

**UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN OBAT  
RASIONAL DI PUSKESMAS KABUPATEN PACITAN**

**Tesis**



**Diajukan oleh  
SURYO NUGROHO  
161403329**

**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA  
YOGYAKARTA  
2017**

**UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN OBAT  
RASIONAL DI PUSKESMAS KABUPATEN PACITAN**

**Tesis**

**untuk memenuhi sebagian persyaratan  
dalam mencapai derajat sarjana S2  
Program Magister Manajemen**



**Diajukan oleh:  
SURYO NUGROHO  
161403329**

**Kepada  
MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
2017**

**TESIS**

**UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN OBAT  
RASIONAL DI PUSKESMAS KABUPATEN PACITAN**

**Olch:  
SURYO NUGROHO  
161403329**

Tesis ini telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji  
Pada tanggal 13 April 2018

Dosen Penguji I

Dosen Penguji II/ Pembimbing

**Drs. John Suprihanto, IM., Ph.D**

**Drs. Muhammad Mathori, M.Si**

dan telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister  
Yogyakarta

Mengetahui,

**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta,

**SURYO NUGROHO**

**STIE Widya Wiwaha  
Jangan Plagiat**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tesis ini dengan tidak ada halangan apapun.

Tesis ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan guna mericapai derajat sarjana S2 pada Program Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta.

Selama penelitian dan penyusunan tesis ini, penulis telah banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak yang sangat besar artinya dalam penyelesaian tesis ini. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Drs. Indartarto, MM selaku Bupati Pacitan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan.
2. Bapak dr. Eko Budiono, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan yang telah memberikan kami kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan dan penelitian di Dinas kesehatan Kabupaten Pacitan
3. Direktur Program Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIE Widya Wiwaha.
4. Bapak Dr. Didik Purwadi, M.Ec dan Bapak Drs. Muhammad Mathori, Msi., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan arahan, bimbingan dan motivasi hingga tersusunnya tesis ini.
5. Kepala UPT Puskesmas se Kabupaten Pacitan yang telah memberi ijin sebagai lokasi penelitian.
6. Ayahku Bapak Soegijo yang selalu memberi petunjuk dan doanya
7. Istri Ibu Sariutami, SE. dan anakku Pelangi Embun Kinanthi yang selalu memberikan semangat dan motivasi.
8. Teman – teman mahasiswa Program Pasca Sarjana STIE Widya Wiwaha Kelas 16 – F

9. Teman – teman kelompok 6 yang sangat luar biasa, Bpk. Baskoro Catur R, Sutarjo, Ibu Nunuk Irawati , Ibu Nurfarida serta Ibu Nurhastuti
10. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu yang telah ikut membantu penyelesaian tesis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih banyak kekurangannya, namun demikian penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat sebagai salah satu informasi ilmiah.

Yogyakarta, Pebruari 2018

Penulis

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	9
C. Pertanyaan Penelitian.....	9
D. Tujuan Penelitian.....	10
E. Manfaat Penelitian.....	10
<b>BAB II LANDASAN TEORI</b>	
A. Penggunaan Obat Rasional.....	12
B. Indikator Peresepan.....	20
C. Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas.....	34
D. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).....	36
E. Sistem Informasi Pelaporan Puskesmas (SIPP).....	38
F. Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK).....	40

G. Penelitian Studi Kasus .....	41
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian .....	48
B. Lokasi dan Waktu.....	48
C. Populasi dan Sampel.....	48
D. Pengumpulan Data.....	49
E. Analisa Data .....	50
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Karakteristik Lokasi Penelitian.....	51
B. Karakteristik Responden.....	58
C. Analisis Pelaporan Indikator Peresepan.....	60
D. Identifikasi Faktor Yang Berengaruh Pada Penggunaan Obat Secara Rasional.....	62
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	71
B. Saran.....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel 1.1	10 kabupaten kota dengan capaian indikator terjauh dari target Nasional.....	6
Tabel 2.1	Target POR Nasional.....	18
Tabel 4.1	Sub Pelayanan Dalam Puskesmas Induk.....	53
Tabel 4.2	Jenis Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Polindes dan Poskesdes Wilayah Kerja Puskesmas.....	54
Tabel 4.3	Jenis dan setatus tenaga kefarmasian di Puskesmas 2017.....	55
Tabel 4.4	Karakteristik responden berdasarkan petugas kefarmasian .....	56
Tabel 4.5	Sub unit pelayanan .....	56
Tabel 4.6	Karakteristik responden berdasarkan dana dukung untuk pelayanan kefarmasian.....	57
Tabel 4.7	Karakteristik responden berdasarkan medis paramedis penulis resep.....	57
Tabel 4.8	Umur.....	58
Tabel 4.9	Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	58
Tabel 4.10	Karakteristik responden berdasarkan pendidikan.....	59
Tabel 4.11	Karakteristik Responden Berdasarkan gol/ruang.....	59
Tabel 4.12	Data capaian penggunaan antibiotik pada ISPA non peneumonia... ..	60
Tabel 4.13	Data capaian penggunaan antibiotik pada Diare non spesifik..	61
Tabel 4.14	Data capaian penggunaan injeksi pada Mialgia.....	61

Tabel 4.15	Data capaian rerata item obat per lembar resep.....	62
Tabel 4.16	Identifikasi Faktor Kekuatan .....	63
Tabel 4.17	Identifikasi Faktor Kelemahan.....	64
Tabel 4.18	Identifikasi Faktor Peluang.....	65
Tabel 4.19	Identifikasi Faktor Ancaman.....	65

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Capaian indikator ISPA kabupaten kota .....	6
Gambar 1.2	Capaian indikator Diare kabupaten kota .....	7
Gambar 1.3	Capaian indikator Mialgia kabupaten kota.....	7
Gambar 1.4	Capaian rerata item obat/ resep kabupaten kota.....	8
Gambar 2.1	Penggunaan Obat Rasional.....	18
Gambar 2.2	Indikator Kinerja Pemakaian Obat Rasional (POR).....	22
Gambar 2.3	Formulir isian POR ISPA .....	30
Gambar 2.4	Formulir isian POR Diare.....	30
Gambar 2.5	Formulir isian POR Mialgia.....	31
Gambar 2.6	Formulir Kompilasi POR .....	31
Gambar 2.7	Rumus indikator peresepan .....	32
Gambar 2.8	Formulir Rekap POR Dinkes Kabupaten.....	33

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal dan Anggaran
- Lampiran 2 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 Formulir Indikator Peresepan AB pada ISPA Puskesmas Donorojo
- Lampiran 4 Formulir Indikator Peresepan AB pada Diare Puskesmas Donorojo
- Lampiran 5 Formulir Indikator Peresepan Injeksi pada Mialgia Puskesmas Donorojo
- Lampiran 6 Kompilasi indikator peresepan Puskesmas Donorojo tahun 2017
- Lampiran 7 Karakteristik lokasi penelitian
- Lampiran 8 Karakteristik responden
- Lampiran 9 Rekapitulasi POR 2017
- Lampiran 10 Rekapitulasi kuesioner

STIE Widya Wiwaha  
Jangan Plagiat

## ABSTRAK

### UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN OBAT RASIONAL DI PUSKESMAS KABUPATEN PACITAN

**Suryo Nugroho**

Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan

Email : [tepogrind@yahoo.com](mailto:tepogrind@yahoo.com)

Penggunaan obat secara rasional sangatlah mempengaruhi pada kesembuhan pada pelayana pengobatan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Penggunaan obat secara rasional masih menjadi pekerjaan rumah bagi kementrian kesehatan , karena belum semua provinsi penngunaan obat secara rasional ini dilakukan sesuai target yang diharapkan, salah satunya Provinsi Jawa Timur. Berarti belum semua kota / kabupaten yang penggunaan obat secara rasional berdasarkan indikator peresepan memenuhi target salah satunya Kabupaten Pacitan. Dengan belum optimalnya penggunaan obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan, maka perlu melakukan analysis terhadap faktor faktor yang berpengaruh terhadap ketidak tercapainnya target penggunaan obat secara rasional dilihat dari indikator peresepan tingkat puskesmas ini. Supaya dapat diketahui dengan jelas apa yang menjadi penyebab dan pada akhirnya diperolehnya suatu upaya yang bisa dilakukan di Kabupaten Pacitan untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional, guna menjamin masyarakat yang memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan terutama puskesmas dan jaringannya mendapatkan pelayanan obatsecara rasional.

**Kata Kunci :** Upaya, Obat Rasional, Puskesmas,

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penggunaan obat yang rasional didefinisikan sebagai suatu kondisi jika pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan klinisnya, baik dilihat dari regimen dosis yang sesuai, lama pengobatan yang cukup dan biaya pengobatan yang lebih rendah. Jika pasien menerima pengobatan yang tidak sesuai dengan definisi penggunaan obat yang rasional tersebut maka telah terjadi ketidakrasionalan penggunaan obat. Penggunaan obat yang tidak rasional dapat menimbulkan dampak morbiditas dan mortalitas yang serius terutama pada pasien anak dengan infeksi dan pasien dengan penyakit kronis (WHO, 2002), dan pada skala besar secara signifikan meningkatkan kejadian efek samping serta tingginya biaya pengobatan (Quick dkk., 1997).

*Medication error* dapat terjadi karena kesalahan dalam peresepan, penyerahan atau administrasi obat yang disebabkan kurangnya pengetahuan atau kinerja yang kurang baik tenaga kesehatan (ASHP, 1993). Kejadian medication error menyebabkan pasien menerima pengobatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan klinisnya, sehingga termasuk dalam ketidakrasionalan penggunaan obat. Beberapa laporan dalam jurnal atau artikel yang berkaitan dengan farmasis dan *medication error*. Hayward dan Hofer (2001) melaporkan lebih dari 1 juta kesalahan pengobatan terjadi di rumah sakit di Amerika, diperkirakan 7.000 kematian akibat kesalahan pelayanan obat dan menyebabkan biaya perawatan akibat kesalahan pengobatan mendekati Rp 16 triliun. WHO juga melaporkan, di dunia sekitar

50% pasien menerima pengobatan yang tidak tepat. Data lain di salah satu rumah sakit pemerintah di Yogyakarta Indonesia menyebutkan bahwa selama periode bulan Juni – September 2007 ditemukan 226 *medication error* dari 229 resep untuk pasien rawat jalan (Perwitasari dkk., 2010).

Masalah penggunaan obat rasional secara umum dapat diintervensi melalui edukasi, manajerial, dan regulasi (Quick dkk., 1997). Bentuk intervensi dapat meliputi aspek preventif maupun kuratif. Dalam masalah penggunaan obat yang tidak rasional, upaya preventif mempunyai cost-effectiveness yang lebih tinggi dibanding upaya kuratif.

Beberapa faktor dipercaya memberikan kontribusi peningkatan *medication error* seperti kelebihan beban kerja tenaga kesehatan, kekurangan jumlah perawat dan farmasis meskipun jumlah pasien terus bertambah. Mudahnya akses informasi dari berbagai pusat informasi kesehatan nasional kemungkinan juga mempengaruhi besarnya jumlah laporan medication error (Karch, 2003). Laporan lain oleh Rollason dan Vogt (2003), Farmasis diharapkan dapat membantu pasien dalam pemilihan obat baik melalui saran kepada dokter penulis resep maupun melalui swamedikasi, pemberian informasi tentang cara penggunaan obat (contohnya inhaler), dan juga dapat mengecek kemungkinan terjadinya interaksi obat dan melakukan improvisasi untuk mengatasinya.

Farmasis saat ini bukan hanya sebagai penyedia/supplier obat tetapi menjadi koordinator antara tim kesehatan dan pasien. Farmasis terlibat dalam perencanaan, distribusi, dan dalam proses pemilihan/penggunaan obat yang

rasional. Farmasis membantu tercapainya penggunaan obat yang rasional melalui *Good Pharmacy Practice* (GPP). Promosi penggunaan obat yang rasional dan konseling penggunaan obat pada pasien, Farmasis memiliki peranan penting dalam peningkatan kualitas hidup pasien (Ara dkk, 2012).

Di era di JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) seperti saat ini pelayanan obat merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di tingkat pertama hingga tingkat rujukan tingkat lanjut meliputi beberapa hal yang salah satunya adalah pelayanan obat dan bahan medis habis pakai (Pemerintah RI, 2015). Pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian baik itu berupa standar pengelolaan sediaan obat dan alkes maupun standar pelayanan farmasi klinik (Pemerintah RI, 2016).

*World Health Organization* (WHO) merumuskan 12 langkah strategi kebijakan untuk menjamin penggunaan obat yang rasional. Salah satunya adalah dengan melaksanakan *problem-based training* farmakoterapi pada kurikulum pendidikan kedokteran dan paramedis. Kualitas pelatihan dasar dalam farmakoterapi pada pendidikan dokter dan paramedis sangat signifikan untuk meningkatkan persepsi yang baik dimasa yang akan datang (WHO, 2002).

*The International Network for Rational Use of Drugs* (2002) telah mengembangkan materi pelatihan penggunaan obat yang rasional yang dikenal dengan *Promoting rational drugs use course* (PRDU course) bagi penyedia praktik kesehatan dan merekomendasikan adanya pelatihan bagi

mahasiswa kedokteran, farmasi dan paramedis. Berbagai pengembangan telah dilakukan oleh The International Network for Rational Use of Drugs (INRUD) berkaitan dengan promosi penggunaan obat yang rasional, yang akhirnya disepakati ada muatanmuatan yang harus disampaikan tentang penggunaan obat yang rasional di dalam kurikulum perguruan tinggi kesehatan salah satunya adalah perguruan tinggi farmasi yang meliputi pengenalan masalah ketidakrasionalan obat, derajat ketidakrasionalan penggunaan obat, survei dan pengumpulan data, upaya perbaikan penggunaan obat dan tinjauan pedoman pengobatan.

Apoteker dan Sarjana Farmasi termasuk dalam bagian tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan yang memiliki peranan strategis dalam proses pelayanan obat. Undang-Undang Kesehatan Nomer 36 tahun 2009 dan Peraturan Pemerintah Nomer 51 tahun 2009 yang mengatur tentang pekerjaan kefarmasian memberikan wewenang yang besar dan strategis kepada tenaga kefarmasian terutama apoteker dalam pelayanan obat kepada pasien. WHO menyebutkan ada dua langkah utama sebagai komitmen untuk melakukan perubahan dalam implementasi praktik farmasi yaitu perubahan kebijakan nasional di bidang obat dan perubahan sistem pembelajaran di Farmasi.

Mengacu pada sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009 dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional (Konas) bahwa upaya kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang paripurna, terpadu

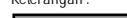
dan berkualitas meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari subsistem Upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil merata, terjangkau dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Rekapitulasi data pelaporan penggunaan obat rasional yang dilakukan Dinas Kesehatan provinsi Jawa Timur tahun 2016 kepada 38 Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota menunjukkan bahwa prosentase penggunaan antibiotik pada ISPA Non Pneumoni baru 32.00 % yang memenuhi target, 68.00 % belum memenuhi. Penggunaan antibiotika pada DIARE Non Spesifik baru 11.00 % yang memenuhi target, 89.00 % belum memenuhi. Serta Pemakaian injeksi pada MYALGIA baru 47.00 % yang memenuhi target, Sedang 53.00 % belum memenuhi. Rekapitulasi secara keseluruhan pemakaian obat secara rasional di semua Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota menunjukkan nilai 68.00 % yang memenuhi target, 32.00 % belum memenuhi.

