

ANALISIS KETERSEDIAAN DAN POLA PERESEPAN OBAT DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH DI INDONESIA

(Analysis of Prescribing Pattern and the Availability of Medicines at General Hospitals in Indonesia)

Selma Siahaan¹

Naskah masuk: 19 Agustus 2013, Review 1: 22 Agustus 2013, Review 2: 22 Agustus 2013, Naskah layak terbit: 30 Oktober 2013

ABSTRAK

Latar belakang: Analisis ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai ketersediaan dan pola persepan obat di rumah sakit pemerintah sebagai komponen akses terhadap obat. **Metode:** Studi merupakan analisis non intervensi dengan menggunakan data Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011. Sampel adalah 40 item obat esensial yang disurvei di rumah sakit pemerintah yang berada di seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Analisis deskriptif bivariat untuk menganalisis ketersediaan 40 item obat yang ada dan pola persepan dokter di RS serta menganalisis ketersediaan obat-obatan yang dibutuhkan untuk 5 penyakit terbanyak secara nasional di rumah sakit. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan ketersediaan obat-obatan di RS Pemerintah cukup baik kecuali ketersediaan fixed dose combination untuk tuberculosis, vitamin A dan vaksin yang merupakan obat program dinas kesehatan. Penulisan resep obat generik oleh dokter rumah sakit adalah 62,1% untuk pasien dewasa dan 62,6% untuk pasien anak dan penulisan resep obat esensial baik yang generic maupun bermerek adalah 32,6% untuk pasien dewasa dan 35,2% untuk pasien anak. **Kesimpulan:** pola penulisan resep obat di rumah sakit belum rasional. **Saran:** Pemerintah sebaiknya melakukan pembinaan terus menerus mengenai persepan dan penggunaan obat yang rasional serta mengupayakan sistem insentif bagi dokter dan apoteker yang memberikan pelayanan obat yang rasional agar akses terhadap obat dapat lebih baik.

Kata kunci: ketersediaan, obat esensial, pola persepan obat, penggunaan obat yang rasional, rumah sakit umum

ABSTRACT

Objective: The study aim to provide description analyses of prescribing pattern and the availability of medicines in general hospital as access components to medicines. **Methods:** This is non-intervention analysis using data from national health facilities research 2011. **Samples:** 40 items of essential medicines were surveyed at all general hospitals that belong to government in all districts in Indonesia. Bivariate and descriptive analyses intent to analyses the availability of medicines in hospital in Indonesia and pattern of drug prescription **Results:** The availability of drugs in the government's hospital is quite good, except fixed dose combination for tuberculosis, vitamin A and vaccines. Those are program's medicines of health ministries. The results also show that the prescription using generic medicines for adults and children in the hospital were 62.1% and 62.6%. The prescription using essential medicines for adults and children were 32.6% and 35.2%. **Conclusion:** Drug prescription pattern have not been rational. **Recommendation:** Based on the results, the use of rational medicines should be keep promoting by the government. In line with this the incentive should be provided to the doctors and pharmacist who serve the patient with the rational use medicines.

Key words: availability, essential medicines, drug prescribing pattern, rational use medicines, general hospital

PENDAHULUAN

Obat merupakan komponen vital bagi pelayanan rumah sakit. SK Menkes no. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang "Standar Pelayanan Rumah Sakit"

menyebutkan bahwa manajemen pelayanan rumah sakit harus menjaga bahwa obat yang dibutuhkan tersedia setiap saat dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan serta memberikan manfaat bagi pasien dan rumah sakit. Ketersediaan obat juga

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kes, Kemenkes RI. Jl. Percetakan Negara 23A Jakarta. Alamat Korespondensi: Selmasiahaan@yahoo.com

berkaitan dengan angka kematian dan kesakitan di masyarakat (Tumwine et al., 2010).

Lebih jauh lagi, ketersediaan obat dapat dijamin dengan pengelolaan obat yang baik dan sesuai standar, seperti yang diatur dalam *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit* yang tertuang dalam SK Menkes no. 1197/Menkes/SK/X/2004 bahwa “pengelolaan obat merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, penghapusan, administrasi, pelaporan dan evaluasi”. Menurut Seto Soerjono (2001) siklus pengelolaan obat harus dipastikan bahwa semua tahap pengelolaan sama kuat dan semua kegiatan tersebut harus selalu selaras, serasi dan seimbang, bila tidak akan mengacaukan siklus secara keseluruhan yang menimbulkan dampak seperti pemborosan, tidak tersedianya obat, tidak tersalurnya obat, obat rusak, dan lain sebagainya.

