

## KETERSEDIAAN OBAT ESENSIAL PADA SARANA KESEHATAN DI KABUPATEN BANGKA BARAT

### SUPPLY AND DISTRIBUTION OF DRUGS AND PHARMACEUTICAL PRODUCTS AT PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES IN A BANGKA BARAT DISTRICT OF INDONESIA

Achmad Nursyandi<sup>1</sup>, Mustofa<sup>2</sup> Mubasysyir Hasanbasri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Barat, Provinsi Bangka Belitung

<sup>2</sup>Farmakologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The effectiveness of treatment at government health facilities is largely determined by the availability of the drug. In addition to essential drugs, doctors and the public can choose medications that are considered more suitable for medical needs. Bureaucratic rigidity and lack of funds the government plans to make the supply of medicines in health centers to be minimalist in terms of number and variety of drugs. Such inflexibility encourage minimalist prescribing behavior among primary care physicians and health workers.

**Objective:** This study want to learn management practices that deal with drug supply and its distribution in government owned primary health care facilities. It specifically tried to identify strategies at health center level that allow the provision of more drugs in accordance with the medical needs and rational drug use practices.

**Method:** Data were collected by observation report drug use and demand for health facilities in January-June 2010 and in-depth interview of chief health official, the head of pharmacy department, 7 of pharmacy main health centers and 11 midwives/nurses extending health center, village health clinic and village health post.

**Results:** This case illustrates a successful story about making drugs available at primary health care facilities. Five main health centers, four extending health centers, and ten village health clinic and village health posts are classified as "safe" based on MOH standard. This success reflects human resource capacity and decentralized management of drug supply. Pharmacists and pharmacy assistants throughout the Bangka Barat Regency has already trained in drug supply management. The study also found that the procurement of drugs has been based on bottom-up planning. Although under the coordination of district level pharmacy unit, health care centers has broader authority to determine their drug needs. They also have their own drug procurement budget that are part of district budget that can be used for unexpected situations.

**Conclusion:** This study attempted to show effort to change local government health sector bureaucracy in decentralization era. This case study shows the involvement and bigger participation of primary care facilities in the planning and implementation of drug supply. Health centers have a greater authority in managing the medication needs to circumstances beyond expectations. Communication, information and education to doctors about the drug delivery mechanism will allow doctors to prescribe drugs according to the medical

needs of patients and drug development, and because it makes health care facilities into place an effective treatment.

**Keywords:** essential drugs, drug availability, drug management

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Efektivitas pengobatan di fasilitas kesehatan pemerintah sangat ditentukan oleh ketersediaan obat. Di samping obat esensial, dokter dan masyarakat dapat memilih obat-obat yang dipandang lebih cocok untuk kebutuhan medik. Kekakuan birokrasi perencanaan dan keterbatasan dana pemerintah membuat penyediaan obat di puskesmas menjadi minimalis dari sisi jumlah dan variasi obat. Kekakuan seperti itu mendorong praktik peresepan minimalis yang diragukan manfaat terapetiknya.

**Tujuan:** Penelitian ini mempelajari manajemen penyediaan obat dan distribusinya di fasilitas kesehatan dasar. Ia secara khusus berusaha menemukan strategi-strategi di tingkat puskesmas yang membuat penyediaan obat lebih sesuai dengan kebutuhan lapangan dan pengobatan rasional.

**Metode:** Data dikumpulkan dengan observasi laporan pemakaian dan permintaan obat sarana kesehatan bulan Januari-Juni 2010 dan wawancara mendalam terhadap kepala dinas kesehatan, kepala instalasi farmasi, 7 pengelola obat puskesmas dan 11 bidan/perawat pustu, polindes serta poskesdes.

**Hasil:** Penelitian ini menunjukkan bahwa lima puskesmas, empat puskesmas pembantu, dan sepuluh polindes dan poskesdes berhasil merencanakan dan menyediakan obat hingga pada tingkat yang "aman". Keberhasilan ini merupakan bukti dari kapasitas tenaga yang memadai. Apoteker dan seluruh pengelola obat puskesmas Kabupaten Bangka Barat sudah memiliki mengikuti pelatihan manajemen pengelolaan obat. Penelitian juga menemukan bahwa pengadaan obat telah berbasis desentralisasi dan mencerminkan perencanaan *bottom up*. Meski di bawah koordinasi instalasi farmasi kabupaten, puskesmas memiliki kewenangan menentukan kebutuhan. Mereka juga memiliki fleksibilitas pengadaan obat sendiri untuk situasi di luar dugaan.

**Kesimpulan:** Penelitian ini berusaha memperlihatkan upaya perubahan birokrasi di bidang kesehatan dalam era desentralisasi. Studi kasus dalam penyediaan obat esensial di Kabupaten Bangka Barat menunjukkan keterlibatan dan partisipasi puskesmas yang lebih besar dalam perencanaan dan implementasinya. Puskesmas juga memiliki kewenangan

lebih besar dalam mengelola kebutuhan obat untuk situasi di luar dugaan. Komunikasi, informasi dan edukasi kepada dokter tentang mekanisme penyediaan obat akan memudahkan dokter meresepkan obat sesuai dengan kebutuhan medik pasien dan perkembangan obat, dan karena itu membuat fasilitas kesehatan menjadi tempat pengobatan yang efektif.

**Kata Kunci:** obat esensial, ketersediaan obat, pengelolaan obat

## PENGANTAR

Obat esensial adalah obat terpilih yang paling mendasar dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang harus tersedia di unit pelayanan kesehatan sesuai fungsi dan tingkatnya. Penerapan konsep Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) ini diharapkan mampu meningkatkan ketersediaan dan suplai obat serta kerasionalan penggunaan obat<sup>1</sup>.