Tabel 1.1  
10 kabupaten kota dengan capaian indikator terjauh dari target Nasional

KAB ISPA NP	20%	KAB DIARE NS	8%	INJEKSI M	1%	RERATA	2,6%
Kab. SITUBONDO	46,02%	Kab. BONDOWOSO	49,10%	Kab. NGAWI	5,48%	Kab. PASURUHAN	3,20%
Kab. JEMBER	46,78%	Kab. TRENGGALEK	49,25%	Kab. TUBAN	6,20%	Kab. BANGKALAN	3,20%
Kab. TULUNGAGUNG	47,35%	Kab. BLITAR	52,14%	Kab. JEMBER	6,43%	Kota. MADIUN	3,30%
Kab. TUBAN	50,57%	Kota. BLITAR	53,16%	Kab. TRENGGALEK	8,59%	Kab. BANYUWANGI	3,37%
Kab. PACITAN	55,22%	Kab. BANGKALAN	58,20%	Kab. PROBOLINGGO	14,61%	Kab. GRESIK	3,37%
Kab. BLITAR	59,61%	Kab. TUBAN	61,01%	Kab. SITUBONDO	22,61%	Kab. TUBAN	3,37%
Kab. BANGKALAN	59,61%	Kab. SITUBONDO	61,09%	Kab. PAMEKASAN	38,25%	Kab. BLITAR	3,38%
Kota. BLITAR	65,95%	Kab. PAMEKASAN	61,65%	Kab. BANGKALAN	51,86%	Kab. BONDOWOSO	3,40%
Kab. SUMENEP	73,65%	Kab. SUMENEP	70,35%	Kab. SUMENEP	54,87%	Kab. KEDIRI	3,46%
Kab. MOJOKERTO	82,50%	Kab. MOJOKERTO	79,25%	Kab. BONDOWOSO	59,62%	Kota. BLITAR	3,77%
Kab. PONOROGO		Kota. MOJOKERTO		Kab. PONOROGO		Kab. BOJONEGORO	
Kab. BOJONEGORO		Kab. PONOROGO		Kab. BOJONEGORO		Kab. MADIUN	
Kab. MADIUN		Kab. BOJONEGORO		Kab. MADIUN		Kab. PONOROGO	
Kota. MOJOKERTO		Kab. MADIUN		Kota. MOJOKERTO		Kota. MOJOKERTO	

Keterangan :

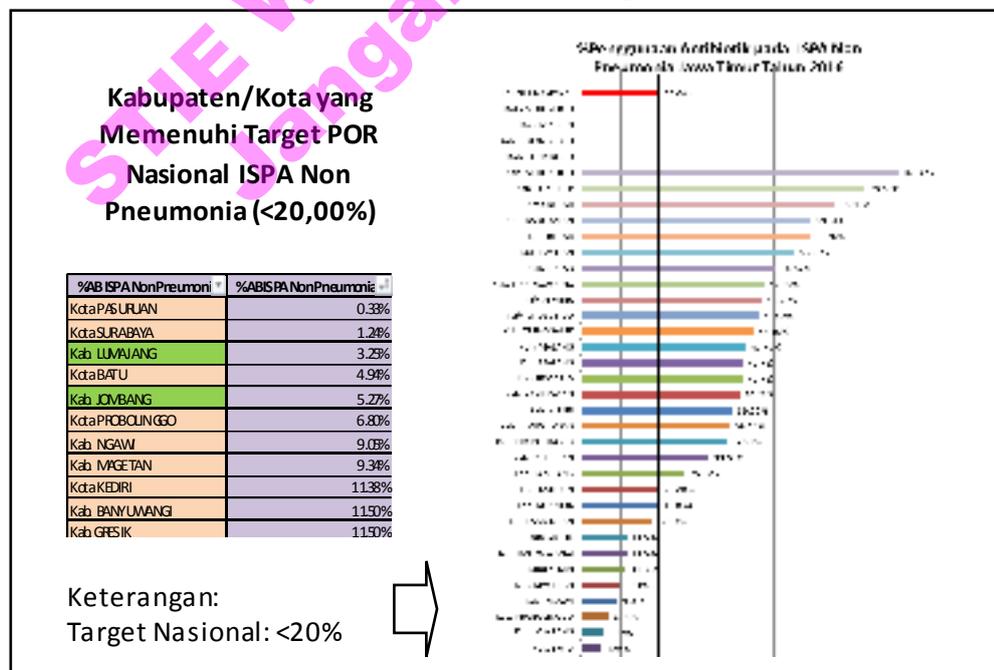
 : Kota/Kabupaten yang semua indikator terjauh dari target

 : Kota/Kabupaten yang belum mengumpulkan data

Kab. TUBAN		Kab. BANGKALAN	
61,02%	% POR	50,48%	% POR
50,57%	% AB ISPA Non Pneumonia	59,61%	% AB ISPA Non Pneumonia
61,01%	% AB Diare Non Spesifik	58,20%	% AB Diare Non Spesifik
06,20%	% Injeksi Mialgia	51,86%	% Injeksi Mialgia
03,37%	% Rerata Polifarmasi	03,20%	% Rerata Polifarmasi

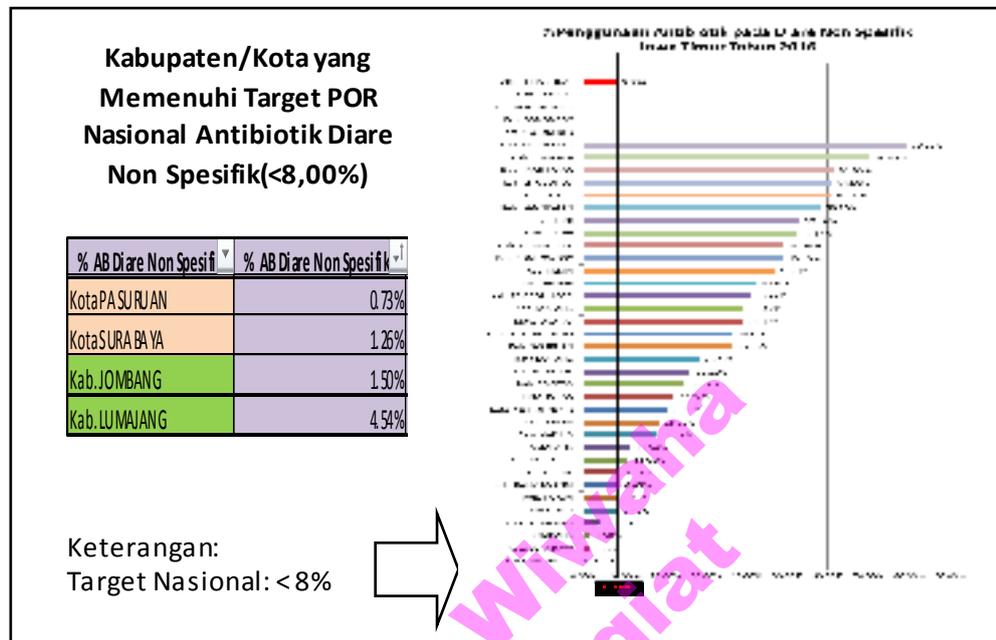
Sumber: Hasil Analisis Data Capaian Indikator POR dan Monev Pelayanan Kefarmasian di Jawa Timur 2017

Gambar 1.1  
Capaian indikator ISPA kabupaten kota



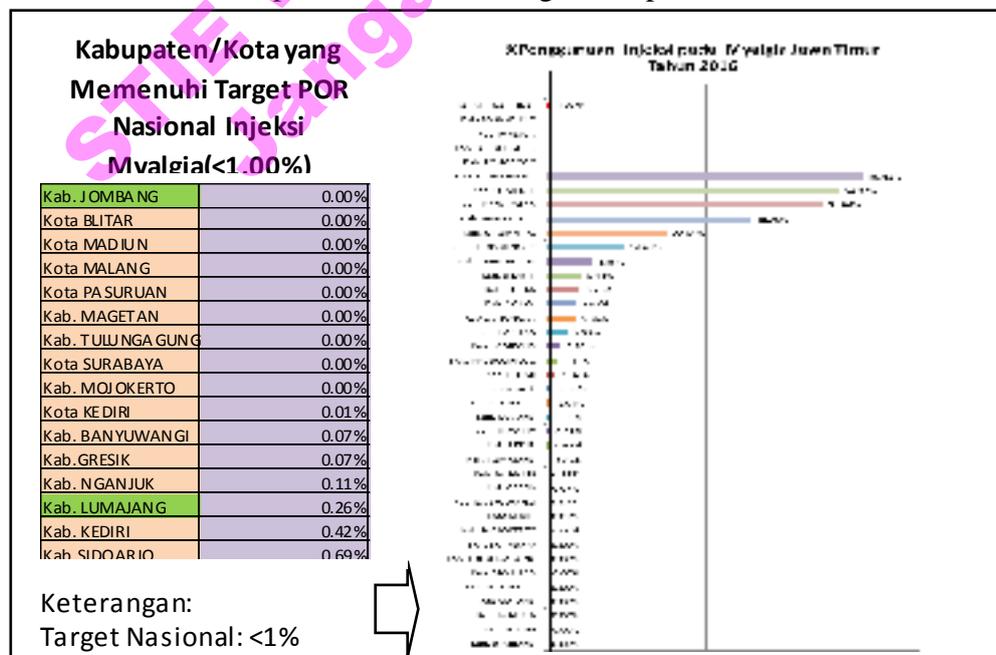
Sumber: Hasil Analisis Data Capaian Indikator POR dan Monev Pelayanan Kefarmasian di Jawa Timur 2017

Gambar 1.2.  
Capaian indikator Diare kabupaten kota



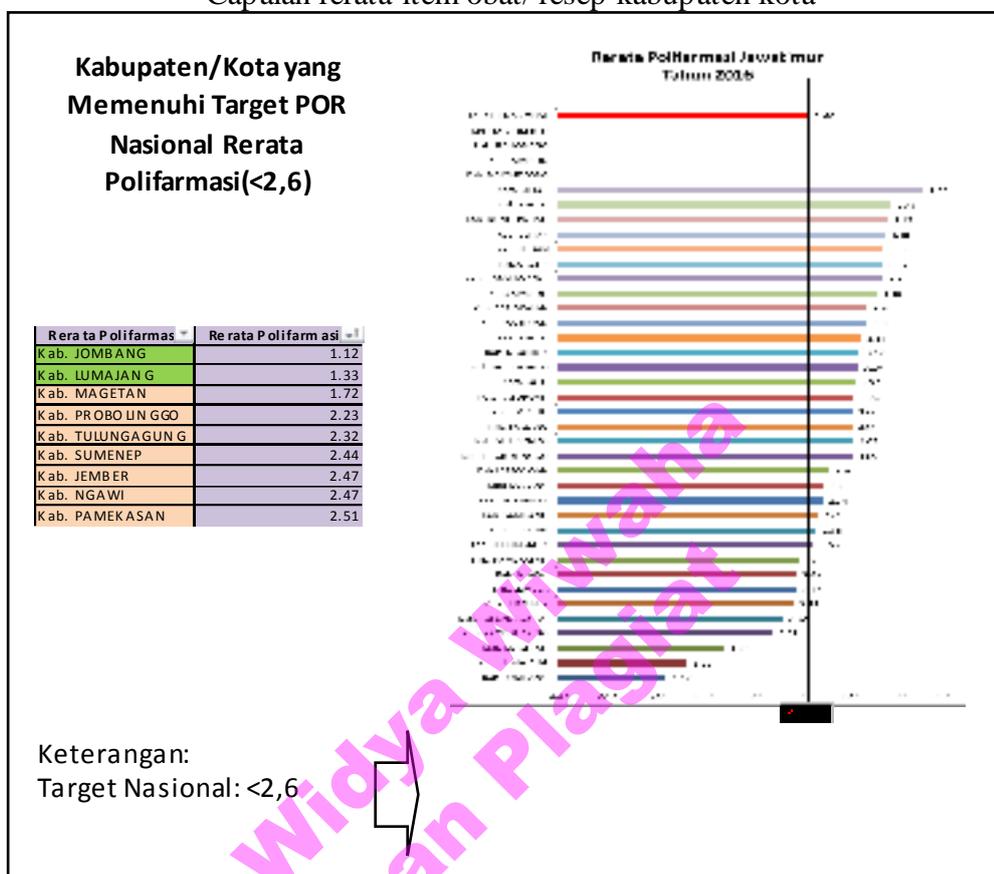
Sumber: Hasil Analisis Data Capaian Indikator POR dan Money Pelayanan Kefarmasian di Jawa Timur 2017

Gambar 1.3  
Capaian indikator Mialgia kabupaten kota



Sumber: Hasil Analisis Data Capaian Indikator POR dan Money Pelayanan Kefarmasian di Jawa Timur 2017

Gambar 1.4.  
Capaian rerata item obat/ resep kabupaten kota



Sumber: Hasil Analisis Data Capaian Indikator POR dan Monev Pelayanan Kefarmasian di Jawa Timur 2017

Dari hasil rekapitulasi tersebut Kabupaten Pacitan termasuk dalam kabupaten/ kota penyumbang nilai yang belum sesuai dengan target yang diharapkan dan terjadi sampai sekarang, hal tersebut bisa dilihat dari rekapitulasi sampai semester pertama tahun 2017.

Dari 24 Puskesmas yang ada Baru 4 puskesmas telah sesuai target pemakaian obat secara rasional atau 16.66 % sedang sisannya belum atau 83.34 % . Berdasarkan gambaran dari pelaporan indikator peresepan dengan kunjungan pasien yang mendapatkan resep selama tahun 2016 sejumlah

452.540 maka pada tahun 2016 pasien yang mendapatkan obat di kabupaten pacitan yang telah mendapatkan pengobatan secara rasional sebanyak 75.393 pasien sedang 377.147 pasien belum mendapatkan pengobatan secara rasional. Memang belum ada laporan dari masyarakat dikarenakan pada umumnya masyarakat pengguna layanan di puskesmas belum tahu dan paham tentang pengobatan secara rasional.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, penulis ingin melakukan penelitian dengan judul “UPAYA PENINGKATAN PENGGUNAAN OBAT RASIONAL DI PUSKESMAS KABUPATEN PACITAN”

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan dari latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka penggunaan obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan belum dilakukan secara optimal.

## **C. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan permasalahan penggunaan obat rasional yang terjadi di Kabupaten Pacitan maka pertanyaan penelitian adalah :

1. Bagaimana penggunaan obat rasional dilakukan di puskesmas Kabupaten Pacitan di tinjau dari indikator persepsian ?
2. Faktor apa yang menghambat penggunaan obat secara rasional belum bisa dilakukan secara maksimal di puskesmas Kabupaten Pacitan?
3. Bagaimana upaya untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan ?