Rumah sakit merupakan pusat rujukan pelayanan kesehatan. Berdasarkan SK Menkes no. 340 tahun 2010 dinyatakan bahwa terdapat 4 kelas rumah sakit pada klasifikasi rumah sakit umum di Indonesia berdasarkan fasilitas kemampuan dan pelayanan yang penetapan kelas tersebut dilakukan oleh Menteri Kesehatan. Adapun kelas rumah sakit yang dimaksud: 1) Rumah sakit kelas A yang paling sedikit harus mampu memberikan 4 pelayanan medik spesialis dasar, 5 pelayanan penunjang medik, 12 pelayanan medik spesialis lain dan 13 pelayanan medik sub spesialis dengan jumlah tempat tidur minimal 400 buah, 2) Rumah sakit kelas B yang paling sedikit harus mampu memberikan 4 pelayanan medik spesialis dasar, 4 pelayanan penunjang medik, 8 pelayanan medik spesialis lain dan 2 pelayanan medik sub spesialis dengan jumlah tempat tidur minimal 200 buah, 3) Rumah sakit kelas C yang paling sedikit harus mampu memberikan 4 pelayanan medik spesialis dasar dan 4 pelayanan penunjang medik dengan jumlah tempat tidur minimal 100 buah, 4) Rumah sakit kelas D yang paling sedikit harus mampu memberikan 2 pelayanan medik spesialis dasar dengan jumlah tempat tidur minimal 50 buah (Kemkes, 2010).

Berdasarkan klasifikasi kelas rumah sakit tersebut di atas maka jenis, jumlah dan kapasitas pelayanan obat yang tersedia pada setiap kelas rumah sakit menjadi berbeda-beda meskipun beberapa jenis

obat esensial dan komponen-komponen dasar dari pelayanan obat harus ada di setiap kelas rumah sakit, misalnya: obat parasetamol, amoksisilin, dan diazepam harus terdapat di semua kelas rumah sakit, demikian juga setiap rumah sakit harus memiliki instalasi farmasi yang merupakan unit pelayanan obat dan di pimpin oleh apoteker.

Hasil penelitian yang ada memperlihatkan bahwa beberapa jenis obat esensial ternyata tidak terdapat pada rumah sakit, atau obat tersebut terdapat tidak dalam jumlah yang cukup untuk pelayanan ke pasien (Sasanti, 2009; Siahaan S, 2008). Apabila obat tidak tersedia di rumah sakit, maka pasien harus mencari obat yang diresepkan oleh dokter rumah sakit di apotek di luar rumah sakit. Pasien harus berkeliling untuk mencari obat tersebut, dan membayar obat tersebut yang mungkin lebih mahal dari harga obat tersebut bila dibeli dari instalasi farmasi rumah sakit dengan uang mereka sendiri. Hasil survei harga obat yang dilakukan Badan Litbang Kesehatan menunjukkan bahwa harga obat di sektor swasta lebih mahal dari di sektor publik (Badan Litbangkes, 2005).

Apoteker rumah sakit bertanggung jawab untuk menjaga mutu obat. Apoteker dan dokter harus bekerja sama dengan baik untuk memberikan pelayanan obat yang rasional kepada pasien guna kesembuhan pasien. Menurut WHO (2013) penggunaan obat yang rasional adalah pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan klinis pasien dengan aturan pakai yang tepat dan dengan harga yang terjangkau oleh pasien. WHO juga menyatakan bahwa ada 4 komponen akses terhadap obat, yaitu: harga obat, ketersediaan obat, penggunaan obat yang rasional dan sistem pembiayaan yang berkesinambungan. Jika komponen ketersediaan dan penggunaan/peresepan obat yang rasional kurang baik maka komponen lainnya juga menjadi kurang berguna yang artinya akses terhadap obat menjadi kurang baik.

