

HUBUNGAN KETERSEDIAAN TENAGA KEFARMASIAN DENGAN KARAKTERISTIK PUSKESMAS DAN PRAKTIK KEFARMASIAN DI PUSKESMAS

(Analisis Lanjut Data Riset Fasilitas Kesehatan Nasional Tahun 2011)

(Relationship of The Availability of Phamacist with Characteristics of Primary Health Center and Pharmacy Practice in Health Center)

Max Joseph Herman*, Sudibyo supardi*, dan Yuyun Yuniar*

ABSTRACT

Background: Government Regulation Number 51 of 2009 on Pharmacy Practice states that pharmacy staff is those who practice pharmacy, namely pharmacists and technical pharmacy staff. According to chapter 2, dispensing of prescription drugs, among others in primary health center (PHC), must be done by a pharmacist. The availability of pharmacy staff relating to PHC characteristics and pharmacy practice is still unclear. **Methods:** This study is a follow-up study through an analysis of secondary data of National Health Facility Research of 2011 which was done cross-sectionally on PHCs in districts/cities, regarding the availability of pharmacy staff in PHC and has been conducted in August and September 2012. The objectives of this study are to obtain information on the availability of pharmacy staff in PHC, the availability of pharmacy staff based on the characteristics of PHC and pharmacy practices based on the availability of pharmacy staff in PHC. Data confirmation was done through in-depth interviews with HRD staff of Bekasi and Bogor City Health Office and pharmacy staff in two PHCs in each city. Data was analyzed by comparing the availability of pharmacy staff based on the characteristics of PHC and pharmacy practice based on the availability of pharmacy staff in PHC. Statistical analysis was conducted using frequency distribution; Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Kendalls tau b tests. **Results:** Results of the study showed that only 17.5% of PHCs in Indonesia nationally had pharmacist and there were 32.2% PHCs with no pharmacy staff at all. There was statistically significant difference in the availability of pharmacy staff among PHCs based on their locus, sort of PHC, rural/urban area and employment status of pharmacy staff. Pharmacist performed better in pharmacy practice, drug management and complete LP-LPO reporting than who was also consecutively better than non-pharmacy staff.

Key words: pharmacist, pharmacy pratice, primary health center, technical pharmacy staff

ABSTRAK

Latar belakang: Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian menyatakan bahwa tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Berdasarkan pasal 21, pelayanan resep atau penyerahan obat resep dokter di puskesmas, harus dilakukan oleh apoteker. Masalah penelitian adalah belum diketahui kondisi ketersediaan tenaga kefarmasian dalam kaitannya dengan karakteristik dan Praktik kefarmasian di puskesmas. **Metode:** Studi ini merupakan analisis lanjut data sekunder Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011 yang menggunakan pendekatan survei (cross-sectional) terhadap puskesmas di kabupaten/kota terkait ketersediaan tenaga kefarmasian di puskesmas dan dilakukan pada bulan Agustus–September 2012. Tujuan analisis adalah mendapatkan informasi tentang ketersediaan tenaga kefarmasian di puskesmas, ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan karakteristik puskesmas dan Praktik kefarmasian berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian di puskesmas. Konfirmasi data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Kota Bekasi serta tenaga kefarmasian pengelola obat di Puskesmas. Pengolahan data dilakukan dengan membandingkan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan karakteristik puskesmas dan Praktik kefarmasian berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian di puskesmas. Analisis data berupa distribusi frekuensi, uji

* Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat-Badan Litbangkes-Kemkes RI
Alamat korespondensi: E-mail: max_jh@litbang.depkes.go.id; ssupardi@litbang.depkes.go.id; yuyunyuniar09@gmail.com