#### **D. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian yang dilakukan penulis adalah :

1. Mengevaluasi penggunaan obat rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan tahun 2017 ditinjau dari indikator persepan
2. Mencari faktor penghambat penggunaan obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan.
3. Upaya apa yang bisa dilakukan untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan

#### **E. Manfaat Penelitian**

Dari hasil penelitian yang akan dilakukan penulis akan didapatkan manfaat :

1. Manfaat terhadap ilmu pengetahuan  
Bahwa penelitian ini akan memberikan kontribusi pada ilmu kefarmasian terutama pada pengelolaan kefarmasian di puskesmas, berkaitan dengan pemakaian obat secara rasional.
2. Manfaat Institusi  
Sebagai bahan informasi dan pertimbangan dalam mengambil kebijakan tentang pengelolaan obat secara rasional
3. Bagi STIE Widya Wiwaha,  
Penelitian ini dapat menjadi referensi dan bahan pertimbangan dalam memberi masukan dan tambahan informasi serta saran dalam peningkatan kualitas pelayanan publik, khususnya pada penggunaan obat secara rasional.

#### 4. Manfaat untuk masyarakat

Penelitian ini akan memberikan jaminan pada masyarakat tentang pelayanan obat yang didapatkan ketika menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas telah dilakukan secara rasional

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## BAB II LANDASAN TEORI

### A. Penggunaan Obat Rasional

WHO memperkirakan bahwa lebih dari separuh dari seluruh obat di dunia diresepkan, diberikan dan dijual dengan cara yang tidak tepat dan separuh dari pasien menggunakan obat secara tidak tepat. Penggunaan obat rasional untuk menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang adekuat dengan harga yang terjangkau. Penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

#### 1. Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

Contoh a.

<b>Anamnesis</b>	<b>Diagnosis</b>	<b>Terapi</b>
1. Diare		
2. Disertai darah dan lendir		
3. Serta gejala tenesmus	Amoebiasis	Metronidazol

Contoh b.

<b>Anamnesis</b>	<b>Diagnosis</b>	<b>Terapi</b>
1. Diare		
2. Diserta gejala tenesmus	Bukan Amoebiasis	Bukan Metronidazol

Pada contoh II, Bila pemeriksa tidak jeli untuk menanyakan adanya darah dalam feses, maka bisa saja diagnosis yang dibuat menjadi kolera. Untuk yang terakhir ini obat yang diperlukan adalah tetrasiklin. Akibatnya penderita amoebiasis di atas terpaksa mendapat tetrasiklin yang sama sekali bukan antibiotik pilihan untuk amoebiasis.

## 2. Tepat Indikasi Penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memberi gejala adanya infeksi bakteri.

## 3. Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

Contoh: Gejala demam terjadi pada hampir semua kasus infeksi dan inflamasi. Untuk sebagian besar demam, pemberian parasetamol lebih dianjurkan, karena disamping efek antipiretiknya, obat ini relatif paling aman dibandingkan dengan antipiretik yang lain. Pemberian antiinflamasi non steroid (misalnya ibuprofen) hanya dianjurkan untuk demam yang terjadi akibat proses peradangan atau inflamasi.

## 4. Tepat Dosis

pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi

yang sempit, akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

#### 5. Tepat Cara Pemberian Obat

Antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan, sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

#### 6. Tepat Interval Waktu Pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

#### 7. Tepat lama pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing. Untuk Tuberkulosis dan Kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

#### 8. Waspada terhadap efek samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu

muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah. Pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

#### 9. Tepat penilaian kondisi pasien

Respon individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofi lin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan, karena resiko terjadinya nefrotoksisitas pada kelompok ini meningkat secara bermakna. Beberapa kondisi berikut harus dipertimbangkan sebelum memutuskan pemberian obat.

- a. *β-bloker* (misalnya propranolol) hendaknya tidak diberikan pada penderita hipertensi yang memiliki riwayat asma, karena obat ini memberi efek bronkhospasme.
- b. Antiinfl amasi Non Steroid (AINS) sebaiknya juga dihindari pada penderita asma, karena obat golongan ini terbukti dapat mencetuskan serangan asma.
- c. Peresepan beberapa jenis obat seperti simetidin, klorpropamid, aminoglikosida dan allopurinol pada usia lanjut hendaknya ekstra hati-hati, karena waktu paruh obatobat tersebut memanjang secara bermakna, sehingga resiko efek toksiknya juga meningkat pada pemberian secara berulang.

- d. Peresepan kuinolon (misalnya siprofl oksasin dan ofl oksasin), tetrasiklin, doksisisiklin, dan metronidazol pada ibu hamil sama sekali harus dihindari, karena memberi efek buruk pada janin yang dikandung.
10. Obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin, serta tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau
- Untuk efektif dan aman serta terjangkau, digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar obat esensial didahulukan dengan mempertimbangkan efektivitas, keamanan dan harganya oleh para pakar di bidang pengobatan dan klinis. Untuk jaminan mutu, obat perlu diproduksi oleh produsen yang menerapkan CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Baik) dan dibeli melalui jalur resmi. Semua produsen obat di Indonesia harus dan telah menerapkan CPOB.
11. Tepat informasi
- Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi, sebagai contoh:
- a. Peresepan rifampisin akan mengakibatkan urine penderita berwarna merah. Jika hal ini tidak diinformasikan, penderita kemungkinan besar akan menghentikan minum obat karena menduga obat tersebut menyebabkan kencing disertai darah. Padahal untuk penderita tuberkulosis, terapi dengan rifampisin harus diberikan dalam jangka panjang.
  - b. Peresepan antibiotik harus disertai informasi bahwa obat tersebut harus diminum sampai habis selama satu kurun waktu pengobatan (1 course

of treatment), meskipun gejala-gejala klinik sudah mereda atau hilang sama sekali. Interval waktu minum obat juga harus tepat, bila 4 kali sehari berarti tiap 6 jam. Untuk antibiotik hal ini sangat penting, agar kadar obat dalam darah berada di atas kadar minimal yang dapat membunuh bakteri penyebab penyakit.

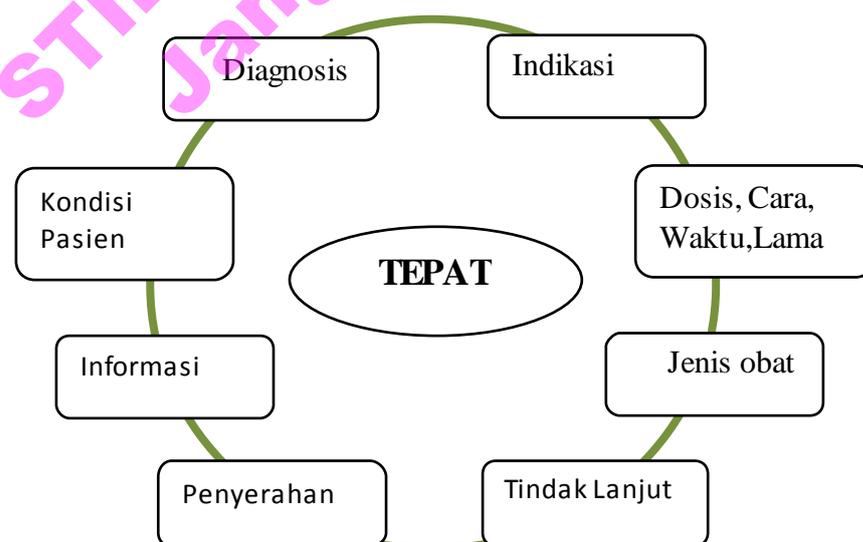
12. Tepat tindak lanjut (follow-up)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping. Sebagai contoh, terapi dengan teofi lin sering memberikan gejala takikardi. Jika hal ini terjadi, maka dosis obat perlu ditinjau ulang atau bisa saja obatnya diganti. Demikian pula dalam penatalaksanaan syok anafi laksis, pemberian injeksi adrenalin yang kedua perlu segera dilakukan, jika pada pemberian pertama respons sirkulasi kardiovaskuler belum seperti yang diharapkan.

13. Tepat penyerahan obat (dispensing) Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/asisten apoteker menyiapkan obat yang dituliskan peresep pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat, agar pasien mendapatkan obat sebagaimana harusnya. Dalam menyerahkan obat juga petugas harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien.

14. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:
- Jenis dan/atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak
  - Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
  - Jenis sediaan obat terlalu beragam
  - Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
  - Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup mengenai cara minum/menggunakan obat
  - Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan (urine menjadi merah karena minum rifampisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu.

Gambar 2.1  
Penggunaan Obat Rasional



Sumber: Modul POR Kemenkes RI 2011

Obat memiliki dua sisi yang bertolak belakang. Pemberian obat yang benar dapat memberikan manfaat menyembuhkan. Akan tetapi penggunaan obat yang tidak benar dapat merugikan. Kesalahan dalam penggunaan obat dapat mengakibatkan pada bertambahnya biaya pengobatan, tidak tercapainya tujuan pengobatan hingga membahayakan kehidupan pasien (World Health Organization, 2002) Berikut adalah beberapa contoh dampak dari kesalahan dalam pengobatan

a. Dampak Kesehatan.

Kesalahan penggunaan obat dapat menyebabkan efek samping hingga memperparah penyakit yang diderita pasien. Penelitian Suh *et al* (2000) memperoleh data bahwa pasien lebih lama dirawat di rumah sakit tanpa adanya perhatian untuk mencegah timbulnya efek samping obat. Selain itu, pasien juga menghabiskan lebih banyak biaya untuk mengatasi efek samping yang timbul (Suh, *et al.*, 2000)

b. Dampak Ekonomi

Biaya yang dihabiskan untuk pengobatan infeksi diperkirakan sebesar 4-5 juta dolar Amerika/ tahun akibat resistensi antibiotik (Mc.gowan, 2009). Rata-rata biaya yang dihabiskan akibat kegagalan terapi yang berujung pada masalah kesehatan yang baru adalah \$ 1. 488 (Ernst & Grizzle, 2001)

c. Dampak Kematian

Jumlah kematian akibat kesalahan pengobatan pada tahun 2005 meningkat tiga kali lipat di Amerika menjadi 15.000 orang/tahun (*Institute of*

*Medicine of the National Academies*, 2006). Selain itu, penelitian lain menyebutkan bahwa adanya perbedaan sampai 195 kematian/tahun antara rumah sakit yang menjalankan aktifitas pelayanan kefarmasian dengan yang tidak menjalankannya (Bond, Raehl, & Franke, 1999)

## **B. Indikator Peresepan**

Peraturan parameter yang akan digunakan dalam penilaian rasionalitas penggunaan obat merupakan hal penting. Pada tahun 1993, WHO mengeluarkan panduan indikator utama untuk penilaian kerasionalan penggunaan obat. Indikator tersebut digunakan sebagai lini pertama dalam penilaian penggunaan obat. Indikator tersebut terutama digunakan di negara-negara berkembang. Indikator peresepan digunakan untuk melihat pola penggunaan obat dan dapat menggambarkan secara langsung tentang penggunaan obat yang tidak sesuai (World Health Organisation, 1993)

### **a. Resep**

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan perundang-undang yang berlaku

### **b. Monitoring dan Evaluasi Indikator Peresepan**

Empat parameter utama yang akan dinilai dalam monitoring dan evaluasi penggunaan obat yang rasional adalah :

1. Penggunaan standar pengobatan
2. Proses pengobatan (Penerapan Standard Operating Procedure)

## 3. Ketepatan diagnosis

## 4. Ketepatan pemilihan intervensi pengobatan Selanjutnya,

keempat parameter tersebut dijabarkan dalam indikator penggunaan obat yang terdiri dari :

## 1. Rata rata jumlah obat per pasien

## 2. Persentase penggunaan antibiotik

## 3. Persentase penggunaan injeksi

## 4. Persentase penggunaan obat generik

Sesuai dengan konsep kerasionalan penggunaan obat maka indikator persepan dikaitkan dengan diagnosis spesifik.

## c. Target POR nasional

Tabel 2.1  
Target POR nasional

No.	Jenis Indikator POR	Nilai	Keterangan
1	Persentase penggunaan antibiotik pada pasien ISPA Non-pneumonia	20%	* Jika kurang dari atau sama dengan 20% maka capaian indikator untuk antibiotik ISPA Non-pneumonia adalah 100%
2	Persentase penggunaan antibiotik pada pasien dengan spesifik	8%	* Jika kurang dari atau sama dengan 8% maka capaian indikator untuk antibiotik Diare Non-Spesifik adalah 100%
3	Persentase penggunaan injeksi pada pasien myalgia	1%	* Jika kurang dari atau sama dengan 1% maka capaian indikator untuk Injeksi Myalgia adalah 100%
4	Rata-rata Item Obat Kab/Kota	2,6	* Jika rata-rata item obat Kab/Kota kurang dari atau sama dengan 2,6 maka Capaian indikatornya menjadi 100%
			* Jika rata-rata item obat Kab/Kota lebih dari atau sama dengan 4 maka Capaian indikatornya menjadi 0%
			* Jika rata-rata item obat yang berada ditara rantang 2,6-4 d'notasikan dalam persentase (%) dihitung dengan: $\frac{(n-A)}{n} \times 100\%$
<b>%POR 2016</b>		<b>64%</b>	* Jika persentase penggunaan obat rasional lebih dari sama dengan 64%, maka dapat dikatakan target telah tercapai

Sumber: Kebijakan obat rasional kemenkes 2011

## d. Indikator kinerja POR

Gambar 2.1.  
Indikator Kinerja Pemakaian Obat Rasional (POR)



Sumber: Kebijakan obat rasional kemenkes 2011

## 1. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) Non Pneumonia

Makin cepat Virus dan bakteri seringkali menginfeksi saluran pernafasan bagian atas anak, tapi biasanya memberi gejala yang biasanya tidak serius hanya diindikasi dengan batuk. Infeksi saluran pernafasan bagian bawah jarang terjadi tetapi mempunyai dampak berbahaya kepada kematian. Virus menginfeksi mukosa hidung, trakea, dan bronkus. Infeksi pertama adalah timbulnya akan menyebabkan mukosa membengkak dan berlendir. Pembengkakan dan lendir akan menghambat aliran udara dalam saluran nafas. Batuk adalah merupakan tanda paru - paru sedang berusaha mendorong lendir keluar dan membersihkan saluran pernafasan.

a. Pilek

Pilek merupakan penyakit yang umum pada anak – anak, beberapa mungkin terserang penyakit ini 5 atau 6 kali setahun. Tanda–tanda yang muncul dengan keluarnya cairan dari hidung, sakit tenggorokan, demam, dan sakit kepala. Penyakit ini akan sembuh 2 sampai 7 hari tergantung berat ringannya infeksi.

b. Influenza

Influenza adalah salah satu dari penyakit ISPA di sebabkan oleh virus. Penyakit ini sering kali terjadi secara epidemi. Demam, malaise, mual, muntah, sakit kepala sakit tenggorokan, nyeri otot dan ingus encer merupakan tanda – tanda terjadinya influenza.

Influenza dapat berlangsung 4 – 10 hari. Bahkan meningkat ada kemungkinan akan menyebabkan terjadinya pneumonia.

c. Tonsilitis

Tonsilitis merupakan infeksi tonsil yang di sebabkan oleh berbagai jenis bahteri dan virus. Seringkali streptokokus menyebabkan tonsilitis.. Tonsilitis juga merupakan penyakit ISPA yang dapat menyebabkan demam, sakit tenggorokan, tonsil membengkak bahkan bernanah.

d. Adenitis Sefvikal

adenitis Servikal merupakan pembengkakan dan peradangan kelenjer leher, seringkali terjadi bersamaan dengan tonsilitis atau

otitis media. Demam panas, pembekakan kelenjer dan merasa sakit merupakan gejalanya.