Pasien rumah sakit umum pemerintah pada umumnya adalah masyarakat menengah ke bawah. Rumah sakit pemerintah terdapat di seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Pada wilayah-wilayah terpencil fasilitas kesehatan rujukan terdekat dan terbaik hanya ada di rumah sakit pemerintah. Pelayanan obat yang rasional di rumah sakit dengan menggunakan obat esensial dan obat generik yang terjangkau akan meningkatkan derajat kesembuhan dan kepuasan pasien.

Tulisan ini memberikan gambaran analisis mengenai ketersediaan dan pola persepan obat di rumah sakit pemerintah di seluruh kabupaten/kota yang ada dengan menggunakan data riset fasilitas kesehatan (Rifaskes) 2011. Hasil analisis ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi penyempurnaan kebijakan obat untuk fasilitas kesehatan pemerintah, khususnya kebijakan akses terhadap obat.

METODE

Kajian ini merupakan analisis non intervensi, dengan menggunakan data riset fasilitas kesehatan (rifaskes) 2011. Desain penelitian, mengikuti desain Rifaskes 2011 yaitu potong lintang (*cross-sectional*), data disajikan secara deskriptif dan kuantitatif.

Unit analisis rumah sakit adalah pemerintah yang berada di seluruh kabupaten/kota di Indonesia yaitu 685 RS. Variabel adalah item obat (40 item obat esensial), ketersediaan obat, pola penyakit terbanyak, ketersediaan formularium, kepatuhan menulis resep sesuai formularium, proporsi penulisan resep obat generik dan proporsi penulisan resep obat esensial

Definisi Operasional

Item obat adalah sediaan obat berdasarkan bentuk dan kekuatan obat. Biasa disebut satuan kemasan. Sedangkan, Ketersediaan obat, obat yang tersedia pada waktu survei dilakukan.

Pola persepan adalah pola penulisan resep dokter di rumah sakit. Pada pengumpulan data Rifaskes, dari setiap apotek rumah sakit diambil 5 resep untuk orang dewasa dan 5 resep untuk anak.

Formularium adalah “himpunan obat yang diterima atau disetujui oleh Panitia Farmasi dan Terapi untuk digunakan di rumah sakit dan dapat direvisi pada setiap batas waktu yang ditentukan” (Depkes RI, 2004).

Obat generik adalah “obat dengan nama resmi International *Non Proprietary Names* (INN) yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia atau buku standar lainnya untuk zat khasiat yang dikandungnya” (Kemkes, 2010). Obat esensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang diupayakan tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya” (Depkes, 2008). Analisis data menggunakan analisis deskriptif dan analisis bivariat dengan menggunakan *software* statistik SPSS. Analisis deskriptif untuk menganalisis ketersediaan 40 item obat yang ada di RS dan pola persepan dokter di RS. Analisis bivariat untuk menganalisis ketersediaan obat-obatan yang dibutuhkan untuk 5 penyakit terbanyak secara nasional di rumah sakit.

Resep dianalisis untuk melihat presentasi berapa persen resep yang menggunakan obat generik dan berapa persen resep yang menggunakan obat esensial dan berapa persen resep yang menggunakan obat bermerek. Analisis mengikuti metode yang dikembangkan oleh WHO.

HASIL

Ketersediaan Obat di Rumah Sakit

Jumlah RS yang dianalisis sebanyak 685 unit dengan rincian 16 unit RS kelas A, 145 unit RS kelas B, 323 unit RS kelas C dan 201 unit RS kelas D milik pemerintah, BUMN dan TNI/POLRI.

Ketersediaan Obat untuk 5 Penyakit Terbanyak di Rumah Sakit di Indonesia

Lima penyakit terbanyak di rumah sakit berdasarkan profil kesehatan Indonesia 2011 adalah ISPA, Diare & gastroenteritis, Hipertensi, Dispepsia, Pneumonia.

