusun dapat mencakup berbagai aspek antara lain:

- Klinis
- Konsumsi
- Target kondisi
- Biaya

Langkah-langkah menentukan VEN

- Menyusun kriteria menentukan VEN
- Menyediakan data pola penyakit
- Merujuk pada pedoman pengobatan

c. Analisa ABC-VEN

Untuk lebih mempertajam prioritas penentuan kebutuhan obat digunakan analisa kombinasi **ABC-VEN**. Analisa ABC-VEN umumnya menggunakan matriks. Dari matriks gambar 1 maka jika ingin melakukan pengurangan anggaran dimulai pengurangan anggaran berurutan

1. CN
2. BN

3. AN
4. Dst

AV	BV	CV
AE	BE	CE
AN	BN	CN

gambar 1. Matriks diagram ABC-VEN

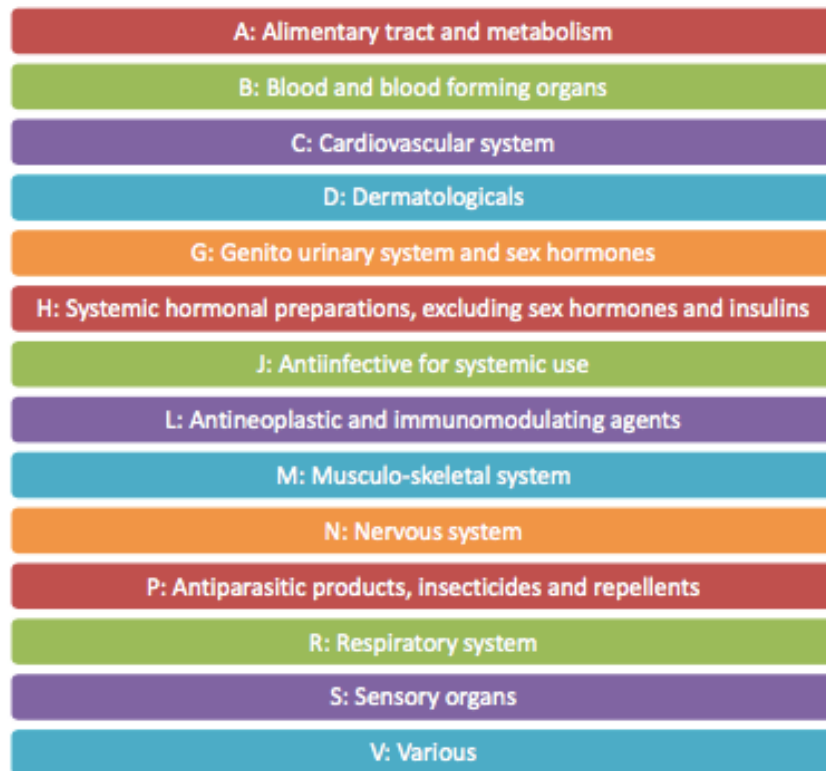
d. Analisa ATC singkatan dari *Anatomical Therapeutical and Chemical Class*.

Dalam analisa ATC obat dibagi menjadi 12 kelompok :

- A. Saluran Cerna & Metabolisme
- B. Darah dan organ Pembentuk Darah
- C. Cardiovascular Sistem
- D. Kulit
- G Sistem Reproduksi Wanita dan hormon seks
- H Preparat hormon sistemik , kecuali hormon seks
- J anti infeksi sistemik
- L anti neoplastis dan obat untuk kekebalan
- M sistem saraf otot
- N sistem saraf pusat
- P anti parasite
- R. Sistem Pernafasan
- S untuk organ seks
- V untuk lain-lain

## Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 1st Level Classification

The system has fourteen main anatomical or pharmacological groups (1st level). The ATC 1st levels (2016 edition) is shown in the figure.



Gambar 2. Klasifikasi ATC level 1

### Daftar Pustaka,

Anonimous , 1998, Daftar Obat Esensial Nasional. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Jakarta.

Anonimous, 2009, Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Departeman Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Anonimous, 2009, Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Departeman Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

- Anonim, 2005, Kebijakan Obat Nasional, 10-12, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Anonymous, 2010, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 54. Pengadaan/ Jasa Pemerintah
- Anonymous, 2014, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58. Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit.
- Hasan, W.E., 1986, Hospital Pharmacy, Fifth ed, Lea and Febiger, Philadelphia
- Malinggas, N.E., 2015. Analisis Manajemen Logistik Obat Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah DR Sam Ratulangi Tondano. JIKMU 5.
- Muhammad,A, 1997, Manajemen Farmasi. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Muhammad,A, 2009, Aplikasi Manajemen Pengelolaan Obat Dan Makanan. Nuha Medika, Jogjakarta
- Quick, D.J., Hume, M.L, Raukin J.R, Laing, R.O., and O'Connor, R.W., 1997, Managing Drug Supply (2nd ed), Revised and Expanded, Kumarin Press, West Hartford.
- Quick, J.P., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Connor, R.W., 2012, Managing Drug Supply, the selection, procurement, distribution and use of pharmaceutical, third edition, Kumarin Press, Connecticut, USA
- Satibi, 2015, Manajemen Obat di Rumah Sakit (ed. Pertama), Yogyakarta,UGM-Press.
- Seto,S, 2008, Manajemen Farmasi, Airlangga University Press, Surabaya
- Siregar, C.J.P, 2004, Farmasi Rumah Sakit Teori Dan Penerapan, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Suciati, S dan Adisamito, B. 2006, Analisa Perencanaan Obat Berdasarkan ABC Indeks Kritis di Instalasi Rumah Sakit, Jurnal, Manajemen Kesehatan, Vol 09/No.01, (hal :19-26).