## 2. Diare Non Spesifik

Diare nonspesifik merujuk pada penyebab diare. Bila diare disebabkan oleh adanya infeksi baik bakteri, parasit maupun virus, maka disebut diare spesifik.

Diare nonspesifik dapat terjadi akibat salah makan (makanan terlalu pedas sehingga mempercepat peristaltic usus), ketidakmampuan lambung dan usus dalam memetabolisme laktosa (terdapat dalam susu hewani) disebut *lactose intolerance*, ketidakmampuan memetabolisme sayuran atau buah tertentu (kubis, kembang kol, sawi, nangka, durian), juga infeksi virus-virus noninvasi yang terjadi pada anak umur di bawah 2 tahun karena rotavirus.

a. Tanda diare non spesifik adalah:

1. Tidak terjadi kenaikan suhu tubuh penderita,
2. Tidak ditemukan lendir atau darah di feses penderita.

b. Terapi Non farmakologi

Jelas pertama kali upaya pencegahan dapat dilakukan dengan menghindari pemicu diare. Contohnya, bila tidak mampu memetabolisme laktosa, maka dapat minum susu nabati (berasal dari kedelai, beras merah). Namun, upaya yang paling penting dalam penanganan diare adalah mengoreksi kehilangan cairan dan elektrolit tubuh (dehidrasi) dengan penggantian cairan dan elektrolit secepat

mungkin (rehidrasi). Bila masih memungkinkan secara oral, maka larutan gula garam atau oralit buatan pabrik telah mencukupi asalkan diberikan sesuai patokan (sesuai umur penderita dan berat ringannya dehidrasi). Penyebab kematian terbesar pada kasus diare adalah terjadinya dehidrasi, bukan karena bakteri atau penyebab lainnya.

c. Berikut ini tanda-tanda dehidrasi:

1. Dehidrasi ringan: mulut kering/bibir kering, kehausan. Cairan yang keluar jumlahnya sekitar 5% dari berat badan penderita.
2. Dehidrasi sedang: selain mulut kering, kehausan, juga terjadi penurunan tonus kulit (bila dicubit, kulit akan kembali secara lambat). Cairan yang keluar berkisar 10% dari berat badan penderita. Urin mulai sedikit dan warnanya mulai lebih tua dari keadaan normal.
3. Dehidrasi berat: mata cekung, kulit pucat, bila dicubit sangat lambat kembali, ujung-ujung jari dingin, kesadaran menurun. Urin sudah tidak keluar atau walaupun keluar sangat sedikit dan berwarna sangat pekat. Cairan yang keluar lebih dari 50% berat badan penderita.

Menjaga agar dehidrasi segera terkoreksi, oralit harus diberikan dalam 3 jam pertama dari saat terjadinya diare. Bila penderita muntah, tunggulah sampai sepuluh menit, segera berikan oralit.

Pada anak-anak, bila sulit diberikan langsung, dapat diberikan sesendok teh tiap 1-2 menit.

### 3. Myalgia

Myalgia adalah bahasa medis dari nyeri otot, berasal dari bahasa Yunani, yaitu myo yang berarti otot dan algos yang berarti nyeri. Oleh karena itu, myalgia berarti nyeri pada otot atau dalam bahasa masyarakat disebut dengan pegal-pegal. Seluruh tubuh kita dilingkupi otot, maka nyeri otot juga dapat terjadi dimana saja. Myalgia merupakan keluhan yang sangat sering terjadi dan hampir semua orang pernah mengalami myalgia, walaupun lokasi nyeri ototnya berbeda-beda, tergantung dari aktivitas dan penyebabnya.

#### a. Apa saja gejala myalgia

Gejala lain yang dapat menyertai myalgia antara lain :

1. Demam
2. Bengkak di lokasi nyeri
3. Kemerahan
4. Lemas
5. Nyeri pada sendi-sendi

Gejala di atas, tidak selalu muncul semua, hal ini sesuai dengan hal apa yang menyebabkan myalgia, sebagai contoh ketika penyebabnya adalah infeksi umum seperti sakit flu atau DBD, maka keluhan demam akan menyertai. Sedangkan ketika hanya kelelahan, maka gejala yang muncul hanya nyeri otot dan mungkin lemas. Dan begitu seterusnya.

## b. Penyebab Myalgia

Nyeri pada otot dapat timbul karena otot pada lokasi tersebut tegang atau kaku. Beberapa hal yang dapat menyebabkan ketegangan otot sampai menimbulkan nyeri diantaranya :

### 1. Terlalu banyak digunakan (overuse)

Aktivitas yang terlalu banyak terutama menggunakan otot tertentu, akan menyebabkan otot tersebut menjadi nyeri. Aktivitas yang terlalu banyak tidak sebanding dengan pasokan oksigen dari pembuluh darah, sehingga terjadi penumpukan asam laktat pada otot. Asam laktat inilah yang menyebabkan otot menjadi nyeri.

### 2. Trauma atau cedera

Pada saat melakukan aktivitas fisik dengan posisi yang salah, dapat menyebabkan otot menjadi cedera, kemudian timbul nyeri.

Nyeri otot karena ini bersifat lokal atau hanya pada satu daerah.

### 3. Faktor psikis

Nyeri otot juga dipengaruhi oleh faktor psikis seseorang. Adanya stress atau depresi dapat menyebabkan seseorang mengeluhkan nyeri-nyeri otot.

Penyakit penyebab myalgia Nyeri otot juga dapat timbul karena dipengaruhi oleh kondisi medis seseorang atau pengaruh dari penyakit tertentu. Sebagai contoh :

- a. Adanya proses inflamasi atau bahkan infeksi. Apabila ada inflamasi atau infeksi, nyeri otot biasanya menjalar ke seluruh

tubuh. Sebagai contoh : pada saat flu karena infeksi virus, kita dapat merasakan nyeri-nyeri di seluruh tubuh.

- b. Adanya penyakit autoimun seperti Systemic Lupus Erythematosus, Dermatomyositis, dan Polymyositis.
  - c. Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti golongan statin, obat anti-hipertensi ACE Inhibitor, atau golongan narkotik kokain.
  - d. Gangguan pada kelenjar tiroid, bisa hipotiroid atau hipertiroid.
  - e. Hipokalemia, dimana kadar kalium di dalam tubuh rendah.
  - f. Penyakit fibromyalgia, dimana terjadi nyeri otot kronis.
- c. Cara Mengobati Myalgia

Nyeri otot biasanya memberikan hasil yang baik dengan pengobatan yang dapat dilakukan sendiri di rumah. Beberapa hal yang dapat dilakukan sendiri untuk meredakan ketegangan otot,

baik itu karena trauma atau terlalu banyak aktivitas diantaranya :

1. Mengistirahatkan area tubuh yang dirasakan nyeri
2. Menggunakan obat penghilang nyeri yang dijual bebas, seperti ibuprofen atau parasetamol
3. Menggunakan krim oles untuk meredakan ketegangan otot
4. Kompres dingin (atau menggunakan air es) pada daerah yang nyeri untuk mengurangi proses inflamasi
5. Melakukan olahraga yang dapat menghilangkan stress seperti meditasi atau yoga

Tidak mengangkat beban berlebih terutama pada daerah yang mengalami nyeri Pada umumnya myalgia bukanlah suatu kondisi medis yang serius, dapat sembuh sendiri atau menggunakan pengobatan sendiri di rumah. Namun apabila myalgia tidak kunjung sembuh, maka pasien harus segera mengunjungi dokter untuk dicari penyebab utama dari myalgianya.

e. Pengumpulan Data Peresepan

1. Pengumpulan data peresepan dilakukan oleh petugas Puskesmas/Pustu, 1 kasus setiap hari untuk diagnosis yang telah ditetapkan di tingkat Kabupaten/Kota dengan menggunakan Formulir Indikator Peresepan dari resep/ register harian pasien.
2. Pengumpulan data yang dilakukan setiap hari akan memudahkan pengisian dan tidak menimbulkan beban dibandingkan dengan pengisian yang ditunda sampai satu minggu atau satu bulan.
3. Bila pada hari itu tidak ada pasien yang sesuai dengan kriteria maka di pasien hari berikutnya.
4. Bila pasien dalam satu hari lebih dari satu, maka diambil pasien pertama.
5. Obat racikan ditulis rincian obatnya
6. Untuk injeksi tidak termasuk imunisasi

Gambar 2.3

**FORM-1**

**FORMULIR PELAPORAN INDIKATOR PERESEPAN ISPA NON PNEUMONIA**

Puskesmas : .....  
 Kabupaten : .....  
 Provinsi : .....  
 Bulan : .....  
 Tahun : .....

Tgl	No.	Nama	Umur	Jumlah Item Obat	Antibiotik Ya/Tidak	Nama Obat	Dosis Obat	Lama Pemakaian (hari)	Sesuai Pedoman Ya/Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	1					a. b. c. d.			
	2					a. b. c. d.			
	3					a. b. c. d.			
	4					a. b. c. d.			
	dst					a. b. c. d.			
N=				total Item Obat	A	B			
				Rerata Item Obat/ Lembar Resep	A / N				
				Persentase AB		B / N x 100%			

Sumber: Modul penggunaan obat rasional kementerian kesehatan 2011

Gambar 2.4

**FORM-2**

**FORMULIR PELAPORAN INDIKATOR PERESEPAN DIARE NON SPESIFIK**

Puskesmas : .....  
 Kabupaten : .....  
 Provinsi : .....  
 Bulan : .....  
 Tahun : .....

Tgl	No.	Nama	Umur	Jumlah Item Obat	Antibiotik Ya/Tidak	Nama Obat	Dosis Obat	Lama Pemakaian (hari)	Sesuai Pedoman Ya/Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	1					a. b. c. d.			
	2					a. b. c. d.			
	3					a. b. c. d.			
	4					a. b. c. d.			
	dst					a. b. c. d.			
N=				total Item Obat	A	B			
				Rerata Item Obat/ Lembar Resep	A / N				
				Persentase AB		B / N x 100%			

Sumber: Modul penggunaan obat rasional kementerian kesehatan 2011

Gambar 2.5.

**FORM-3**

**FORMULIR PELAPORAN INDIKATOR PERESEAN MYALGIA**

Puskesmas : .....  
Kabupaten : .....  
Provinsi : .....

Bulan : .....  
Tahun : .....

Tgl	No.	Nama	Umur	Jumlah Item Obat	Injeksi Ya/Tidak	Nama Obat	Dosis Obat	Lama Pemakaian (hari)	Sesuai Pedoman Ya/Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	1					a. b. c. d.			
	2					a. b. c. d.			
	3					a. b. c. d.			
	4					a. b. c. d.			
	dst					a. b. c. d.			
N=			Total Item Obat	A	B				
			Rerata Item Obat/ Lembar Resep	A / N					
			Persentase AB	B / N x 100%					

Sumber: Modul penggunaan obat rasional kementerian kesehatan 2011

Gambar 2.6.  
Formulir Kompilasi POR

**LAPORAN INDIKATOR PERESEAN DI PUSKESMAS**

**FORM 4**

Nama Puskesmas : .....  
Jenis Puskesmas : Perawatan/Bukan Perawatan  
Jumlah Apoteker : .....  
Jumlah AA/DB Farmasi : .....  
Jumlah Dokter : .....  
Kabupaten/Kota : .....  
Provinsi : .....

Bulan : .....  
Tahun : .....

% Penggunaan Antibiotik pada ISPA Non-Pneumonia	% Penggunaan Antibiotik pada Diare Non-Pneumonia	% Penggunaan Injeksi pada Myalgia	Rerata Item / lembar Resep			
			ISPA	Diare	Myalgia	Rata-rata
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Petugas, .....

NIP. ....

Keterangan :

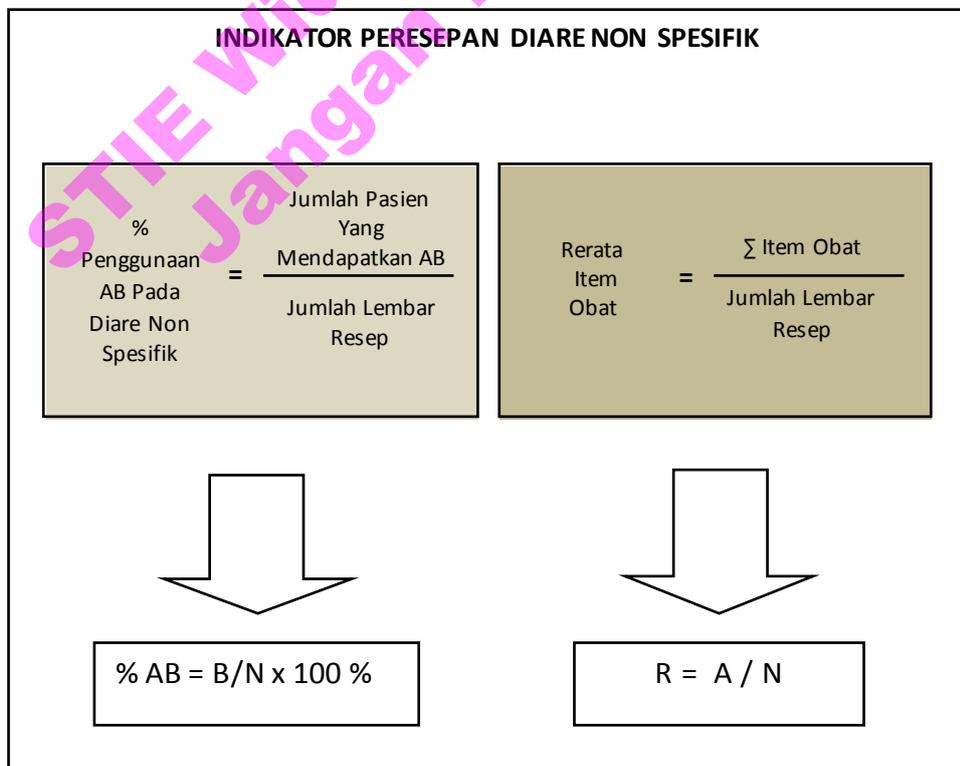
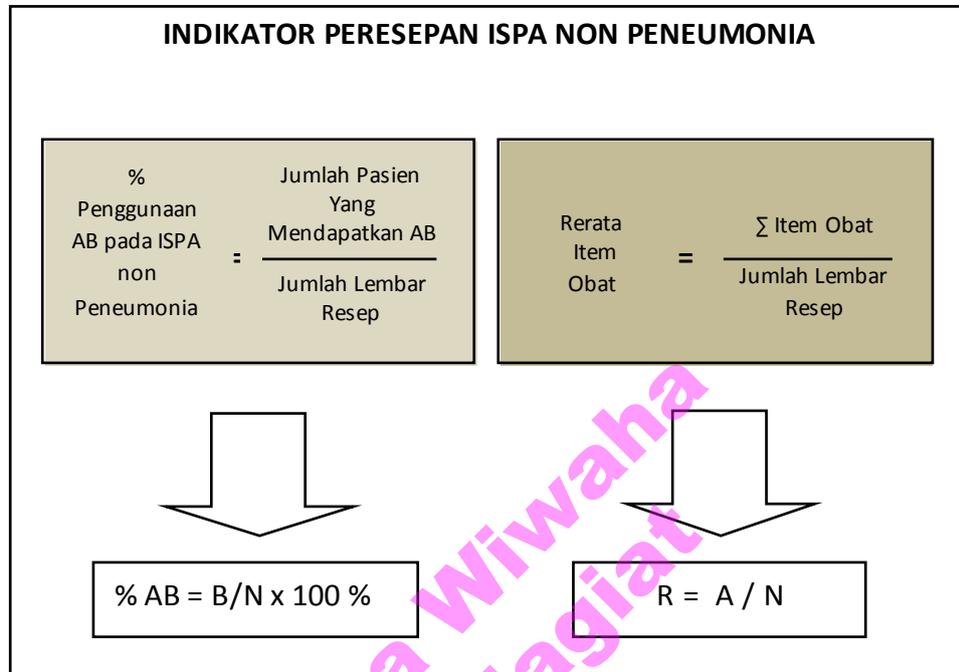
Bulan : bulan periode waktu pengambilan data  
Tahun : tahun pengambilan data  
Kolom 1 : diisi dari hasil perhitungan Persentase Penggunaan Antibiotik pada diagnosis ISPA Non-Pneumonia (Form.1)  
Kolom 2 : diisi dari hasil perhitungan Persentase Penggunaan Antibiotik pada diagnosis Diare Non-Spesifik (Form.2)  
Kolom 3 : diisi dari hasil perhitungan Persentase Penggunaan Antibiotik pada diagnosis Myalgia (Form.3)  
Kolom 4 : diisi dari hasil perhitungan Rerata Item Obat per lembar Resep pada diagnosis ISPA Non-Pneumonia (Form.1)  
Kolom 5 : diisi dari hasil perhitungan Rerata Item Obat per lembar Resep pada diagnosis Diare Non-Spesifik (Form.2)  
Kolom 6 : diisi dari hasil perhitungan Rerata Item Obat per lembar Resep pada diagnosis Myalgia (Form.3)  
Kolom 7 : merupakan nilai rerata item obat lembar resep dari ke 3 diagnosis yang diisi dengan rumus sebagai berikut :  