Tabel 1. Distribusi Ketersediaan Jumlah Item Obat di Rumah Sakit

Ketersediaan	Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D
> 90%	24 item (60,0%)	21 item (52,5%)	19 item (47,5%)	16 item (40,0%)
75–90%	5 item (12,5%)	4 item (10,0%)	6 item (15,0%)	7 item (17,5%)
50–74%	9 item (22,5%)	1 item (2,5%)	–	2 item (5,0%)
< 50%	2 item (5,0%)	14 item (35,0%)	15 item (37,5%)	17 item (42,5%)
Total	40 item (100%)	40 item (100%)	40 item (100%)	40 item (100%)

Ketersediaan obat untuk ISPA tertinggi di RS kelas A dan kelas B (> 90%), diikuti di RS kelas C dan D, kecuali untuk kotrimoksazol suspensi 240 mg.

Ketersediaan obat untuk penyakit diare secara umum baik.

Pada daftar obat yang disurvei obat untuk penyakit hipertensi hanya captopril tablet 12,5 mg, di mana tingkat ketersediaannya $\geq 90\%$ pada semua kelas RS (tabel 2).

Pada daftar obat yang disurvei obat untuk penyakit dyspepsia hanya antasida DOEN tablet, di mana tingkat ketersediaannya tinggi pada semua kelas RS, yaitu > 90% (tabel 2).

Pada daftar obat yang di survei obat untuk penyakit pneumonia adalah amoksisilin tablet 500 mg dan amoksisilin sirup kering 125 mg/ml yang tingkat ketersediaannya tinggi pada semua kelas RS, yaitu > 90% (tabel 2).

Hasil analisis memperlihatkan bahwa ketersediaan instalasi farmasi di seluruh RS pemerintah yang di survei 99% dan hanya terdapat 2 (dua) RS kelas D di Sumatra Utara yang belum memiliki instalasi farmasi. Hasil analisis juga memperlihatkan bahwa 13 RS kelas C dan 32 RS kelas D tidak memiliki Apoteker.

PEMBAHASAN

Secara umum hasil analisis memperlihatkan bahwa RS kelas A memiliki ketersediaan obat tertinggi dibandingkan kelas RS lainnya. Walaupun demikian, ketersediaan obat > 90% di RS kelas A hanya untuk 24 item obat esensial (60%) dan RS kelas B hanya untuk 21 item obat esensial (52,5%). Sementara itu untuk kelas RS C dan D hanya di bawah 50% (19 dan 16 item). Sebagai RS untuk rujukan tertinggi, maka RS kelas A sudah sewajarnya memiliki ketersediaan obat terbaik.

Obat-obat yang ketersediaannya baik (> 90%) dan cukup baik (75–90%) di RS kelas A maka baik pula ketersediaannya di RS kelas lainnya, kecuali untuk klorpromazine 100 mg yang ketersediaannya di RS kelas D hanya 53,3%. Demikian pula sebaliknya, bila obat-obat yang ketersediaannya kurang baik (< 75%) di RS kelas A maka ketersediaan di RS kelas lainnya juga kurang baik. Sehingga ketersediaan obat diasumsikan berkaitan dengan jenis item obatnya dan bukan dengan kelas RS yang ada. Hal ini bisa disebabkan oleh tingginya harga obat-obat tersebut (mis: *fixed dose combination* untuk tuberkulosis) dan

kekosongan item obat-obat tertentu di pabrik atau distributor (Badan Litbangkes, 2012; Sasanti, 2010).

Obat-obat yang ketersediaannya baik dan cukup baik adalah obat-obat untuk 5 penyakit terbanyak di RS pemerintah di Indonesia. Sebaliknya, obat-obat yang ketersediaannya kurang baik adalah obat ACT, *fixed dose combination* untuk tuberkulosis, vitamin A dan vaksin. Obat-obat tersebut merupakan obat program pemerintah yang pengadaannya dilakukan oleh pemerintah pusat serta didistribusikan ke puskesmas. Hasil data Rifaskes puskesmas memperlihatkan bahwa ketersediaan ACT, *fixed dose combination* dan vitamin A ternyata juga kurang baik ($\leq 60\%$), akan tetapi ketersediaan vaksin di puskesmas cukup baik (> 80%). Menurut Tumwin et al. (2010) ketersediaan obat yang baik akan meningkatkan penggunaan obat yang rasional. Ketersediaan obat yang kurang baik akan mengurangi akses masyarakat terhadap obat (WHO, 2011). Menurut Cameron et al. (2011) kurang baiknya ketersediaan obat pada sektor pemerintah dapat disebabkan oleh kurangnya kapasitas untuk memprediksi kebutuhan obat dengan akurat, pengelolaan dan distribusi obat yang tidak efisien dan adanya obat hilang.