Sepertiga penduduk dunia memiliki akses yang rendah terhadap obat esensial, bahkan di Afrika dan Asia Tenggara mencapai 50% dari jumlah penduduk<sup>2</sup>. Ketersediaan obat esensial generik di Malaysia hanya 25% disektor pemerintah sedangkan disektor swasta sebesar 43-45%<sup>3</sup>. Di Indonesia ketersediaan obat esensial juga masih rendah<sup>4</sup>. Rata-rata ketersediaan obat tahun 2008 masih belum mencukupi yaitu 78% dari kebutuhan riil pengobatan dasar<sup>5</sup>. Menurut Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan bahwa ketersediaan obat sesuai kebutuhan dasar paling tidak sekitar 90%.

Ketersediaan obat esensial yang rendah ini mendorong berbagai pihak untuk mengoptimalkan sistem pengelolaan obat yang ada. Sistem pengelolaan obat terdiri atas seleksi, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat<sup>6</sup>. Pengelolaan obat yang baik harus memiliki suatu sistem yang menjamin ketersediaan obat di unit-unit pelayanan kesehatan. Sejak tahun 1980 pengelolaan obat dan ketersediaan obat sangat erat sekali hubungannya, sehingga pemerintah China melakukan reformasi khusus untuk pengelolaan obat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan obat di daerah pedesaan<sup>7</sup>. Ketersediaan obat juga merupakan salah satu pilar dari reformasi sektor kesehatan yang sedang dicanangkan oleh pemerintah Indonesia tahun 2010-2014<sup>5</sup>. Pengelolaan obat dipengaruhi oleh personil/Sumber Daya Manusia, fasilitas, perlengkapan, biaya/harga, administrasi dan sistem informasi<sup>6</sup>.

Sejak pemberlakuan otonomi daerah salah satu perubahan yang terjadi yaitu ada desentralisasi dalam struktur organisasi dan kebijakan pengelolaan obat mulai dari perencanaan, pemilihan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan pelayanan obat

langsung diserahkan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota termasuk salah satunya Kabupaten Bangka Barat. Desentralisasi ini diharapkan dapat mengubah birokrasi pengelolaan obat yang selama ini penuh dengan kekakuan. Pengelolaan obat yang fleksibel bisa menjamin ketersediaan, pemerataan, mutu dan keterjangkauan harga obat, khususnya obat esensial pada sarana kesehatan dasar.

Ketersediaan obat sangat menentukan efektifitas pengobatan pada sarana kesehatan pemerintah. Ketersediaan obat esensial merupakan salah satu visi yang tertuang dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Barat tahun 2010-2015. Namun posisi Kabupaten Bangka Barat yang merupakan daerah kepulauan menjadi tantangan tersendiri untuk mencapai visi tersebut. Apalagi Pedagang Besar Farmasi (PBF) distributor obat tidak ada, apotik hanya tiga yang terletak pada satu kecamatan dan toko obat ada tujuh yang tersebar di tiga kecamatan.

Prevalensi beberapa penyakit menular mengalami peningkatan seperti HIV/AIDS ada 4 kasus pada tahun 2007 meningkat 16 kasus pada tahun 2008, malaria ada 4.551 kasus pada tahun 2008 meningkat 7.288 kasus pada tahun 2009 dan ISPA ada 13.594 kasus pada tahun 2008 meningkat 29.335 kasus pada tahun 2009. Demikian juga prevalensi penyakit tidak menular seperti hipertensi ada 3.480 kasus pada tahun 2008 meningkat 6.992 kasus pada tahun 2009. Selain itu anggaran pengadaan obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Barat tahun 2008 yaitu Rp10.500,00/kapita dan tahun 2009 Rp8.263,00/kapita, belum sesuai dengan rekomendasi WHO yaitu Rp18.000,00-Rp.20.000,00/kapita/tahun<sup>5</sup>.

Berdasarkan situasi pengelolaan obat dan berbagai tantangan di atas maka, perlu dilakukan suatu kajian terhadap pengelolaan dan ketersediaan obat esensial pada sarana kesehatan di Kabupaten Bangka Barat serta faktor yang berpengaruh meliputi personil/SDM, fasilitas, perlengkapan, biaya/harga, administrasi dan sistem informasi.

Manfaat teoritis penelitian ini adalah menambah pengetahuan mengenai pengelolaan dan ketersediaan obat esensial serta faktor yang berpengaruh. Sedangkan manfaat praktis sebagai masukan pemerintah kabupaten, provinsi dan pusat untuk meningkatkan pengelolaan obat esensial, meningkatkan ketersediaan obat esensial pada sarana kesehatan, pembangunan sarana prasarana kesehatan dan pengelolaan tenaga kesehatan khususnya tenaga farmasi.

**BAHAN DAN CARA PENELITIAN**

Penelitian studi kasus ini dilakukan pada instalasi farmasi kabupaten, 7 Puskesmas, 9 Puskesmas Pembantu, 9 Pos Persalinan Desa dan 12 Pos Kesehatan Desa. Sumber data berasal dari wawancara mendalam dengan kepala dinas kesehatan, kepala instalasi farmasi kabupaten, 7 pengelola obat puskesmas dan 11 bidan/perawat pustu/polindes/poskesdes yang dilengkapi dengan data sekunder Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) sarana kesehatan bulan Januari-Juni 2010. Analisa data secara kualitatif.

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**Ketersediaan Obat: “Aman” Di Lima Puskesmas, Empat Puskesmas Pembantu Dan Sepuluh Pos Persalinan Desa/Pos Kesehatan Desa**

Penelitian ini menggunakan indikator tingkat ketersediaan obat<sup>8</sup>. Tabel 1 menunjukkan ketersediaan obat puskesmas Kabupaten Bangka Barat. Ada lima puskesmas yang memiliki ketersediaan aman dan dua kurang. Secara keseluruhan rata-rata tingkat ketersediaan obat esensial puskesmas di Kabupaten Bangka Barat yaitu 9,6 bulan berada pada kategori aman. Jika dihubungkan dengan jarak maka sarana kesehatan yang letaknya jauh akan memiliki ketersediaan obat “kurang” tetapi

Tabel 1, 2 dan 3 tidak menunjukkan demikian.