$$R = \text{kolom (4)} + \text{kolom (5)} + \text{kolom (6)}$$

3

Sumber: Modul penggunaan obat rasional kementerian kesehatan 2011

Gambar 2.7  
Rumus indikator peresepan





### C. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas

1. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.
2. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan Sediaan Farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
3. Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
4. 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.
5. Bahan Medis Habis Pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas bertujuan untuk:

1. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian;
2. Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; dan
3. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan Obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas meliputi standar:

1. Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi;
  - a. perencanaan kebutuhan;
  - b. permintaan;
  - c. penerimaan;
  - d. penyimpanan;
  - e. pendistribusian;
  - f. pengendalian;
  - g. pencatatan, pelaporan, dan pengarsipan; dan
  - h. pemantauan dan evaluasi pengelolaan.
2. Pelayanan farmasi klinik.
  - a. pengkajian resep, penyerahan Obat, dan pemberian informasi Obat;
  - b. Pelayanan Informasi Obat (PIO);
  - c. konseling;
  - d. ronde/visite pasien (khusus Puskesmas rawat inap);
  - e. pemantauan dan pelaporan efek samping Obat;
  - f. pemantauan terapi Obat; dan
  - g. evaluasi penggunaan Obat.

Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian, pengorganisasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien, dan standar prosedur operasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sumber daya kefarmasian meliputi:

1. Sumber daya manusia; dan

## 2. Sarana dan prasarana.

Untuk menjamin mutu Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, harus dilakukan pengendalian mutu Pelayanan Kefarmasian meliputi:

1. Monitoring; dan
2. Evaluasi.

Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas dilaksanakan pada unit pelayanan berupa ruang farmasi yang dipimpin oleh seorang Apoteker sebagai penanggung jawab.

### **D. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

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.

1. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:
  - a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
  - b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
  - c. Hidup dalam lingkungan sehat; dan
  - d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas mendukung terwujudnya kecamatan sehat.
3. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:
  - a. paradigma sehat;
  - b. pertanggungjawaban wilayah;
  - c. kemandirian masyarakat;
  - d. pemerataan;
  - e. teknologi tepat guna; dan
  - f. keterpaduan dan kesinambungan.
4. Berdasarkan prinsip paradigma sehat Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
5. Berdasarkan prinsip pertanggung jawaban wilayah Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
6. Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
7. Berdasarkan prinsip pemerataan Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

8. Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna sebagaimana Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
9. Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

#### **E. SIPP ( Sistem Informasi Pelaporan Puskesmas )**

Puskesmas sebagai UPT dari dinas kesehatan selain bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan diwilayahnya namun juga bertanggung jawab terhadap pelaporan dari kegiatan atau program yang dilaksanakan sebagai bentuk pertanggung jaawaban kepada dinas kesehatan. Pelaporan puskesmas ini bentuk dan macamnya sangatlah banyak karena pelaporan tingkat puskesmas ini menyesuaikan dengan program puskesmas yang meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat ( UKM ) dan Upaya Kesehatan Perorangan ( UKP ). Pelaporan ini dulunya disampaikan kedinas kesehatan secara manual dan sendiri sendiri yang berpotensi untuk terjadinya berbagai kendala yang mennyebabkan pelaporan dari puskesmas tidak bisa masuk dalam rekapan dinas kesehatan , berbagai kendala tersebut antara lain :

1. Pengelola tidak segera membuat pelaporan dari kegiatan yang sudah dilakukan
2. Pelaporan tidak diserahkan sendiri atau ditiptikan kepada petugas lain yang sedang ada keperluan kedinas kesehatan, sehingga pelaporan tidak sampai pada pengolahan data di dinas kesehatan.
3. Pelaporan diserahkan pada pegawai yang bukan pengolahan data di dinas kesehatan.
4. Kurang terkontrolnya pelaporan oleh pengambil kebijakan di puskesmas karena pembuatan laporan yang mepet dengan batas pelaporan .
5. Pendokumentasian yang kurang tertib.

Dari berbagai kendala tersebut maka dilakukan suatu upaya untuk mengatasi berbagai kendala yang terjadi yaitu dengan dibuatnya aplikasi yang khusus berisi pelaporan puskesmas dari berbagai program yang ada di puskesmas baik UKM maupun UKP. Jadi sistem ini memungkinkan untuk ;

1. Mengirim pelaporan tidak perlu datang ke dinas kesehatan
2. Merevisi pelaporan bila terjadi kesalahan pelaporan dalam hitungan menit
3. Mengurangi pemakaian kertas
4. Pengelola data di dinas kesehatan tinggal melihat pelaporan sesuai program yang kelolannya, kalau ada kesalahan dilakukan konfirmasi untuk diperbaiki dan bila laporan sudah benar dilakukan validasi data yang secara otomatis tersimpan didalam *database* pelaporan.
5. Kepala puskesmas dan Kepala Tata Usaha (KTU) puskesmas dapat memonitor pelaporan masing-masing program sewaktu-waktu.

## F. ASPAK ( Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan )

ASPAK merupakan aplikasi *web based* sistem informasi data sarana prasarana dan peralatan kesehatan secara *online*. Dengan Aplikasi ASPAK, maka fasilitas pelayanan milik pemerintah seperti Rumah sakit dan Puskesmas dapat menyimpan data sarana ,prasarana dan alat kesehatan secara langsung di server ASPAK sehingga monitoring data sarana ,prasarana dan peralatan kesehatan dapat dengan cepat dilakukan.

ASPAK bertujuan untuk

1. Tersedianya data dan informasi sarana, prasarana dan peralatan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh Indonesia
2. Terciptanya pemetaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan kesehatan

Sebagai data dukung untuk perencanaan sarana, prasarana dan Alat kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2015). Penganggaran dari dana alokasi khusus (DAK) untuk masing masing kabupaten/ kota mengacu pada data yang ada pada ASPAK. Bila perencanaan yang berkaitan dengan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang diajukan ke pusat oleh masing- masing kabupaten kota untuk mendapatkan alokasi dana DAK tidak mengacu pada ASPAK maka perencanaan tersebut perlu diklarifikasi bahkan perencanaan yang diajukan tidak mendapatkan persetujuan.

Aplikasi ini setiap tahun selalu dilakukan update terhadap data yang ada an terus melakukan penyempurnaan sehingga nantinya benar benar sesuai dengan keinginan dan kebutuhan.

## **G. Pengertian Penelitian Studi Kasus**

Penelitian kasus atau studi kasus adalah sebuah eksplorasi dari “suatu sistem yang terikat” atau “suatu kasus/beragam kasus” yang dari waktu ke waktu melalui pengumpulan data yang mendalam serta melibatkan berbagai sumber informasi yang “kaya” dalam suatu konteks. Sistem terikat ini diikat oleh waktu dan tempat sedangkan kasus dapat dikaji dari suatu program, peristiwa, aktivitas atau suatu individu. Dengan perkataan lain, studi kasus merupakan penelitian dimana peneliti menggali suatu fenomena tertentu (kasus) dalam suatu waktu dan kegiatan (program, even, proses, institusi atau kelompok sosial) serta mengumpulkan informasi secara terinci dan mendalam dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode tertentu (Creswell, 2007:73).

Penelitian studi kasus melibatkan kajian isu yang dieksplorasi melalui satu atau lebih kasus dalam sistem yang terikat. Atau dengan kata lain penelitian studi kasus adalah pendekatan kualitatif di mana peneliti mengeksplorasi sebuah sistem yang terikat (kasus) atau sistem majemuk yang terikat (kasus-kasus) dalam suatu waktu melalui koleksi data yang detail dan mendalam, melibatkan sumber informasi majemuk (misalnya, observasi, wawancara, materi audiovisual, dokumen, dan laporan).

Penelitian ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Sebagai sebuah studi kasus maka data yang dikumpulkan berasal dari berbagai sumber dan hasil penelitian ini hanya berlaku pada kasus yang diselidiki. Penelitian studi kasus

ini dimaksudkan untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang masalah keadaan dan posisi suatu peristiwa yang sedang berlangsung saat ini, serta interaksi lingkungan unit sosial tertentu yang bersifat apa adanya (*given*). Subjek penelitian dapat berupa individu, kelompok, institusi atau masyarakat. Penelitian studi kasus merupakan studi mendalam mengenai unit sosial tertentu dan hasil penelitian tersebut memberikan gambaran luas serta mendalam mengenai unit sosial tertentu. Subjek yang diteliti relatif terbatas, namun variabel-variabel dan fokus yang diteliti sangat luas dimensinya. Disamping itu, studi kasus yang baik harus dilakukan secara langsung dalam kehidupan sebenarnya dari kasus yang diselidiki. Walaupun demikian, data studi kasus dapat diperoleh tidak saja dari kasus yang diteliti, tetapi juga dapat diperoleh dari semua pihak yang mengetahui dan mengenal kasus tersebut dengan baik.

Menurut Lincoln dan Guba (Dedy Mulyana, 2004: 201) penggunaan studi kasus sebagai suatu metode penelitian kualitatif memiliki beberapa keuntungan, yaitu :

1. Studi kasus dapat menyajikan pandangan dari subjek yang diteliti.
2. Studi kasus menyajikan uraian yang menyeluruh yang mirip dengan apa yang dialami pembaca di kehidupan sehari-hari.
3. Studi kasus merupakan sarana efektif untuk menunjukkan hubungan antara peneliti dan responden.
4. Studi kasus dapat memberikan uraian yang mendalam yang diperlukan bagi penilaian atau transferabilitas.

Pada dasarnya penelitian dengan jenis studi kasus bertujuan untuk mengetahui tentang sesuatu hal secara mendalam. Maka dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan metode studi kasus untuk mengungkap tentang konsep diri dan faktor yang melatarbelakangi suatu kasus dengan harapan akan mendapatkan deskripsi yang jelas tentang data serta informasi yang dibutuhkan agar tetap *in fact*, sesuai dengan fakta yang ada, bukan rekaan semata.

Peneliti menggunakan metode studi kasus karena peneliti menganggap kejadian ini adalah suatu kejadian yang ganjal dan harus dipecahkan permasalahannya.

#### G.1 Tipe-tipe Penelitian Studi Kasus

Cresswell (2007:74) membagi penelitian studi kasus menjadi tiga tipe, yaitu:

##### a. Penelitian studi kasus instrumental tunggal

Penelitian studi kasus instrumental tunggal adalah penelitian studi kasus yang dilakukan dengan menggunakan sebuah kasus untuk menggambarkan suatu isu atau perhatian. Pada penelitian ini, peneliti memperhatikan dan mengkaji suatu isu yang menarik perhatiannya, dan menggunakan sebuah kasus sebagai sarana (instrumen) untuk menggambarannya secara terperinci.

##### b. Penelitian studi kasus kolektif

Adalah penelitian studi kasus yang menggunakan banyak (lebih dari satu) isu atau kasus di dalam suatu penelitian. Penelitian ini dapat terfokus pada hanya satu isu atau perhatian dan memanfaatkan

banyak kasus untuk menjelaskannya. Disamping itu, penelitian ini juga dapat hanya menggunakan satu kasus (lokasi), tetapi dengan banyak isu atau perhatian yang diteliti.

c. Penelitian studi kasus intrinsik

Adalah penelitian yang dilakukan pada suatu kasus yang memiliki kekhasan dan keunikan yang tinggi. Fokus penelitian ini adalah pada kasus itu sendiri, baik sebagai lokasi, program, kejadian atau kegiatan. Penelitian ini mirip dengan penelitian naratif yang telah dijelaskan sebelumnya tetapi memiliki prosedur kajian yang lebih terperinci kepada kasus dan kaitannya dengan lingkungan di sekitarnya secara terintegrasi dan apa adanya.

## G.2 Prosedur Melaksanakan Studi Kasus

- a. Peneliti menentukan pendekatan studi kasus tepat untuk masalah yang diteliti. Peneliti dapat mengidentifikasi kasus secara jelas dalam batas tertentu, memiliki pemahaman mendalam terhadap kasus atau mampu melakukan perbandingan beberapa kasus.
- b. Peneliti perlu mengidentifikasi kasus atau kasus-kasus yang akan ditelitinya. Kasus ini mungkin melibatkan individu, beberapa individu, sebuah program, kejadian, atau sebuah aktivitas atau kegiatan. Untuk melakukan penelitian studi kasus, Creswell menyarankan penelitinya untuk mempertimbangkan kasus-kasus yang berpotensi sangat baik dan bermanfaat.

- c. Peneliti melakukan analisis terhadap kasus. Analisis kasus dapat dilakukan dalam dua (2) jenis, yaitu analisis holistik (*holistic*) terhadap kasus, atau analisis terhadap aspek tertentu atau khusus dari kasus. Melalui pengumpulan data, suatu penggambaran yang terperinci akan muncul dari kajian peneliti terhadap sejarah, kronologi terjadinya kasus, atau gambaran tentang kegiatan dari hari ke hari dari kasus tersebut. Lalu yang kedua adalah tema-tema hasil kajian dikaji saling-silangkan dengan menggunakan analisis saling-silang kasus atau yang disebut sebuah *cross-case analysis*, dan melakukan pemaknaan serta mengintegrasikan makna-makna yang berhasil digali dari kasus-kasus tersebut.
- d. Peneliti melaporkan makna-makna yang dapat dipelajari, baik pembelajaran terhadap isu yang berada di balik kasus yang dilakukan melalui penelitian kasus instrumental, maupun pembelajaran dari kondisi yang unik atau jarang yang dilakukan melalui penelitian studi kasus mendalam (*intrinsic case study*).