Pola persepsian obat yang rasional akan meningkatkan akses masyarakat terhadap obat. Formularium RS merupakan salah satu instrumen untuk menegakkan pola persepsian obat yang rasional karena disusun berdasarkan standard terapi dan pengobatan yang rasional yang disusun oleh komite obat dengan anggota dokter dan apoteker. Data pada tabel 3 memperlihatkan bahwa ketersediaan formularium serta kepatuhan menulis resep sesuai formularium tertinggi ada pada RS kelas A yang merupakan RS rujukan tertinggi dan merupakan RS pendidikan. Ketersediaan formularium di RS kelas B, C dan D masih sangat kurang (< 60%), demikian juga kepatuhan menulis resep sesuai formularium juga masih kurang (< 66%). Untuk RS Kelas C dan D terdapat kekosongan apoteker, masing-masing pada 13 dan 32 unit RS.

Peran apoteker dalam penyusunan formularium tinggi. Dalam komite obat apoteker harus menjadi sekretaris yang menginput, merangkum dan mendokumentasikan formularium. Jika melihat ketersediaan apoteker, maka RS kelas B yang semuanya memiliki Apoteker seharusnya ketersediaan formularium tinggi. Akan tetapi

Tabel 2. Ketersediaan Obat di Rumah Sakit Pemerintah per Kelas RS

No.	Nama Obat	Kelas RS			
		%			
		A	B	C	D
1	ACT (<i>Artemisinin Combination Therapy</i>)	43,8	26,4	35,3	34,7
2	Amoksisilin 500 mg	100,0	99,3	97,5	97,0
3	Amoksisilin sir kering 125mg/ml	100,0	100,0	97,2	93,0
4	Antasida DOEN	100,0	97,2	97,2	94,0
5	Captopril 12,5 mg	100,0	95,1	94,1	89,4
6	Deksametasoninj 5 mg/ml–2 ml	100,0	95,8	95,0	92,5
7	Deksametason 5 mg	93,8	94,4	96,3	92,0
8	Dekstrometorfan sir 10 mg/5 ml	100,0	94,4	87,0	80,9
9	Dekstrometorfan 5 mg	93,8	93,8	91,6	87,9
10	Dietilkarbamazinsirat 100 mg	50,0	29,2	19,8	20,6
11	DifenhidraminHClinj 10 mg/ml 1 ml	93,8	81,2	74,9	67,3
12	FDC (<i>Fixed Dose Combination</i>)I dan III	87,5	39,6	25,1	17,1
13	Memiliki FDC II	81,2	33,3	20,1	14,1
14	FDC Sisipan	50,0	25,7	16,4	10,6
15	Garamoralit	93,8	90,3	92,6	91,0
16	Gliseril Guaiakolat 100 mg	93,8	97,9	95,7	93,0
17	Glukosalarutaninfus 5% steril	100,0	99,3	98,1	94,0
18	Ibuprofen 200 mg	100,0	91,7	86,4	80,9
19	Kloramfenikol 250 mg	93,8	89,6	85,1	86,4
20	Klorfeniraminmaleat 4 mg	100,0	95,1	96,0	92,5
21	Klorpromazine 100 mg	93,8	87,5	75,9	53,3
22	Kotrimoksazolsusp 240 mg	87,5	91,7	89,5	80,4
23	Kotrimoksazol 480 mg	100,0	95,8	93,8	91,5
24	Lidokainkompinj 2%	93,8	92,4	96,3	93,0
25	NatriumKloridainf 0,9% steril	100,0	99,3	98,1	94,5
26	Parasetamol 500 mg	100,0	97,9	98,1	97,5
27	Prednison 5 mg	100,0	97,2	97,8	93,0
28	Pyrantelpamoat 125 mg	81,2	75,0	77,1	74,4
29	Ringer laktatinfsteril	100,0	98,6	96,9	95,0
30	Retinol 100.000 IU	56,2	34,0	26,1	24,1
31	Retinol 200.000 IU	43,8	34,0	23,3	24,1
32	Salbutamol 2 mg	100,0	99,3	92,9	89,9
33	Vitamin B kompleks	100,0	97,2	95,0	90,5
34	Vaksin BCG	62,5	41,0	27,1	25,1
35	Vaksin TT	81,2	52,1	40,2	41,2
36	Vaksin DT	68,8	34,0	19,9	16,6
37	VaksinCampak	56,2	39,6	24,9	23,6
38	Vaksin Polio	56,2	40,3	25,2	24,1
39	Vaksin Hepatitis	68,8	41,7	28,0	26,1
40	Vaksin DTP-HB	56,2	36,1	21,8	19,1