Puskesmas yang ketersediaan obatnya aman atau berlebih walaupun berjarak jauh dari pusat penyuplai obatnya disebabkan ada usaha dari pengelola obat untuk menjaga ketersediaan obatnya. Puskesmas Tempilang, Puskesmas Puput dan Puskesmas Sekar Biru selalu menggunakan anggaran rutin pengadaan obat puskesmas untuk melengkapi kekurangan atau kekosongan obat. Puskesmas Simpang Teritip walaupun jaraknya dekat dengan instalasi farmasi kabupaten tetapi ketersediaan obatnya kurang dikarenakan penggunaan dana rutin pengadaan obat belum optimal dan masih lemah koordinasi dengan instalasi farmasi kabupaten untuk melengkapi kekosongan atau kekurangan obatnya.

Ketersediaan obat esensial puskesmas pembantu Kabupaten Bangka Barat. Ada satu puskesmas pembantu yang memiliki ketersediaan obat berlebih, empat aman dan empat kurang. Tiga puskesmas pembantu ketersediaan obatnya aman walaupun berjarak jauh dari puskesmas penyuplai obatnya yaitu Puskesmas Pembantu Penyampak, Puskesmas Pembantu Kundi dan Puskesmas Pembantu Semulut. Satu puskesmas pembantu yang memiliki ketersediaan obat kurang karena berjarak jauh dari Puskesmas Simpang Teritip sebagai penyuplai obatnya yaitu Puskesmas Pembantu Rajek. Secara

**Tabel 1 Ketersediaan obat esensial pada tingkat puskesmas**

No	Sarana Kesehatan	Tingkat Ketersediaan (bulan)	Kategori	Jarak ke Instalasi Farmasi (Km)	Keterangan
1	Puskemas Muntok	10.27	Aman	6	Dekat
2	Puskesmas Kelapa	10.68	Aman	39	Dekat
3	Puskesmas Tempilang	16.79	Aman	69	Jauh
4	Puskesmas Sp. Teritip	4.04	Kurang	27	Dekat
5	Puskesmas Jebus	5.06	Kurang	70	Jauh
6	Puskesmas Puput	11.54	Aman	71	Jauh
7	Puskesmas Sekar Biru	8.81	Aman	71	Jauh
	Rata-rata	9,6	Aman	50	

**Keterangan:**

Tingkat ketersediaan, < 6 bulan: kurang, 6-18 bulan: aman, > 18 bulan: berlebih  
 Jarak, < 50 km: dekat, > 50 km: jauh

**Tabel 2 Ketersediaan obat esensial puskesmas pembantu**

No	Sarana Kesehatan	Tingkat Ketersediaan (bulan)	Kategori	Jarak ke puskesmas penyuplai (km)	Keterangan
1	Pustu Belo Laut	3.89	Kurang	10	Dekat
2	Pustu Pusuk	21.59	berlebih	10	Dekat
3	Pustu Air Lintang	5.35	Kurang	4	Dekat
4	Pustu Penyampak	7.15	Aman	13	Jauh
5	Pustu Kundi	13.01	Aman	23	Jauh
6	Pustu Rajek Berang	3.99	Kurang	13	Jauh
7	Pustu Ibul	4.53	Kurang	12	Dekat
8	Pustu Semulut	6.4	Aman	18	Jauh
9	Pustu Air Gantang	13.92	Aman	5	Dekat
	Rata-rata	8,87	Aman	12	

**Keterangan:**

Tingkat ketersediaan, < 6 bulan: kurang, 6-18 bulan: aman, > 18 bulan berlebih  
 Jarak, ≤ 12 km: dekat, > 12 km: jauh

Tabel 3 Ketersediaan obat esensial pada tingkat polindes/poskesdes

No	Sarana Kesehatan	Tingkat Ketersediaan (bulan)	Kategori	Jarak ke puskesmas penyuplai (km)	Keterangan
1	Polindes Tanjung Punai	2.95	Kurang	26	Jauh
2	Poskesdes Air Putih	2.11	Kurang	7	Dekat
3	Polindes Selindung	2.16	Kurang	19	Jauh
4	Polindes Dendang	18.47	Berlebih	12	Dekat
5	Poskesdes Kayu Arang	13.15	Aman	17	Jauh
6	Poskesdes Beruas	25.73	Berlebih	6	Dekat
7	Poskesdes Tugang	15.25	Aman	34	Jauh
8	Polindes Sinar Surya	5.18	Kurang	6	Dekat
9	Poskesdes Buyan	4.48	Kurang	16	Jauh
10	Poskesdes Kelumbi	6.5	Aman	12	Dekat
11	Poskesdes Pancur	8.58	Aman	15	Jauh
12	Poskesdes Sp. Gong	5.59	Kurang	3	Dekat
13	Polindes Air Nyatoh	4.6	Kurang	11	Dekat
14	Polindes Pangek	5.63	Kurang	3	Dekat
15	Poskesdes Limbung	9.58	Aman	13	Dekat
16	Polindes Bakit	4.34	Kurang	23	Jauh
17	Poskesdes Kapit	8.28	Aman	11	Dekat
18	Polindes Telak	18.31	Aman	7	Dekat
19	Polindes Sungai Buluh	9.64	Aman	4	Dekat
20	Poskesdes Unar	9.81	Aman	10	Dekat
21	Poskesdes Teluk Limau	9.04	Aman	20	Jauh
	Rata-rata	9,02	Aman	13	

**Keterangan:**

Tingkat ketersediaan, &lt; 6 bulan: kurang, 6-18 bulan: aman, &gt; 18 bulan: berlebih

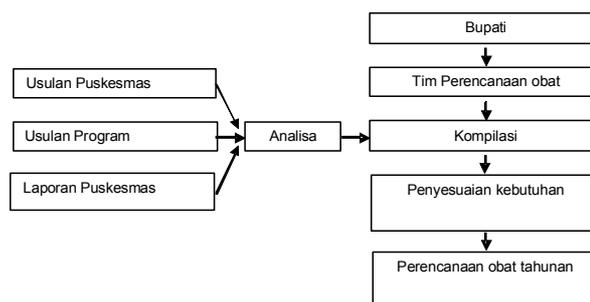
Jarak, ≤ 13 km: dekat, &gt; 13 km: jauh

umum rata-rata ketersediaan obat esensial puskesmas pembantu Kabupaten Bangka Barat selama 8,87 bulan berada pada kategori aman.