Mann-Whitney, uji Kruskal-Wallis dan uji Kendalls tau b. Hasil: Hasil penelitian analisis lanjut terhadap seluruh puskesmas di Indonesia menunjukkan bahwa hanya 17,5% puskesmas di Indonesia memiliki apoteker dan ada 32,2% puskesmas yang tidak memiliki tenaga kefarmasian sama sekali. Ada perbedaan ketersediaan tenaga kefarmasian antar puskesmas berdasarkan lokasi puskesmas, jenis puskesmas, keterpencilan wilayah dan status kepegawaian tenaga kefarmasian. Apoteker berperan lebih baik dalam memberikan pelayanan farmasi, mengelola obat dan menyusun LP-LPO dengan lengkap dibandingkan dengan tenaga teknis kefarmasian dan tenaga teknis kefarmasian juga berperan lebih baik dibandingkan dengan tenaga non-farmasi dalam hal yang sama.

Kata kunci: apoteker, Praktik kefarmasian, puskesmas, tenaga teknis kefarmasian

Naskah Masuk: 14 Januari 2013, Review 1: 16 Januari 2013, Review 2: 16 Januari 2013, Naskah layak terbit: 25 Februari 2013

PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam beberapa pasalnya antara lain mengatur batasan tenaga kesehatan yang mensyaratkan pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan dan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pemerintah juga mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penempatan tenaga kesehatan dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata. Pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya. Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan dengan memperhatikan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat; jumlah sarana pelayanan kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan.

Kefarmasian menyatakan bahwa tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Apoteker (Apt) adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apt dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apt. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) adalah tenaga yang membantu Apt dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi, dan tenaga menengah farmasi/asisten apoteker. Fasilitas pelayanan kefarmasian dapat berupa apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau Praktik bersama.

Dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian Apt dapat dibantu oleh Apt pendamping dan/atau TTK. Penyerahan dan pelayanan obat berdasarkan resep dokter dilaksanakan oleh Apt.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa puskesmas adalah unit pelaksana teknis.

Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Puskesmas perawatan adalah puskesmas yang berdasarkan surat keputusan Bupati atau Walikota menjalankan fungsi perawatan dan untuk menjalankan fungsinya diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang sekaligus merupakan pusat rujukan antara. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Untuk mencapai visi tersebut puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Salah satu upaya kesehatan wajib adalah upaya pengobatan yang terkait dengan pelayanan kefarmasian.

Sehubungan dengan hal tersebut, Ditjen Binar dan Alkes Kementerian Kesehatan RI bekerja sama dengan Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI) telah menyusun pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. Praktik kefarmasian yang meliputi pengendalian mutu, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pencatatan-pelaporan obat harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang

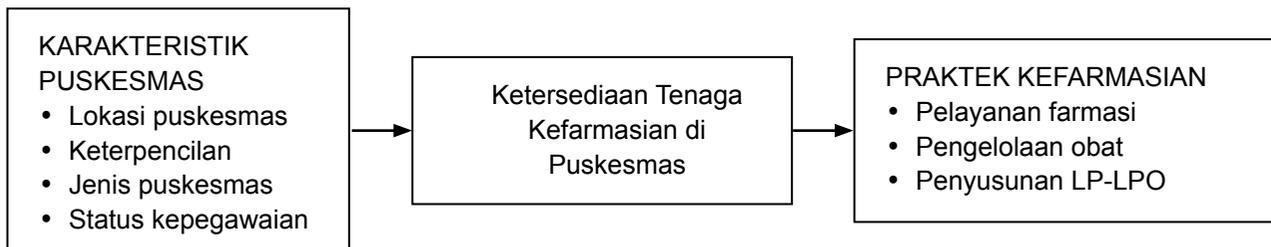
mempunyai keahlian dan kewenangan sesuai dengan ketentuan pasal 108 UU Nomor 36 Tahun 2009. Pelayanan resep dokter di pelayanan kefarmasian, salah satunya puskesmas, harus dilakukan oleh Apt (PP Nomor 51 Tahun 2009 pasal 21). Menurut Uyung Pramudiarja (2011) hanya 10% puskesmas memiliki Apt. Demikian pula beberapa penelitian lain menunjukkan belum semua puskesmas memiliki TTK, apalagi Apt (Sasanti, 2009; Supardi, 2011).

Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011 mengelompokkan Puskesmas berdasarkan lokasi menjadi Puskesmas Perkotaan yaitu bila berlokasi di ibukota provinsi, kota dan ibukota kabupaten dan selain itu menjadi Puskesmas Perdesaan. Berdasarkan jenisnya puskesmas dibedakan menjadi Puskesmas Perawatan bila memiliki fasilitas rawat inap atas dasar Surat Keputusan pemerintah daerah setempat dan Puskesmas Non Perawatan, sedangkan keterpencilan wilayah Puskesmas dibedakan menjadi sangat terpencil dan terpencil berdasarkan Surat Keputusan pemerintah daerah setempat atau Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949 Tahun 2007 serta biasa.

Dalam pasal 21 ayat 3 Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian disebutkan “*Dalam hal di daerah terpencil tidak terdapat Apoteker, Menteri dapat menempatkan TTK yang telah memiliki STRTTK pada sarana pelayanan kesehatan dasar yang diberi wewenang untuk meracik dan menyerahkan obat kepada pasien*”. Tujuan analisis lanjut hasil Riset Fasilitas Kesehatan Nasional Tahun 2011 ini adalah untuk mengetahui ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan karakteristik puskesmas dan Praktik kefarmasian di puskesmas berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.

METODE

Kerangka konsep penelitian



Hipotesis

1. Tidak ada perbedaan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan lokasi puskesmas. Tidak ada perbedaan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan keterpencilan puskesmas.
2. Tidak ada perbedaan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan jenis puskesmas.
3. Tidak ada perbedaan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan status kepegawaian tenaga kefarmasian puskesmas.
4. Tidak ada perbedaan pelayanan farmasi berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.
5. Tidak ada perbedaan pengelolaan obat berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.
6. Tidak ada perbedaan penyusunan LP-LPO berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.

Analisis data sekunder Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011, yang menggunakan pendekatan survei (*cross-sectional*), dilakukan terhadap puskesmas di semua kabupaten/kota pada bulan Agustus–September 2012. Untuk konfirmasi data dilakukan wawancara mendalam dengan bagian kepegawaian yang mewakili Kepala Dinas Kesehatan serta tenaga kefarmasian Puskesmas di Kota Bogor dan Bekasi, masing-masing 2 puskesmas yang memiliki tenaga kefarmasian sebagai pengelola obat.

Populasi penelitian adalah puskesmas di Indonesia sebanyak 9188 puskesmas. Kriteria inklusi sampel adalah puskesmas yang telah didirikan sampai setahun sebelum survei yang dilaksanakan pada tahun 2011, sedangkan kriteria eksklusi adalah puskesmas yang telah berubah status menjadi rumah sakit, waktu mulai berfungsinya puskesmas setelah Januari 2010 ataupun puskesmas terletak di daerah sulit dan tidak mungkin dikunjungi waktu survei. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi diperoleh sampel 8981 buah puskesmas.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengajukan permintaan data Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011 yang berkaitan dengan karakteristik puskesmas, ketersediaan tenaga kefarmasian dan Praktik kefarmasian di puskesmas kepada Badan Litbangkes. Data kualitatif dikumpulkan dengan wawancara mendalam terhadap bagian kepegawaian Dinkes Kota dan tenaga kefarmasian puskesmas di Kota Bogor dan Kota Bekasi, masing-masing 2 Puskesmas.

Data diolah dengan membandingkan ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan

karakteristik puskesmas dan membandingkan Praktik kefarmasian berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian dari data Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011. Analisis data dengan uji statistik non-parametrik Mann-Whitney, uji Kruskal-Wallis dan Kendall's tau. Hasil konfirmasi data melalui wawancara mendalam dianalisis dengan membuat transkrip, koding, menyusun matriks dengan metode *content analysis*. Kemudian dilakukan verifikasi dan selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi, kuotasi dan tabel.