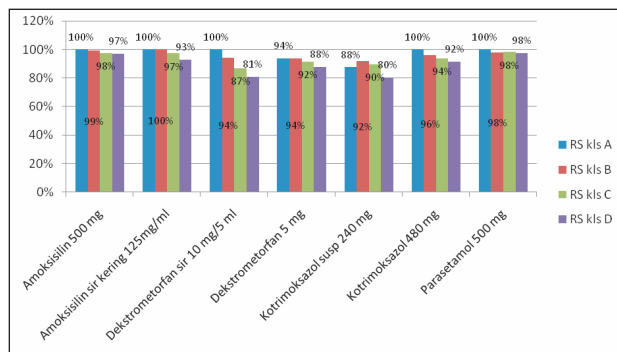
rata-rata distribusi apoteker di RS kelas B hanya 1 (rerata = 1,06). Pada umumnya apoteker RS waktunya terutama disibukkan oleh pekerjaan pelayanan obat langsung dan administrasi, sehingga jika dalam RS hanya terdapat 1 apoteker maka waktu kerjanya akan tersita hanya untuk urusan pelayanan obat dan aspek administratif pengelolaan obat, sehingga waktu untuk melakukan hal-hal pengembangan dan

peningkatan mutu pelayanan obat sangat kurang (Sasanti R, 2009).

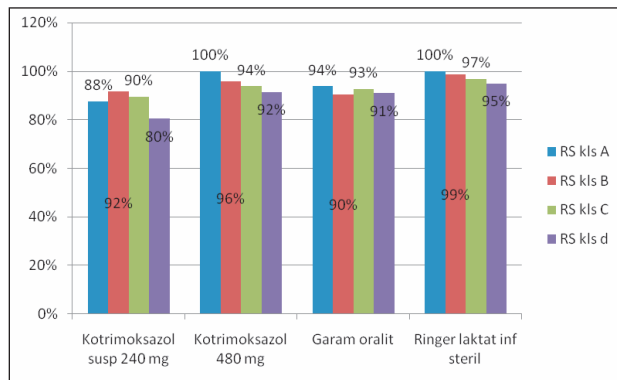
Tabel 4 menunjukkan bahwa penulisan resep obat generik oleh dokter rumah sakit adalah 62,1% untuk pasien dewasa dan 62,6% untuk pasien anak. Jadi dapat dikatakan bahwa penulisan resep obat di rumah sakit masih belum rasional. Walaupun sudah ada Surat Keputusan Menteri Kesehatan

Tabel 3. Ketersediaan Formularium di RS dan Kepatuhan Dokter Menulis Resep Sesuai Formularium

Kelas RS	Ketersediaan formularium	Kepatuhan menulis resep sesuai formularium
Kelas A	84,8%	81,3%
Kelas B	56,7%	65,9%
Kelas C	35,2%	50,3%
Kelas D	57,4%	57,1%



Gambar 1. Ketersediaan Obat di RS untuk Penyakit ISPA.



Gambar 2. Ketersediaan Obat di RS untuk Penyakit Diare

Tabel 4. Distribusi Penulisan Resep Obat Generik, Esensial, Bermerek dan Esensial Bermerek untuk Pasien Dewasa dan Anak dari Apotek di RSU

	Resep obat generik	Resep obat generik esensial	Resep obat bermerek	Resep obat bermerek esensial
Pasien dewasa (> 14 tahun)	36,3%	25,8%	31,1%	6,8%
Pasien anak (0–14 tahun)	35,21%	27,4%	29,6%	7,8%

Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang kewajiban menulis resep obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, tetapi belum dilakukan. Kebijakan tersebut belum mengatur mengenai sanksi dan *incentif* bagi dokter yang tidak meresepkan, sehingga kebijakan tersebut belum efektif.