### G.3 Metode Pengumpulan Data

#### 1. Metode Interview (Wawancara)

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan pewawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Peneliti memilih metode wawancara karena dengan metode ini akan mendapatkan informasi

yang valid dan langsung dari sumbernya. Dengan wawancara, peneliti dapat mengarahkan pembicaraan kepada substansi penelitian, sehingga informasi yang dikumpulkan bukan sekedar rekaan semata.

Adapun mengenai model wawancara yang peneliti gunakan ialah wawancara bebas terpimpin, dimana dalam melakukan wawancara peneliti tidak secara sengaja mengarahkan tanya jawab pada pokok persoalan dari fokus penelitian namun tetap menggunakan panduan pokok-pokok masalah yang diteliti. Seirama dengan model wawancara di atas, *Opinion Interview* juga akan peneliti gunakan. Wawancara ini dilaksanakan demi mendapatkan pendapat dari sumber berita. Wawancara dianggap selesai apabila sudah menemui titik jenuh, yaitu sudah tidak ada lagi hal yang ditanyakan

## 2. Observasi

Observasi atau pengamatan langsung yang dimaksudkan disini ialah dimana peneliti secara langsung ikut terlibat dalam obyek penelitian.

Dalam melaksanakan pengamatan ini sebelumnya peneliti akan mengadakan pendekatan dengan subjek penelitian sehingga terjadi keakraban antara peneliti dengan subjek penelitian.

## 3. Metode Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai peranan penting dalam dunia penelitian, penelitian yang dilakukan oleh peneliti biasanya hanya terbatas pada satu bidang ilmu saja, semua pekerjaan dan layanan dokumentasi

serta data yang ada pada dokumen merupakan alat penting bagi peneliti.

Dalam melaksanakan metode ini peneliti memiliki barang-barang tertulis seperti buku-buku, majalah, dokumen, foto, diary, peraturan-peraturan dan lain sebagainya. Dokumen sudah lama digunakan dalam penelitian sebagai sumber data, karena dalam banyak hal dokumen sebagai sumber data dapat dimanfaatkan untuk menguji, menafsirkan bahkan untuk meramalkan.

#### G.4 Analisis Data

Peneliti menganalisa data yang terkumpul mulai dari mengagregasi, mengorganisasi, dan mengklasifikasi data menjadi unit-unit yang dapat dikelola. Agregasi merupakan proses mengabstraksi hal-hal khusus menjadi hal-hal umum guna menemukan pola umum data. Data dapat diorganisasi secara kronologis, kategori atau dimasukkan ke dalam tipologi. Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data dan setelah semua data terkumpul atau setelah selesai dari lapangan.

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Rancangan Penelitian.**

Penelitian ini menggunakan metode diskriptif kualitatif, metode ini bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis fakta yang terjadi pada populasi secara cermat dan akurat tentang penggunaan obat rasional berdasar hasil penyebaran kuesioner dari puskesmas, wawancara dan pelaporan indikator peresepan pada SIPP di Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan. Penelitian ini tertuju pada masalah yang ada dan upaya apa yang dilakukan untuk meningkatkan penggunaan obat secara rasional.

### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **B.1 Lokasi**

Penelitian dilakukan diseluruh Puskesmas yang ada di Kabupaten Pacitan yang berjumlah 24 Puskesmas.

#### **B.2 Waktu**

Penelitian dilakukan selama bulan Januari sampai dengan bulan Pebruari tahun 2018

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **C.1 Populasi**

Populasi penelitian ini adalah seluruh pelaporan indikator peresepan bulanan puskesmas periode Januari – Desember 2017 di seluruh Puskesmas yang ada di Kabupaten Pacitan.

## C.2 Sempel

Untuk sampel pada penelitian ini juga menggunakan seluruh pelaporan indikator persepsian bulanan puskesmas periode Januari – Desember 2017 di seluruh Puskesmas yang ada di Kabupaten Pacitan. Jadi semua populasi dijadikan sampel (*total quota sampling*) atau sampel jenuh.

## D. Pengumpulan Data

### 1. Metode Kuesioner

Kuesioner, pada lampiran 3. Teknik pengumpulan dengan kuesioner yang merupakan data primer. Pengumpulan data dengan kuesioner ini dilakukan dengan cara mengumpulkan semua pengelola kefarmasian di puskesmas untuk hadir kedinas kesehatan . Sebelum proses pengisian kuesioner terlebih dahulu diberikan pemahaman dan penjelasan tentang tata cara pengisian. Kuesioner yang dibagikan berisikan identitas responden, data umum puskesmas serta pertanyaan yang menjadi faktor- faktor yang berpengaruh. Pertanyaan pada responden ini bersifat terbuka , jadi responden bebas memberikan jawaban pada setiap pertanyaan yang ada pada kuesioner.

### 2. Observasi

Observasi atau pengamatan langsung pada pelaporan indikator persepsian puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan periode Bulan Januari sampai dengan Desember 2017 , melalui Sistem Informasi Pelaporan Puskesmas ( SIPP ) suatu aplikasi pelaporan puskesmas yang

dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan, sebagai wadah pelaporan semua program yang dilaksanakan oleh Puskesmas.

#### **D. Analisa Data**

Analisis data pada penelitian ini dilakukan melalui melalui pengumpulan data, serta memberikan gambaran yang terperinci akan permasalahan pada penggunaan obat secara rasional di Puskesmas Kabupaten Pacitan, dikaji dan hasil kajian dikaji lagi dengan menggunakan analisis saling-silang kasus atau yang disebut sebuah *cross-case analysis*, dan melakukan pemaknaan serta mengintegrasikan makna-makna yang berhasil digali dari kasus-kasus tersebut. Dengan langkah – langkah;

1. Identifikasi faktor internal dan eksternal yang berpengaruh terhadap penggunaan obat secara rasional
2. Menganalisa faktor – faktor yang berpengaruh dengan pelaporan indikator persepsian puskesmas dengan analisis saling silang.
3. Menyajikan secara naratif.

## **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **A. Karakteristik Lokasi Penelitian**

Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan sebagai tempat penelitian mempunyai keadaan geografis yang kebanyakan berbukit dengan sedikit daerah rata karena wilayah Kabupaten Pacitan berada di kawasan gugusan pegunungan seribu yang mempunyai karakteristik pegunungan dengan garis pantai yang membentang disebelah selatan, Karena kondisi geografis tersebut sebaran penduduk di kawasan ini pun sangat tidak merata ada daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi , biasanya pada daerah yang rata dan ada yang tingkat kepadatan penduduk yang sangat jarang biasanya didaerah perbukitan. Daerah Kabupaten Pacitan adalah kabupaten terujung barat dari Propinsi Jawa Timur dengan batas wilayah :

Sebelah Utara : Kabupaten Ponorogo.

Sebelah Timur : Kabupaten Trenggalek

Sebelah Selatan : Samudra Hindia

Sebelah Barat : Kabupaten Wonogiri Jawa Tengah

Kabupaten Pacitan terdiri dari dari 12 (dua belas) kecamatan dengan jumlah penduduk 552.307 orang / tahun 2016 (data BPS tahun 2017)

Unit Pelaksana Teknis ( UPT) Puskesmas yang ada di bawah dinas kesehatan Kabupaten Pacitan berjumlah 24 (dua puluh empat) dua UPT puskesmas yang membawai beberapa desa sebagai wilayah kerja. Ke 24 (dua puluh empat ) Puskesmas yang masuk dalam UPT dinas kesehatan

Kabupaten Pacitan Yaitu :

1. UPT Puskesmas Donorojo : 7 Desa
2. UPT Puskesmas Kalak : 5 Desa
3. UPT Puskesmas Punung : 9 Desa
4. UPT Puskesmas Gondosari : 4 Desa
5. UPT Puskesmas Pringkuku : 8 Desa
6. UPT Puskesmas Candi : 5 Desa
7. UPT Puskesmas Pacitan : 10 Desa
8. UPT Puskesmas Tanjungsari : 5 Kelurahan, 10 Desa
9. UPT Puskesmas Kebonagung : 12 Desa
10. UPT Puskesmas Ketrowonojoyo : 7 Desa
11. UPT Puskesmas Arjosari : 12 Desa
12. UPT Puskesmas Kedungbendo : 5 Desa
13. UPT Puskesmas Nawangan : 5 Desa
14. UPT Puskesmas Pakisbaru : 4 Desa
15. UPT Puskesmas Bandar : 4 Desa
16. UPT Puskesmas Jeruk : 4 Desa
17. UPT Puskesmas Tegalombo : 7 Desa
18. UPT Puskesmas Gemaharjo : 4 Desa
19. UPT Puskesmas Tulakan : 11 Desa
20. UPT Puskesmas Bubakan : 5 Desa
21. UPT Puskesmas Ngadirojo : 12 Desa
22. UPT Puskesmas Wonokarto : 6 Desa

23.UPT Puskesmas Sudimoro : 6 Desa

24.UPT Puskesmas Sukorejo : 4 Desa

Luas seluruh wilayah kerja Dinas Kesehatan adalah : 1.389,87 Km<sup>2</sup>.

Jumlah penduduk di wilayah kerja Dinas Kesehatan berdasarkan data dari Proyeksi Penduduk Sasaran Program Kesehatan Tahun 2016 sebanyak 552.307 jiwa, dengan tingkat kepadatan penduduk rata-rata 431 jiwa/km<sup>2</sup>, rata-rata ini diperoleh dari perhitungan daerah berpenduduk padat dan daerah berpenduduk jarang. Berdasarkan komposisi penduduk menurut jenis kelamin, jumlah penduduk laki - laki sebanyak 269.616 jiwa dan perempuan sebanyak 282.307 jiwa. Sex ratio laki-laki terhadap penduduk perempuan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan sebesar 95 yang menunjukkan bahwa penduduk laki-laki lebih kecil bila dibandingkan dengan jumlah penduduk perempuan yang mengandung pengertian bahwa setiap 100 penduduk perempuan terdapat antara 95 penduduk laki-laki.

Fasilitas pelayanan kesehatan disetiap UPT puskesmas dinas kesehatan Kabupaten Pacitan terdiri dari sub pelayanan puskesmas induk terdiri dari

**Tabel 4.1**  
Sub Pelayanan Dalam Puskesmas induk

No	Sub Layanan	Keterangan
1	IGD	Masing masing satu di setiap puskesmas
2	BP Umum	
3	BP Gigi dan Mulut	
4	BP KIA KB	

Sumber :Permenkes 75 tahun 2014

sedangkan sub pelayanan diluar dapat dilihat dalam tabel berikut :

**Tabel 4.2**  
 Jenis Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Polindes dan Poskesdes  
 Di Wilayah Kerja Puskesmas .

No	Puskesmas	Jenis	Pustu	Polindes/ Poskesdes
1	Donorojo	Ranap	4	4
2	Kalak	Non Ranap	1	4
3	Punung	Ranap	3	10
4	Gondosari	Ranap	2	4
5	Pringkuku	Non Ranap	2	9
6	Candi	Non Ranap	1	6
7	Pacitan	Non Ranap	2	13
8	Tanjungsari	Non Ranap	5	12
9	Kebonagung	Ranap	2	10
10	Ketrowonojoyo	Non Ranap	3	4
11	Arjosari	Ranap	4	19
12	Kedungbendo	Non Ranap	1	3
13	Nawangan	Ranap	1	5
14	Pakisbaru	Ranap	2	8
15	Bandar	Ranap	1	4
16	Jeruk	Non Ranap	1	6
17	Tegalombo	Ranap	2	5
18	Gemaharjo	Ranap	1	5
19	Tulakan	Ranap	4	11
20	Bubakan	Non Ranap	2	5
21	Ngadirojo	Ranap	3	10
22	Wonokarto	Non Ranap	3	4
23	Sudimoro	Ranap	3	4
24	Sukorejo	Non Ranap	1	4
Jumlah		13 Rnp/11 non	54	171

*Sumber : ASPAK (Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan) tahun 2017.*

UPT Puskesmas di Kabupaten Pacitan belum memiliki jumlah dan jenis tenaga kefarmasian yang mempunyai tugas utama pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan seperti yang telah ditetapkan dalam Permenkes 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.

Jenis dan status tenaga kefarmasian di Puskesmas tercantum dalam tabel 4.3 sebagai berikut;

**Tabel 4.3**  
Jenis dan status tenaga kefarmasian di Puskesmas tahun 2017

No	Puskesmas	Jenis tenaga				
		Apoteker		Tenaga Teknis Kefarmasian		
		Jumlah	Status	Jumlah	Pendidikan	Status
1	Donorojo	1	PNS	1	DIII	PNS
2	Kalak	0		1	DIII	PNS
3	Punung	1	PNS	1	SMF	PNS
4	Gondosari	0		1	DIII	PNS
5	Pringkuku	0		1	DIII	PNS
6	Candi	0		1	DIII	1 PNS
				1	DIII	1
7	Pacitan	1	Sukwan	1	SMF	Sukwan
8	Tanjungsari	0	-	1	S1	PNS
				1	SMF	PNS
9	Kebonagung	1	PNS	1	SMF	PNS
10	Ketrowonojoyo	0	-	1	SMF	PNS
11	Arjosari	0	-	1	SMF	PNS
12	Kedungbendo	0	-	1	SMF	PNS
13	Nawangan	0	-	1	DIII	PNS
14	Pakisbaru	1	PNS	0	-	PNS
15	Bandar	1	PNS	1	DIII	Sukwan
16	Jeruk	0	-	1	DIII	PNS
17	Tegalombo	0	-	1	SMF	PNS
18	Gemaharjo	0	-	1	SMF	PNS
19	Tulakan	0	-	1	SMF	PNS
20	Bubakan	0	-	1	SMF	PNS
21	Ngadirojo	2	1.PNS	1	SMF	PNS
			1.Sukwan	-	-	-
22	Wonokarto	0	-	1	DIII	PNS
23	Sudimoro	0	-	1	SMF	PNS
24	Sukorejo	0	-	1	DIII	PNS
	Jumlah	8		25		

Sumber : ASPAK (Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan) tahun 2017.

A.1 Profil puskesmas berdasarkan petugas kefarmasian di tuangkan dalam tabel 4.3 sebagai berikut.

**Tabel 4.4**

No	Sub unit pelayanan	Jml	%
1	1 petugas apoteker dan TTK	6	25,00
2	1 petugas apoteker	1	4,17
3	1 petugas TTK	15	62,50
4	Lebih dari 1 petugas TTK	2	8,33
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer yan diolah

Dari Tabel 4.10 di atas dapat di ketahui bahwa jumlah pengelola kefarmasian di puskesmas terbanyak adalah 1 petugas tenaga teknis kefarmasian atau asisten apoteker sebanyak 15 puskesmas (62,50 %) dan paling sedikit adalah 1 petugas apoteker sebanyak 1 puskesmas (4,17%)

A.2 Profil puskesmas berdasarkan sub unit pelayanan di tuangkan dalam tabel 4.5 sebagai berikut.