Ketersediaan obat esensial polindes/poskesdes di Kabupaten Bangka Barat. Ada dua poskesdes/polindes yang memiliki ketersediaan obat berlebih, sepuluh aman dan sembilan kurang. Ada empat poskesdes yang memiliki ketersediaan obat aman walaupun berjarak jauh dari puskesmas penyuplai obatnya yaitu Poskesdes Tugang, Poskesdes Kayu Arang, Poskesdes Pancur dan Poskesdes Teluk Limau. Ada empat polindes/poskesdes ketersediaan obatnya kurang karena berjarak jauh dari puskesmas penyuplai obatnya yaitu Polindes Bakit, Poskesdes Buyan, Polindes Selindung dan Polindes Tanjung Punai. Secara keseluruhan rata-rata ketersediaan obat esensial polindes/poskesdes ini selama 9,02 bulan berada pada kategori aman.

### Puskesmas Lebih Aktif Dalam Seleksi Dan Perencanaan

Penelitian ini menunjukkan ada dinamika perubahan yang terjadi dalam seleksi dan perencanaan obat esensial Kabupaten Bangka Barat. Seleksi dan perencanaan obat sudah mulai meninggalkan pola pendekatan *Top Down* yang tidak melibatkan sarana kesehatan dalam proses tersebut. Puskesmas di Kabupaten Bangka Barat sejak tahun 2009 sudah lebih aktif terlibat dalam seleksi dan perencanaan obat. Gambar 1 menunjukkan alur seleksi dan perencanaan obat di Kabupaten Bangka Barat.



Gambar 1. Alur seleksi dan perencanaan obat

Gambar di atas menunjukkan ada keterlibatan puskesmas dalam seleksi dan perencanaan obat. Seleksi dan perencanaan obat dimulai dari usulan puskesmas dan program. Usulan puskesmas akan direkap oleh pengelola obat instalasi farmasi kabupaten. Kemudian dilakukan analisa dan seleksi kebutuhan obat berdasarkan rekapitulasi usulan, laporan penyakit dan LPLPO puskesmas. Hasil analisa berupa rancangan kebutuhan jenis dan jumlah obat tahunan. Hal ini sesuai dengan wawancara berikut:

**“Perencanaan obat esensial di Kabupaten Bangka Barat dibuat berdasarkan proses analisa usulan-usulan dari seluruh Puskesmas dan dari laporan LB1 yang masuk dari seluruh Puskesmas” (informan 1)**

Pembentukan tim berdasarkan usulan instalasi farmasi melalui kepala dinas kesehatan ke Bupati Bangka Barat. Tim ini merupakan suatu panitia *ad*

*hoc* yang terdiri atas berbagai elemen yaitu pengelola obat puskesmas, dokter puskesmas, instalasi farmasi kabupaten, pengelola obat kabupaten, pengelola-pengelola program, Bappeda dan Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah. Tim bertugas menentukan jenis, jumlah dan harga obat, menyesuaikan kebutuhan obat dengan anggaran yang tersedia, menyesuaikan kebutuhan obat dengan target atau sasaran program dan pembangunan daerah dan mempersiapkan data untuk pengadaan obat.

### **Ada Biaya Rutin Pengadaan Obat Puskesmas**

Penelitian ini juga menunjukkan ada dinamika perubahan dalam pengadaan obat esensial di Kabupaten Bangka Barat. Pengadaan obat esensial tidak sentralistik lagi di dinas kesehatan, puskesmas diberi kewenangan untuk melakukan pengadaan obat sendiri sejak tahun 2009. Hal ini sesuai wawancara dengan pengelola obat puskesmas:

**“Ada pengadaan sendiri dengan pembelian langsung setiap bulan, sumber anggaran dari pemda” (informan 3, 4, 5, 6, 7, 8 dan 9)**

Anggaran rutin pengadaan obat puskesmas bersumber dari APBD Kabupaten Bangka Barat sebesar Rp15.000.000,00/puskesmas pada tahun 2010. Pengadaan obat ini dilakukan oleh pengelola obat puskesmas atau bagian farmasi puskesmas untuk kebutuhan satu sampai dua bulan. Koordinasi dengan kepala puskesmas dan dokter perlu dilakukan sebelum pengadaan. Jenis obat yang dibeli sesuai dengan pemakaian, Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) tahun 2008 dan masukan dokter. Pengadaan dilakukan dengan pembelian langsung ke apotik. Penentuan harga berdasarkan harga pasaran di apotik. Sistem pertanggungjawaban pembelian dengan menggunakan kuitansi, nota dan blangko pesanan obat. Pertanggungjawaban ini diserahkan kepada pejabat pelaksana teknis kegiatan pengadaan obat rutin puskesmas di dinas kesehatan. Pertanggungjawaban ini diserahkan setelah selesai melakukan pembelian obat ke apotik setiap satu atau dua bulan sekali. Tahun 2010 pertanggungjawaban pembelian bulan Januari dan Februari dilakukan pada bulan Maret karena anggaran dari pemerintah daerah baru bisa cair pada bulan tersebut. Pertanggungjawaban terakhir masih diterima sampai akhir Desember 2010. Puskesmas yang melakukan pertanggungjawaban akan mendapat penggantian uang yang telah dikeluarkan untuk pembelian obat.

Tahun 2010 puskesmas yang aktif melakukan pembelian dengan menggunakan dana rutin ini adalah Puskesmas Muntok, Puskesmas Sekar Biru, Pus-

kesmas Puput, Puskesmas Kelapa dan Puskesmas Tempilang. Lima puskesmas ini rutin setiap satu sampai dua bulan melakukan klaim pembelian ke dinas kesehatan. Puskesmas Simpang Teritip dan Puskesmas Jebus belum aktif menggunakan anggaran rutin ini. Dua puskesmas ini hanya melakukan pertanggungjawaban pembelian obat hanya satu kali pada tahun 2010.