Definisi operasional

1. Lokasi puskesmas adalah lokasi tempat puskesmas berada, dibuat kategori *perkotaan* dan *perdesaan*.
2. Keterpencilan adalah lokasi puskesmas yang diukur berdasarkan sarana transportasi umum untuk mencapainya, dibuat kategori *terpencil/sangat terpencil* dan *biasa*.
3. Jenis puskesmas adalah jenis pelayanan puskesmas, dibuat kategori *puskesmas perawatan* dan *puskesmas non-perawatan*.
4. Status kepegawaian adalah status kepegawaian tenaga kefarmasian di puskesmas, dibuat kategori *pegawai negeri sipil* dan *non-pegawai negeri sipil (honor/PTT/kontrak)*.
5. Ketersediaan tenaga kefarmasian di Puskesmas adalah jenis tenaga kefarmasian di puskesmas, dibuat kategori *ada Apt*, *ada TTK* dan *tidak ada tenaga kefarmasian*.
6. Pelayanan farmasi adalah gabungan variabel pelatihan pelayanan obat dan ketersediaan buku pedoman pelayanan kefarmasian, dibuat kategori *baik* (ada pelatihan dan ada buku pedoman) dan *kurang baik* (tidak ada pelatihan dan/atau tidak ada buku pedoman).

7. Pengelolaan obat adalah gabungan variabel pelatihan pengelolaan obat dan ketersediaan buku pedoman pengelolaan obat, dibuat kategori *baik* (ada pelatihan dan ada buku pedoman) dan *kurang baik* (tidak ada pelatihan dan/atau tidak ada buku pedoman).
8. Penyusunan LP-LPO adalah gabungan variabel catatan penerimaan obat dan alkes serta catatan penggunaan obat dan alkes (LP-LPO), dibuat kategori *LP-LPO lengkap*, *LP-LPO tidak lengkap* dan *tidak ada LP-LPO*.

Keterbatasan penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan, khususnya berkaitan dengan SDM, dalam hal jumlah puskesmas yang datanya dapat dianalisis hanya 8981 puskesmas dari 9188 puskesmas yang tersebar di 497 kabupaten di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh antara lain perubahan status puskesmas menjadi rumah sakit dan waktu mulai berfungsinya puskesmas setelah Januari 2010 ataupun puskesmas terletak di daerah sulit sehingga tidak mungkin dikunjungi.

HASIL

Ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan provinsi

Hasil analisis menunjukkan bahwa hanya 17,5% dari seluruh puskesmas di Indonesia yang memiliki Apt, yaitu yang terbanyak di Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat dan Kepulauan Riau. Provinsi yang memiliki puskesmas dengan TTK terbanyak adalah Bangka Belitung, D.I. Yogyakarta dan Sumatera Barat (50,3% secara nasional). Meskipun demikian masih ada provinsi yang puskesmasnya tidak memiliki tenaga kefarmasian sama sekali (32,2% secara nasional) dengan prosentase terbesar terdapat di Papua, Maluku dan Papua Barat. Kelangkaan Apt juga terjadi di puskesmas ibu kota DKI Jakarta (Tabel 1).

Ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan karakteristik puskesmas

Persentase terbesar puskesmas yang memiliki tenaga profesi Apt lebih banyak di puskesmas yang berlokasi perkotaan, bukan puskesmas di daerah terpencil, merupakan jenis puskesmas perawatan dan status tenaga Apt adalah Pegawai Negeri Sipil. Demikian pula halnya dengan TTK lebih banyak di

Tabel 1. Profil Ketersediaan Tenaga Kefarmasian Berdasarkan Provinsi, Rifaskes 2011