Pemerintah juga telah mengeluarkan kebijakan penerapan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) pada semua unit pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan dan pengelolaan obat (SK Menkes No. 2500/2011). Hasil analisis memperlihatkan bahwa penulisan resep obat esensial baik yang generik maupun bermerek adalah 32,6% dan 35,2% masing-masing untuk dewasa dan anak. Hasil ini juga menunjukkan bahwa pola penulisan resep obat di rumah sakit belum rasional. WHO (2013) menegaskan kembali bahwa obat esensial bertujuan agar pelayanan kesehatan dapat selalu menyediakan obat dengan aturan pakai yang tepat, yang terjamin kualitasnya dengan harga yang terjangkau. Menggunakan/ meresepkan obat esensial mengindikasikan bahwa dokter atau petugas kesehatan lain sudah berupaya untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ketersediaan obat-obatan di RS Pemerintah cukup baik kecuali ketersediaan *fixed dose combination* untuk tuberculosis, vitamin A dan vaksin yang merupakan obat program dinas kesehatan yang penyalurannya terutama ke puskesmas.

Pola peresepan obat di RS pemerintah belum baik. Karena kebijakan yang mewajibkan penulisan obat generik dan esensial tidak disertai pengaturan

sangsi dan *incentif* bagi tenaga kesehatan yang tidak melaksanakan.

Saran

Guna peningkatan akses masyarakat terhadap obat, maka pemerintah sebaiknya juga menyalurkan *fixed dose combination* tuberkulosis ke RS pemerintah secara berkesinambungan dan bukan hanya ke puskesmas. Kementerian kesehatan bersama-sama dinas kesehatan setempat sebaiknya melakukan pembinaan terus menerus mengenai persepan dan penggunaan obat yang rasional serta mengupayakan sistem *incentif* bagi dokter dan apoteker yang memberikan pelayanan obat yang rasional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada kepala Badan Litbangkes dan kepala Pusat 4 Badan Litbangkes yang mendukung pembuatan analisis lanjut Rifaskes 2011. Terima kasih juga kepada Ida Diana Sari yang membantu membuat *dummy table* dan tim mandat Rifaskes 2011 yang menyediakan data set Rifaskes untuk dianalisis.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Litbang Kesehatan. 2012. Laporan Akhir Riset Fasilitas Kesehatan 2011.
Badan Litbang Kesehatan, 2005. WHO and HAI, Final Report the Prices People Have to Pay for Medicines in Indonesia, Jakarta-Indonesia.

Badan Litbang Kesehatan. 2012. Laporan Akhir Penelitian: Studi harga obat pada rumah sakit, puskesmas dan apotek di DKI Jakarta. Jakarta.
Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Lain RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. Bull World Health Organ 2011; 89: 412–421.
Departemen Kesehatan RI. 2005. Kebijakan Obat Nasional. Jakarta.
Sasanti Rini, dkk., 2009. Laporan Penelitian Kesiapan Tenaga Kefarmasian Menghadapi Era Globalisasi di Bidang Pelayanan Kefarmasian, Badan Litbangkes, Jakarta.
Sasanti Rini, Supardi S, Raharni, Susyanty AL. Ketersediaan dan Persepan Obat Generik dan Obat Esensial di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian di 10 Kabupaten/ Kota di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 13 No. 1 Januari 2010: 54–60.
Seto Soerjono. 2001. Manajemen Apoteker. Airlangga University Press. Surabaya.
Siahaan Selma, Sasanti Rini. Akses Masyarakat terhadap Obat Esensial pada unit Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 10, No. 3. Juli 2008.
Tumwine Y, Kutyabami P, Odoi RS, Kalyango JN. Availability and Expiry of Essential Medicines and Supplies during the 'Pull' and 'Push' Drug Acquisition Systems in a Rural Ugandan Hospital. Tropical Journal of Pharmaceutical Research December 2010; 9 (6): 557–564.
World Health Organization, 2006. Medicine Prices: A Critical Barrier. Available at: http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/