Manfaat dana rutin ini sangat penting sekali untuk puskesmas. Hal ini pernah terjadi pada Puskesmas Kelapa yang pernah mengalami kekosongan CTM tablet, prednison tablet, deksametason tablet dan amoksisilin tablet. Kekosongan obat ini bisa diatasi dengan pembelian obat menggunakan anggaran rutin ini. Hal ini sesuai wawancara berikut:

**“Jika ada obat kurang atau kosong langsung beli ke apotik dengan dana rutin” (informan 5)**

Puskesmas Puput juga pernah mengalami kekurangan obat dari distribusi rutin instalasi farmasi kabupaten tetapi dengan ada dana rutin kekurangan obat bisa diatasi. Optimalisasi anggaran rutin ini tentu akan berdampak terhadap ketersediaan obat di puskesmas. Sebagai bukti ada lima puskesmas yang tingkat ketersediaan obatnya berada pada kategori aman.

### **Fleksibilitas Dalam Frekuensi Dan Cara Distribusi Obat**

Penelitian ini menunjukkan ada fleksibilitas dalam frekuensi dan cara distribusi obat di Kabupaten Bangka Barat. Distribusi obat esensial di Kabupaten Bangka Barat sudah mulai meninggalkan sistem yang kaku dan tidak tanggap dengan kebutuhan sarana kesehatan. Distribusi obat dilakukan dari instalasi farmasi kabupaten ke puskesmas dan puskesmas ke puskesmas pembantu/polindes/poskesdes. Frekuensi distribusi dari instalasi farmasi kabupaten ke puskesmas selalu disesuaikan dengan kebutuhan sarana kesehatan terkait. Distribusi dilakukan secara regular setiap tiga bulan sekali dan distribusi unregular dilakukan satu atau dua bulan sekali. Jika ada obat kosong atau kurang maka boleh melakukan permintaan ulang. Hal ini terungkap dalam narasi wawancara berikut:

**“Distribusi obat dari instalasi farmasi ke puskesmas biasanya diantar setiap tiga bulan sekali, jika ada obat kurang bisa minta lagi” (informan 4, 5, 6, 8 dan 9)**

Cara distribusi obat ke puskesmas ini selalu diantar menggunakan kendaraan operasional roda empat. Cara ini lebih efisien bagi puskesmas karena pengelola obat puskesmas akan lebih fokus kepada

pelayanan pasien. Instalasi farmasi bisa melakukan supervisi dan pengawasan obat langsung ke puskesmas dan jaringannya ketika mengantar obat tersebut. Jika puskesmas yang mengambil maka kapasitas mobil untuk membawa obat lebih sedikit karena menggunakan mobil *ambulance* dan akan mengganggu pelayanan kepada pasien. Oleh karena itu fleksibilitas distribusi ini dilakukan agar ketersediaan obat esensial di puskesmas tetap terjaga.

### **Ada Pelatihan Untuk Sumber Daya Manusia Pengelola Obat**

Penelitian ini juga menunjukkan SDM pengelolaan obat esensial di Kabupaten Bangka Barat sudah mengikuti pelatihan pengelolaan obat. Pelatihan pengelolaan obat kepada tenaga yang terlibat sangat penting sekali untuk peningkatan keahlian. Apoteker instalasi farmasi dan seluruh pengelola obat puskesmas telah mengikuti pelatihan pengelolaan obat yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung bekerja sama dengan *Japan International Cooperation Agency*.

Perbedaan antara pelatihan apoteker dengan pengelola obat puskesmas adalah materi dasar. Pelatihan apoteker materi dasarnya kebijakan pengelolaan obat kabupaten/kota dan pengelola obat puskesmas kebijakan pengelolaan obat di puskesmas. Persamaannya yaitu materi inti pelatihan dan metode penyampaian materi.

Materi inti terdiri atas pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan meliputi perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan, pelaporan, supervisi dan evaluasi, pelayanan kefarmasian meliputi pelayanan resep, pelayanan informasi obat, konseling, pelayanan kefarmasian residensial; dan penggunaan obat rasional meliputi konsep, pemantauan dan evaluasi penggunaan obat rasional. Metode yang diaplikasikan dalam pelatihan ini terdiri atas ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, studi kasus, simulasi dan bermain peran.

## **PEMBAHASAN**

### **Seleksi dan Perencanaan Partisipatif Evidence Base**

Partisipasi merupakan salah satu prinsip pokok dalam reformasi dibidang sektor kesehatan termasuk reformasi sistem suplai obat<sup>9</sup>. Partisipasi juga merupakan salah satu prinsip dalam *good governance*<sup>10</sup>. Partisipasi puskesmas dalam proses seleksi dan perencanaan obat di Kabupaten Bangka Barat. Wujud partisipasi sarana kesehatan dapat dilakukan mulai dari usulan sampai pembuatan keputusan

tentang kebutuhan obat dalam tim perencanaan obat terpadu kabupaten.

Partisipasi sarana kesehatan dalam proses suplai obat terjadi juga di Uganda. Implikasi proses tersebut adalah peningkatan ketersediaan obat pada sarana kesehatan primer tersebut<sup>9</sup>. Sebaliknya di Laos obat-obatan yang tidak sesuai kebutuhan sarana kesehatan dapat menyebabkan penggunaannya rendah, banyak obat kadaluarsa dan masyarakat akan lebih banyak membeli obat ke swasta<sup>11</sup>. Keterlibatan sarana kesehatan dalam proses seleksi dan perencanaan obat di Tunisia dapat meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran<sup>12</sup>.