**Tabel 4.5**

No	Sub unit pelayanan	Jml	%
1	Kurang dari 5 sub unit	1	4,16
2	5 s/d 6 sub unit	6	25,00
3	7 s/d 9 sub unit	12	50,00
4	Lebih dari 10 sub unit	5	20,83
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer olah (2018)

A.3 Profil puskesmas berdasarkan besaran dana untuk pelayanan kefarmasian di tuangkan dalam tabel 4.6 sebagai berikut.

**Tabel 4.6**

No	Dana	Jml	%
1	< Rp. 1.000.000	2	8,33
2	Rp.1.000.000 s/d Rp.2.000.000	14	58,33
3	Rp.2.000.000 s/d Rp.3.000.000	7	29,17
4	> Rp.3.000.000	1	4,16
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer olah (2018)

Dari tabel 4.8 dengan hasil bahwa dana kefarmasian puskesmas terbanyak adalah Rp.1.000.000 s/d Rp.2.000.000 sebanyak 14 puskesmas (58,33 %) dan yang paling sedikit adalah > Rp.3.000.000 sebanyak 1 puskesmas (4,16 %).

A.4 Profil puskesmas berdasarkan medis paramedis penulis resep di tuangkan dalam tabel 4.7 sebagai berikut.

**Tabel 4.7**

No	Sub unit pelayanan	Jml	%
1	< 15 petugas	4	16,67
2	15 s/d 20 petugas	6	25,00
3	21 s/d 30 petugas	9	37,50
4	Lebih dari 30 petugas	5	20,83
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer yan diolah

Dari Tabel 4.6. di atas dapat di ketahui bahwa jumlah penulis obat di puskesmas terbanyak adalah 21 s/d 30 petugas (37,50 %) dan paling sedikit adalah < 15 petugas (16,67%).

## B. Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis penggunaan obat secara rasional di puskesmas. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang disebar kepada responden yang, yaitu Petugas pengelola kefarmasian di puskesmas. Jumlah kuesioner yang disebar untuk penelitian ini sebanyak 24. Identitas responden yang ditanyakan dalam kuesioner ini terdiri dari: umur, jenis kelamin, pendidikan, jabatan dan gol/ruang.

B.1 Karakteristik responden berdasarkan umur di tuangkan dalam tabel 4.8 sebagai berikut.

**Tabel 4.8**

No	Umur	Jml	%
1	30 s/d 39 tahun	14	58,33
2	40 s/d 49 tahun	10	41,67
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer yang diolah

Berdasarkan tabel 4.8 di atas dapat di ketahui bahwa petugas pengelola kefarmasian di puskesmas Kabupaten Pacitan paling banyak berumur 30 s/d 39 tahun dengan jumlah 14 petugas (58,33 %) dan yang paling sedikit adalah pasien dengan umur 40 s/d 49 tahun dengan jumlah 10 petugas (41,67 %).

B.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

**Tabel 4.9**

No	Jenis Kelamin	Jml	%
1	Perempuan	20	83,33
2	Laki-laki	4	16,67
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer olah (2018)

Tabel 4.9 Menjelaskan karakteristik petugas kefarmasian puskesmas berdasarkan jenis kelamin, jumlah terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 20 orang (83,33 %) dan dengan jenis kelamin laki-laki berjumlah 4 orang (16,67%)

### B.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

**Tabel 4.10**

No	Pendidikan	Jml	%
1	Apoteker	6	25,00
2	S1 Farmasi	1	4,17
3	D III Farmasi	7	29,17
4	SMF	10	41,66
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data primer olah (2018).

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan dijelaskan dalam tabel 4.10 dengan hasil bahwa pengelola kefarmasian puskesmas adalah berpendidikan Sekolah Menengah Farmasi / SMF sebanyak 10 orang (41,66 %) dan yang paling sedikit adalah berpendidikan S1 Farmasi sebanyak 1 orang (4,17 %).

### B.4 Karakteristik responden berdasarkan golongan / ruang kepangkatan di jelaskan dalam tabel 4.11 sebagai berikut,

**Tabel 4.11**

No	Gol / Ruang	Jml	%
1	Penata Tk.I/IIIId	0	
2	Penata / IIIc	5	20,83
3	Penata Muda Tk.I/ IIIb	7	29,17
4	Penata Muda/ IIIa	3	12,50
5	Pengatur Tk.I/ IId	8	33,33
6	Pengatur / IIc	1	4,16
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data Primer Olah (2018).

Dari Tabel 4.11 di atas dapat diketahui bahwa pengelola kefarmasian di puskesmas terbanyak adalah bergolongan ruang IIB atau 8 petugas (33,33%) dan paling sedikit adalah bergolongan ruang IIC sebanyak 1 petugas (20,51%).

### C. Analisis Pelaporan Indikator Peresepan

Dari data pelaporan indikator peresepan puskesmas periode Januari sampai Desember tahun 2017 yang dikirim lewat sistem informasi pelaporan puskesmas (SIPP), diperoleh hasil sebagai berikut;

#### C.1 Penggunaan antibiotik pada ISPA non pneumonia di puskesmas

**Tabel 4.12**

No	Penggunaan antibiotik	Jml	%
1	Kurang dari 20 % penuh	4	16,67
2	Kurang dari 20 % sebagian	6	25,00
3	Lebih dari 20 %	14	58,33
	Jumlah	24	100,00

*Sumber : Data skunder yang diolah*

Dari Tabel 4.12 di atas dapat diketahui bahwa jumlah penggunaan antibiotik pada ISPA non pneumonia kurang dari 20 % penuh sebanyak 4 puskesmas (16,67%), sedang kurang dari 20 % sebagian sebanyak 6 puskesmas (25,00%) dan puskesmas yang penggunaan antibiotiknya lebih dari 20 % sebanyak 14 puskesmas atau (58,33%).

## C.2 Penggunaan antibiotik pada Diare non spesifik di puskesmas

**Tabel 4.13**

No	Penggunaan antibiotik	Jml	%
1	Kurang dari 8 % penuh	2	8,33
2	Kurang dari 8 % sebagian	4	16,67
3	Lebih dari 8 %	18	75,00
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data skunder yang diolah

Dari Tabel 4.13 di atas dapat di ketahui bahwa jumlah penggunaan antibiotik pada diare non spesifik kurang dari 8 % penuh sebanyak 2 puskesmas (8,33%) , sedang kurang dari 8 % sebagian sebanyak 4 puskesmas (16,67%) dan puskesmas yang penggunaan antibiotiknya lebih dari 8 % sebanyak 18 puskesmas atau (75,00%).

## C.3 Penggunaan injeksi pada Mialgia di puskesmas

**Tabel 4.14**

No	Penggunaan injeksi	Jml	%
1	Kurang dari 1 % penuh	19	79,16
2	Kurang dari 1 % sebagian	1	4,17
3	Lebih dari 1 %	4	16,67
	Jumlah	24	100,00

Sumber : Data skunder yang diolah

Dari Tabel 4.14 di atas dapat di ketahui bahwa jumlah penggunaan injeksi pada mialgia kurang dari 1 % penuh sebanyak 19 puskesmas (79,13%) , sedang kurang dari 1 % sebagian sebanyak 1 puskesmas (4,17%) dan puskesmas yang penggunaan injeksinya lebih dari 1 % sebanyak 4 puskesmas atau (16,67%).

#### C.4 Rerata item obat per lembar resep di puskesmas

**Tabel 4.15**

No	Rerata	Jml	%
1	Kurang dari 2,6 penuh	0	0,00
2	Kurang dari 2,6 sebagian	5	20,83
3	Lebih dari 2,6	19	79,13
	Jumlah	24	100,00

*Sumber : Data skunder yang diolah*

Dari Tabel 4.15 di atas dapat di ketahui bahwa rerata item obat per lembar kurang dari 2,6 % penuh tidak ada satu puskesmas pun atau (0,00%) , sedang kurang dari 2,6 % sebagian sebanyak 4 puskesmas (20,83%), dan puskesmas yang rerata item obat per lembar resep lebih dari 2,6 % sebanyak 19 puskesmas atau (79,13%).

Nilai dalam data sekunder ini merupakan hasil perbandingan dengan target nasional tentang indikator persepsian puskesmas , diolah dari laporan bulanan masing-masing puskesmas Kabupaten Pacitan tahun 2017

#### **D. Identifikasi Faktor Yang Berpengaruh Pada Penggunaan Obat Secara**

##### **Rasional**

Untuk mendapatkan upaya peningkatan penggunaan obat secara rasional di puskesmas , maka dilakukan suatu analisa dengan langkah sebagai berikut;

##### **D.1 Identifikasi Faktor Internal dan Eksternal yang berpengaruh terhadap Penggunaan Obat Secara Rasional**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan cara membagikan kuisioner pada 24 responden di dapatkan hasil identiifikasi faktor –

faktor yang memengaruhi penggunaan obat secara rasional di Puskesmas, baik faktor internal maupun faktor eksternal sebagai berikut:

a. Identifikasi Faktor Internal

Faktor Internal meliputi faktor kekuatan dan faktor kelemahan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan melalui pertanyaan pada kuesioner, maka didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 4.16  
Identifikasi Faktor Kekuatan

NO	FAKTOR KEKUATAN	JUMLAH JAWABAN
1	Keberadaan tenaga kefarmasian di tiap puskesmas	24
2	Tingkat pendidikan penulis resep	24
3	Tersedianya buku pedoman	21
4	Sistem pelaporan kefarmasian (POSR) sudah online	20
5	Ada SOP pelayanan dan pengelolaan kefarmasian dipuskesmas	16

Sumber : Data Primer yang diolah

Data diatas merupakan hasil dari jawaban kuesioner yang diberikan kepada 24 responden, maka diketahui bahwa ada 5 (lima) faktor yang merupakan faktor kekuatan dari pemakaian obat secara rasional di puskesmas Kabupaten Pacitan Sedangkan faktor yang

merupakan kelemahan dari program ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.17  
Identifikasi Faktor Kelemahan

NO	FAKTOR KELEMAHAN	JUMLAH JAWABAN
1	Kopetensi penulis resep	24
2	Pelatihan POSR bagi pemberi pelayan kesehatan kurang	24
3	Perekap laporan indikator peresepan berdasar resep dari semua pelayanan kesehatan	23
4	Petugas kefarmasian kurang berani mengadvokasi kesalahan penulisan resep	22
5	Petugas kefarmasian kurang familier pelaporan online	10

Sumber : Data Primer yang diolah

b. Identifikasi Faktor Eksternal

Selain Faktor internal ada juga faktor yang datangnya dari luar organisasi dalam hal ini Puskesmas yaitu faktor eksternal yang dapat diidentifikasi melalui kuesioner yang disampaikan kepada ke 24 (dua puluh empat) responden , tujuan dari identifikasi disini yaitu dapat diketahuinnya faktor eksternal yang juga sangat mempengaruhi terhadap pemakaian obat rasional di puskesmas kabupaten pacitan. Faktor eksternal disini meliputi faktor Peluang dan faktor Ancaman yang berpotensi berpengaruh , faktor eksternal disini dapat dilihat seperti yang disajikan dalam tabel berikut;

Tabel 4.18  
Identifikasi Faktor Peluang

NO	FAKTOR PELUANG	JUMLAH JAWABAN
1	Kebijakan akreditasi puskesmas	24
2	Kemudahan informasi bagi petugas (penulis dan pemberi layanan resep)	24
3	Keberadaan organisasi profesi kefarmasian	23
4	Adanya WA grup profesi	20
5	Dukungan pemerintah terhadap POSR	19
6	Kebijakan pendanaan pemerintah	19

Sumber : Data Primer yang diolah

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan hasil bahwa Faktor – faktor eksternal yang merupakan peluang dari program ini ada 6(emam) faktor. Sedangkan faktor eksternal yang merupakan ancaman pada program ini adalah sebagai berikut;

Tabel 4.19  
Identifikasi Faktor Ancaman

NO	FAKTOR ANCAMAN	JUMLAH JAWABAN
1	Kurangnya masyarakat dalam memperoleh informasi POSR	17
2	Perubahan kebijakan penggunaan anggaran	13
3	Kondisi geografis Kab. Kacitan	12
4	Jaringan seluler atau sinyal yang sering mati	8

Sumber : Data Primer yang diolah

## D.2 Menganalisa Faktor – Faktor Yang Berpengaruh Dengan Hasil Pelaporan Indikator Peresepan Puskesmas

Setelah melakukan identifikasi terhadap faktor internal dan faktor eksternal yang berpengaruh terhadap penggunaan obat secara rasional di puskesmas selanjutnya dilakukan analisa dengan hasil dari data pelaporan indikator peresepan ;

### a. Faktor kekuatan

Berdasarkan pelaporan indikator peresepan puskesmas dari 24 puskesmas baru 2 puskesmas yang 3 dari 4 indikator sesuai target nasional ,yaitu 1. Puskesmas Arjosari dan 2 Puskesmas Kedungbendo sedang 22 puskesmas lainnya belum memenuhi target namun bila dilihat dari ke 4 indikator peresepan tidak ada satupun puskesmas yang memenuhi target nasional.

#### 1. Keberadaan tenaga kefarmasian disetiap puskesmas .

Keberadaan tenaga kefarmasian disetiap puskesmas sebagai kekuatan yang ada tidak menjamin,. Kedua puluh tiga puskesmas ada petugas kefarmasian Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) bahkan ada 7 apoteker di tujuh puskesmas pun tidak berpengaruh terhadap capaian indikator peresepan sebagai indikator penggunaan obat rasional.

#### 2. Tingkat pendidikan penulis resep yang rata tara berpendidikan.

Pendidikan tinggi penulis resep tidak menjamin peresepan

diberikan secara rasional. Sesuai aturan penulis resep adalah seoran dokter dan apoteker dan di Kabupaten Pacitan dengan jumlah tenaga dokter dan apoteker yang terbatas maka ada pelimpahan wewenang penulisan resep dilakukan oleh tenaga perawat dan bidan yang secara kopetensi penulisan resep yang benar adalah kurang.

3. Tersedianya buku pedoman

Tersediannya buku pedoman tidak serta merta meningkatkan capaian POR yang baik karena;

- a. Tidak adanya minat baca
- b. Teknologi informasi lebih digunakan untuk media sosial facebook dan WA
- c. Buku pedoman yang ada terlalu teknis dan sangat tebal.

4. Sistem pelaporan kefarmasian (POSR) sudah online

Sarana pelaporan ini belumbisa diakses oleh semua petugas kefarmasian sehingga pelapor bukan sebagai pengelola sehingga revisi atau perbaikan pelaporan tidak segera bisa dilakukan.

5. Ada SOP pelayanan dan pengelolaan kefarmasian dipuskesmas.

SOP yang ada baru sebatas pada Puskesmas yang telah terakreditasi, itupun baru sebatas untuk memenuhi kelengkapan akreditasi bukan suatu perubahan prilaku pelayanan, hanya sebagai pajangan penghias dinding ruang pelayanan.

b. Faktor kelemahan

Dilihat dari hasil indikator persepan puskesmas pada SIPP tahun 2017

1. Kopetensi penulis resep

Kopetensi penulis resep adalah penyebab dari tidak tercapainya indikator persepan puskesmas dikarenakan Bukan ditulis oleh dokter, ditulis oleh dokter saja belum semua benar apalagi bukan oleh dokter.

2. Pelatihan POSR bagi pemberi pelayan kesehatan kurang

Pelatihan kurang dilakukan sehingga yang berwenang saja kalau lama tidak dilakukan pelatihan akan sering terjadi ketidak rasionalan ,apalagi yang bukan kopetensi dan jarang mendapatkan pelatihan.