Provinsi	Jumlah Puskesmas	Tenaga Kefarmasian (%)		
		Ada Apt	Ada TTK saja	Tidak ada Apt/TTK
1. DI Aceh	311	8,4	69,5	22,2
2. Sumatera Utara	506	8,7	54,9	36,4
3. Sumatera Barat	248	17,7	75,8	6,5
4. Riau	195	21,0	59,0	20,0
5. Jambi	171	12,3	63,7	24,0
6. Sumatera Selatan	298	16,4	58,4	25,2
7. Bengkulu	173	11,6	48,0	40,5
8. Lampung	265	14,7	43,4	41,9
9. Bangka Belitung	57	12,3	80,7	7,0
10. Kepulauan Riau	65	29,2	55,4	15,4
11. DKI Jakarta	336	16,7	19,3	64,0
12. Jawa Barat	1031	12,6	48,5	38,9
13. Jawa Tengah	861	16,1	65,6	18,2
14. DI Yogyakarta	121	18,2	78,5	3,3
15. Jawa Timur	949	21,2	52,3	26,6
16. Banten	206	14,6	33,5	51,9
17. Bali	114	15,8	68,4	15,8
18. Nusa Tenggara Barat	149	18,8	55,0	26,2
19. Nusa Tenggara Timur	302	13,2	66,6	20,2
20. Kalimantan Barat	233	15,0	60,5	24,5
21. Kalimantan Tengah	176	21,0	39,8	39,2
22. Kalimantan Selatan	217	22,1	71,4	6,5
23. Kalimantan Timur	213	28,6	45,5	25,8
24. Sulawesi Utara	167	13,2	42,5	44,3
25. Sulawesi Tengah	163	28,8	47,2	23,9
26. Sulawesi Selatan	406	40,1	41,1	18,7
27. Sulawesi Tenggara	233	22,7	37,3	39,9
28. Gorontalo	74	21,6	23,0	55,4
29. Sulawesi Barat	81	32,1	32,1	35,8
30. Maluku	161	8,7	16,1	75,2
31. Maluku Utara	101	26,7	20,8	52,5
32. Papua Barat	104	21,2	12,5	66,3
33. Papua	294	9,9	12,2	77,9
Jumlah	8981	17,5	50,3	32,2

lokasi perkotaan, bukan di daerah terpencil, merupakan jenis puskesmas perawatan dan status kepegawaian Pegawai Negeri Sipil. Sebaliknya berbeda halnya bila tidak ada tenaga kefarmasian sama sekali. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna ketersediaan tenaga kefarmasian berdasarkan karakteristik puskesmas yaitu lokasi puskesmas, keterpencilan, jenis puskesmas dan status ketenagaan seperti dalam Tabel 2 berikut ini:

Ketersediaan tenaga kefarmasian lebih ditentukan antara lain oleh lokasi puskesmas yaitu daerah perkotaan dan daerah tidak terpencil yang memiliki jumlah Apt dan TTK lebih banyak dibanding daerah lainnya. Demikian pula Puskesmas perawatan memiliki

jumlah Apt dan TTK yang lebih banyak daripada puskesmas non-perawatan.

Praktik kefarmasian berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian

Tabel 3 menunjukkan persentase terbesar puskesmas yang memiliki tenaga profesi Apt memberikan pelayanan farmasi dengan baik (26,6%) diikuti oleh tenaga TTK saja (19,7%) dan bila tidak ada tenaga kefarmasian (12,1%). Dalam hal ini pelayanan farmasi dinilai dari gabungan variabel pelatihan pelayanan obat dan ketersediaan buku pedoman pelayanan kefarmasian. Uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna Praktik kefarmasian yaitu

Tabel 2. Ketersediaan Tenaga Kefarmasian Berdasarkan Karakteristik Puskesmas, Rifaskes 2011

Karakteristik Puskesmas	Tenaga Kefarmasian (%)			Jumlah (%)	p*
	Ada Apt	Ada TTK saja	Tidak ada Apt/TTK		
Lokasi					0,000
• Perkotaan	25,8	54,9	19,3	2364(100)	
• Pedesaan	14,6	48,6	36,8	6617(100)	
Keterpencilan					0,000
• Terpencil	11,4	39,2	49,4	2372(100)	
• Bukan terpencil	19,7	54,2	26,0	6609(100)	
Jenis					0,000
• Perawatan	26,0	50,9	23,1	3052(100)	
• Non-perawatan	13,2	50,0	36,9	5929(100)	
Status Ketenagaan					0,000
• Pegawai Negeri Sipil	26,0	74,0	0,0#	5702(100)	
• Bukan PNS	2,8	9,1	88,2	3279(100)	

* uji statistik Mann-Whitney U; # status tidak ditanyakan dalam kuesioner

pelayanan farmasi berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.