Salah satu tujuan seleksi dan perencanaan adalah untuk mendapatkan obat yang aman dan berkhasiat<sup>13</sup>. Hal ini dapat diperoleh jika kriteria dalam seleksi dan perencanaan obat jelas. Kriteria seleksi obat harus didasarkan telaah dokumen uji farmakologi, keamanan dan bioavailabilitas obat<sup>14</sup>. Kriteria seleksi obat harus didasarkan pada pertimbangan ilmiah meliputi kondisi kesehatan masyarakat, pedoman nasional penanggulangan penyakit dan kebijakan obat nasional<sup>15</sup>. Oleh karena itu keterlibatan sarana kesehatan untuk menghasilkan seleksi dan perencanaan yang *evidence based* sangat penting sekali.

### **Akuntabilitas Dalam Desentralisasi Pengadaan Obat**

Ketersediaan obat esensial yang rendah pada sarana kesehatan di Laos karena sistem pengadaan obatnya sentralistik<sup>11</sup>. Oleh karena itu perlu dilakukan desentralisasi dalam pengelolaan obat, khususnya pengadaan obat seperti yang terjadi di Uganda<sup>9</sup> dan di Zambia<sup>16</sup>. Desentralisasi pengadaan obat telah terjadi di Kabupaten Bangka Barat dimana puskesmas memiliki kewenangan dalam seleksi, perencanaan dan pembelian obat menggunakan dana rutin. Hal ini sejalan dengan salah satu prinsip reformasi birokrasi yaitu prinsip desentralisasi<sup>17</sup>. Desentralisasi dalam reformasi sistem kesehatan dapat meningkatkan *responsiveness* sarana kesehatan terhadap kebutuhannya sendiri termasuk kebutuhan obat<sup>18</sup>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa desentralisasi pengadaan obat membuat puskesmas lebih tanggap untuk memenuhi kebutuhan obatnya ketika kosong atau kurang menggunakan dana rutin.

Desentralisasi juga memberi kewenangan bagi sarana kesehatan untuk menentukan sendiri program dan kebutuhannya<sup>19</sup>. Salah satu tujuan desentralisasi yaitu untuk meningkatkan akuntabilitas<sup>16</sup>. Akuntabilitas merupakan salah satu prinsip dari *good governance*<sup>10</sup>. Akuntabilitas dalam pengelolaan obat sangat penting sekali, terutama pengadaan obat<sup>13</sup>.

Akuntabilitas merupakan pertanggungjawaban kepada publik atas aktivitas pengadaan obat. Akuntabilitas ini dapat dilihat dari aspek keuangan dan kinerja<sup>20</sup>.

Akuntabilitas keuangan obat dilihat berdasarkan laporan jumlah uang yang dianggarkan, jumlah uang yang dibayarkan, cara pembayaran, dasar penentuan harga obat, bukti pembayaran pajak, kuitansi, nota, surat pesanan dan faktur. Akuntabilitas kinerja dapat dilihat dari sistem pengadaan obat, jumlah dan jenis obat serta dampak harus sesuai dengan uang yang dikeluarkan, waktu pengadaan, waktu tunggu obat, supplier yang digunakan, penggunaan daftar obat esensial nasional dan kesesuaian dengan rencana<sup>21</sup>. Deskripsi hasil penelitian menunjukkan bahwa akuntabilitas dalam pengadaan obat rutin di puskesmas Kabupaten Bangka Barat sudah meliputi akuntabilitas keuangan dan kinerja. Akuntabilitas keuangan yang meliputi kuitansi, nota, surat pesanan, penentuan harga dan cara pembayaran dilakukan secara langsung. Akuntabilitas kinerja meliputi sistem pengadaan, jumlah obat, jenis obat dan penggunaan daftar obat esensial. Akuntabilitas kinerja yang menilai kesesuaian antara uang keluar dengan dampak belum dilakukan di Kabupaten Bangka Barat.

#### **Fleksibilitas Distribusi Yang Perlu Pengawasan**

Penerapan manajemen publik baru pada sistem kesehatan di Bangka Barat memerlukan suatu fleksibilitas seperti yang terjadi di New Zealand<sup>22</sup>. Salah satu fleksibilitas pada farmasi komunitas di Australia yaitu fleksibilitas operasional yang bercirikan penyediaan produk dan pelayanan dengan cepat dan efisien<sup>23</sup>. Fleksibilitas dalam sistem suplai obat dapat berpengaruh terhadap ketersediaan obat<sup>9</sup>.

Fleksibilitas dalam distribusi obat berarti kemampuan untuk menyesuaikan proses distribusi terhadap kebutuhan sarana kesehatan. Fleksibilitas distribusi meliputi fleksibilitas dalam frekuensi dan cara distribusi. Narasi wawancara dengan informan 4, 5, 6, 8 dan 9 menunjukkan bahwa sudah ada fleksibilitas dari instalasi farmasi kabupaten untuk memenuhi kebutuhan obat di Puskesmas Kabupaten Bangka Barat. Kegagalan dalam proses distribusi ini pernah terjadi di Malawi dimana terjadi ketidakcukupan pengiriman obat dari Pusat Obat Regional ke sarana-sarana kesehatan sehingga ketersediaannya rendah<sup>24</sup>. Cara distribusi yang fleksibel berarti memberikan pelayanan distribusi yang efisien bagi sarana kesehatan. Instalasi farmasi Kabupaten Bangka Barat telah memberikan layanan antar obat ke puskesmas dalam proses distribusi. Layanan antar ini lebih efisien untuk puskesmas karena akan lebih fokus kepada pelayanan pasien. Oleh karena itu flek-

sibilitas ini mencerminkan suatu keterbukaan organisasi terhadap kebutuhan lingkungannya. Organisasi lebih tanggap dan mampu beradaptasi terhadap setiap perubahan lingkungannya<sup>23</sup>.