3. Perekap laporan indikator persepan berdasar resep dari semua pelayanan kesehatan

Resep berasal dari penulis selain dokter dan apoteker yang kurang kopeten baik dari puskesmas induk dan juga sub layanan jadi petugas pengelola pelaporan indikator persepan menerima resep sudah dalam bentuk tidak rasional, meskipun petugas pengelola mempunyai kewajiban untuk mengingatkan persepan yang diberikan kepada pasien tentang kerasionalan persepan yang ada.

4. Petugas kefarmasian kurang berani mengadvokasi kesalahan penulisan resep

Rata –rata pengelola kefarmasian dipuskesmas lulusan DIII kebawah , jadi untuk melakukan advokasi pada penulisan resep sangat kurang. Bahkan apoteker saja belum tentu mampu melakukan advokasi. Mereka beralasan kalau;

- a. Kurang PD harus mengingatkan pada senior baik secara masa kerja maupun pendidikan
- b. Tidak mau diberitahu

5. Petugas kefarmasian kurang familier pelaporan online

Tenaga kefarmasian terutama yang masa kerjanya sudah 15 tahun lebih berumur diatas 40 tahun dan berijasah SMF atau Sekolah Menengah FArmasi

- c. Faktor peluang

1. Kebijakan akreditasi puskesmas

Semoga dengan adanya akreditasi puskesmas akan merubah secara perlahan pola pelayanan yang prima mengacu pada SOP yang ada , Semua pelayanan kefarmasian mempunyai SOP termasuk Peresepan maupun pelaporan indikator peresepan

2. Kemudahan informasi bagi petugas (penulis dan pemberi layanan resep)

Meskipun jaran mengikuti pelatihan namun dengan media informasi tanpa batas sekarang ini akan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman penulis resep sehingga peresepan dilakukan secara rasional

3. Keberadaan organisasi profesi kefarmasian dan Adanya WA grup profesi sebagai sarana diskusi bisa dimanfaatkan secara maksimal
4. Dukungan pemerintah terhadap POSR dan Kebijakan pendanaan pemerintah. Dengan adanya dukungan tentang POR dari pemerintah yang berupa pendanaan bisa dimanfaatkan semaksimal mungkin untuk mendukung POR .

d. Faktor ancaman

1. Kurangnya masyarakat dalam memperoleh informasi POSR
2. Perubahan kebijakan penggunaan anggaran
3. Kondisi geografis Kab. Kacitan
4. Jaringan seluler atau sinyal yang sering mati

Dari berbagai ancaman yang ada dijadikan suatu pendorong untuk lebih kreatif untuk lebih fokus pada upaya upaya peningkatan pelayanan terutama pelayanan obat secara rasional.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang dikemukakan pada Bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa;

1. Penggunaan obat secara rasional di kabupaten Pacitan belum dilakukan sesuai harapan hal ini dilihat dari hasil akumulasi pelaporan indikator persebaran per bulan yang dilaporkan ke dinas kesehatan, hasil akumulasi pelaporan pada tahun 2017 menunjukkan bahwa penggunaan antibiotik pada ISPA non peneumoni dan pada Diare non spesifik masih tinggi, penggunaan injeksi pada mialgia juga masih ditemukan dengan tingkat persentase yang melebihi target nasional, serta rerata item obat per lembar resep yang masih melebihi 2,6 item obat per lembar. Dari hasil tersebut maka bisa disimpulkan bahwa penggunaan obat rasional belum dilakukan secara maksimal di sebagian besar puskesmas di Kabupaten Pacitan.
2. Banyak hal dan penyebab yang mengakibatkan penggunaan obat secara rasional belum dilakukan secara maksimal, namun sebagai penyebab utama lebih pada sumber daya manusiannya baik penulis resep atau pemberi obat untuk terapi penyakit maupun pengelola kefarmasian di puskesmas. Bila di sajikan berdasar masing-masing sumber penyebab dapat dilihat sebagai berikut;

a. Penulis resep

1. Resep yang digunakan sebagai bahan pelaporan indikator peresepan tidak semua<sup>71</sup> oleh dokter, tapi ditulis oleh perawat dan juga bidan yang mendapatkan wewenang dari dokter untuk melakukan pelayanan kesehatan.
2. Dokter maupun perawat bidan yang menuliskan resep sering melakukan pelayanan pemberian obat sesuai dengan kebiasaan dan bukan sesuai dengan pedoman pengobatan rasional.
3. Pemberian terapi obat untuk beberapa keluhan yang dirasakan pasien atau penyakit yang diderita. Hal itu akan memperbanyak jumlah item obat pada setiap lembar resepnya.

b. Petugas kefarmasian

1. Sebagian besar pengelola kefarmasian di puskesmas adalah Tenaga Teknis Kefarmasian yang berijazah terakhir dibawah DIII / SMF.
2. Tenaga kefarmasian dipuskesmas kurang berani untuk memberikan penjelasan atau advokasi tentang penggunaan obat rasional kepada penulis resep terutama dokter.
3. Kurangnya pelatihan serta inovasi dari pengelola kefarmasian di puskesmas berkaitan dengan penggunaan obat rasional di puskesmas
4. Perhatian tentang pemakaian obat rasional serta pelaporan

- indikator persepan oleh pengelola kefarmasian yang dikirimkan ke dinas kesehatan setiap bulannya.
5. Kurang intesitasnya pemberian informasi mengenai obat, kepada pasien yang mendapatkan pelayanan obat pada saat penyerahan obat kepada pasien.
  6. Keterbatasan pengelola kefarmasian untuk memanfaatkan dana yang ada untuk menunjang peningkatan penggunaan obat secara rasional di puskesmas.
3. Dalam upaya meningkatkan penggunaan obat secara rasional di puskesmas kabupaten pacitan perlu melakukan langkah- langkah sebagai berikut yaitu;
- a. Membuat buku saku pemakaian obat rasional mulai dari persepan, sampai dengan pelaporan indikator persepan dengan *online yang lebih mudah dipahami* dan dibawa oleh petugas dan kartu pintar menunggu pelayanan obat. Kartu pintar ini memuat berbagai informasi tentang pemakaian obat secara rasional,
  - b. Pelatihan penggunaan obat rasional dengan melibatkan organi profesi terutama Apoteker dengan materi dan sistem pembinaan POSR yang lebih menyenangkan materi pembinaan kesehatan yang ada terkesan kaku dan monoton, oleh karena itu perlu adanya perubahan materi juga sistem yang berbeda. Pada materi lebih dibuat dengan dasar

kondisi lokal sedang untuk sistem dibuat yang lebih santai, bentuk diskusi antara lain:

1. Pelatihan advokasi bagi pengelola kefarmasian

Meningkatkan kemampuan petugas kefarmasian dengan pengetahuan konseling dan advokasi agar petugas kefarmasian mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik dalam memberikan saran, pendapat dan masukan pada petugas penulis resep baik dokter maupun paramedis yang mendapatkan delegasi dari dokter.

2. Pembinaan rutin peresepan rasional

Meningkatkan kemampuan petugas pemberi layanan kesehatan tentang pemakaian obat secara rasional dengan mengikut sertakan petugas dalam pelatihan maupun seminar untuk peningkatan kapasitas petugas.

3. Mengadakan pelatihan pelatihan tentang perencanaan dan penggunaan dana

Setiap mini lokakarya puskesmas petugas kefarmasian dilibatkan dalam perencanaan, penganggaran serta cara pemanfaatan anggaran yang ada . Dari situ petugas kefarmasian akan terbiasa dengan perencanaan dan tahu anggaran yang ada bisa digunakan sampai batasan mana.

4. Penekanan penulisan resep rasional

Pelatihan tentang penulisan resep dan pemberian obat rasional bagi dokter , dengan narasumber dari dinas kesehatan provinsi bekerja sama dengan IDI provinsi, agar dokter di puskesmas akan lebih komid kepada pengobatan rasional , serta memberikan penekanan pada para perawat dan bidan sebagai petugas yang diberi wewenang untuk melakukan terapi sekaligus Menuliskan resep pada pelayanan kesehatan dipuskesmas

5. Pelatihan penggunaan dana kefarmasian untuk menopang pemakaian obat rasional melalui Pelaksanaan diskusi **tabu dafar** (tahunan bulanan dana farmasi) Diskusi antara pengelola kefarmasian puskesmas dengan para bendahara yang ada di puskesmas, karena setiap puskesmas di Kabupaten Pacitan ada 4 (empat) bendahara :(1) Bendahara Operasional; (2) Bendahara JKN; (3) Bendahara BOK ; dan (4) Bendahara gaji
6. Pelatihan laporan indikator peresep / pereseapan obat puskesmas induk

Sebagai sampel pada pelaporan indikator pereseapan memakai pereseapan yang ada di puskesmas induk , bukan pereseapan yang dilakukan oleh sub layanan kesehatan yang semuanya ditulis oleh para medis (perawat dan bidan) namun kalau memakai resep yang ada di induk akan lebih baik karena sebagian besar resep ditulis oleh dokter, baik dokter umum maupun dokter gigi.

c. Pelatihan TI untuk petugas pengelola kefarmasian

Mengadakan pelatihan penggunaan teknologi informasi, dari tingkat user sampai programmer sederhana yang dapat digunakan minimal pada tempat kerjanya dalam upaya mempermudah kerja terutama pada pelaporan penggunaan obat secara rasional .

d. POSR jadi menu yang penting pada akreditasi Puskesmas

Setiap kegiatan pelayanan kesehatan sekarang sudah ada SOP nya masing-masing apalagi puskesmas yang sudah akreditasi, tapi kebiasaannya SOP itu hanya jadi pajangan di etalase maupun tempelan tempelan dinding. Dari kebiasaan itu sekarang dirubah untuk melakukan apel SOP atau apel pagi dengan muatan SOP yang ada.

## B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan hasil penelitian, maka rekomendasi yang dapat disampaikan adalah:

1. Bagi pemangku kebijakan kesehatan khususnya tentang pemakaian obat secara rasional, agar ada peningkatan kegiatan juga alokasi pendanaan pada program penggunaan obat secara rasional berupa meningkatkan kemampuan petugas pemberi layanan kesehatan baik petugas sebagai penulis resep maupun petugas pemberi layanan kefarmasian dengan adanya pelatihan-pelatihan maupun mengikutsertakan petugas pada seminar tentang pemakaian obat secara rasional di puskesmas khususnya dan pelayanan kefarmasian pada umumnya.

2. Meningkatkan pelaksanaan mini lokakarya maupun kegiatan outbond yang dikemas dengan tema penggunaan obat rasional di puskesmas sehingga kemampuan petugas kefarmasian akan semakin percaya diri untuk melakukan konseling kepada pasien maupun advokasi kepada penulisan resep sehingga terjalin suatu komunikasi yang cair antara penulisan resep dan pemberi layanan kefarmasian.
3. Adanya sinergisme antara pemangku kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan terutama pelayanan kefarmasian berkaitan dengan penggunaan obat secara rasional, sehingga pada akhirnya semua masyarakat pengguna layanan kesehatan mendapatkan pelayanan kefarmasian secara rasional.

STIE Widya Wiyana  
Jangan Plagiat

## DAFTAR PUSTAKA

- Ara T., Deva S.A., Bhatia N., 2012. *Role of Pharmacist in The Rational Use of Drug*, India
- Bond, C A. Raehl, C L. France, T. (1999) *Clinical Pharmacy Services Pharmacist Staffing and Drug Costs in United States Hospitals Pharmacoter*, 19 (12) : 1354-62
- Craig & Grant. 1996. *Manajemen Strategi*. Jakarta : Alex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Creswell, J. W.(2008). *Educational research, planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cortazzi, M. (1993). *Narrative analysis*. London: Falmer Press
- Departemen Kesehatan RI 2014 , *Penggunaan obat rasional* . Jakarta Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI 2017 , *Daftar obat esensial nasional 2017*. Jakarta Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI 2016 , *Pedoman pelayanan Kefarmasian di Puskesmas* . Jakarta Departemen Kesehatan RI
- Departemen Kesehatan RI 2017 , *Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan* . <http://aspak.yankes.kemkes.go.id/aplikasi-dev/>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan 2017 , *Sistem Informasi Pelaporan Puskesmas* . <http://sipp.pacitankab.go.id/>
- Dwipraharti, I. (2006) *Peningkatan mutu penggunaan obat dipuskesmas melalui pelatihan penjenjang pada dokter dan perawat*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan,
- Ernst, F R. Grizzle, A J. (2001). *Drug Related Morbidity and Mortality: Updating the cost of illness Model*. *J am Pharm Assoc*.41:192-9
- Hayward dan Hofer, 2001. *United state Pharmacopoeia*, USA.

- Karch A., 2003, *Guide to Preventing Medication Errors*, New York, USA
- Mbulu, J. 1995. *Evaluasi Program Konsep Dasar, Pendekatan Model, dan Prosedur Pelaksanaan*. Malang: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan Malang Proyek Operasi dan Perawatan Fasilitas.
- Mcgowan, J E jr. (2009) *Economic Impact of Antimicrobial Resistance* <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/mcgowan.htm>
- Henry Mintzberg, 1998 "*Five Ps for Strategy*" in *The Strategy Process*, pp 12-19, H Mintzberg and JB Quinn eds., 1992, Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs NJ.
- Mulyono. 2009. *Penelitian Eveluasi Kebijakan*, (Online), (<http://mulyono.staff.uns.ac.id/2009/05/13/penelitian-evaluasi-kebijakan/>, diakses 11 April 2011)
- Pemerintah RI, 2015, *Permenkes Nomer 99 tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta, Indonesia
- Pemerintah RI, 2016, *Permenkes Nomer 73 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek*, Jakarta, Indonesia
- Peraturan Menteri kesehatan no 75 tahun 2014 Tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Perwitasari D.A., Abror J., Wahyuningsih I., 2010, *Medication Errors in Outpatients of Government Hospital in Yogyakarta*, Yogyakarta, Indonesia
- Quick, J.D., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Connor, R.W., Horgerzeil, H.V., Dukes, M.N.G. and Garnet, A., 1997, *Managing Drug Supply, The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceutical*, 2nd edition, Management Science for Health, Kumarian Press, USA.
- Rika Dwi Kurniasih. 2009. *Teknik Evaluasi Perencanaan*, (Online), (<http://images.rikania09.multiply.multiplycontent.com/attachment/0/SUdfiwoKCF8AADuy0-81/Rika%20Eva.doc?nmid=148657139>, diakses 12 April 2011)
- Rollason V., Vogt N., 2003, *Reduction of Polypharmacy in The Elderly : a Systematic Review of The Role of The Pharmacist*, <http://www.pubmed.com>

Siagian, P S. 2012. *Manajemen Stratejik* . PT. Bumi Aksara. Jakarta

Suh, D C. Woodall, B S. Shin, S K. Hermes-De Sentis, E R. (2000). *Clinical and Economic Impact of Adverse Drugs Reaction in Hospitalized Patients*.

Tayipnapis, F.Y. 1989. *Evaluasi Program*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Proyek Pengembangan Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan.

Zulharman. 2007. *Evaluasi Kurikulum : Pengertian, Kepentingan Dan Masalah Yang Dihadapi*, (Online), (<http://zulharman79.wordpress.com/>)

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**