Tabel 4 menunjukkan persentase terbesar puskesmas yang memiliki tenaga profesi Apt melakukan pengelolaan obat dengan baik (27,3%) diikuti oleh puskesmas yang memiliki tenaga TTK saja (23,3%) dan puskesmas yang tidak ada tenaga kefarmasian (16,0%). Pengelolaan obat dinilai berdasarkan gabungan variabel pelatihan pengelolaan obat dan ketersediaan buku pedoman pengelolaan obat. Uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna Praktik kefarmasian yaitu dalam hal pengelolaan obat berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.

Tabel 3. Pelayanan Farmasi Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kefarmasian, Rifaskes 2011

Ketersediaan Tenaga Kefarmasian	Pelayanan Farmasi (%)		Jumlah (%)	p*
	Baik	Kurang Baik		
Ada Apt	26,6	73,4	1574(100)	0,00
Ada TTK saja	19,7	80,3	4515(100)	0,00
Tidak ada Apt/TTK	12,1	87,9	2892(100)	0,00

* uji statistik Kruskal-Wallis

Tabel 5 menunjukkan persentase terbesar puskesmas yang memiliki tenaga profesi Apt menyusun LP-LPO dengan lengkap (91,5%) diikuti oleh puskesmas yang hanya memiliki tenaga TTK saja (89,1%) dan puskesmas yang tidak ada tenaga kefarmasian (76,4%). Keberadaan LP-LPO dinilai dari gabungan variabel keberadaan catatan penerimaan obat dan alkes dengan catatan penggunaan obat dan alkes. Uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna Praktik kefarmasian yaitu dalam hal penyusunan LP-LPO berdasarkan ketersediaan tenaga kefarmasian.

Tabel 4. Pengelolaan Obat Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kefarmasian, Rifaskes 2011

Ketersediaan Tenaga Kefarmasian	Pengelolaan Obat (%)		Jumlah (%)	p*
	Baik	Kurang Baik		
Ada Apt	27,3	72,7	1574(100)	0,00
Ada TTK saja	23,3	76,7	4515(100)	0,00
Tidak ada Apt/TTK	16,0	84,0	2892(100)	0,00

* uji statistik Kruskal-Wallis

Hasil wawancara mendalam Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Data kualitatif yang diperoleh dari wawancara mendalam dengan bagian kepegawaian Dinas Kesehatan dan tenaga kefarmasian di puskesmas dapat dilihat dalam dua matriks pada halaman berikut.

PEMBAHASAN

Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian telah mengatur

penyerahan dan pelayanan obat berdasarkan resep dokter dilaksanakan oleh Apt (pasal 21). Pada ayat 3 disebutkan dalam hal di daerah terpencil tidak terdapat Apt, Menteri dapat menempatkan TTK yang telah memiliki STRTTK pada sarana pelayanan kesehatan dasar yang diberi wewenang untuk meracik dan menyerahkan obat kepada pasien. Meskipun demikian, implementasi peraturan tersebut ternyata di beberapa provinsi belum dapat dilaksanakan seperti terlihat dari adanya 32,2% puskesmas yang tidak memiliki tenaga kefarmasian sama sekali (Tabel 1).