Walaupun demikian fleksibilitas dalam distribusi obat harus tetap mewujudkan tujuan utama distribusi obat yaitu untuk mendapatkan obat yang aman, berkhasiat dan mutunya tetap stabil selama proses distribusi. Pengawasan dalam proses distribusi sangat diperlukan<sup>25</sup>. Pengawasan dalam proses distribusi bertujuan untuk menjamin kualitas dan stabilitas obat tetap terjaga selama kegiatan distribusi. Pengawasan meliputi sebelum, selama dan setelah proses distribusi. Pengawasan terhadap proses distribusi di Kabupaten Bangka Barat masih belum optimal terutama setelah proses distribusi belum pernah dilakukan. Padahal ada beberapa kejadian di China akibat ada obat yang tidak aman beredar karena pengawasan yang tidak efektif<sup>26</sup>. Proses distribusi obat ada kemungkinan penyalahgunaan penggunaan obat dan penggunaan obat yang salah karena pengaruh faktor obat yang beredar di pasaran<sup>7</sup>. Oleh karena itu walaupun ada fleksibilitas dalam proses distribusi obat esensial ini tetap diperlukan pengawasan.

#### **Penghargaan Untuk Sumber Daya Manusia Yang Terlatih**

Model birokrasi yang baru lebih menekankan pekerjaan pada keahlian<sup>27</sup>. Model birokrasi ini sering disebut birokrasi profesional. Pengetahuan Sumber Daya Manusia yang rendah tentang pengelolaan obat menyebabkan rendahnya ketersediaan obat esensial di Laos<sup>11</sup>. Ketidakcukupan obat di Malawi juga disebabkan SDM yang terlibat dalam pengelolaan obat belum dilatih<sup>24</sup>. Oleh karena itu pelatihan terhadap SDM yang terlibat sangat penting. Deskripsi hasil penelitian menunjukkan bahwa SDM yang terlibat dalam pengelolaan obat di Kabupaten Bangka Barat sudah mengikuti pelatihan manajemen pengelolaan obat. Kebijakan dalam hal pendidikan dan pelatihan sangat penting untuk mendukung pengembangan obat seperti yang terjadi di New Zealand<sup>28</sup>.

Kinerja yang profesional tentu harus didukung dengan penghargaan yang diberikan terhadap SDM tersebut. Penghargaan ini harus diberikan terutama kepada SDM di pedesaan, daerah terpencil dan pedalaman. Penghargaan bisa berupa pemberian gaji/tunjangan yang lebih baik, peningkatan karir dan penyediaan fasilitas<sup>29</sup>. Salah satu masalah yang dihadapi dalam pengelolaan obat adalah pengelolaan SDM. Sumber Daya Manusia pengelola obat yang sudah terlatih sering mencari pekerjaan yang bisa memberikan penghasilan lebih besar. Selain itu ada kesulitan

untuk meningkatkan semangat kerja personil dan menjaga kualitas kerjanya karena keterbatasan karir terhadap personil tersebut<sup>30</sup>.

Motivasi dan kinerja bisa ditingkatkan tidak hanya dengan gaji tetapi pemberian fasilitas berupa pendidikan lanjut dan pelatihan<sup>31</sup>. Pemberian insentif ekonomi seperti peningkatan gaji dan pemberian jasa medik bisa mempengaruhi motivasi dan kinerja perawat di London dan Genewa. Selain hal tersebut motivasi dan kinerja juga dipengaruhi oleh pengembangan kompetensi dan keterampilan, subsidi pendidikan, pemberian asuransi, kondisi kerja yang baik, pemberian akses ke jaringan profesi dan dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan<sup>32</sup>. Oleh karena itu pemberian penghargaan terhadap SDM yang terlibat dalam pengelolaan obat esensial sangat penting sekali untuk meningkatkan motivasi dan kerjanya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Upaya perubahan birokrasi dibidang kesehatan dalam era desentralisasi. Studi kasus dalam pengelolaan obat esensial di Kabupaten Bangka Barat menunjukkan sudah ada beberapa dinamika perubahan pengelolaan obat esensial yang mulai meninggalkan sistem birokrasi lama. Implikasi dinamika perubahan tersebut adalah ketersediaan obat "aman" ada di lima puskesmas, empat puskesmas pembantu dan sepuluh polindes/poskesdes.

Dinamika perubahan pengelolaan obat esensial yang telah terjadi di Kabupaten Bangka Barat adalah puskesmas lebih aktif terlibat dalam proses seleksi dan perencanaan. Puskesmas dilibatkan dalam memberikan usulan kebutuhan dan tim perencanaan obat. Proses pengadaan obat esensial juga sudah tidak sentralistik lagi di instalasi farmasi kabupaten tetapi puskesmas bisa melakukan pengadaan obat sendiri menggunakan anggaran rutin pengadaan. Kemudian ada fleksibilitas dalam cara dan frekuensi distribusi obat esensial di Kabupaten Bangka Barat. Frekuensi distribusi ke puskesmas setiap tiga bulan sekali dan bisa melakukan permintaan tambahan jika ada obat kosong atau tidak cukup. Cara distribusi obat ke puskesmas adalah diantar menggunakan kendaraan operasional roda empat.

Dinamika perubahan yang terakhir yaitu pada kapasitas birokrat. Kapasitas birokrat pengelolaan obat bisa ditingkatkan dengan mengikuti pelatihan. Apoteker dan seluruh pengelola obat puskesmas Kabupaten Bangka Barat sudah memiliki mengikuti pelatihan manajemen pengelolaan obat.

## SARAN

Model pengelolaan obat esensial yang mulai meninggalkan birokrasi lama sangat baik sekali.

Oleh karena itu dinamika perubahan harus tetap dilanjutkan agar model pengelolaan obat esensial semakin efektif, efisien, akuntabel dan profesional. Pengelolaan obat yang demikian akan berdampak terhadap pemerataan ketersediaan obat esensial pada sarana kesehatan.

Hal-hal prinsip yang sebaiknya mendapat perhatian Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Barat yaitu seleksi dan perencanaan perlu didasarkan bukti-bukti ilmiah dan transparan. Bukti-bukti ilmiah dan transparan akan mengakibatkan proses seleksi dan perencanaan lebih efisien dan akuntabel. Prinsip akuntabilitas juga sangat penting dalam pengadaan obat. Harus ada kesesuaian antara jumlah dana yang dikeluarkan untuk pengadaan obat dengan dampak yang diperoleh. Kemudian distribusi obat yang menekankan aspek fleksibilitas sangat baik sekali tetapi perlu ada pengawasan terhadap proses tersebut. Pengawasan setelah proses distribusi pada puskesmas dan jaringannya perlu mendapat perhatian khusus terutama yang ketersediaan obatnya "kurang". Dinamika perubahan ini sangat ditentukan oleh optimalisasi SDM yang terlibat dalam pengelolaan obat. SDM akan bekerja secara optimal jika ada penghargaan yang sesuai terhadap kerjanya. Oleh karena itu untuk mendukung dinamika perubahan pengelolaan obat esensial secara berkelanjutan maka perlu penerapan *reward* kepada SDM yang terlibat pengelolaan obat.

## REFERENSI

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Daftar Obat Esensial Nasional, Jakarta, 2008.
2. Quick JD, Hogerzeil HV, Velasquez G, Rago L, Twenty-five Years of Essential Medicines, Bulletin of the WHO 80, 2002.
3. Babar ZU, Ibrahim MIM, Singh H, Bukahri N, Creese A, Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability and Price Components: Implication for Acces to Drugs in Malaysia. Plos Med, 2007;4(3):82e.
4. Putri AE, Siahaan S, Tjahyono L, Budiharto M, Sundari S, Angkasawati T, Helmi R, Ariningrum R, The Prices People Have to Pay for Medicine in Indonesia. Center for Health Service and Technology Research National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health Indonesia in Collaboration with WHO, Health Action International, Jakarta, 2007.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 2010.
6. Quick JD, Hume ML, Rankin IR, Laing RO, O'Connor, Managing Drug Supply, Second Edi-

- tion Revised and Expanded, Kumarian Press, West Harford, 1997.
7. Dong HJ, Bogg L, Rehnberg C, Diwan V, Drug Policy in China: Pharmaceutical Distribution in Rural Areas, *Social Science and Medicine*, 1999;48:777-786.
  8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Petunjuk Pelaksanaan Pemantauan/Pengendalian Ketersediaan Obat Terpadu Daerah Tingkat II, Jakarta, 1998.
  9. Jitta J, Whyte SR, Nshakira N, The Availability of Drug: What Does It Mean in Ugandan Primary Care. *Elsevier Science-Health Policy*, 2003;65:167-179.
  10. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, Jama MA, (2009) Framework for Assessing Governance of the Health System in Developing Countries: Gateway to Good Governance. *Health Policy*, 2009;90:13-25.
  11. Syhakhang L, Sengaloundeth S, Paphassarang C, Freudenthal S, Wahlstrom R, Availability of Essential Drugs and Sustainability of Village Revolving Drug Funds in Remote Areas of Lao PDR. *Drugs*, 2008;519-543.
  12. Garraoui A, Feuvre PL, Ledoux M, Introducing Management Principles Into the Supply and Distribution of Medicines in Tunisia. *Bulletin of the WHO*, 1999;77(6).
  13. World Health Organization, Equitable Access to Essential Medicines: A Framework for Collective Action, Geneva, 2004.
  14. Gerald MC, National Drug Policy and Rational Drug Use: A Model Curriculum for Developing Countries. *J Clin epidemiology*, 1991;44(I,II): 95s-99s.
  15. Hogerzeil HV, The Concept of Essential Medicines: Lessons for Rich Countries, *BMJ*, 2004;329.
  16. Jeppsson A, Okuonzi SA, Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experiences from Zambia and Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000;15:273-289.
  17. Osborne D, Gaebler T, Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector, Addison-Wesley Publishing Company, New York, 1992.
  18. Oyaya CO, Rifkin SB, Health Sector Reforms in Kenya: An Examination of District Level Planning. *Health Policy*, 2003;64:113-127.
  19. Handayani S, Ilmu Politik dalam Kebijakan Kesehatan. Ed. pertama, Gosyen Publishing, Yogyakarta, 2010.
  20. Brinkerhoff D, Accountability and Health Systems: Overview, Framework and Strategies. Technical Report No. 018. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc, 2003.
  21. Nikfar S, Kebriaeezadeh A, Majdzadeh R, Abdollahi M, Monitoring of National Drug Policy and Its Standardized Indicators; Conformity to Decisions of the National Drug Selecting Committee in Iran. *BMC International Health and Human Rights*, 2005;5:5.
  22. Barnett P, Tenbensen T, Cumming J, Clayden C, Ashton T, Pledger M, Burnette M, Implementing New Modes of Governance in the New Zealand Health System: An Empirical Study. *Health Policy*, 2009;93:118-127.
  23. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI, Flexibility in Community Pharmacy: A Qualitative Study of Business Models and Cognitive Services, *Pharm World Sci*, 2010;32:130-138.
  24. Lufesi NN, Andrew M, Aursnes I, Deficient Supplies of Drugs for Life Threatening Diseases in an Africa Community. *BMC Health Services Research*, 2007;7:86.
  25. World Health Organization, Good Distribution Practices for Pharmaceutical Products. WHO Technical Report Series, 2006;937.
  26. Yu X, Li C, Shi Y, Yu M, Pharmaceutical Supply Chain in China: Current Issues and Implications for Health System Reform. *Health Policy*, 2010;2481.
  27. Gifford, Pinchot E, The End of Bureaucracy and The Rise of The Intelligent Organization.: Barret-Koehler Publishers, San Fransisco, 1993.
  28. Lockhart M, Babar ZU, Garg S, Evaluation of Policies to Support Drug Development in New Zealand. *Health Policy*, 2010;96:108-117.
  29. Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional, Kajian Kebijakan Perencanaan Tenaga Kesehatan, Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan, BAPPENAS, Jakarta, 2005.
  30. World Health Organization, How to Develop and Implement a National Drug Policy, Geneva, 2001.
  31. Saide MAO, Stewart DE, Decentralization and Human Resource Management in the Health Sector: A Case Study (1996 ± 1998) from Nampula Province, Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*, 2001;16:155-168.
  32. Kingma M, Human Resources for Health Economic Incentive in Community Nursing: Attraction, Rejection or Indifference?. *BMC Human Resources for Health*, 2003;12:1-12.