Tabel 5. Penyusunan LP-LPO Berdasarkan Ketersediaan Tenaga Kefarmasian, Rifaskes 2011

Ketersediaan Tenaga Kefarmasian	Penyusunan LP-LPO (%)			Jumlah (%)	p*
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak ada		
Ada Apt	91,5	7,8	0,7	1574 (100)	0,00
Ada TTK saja	89,1	10,1	0,8	4515 (100)	0,00
Tidak ada Apt/TTK	76,4	17,5	6,1	2892 (100)	0,00

* uji statistik Kendall's tau b

Matriks 1. Pendapat Bagian Kepegawaian Dinas Kesehatan tentang Ketersediaan Tenaga Kefarmasian di Puskesmas

Tema	Dinkes Kota 1	Dinkes Kota 2
Kebijakan pengadaan tenaga Apt/TTK di puskesmas	Rekrutmen dari BKD, rapat koordinasi dengan BKD tiap tahun. Kebijakan penempatan dari Kadinkes melalui telaahan (TU dan SDM).	Belum ada Apt di pkm. Dinkes usul, pengadaan oleh walikota. Apt untuk pkm perawatan, ruman metadon, pkm dengan dr spesialis (penyakit dalam dan anak) dan pkm dengan program khusus, misal pkm ramah lansia dan pkm PTM.
Peran Dinkes Kota dalam pengadaan tenaga Apt/TTK di puskesmas	Pengusulan, penempatan. Pengadaan oleh BKD terbatas anggaran Pemda. Prioritas Apt/TTK urutan setelah dokter dan perawat	Usulan kebutuhan kepada Walikota dengan tembusan BKD, pengadaan oleh Walikota dan penempatan oleh Dinkes kota
Perbedaan kebijakan dalam pengadaan tenaga Apt dan TTK di puskesmas	Prioritas pengadaan adalah tenaga TTK, sebagian besar unit farmasi pkm masih kecil. Apt untuk pkm besar (rawat inap dan Poned)	Formasi Apt dan TTK sangat terbatas dan belum prioritas Dinkes Kota, yang lebih mungkin diadakan TTK atau D3, lebih murah.
Kebijakan pengadaan PNS dan honorer tenaga Apt/TTK di puskesmas	Kebijakan walikota tidak boleh ada honorer. PTT baru ada untuk dokter dan bidan, jadi untuk Apt/TTK menunggu rekrutmen CPNS	Kebijakan pengadaan Apt/TTK PNS sesuai formasi sangat terbatas dan belum prioritas. Honorer yang ada adalah bidan dokter. Bila perlu, pkm mengangkat relawan, yang dibayar dengan uang dari retribusi pkm.
Perbedaan dalam kebijakan penempatan tenaga Apt/TTK antara puskesmas perawatan dan non-perawatan	Ada 5 pkm perawatan dan ada Apt semua di pkm perawatan.	Pkm perawatan, umumnya untuk bersalin, tidak setiap saat. Kalau pkm perawatan berfungsi, prioritas Apt untuk pkm perawatan.

Tema	Dinkes Kota 1	Dinkes Kota 2
Pembinaan dan pelatihan bagi tenaga Apt/TTK	Ada, dilakukan oleh Dinkes	Pembinaan TTK tiap 3 bulan terkait pengelolaan obat, obat rusak dan PIO.
Indikator keberhasilan pelayanan farmasi	<ul style="list-style-type: none"> - pelayanan pasien setiap hari terpenuhi - pasien tidak complain - kerapihan dan kelengkapan stok opname 	<ul style="list-style-type: none"> - ketersediaan obat DOEN - tidak ada obat kosong - tidak ada obat kadaluwarsa - LP-LPO lengkap

Matriks 2. Pendapat Tenaga Kefarmasian di Puskesmas tentang Ketersediaan Tenaga Kefarmasian di Puskesmas

Tema	Puskesmas 1	Puskesmas 2	Puskesmas 3	Puskesmas 4
Kebijakan pengadaan Apt/TTK untuk pkm saat ini, bagaimana seharusnya menurut bapak/ibu	Cleaning Service honorer yang dibayar dari jaspel, pengadaan dari puskesmas sendiri	Kebijakan tenaga honorer dari pkm, surat tugas dari pkm dan digaji dari jaspel di pkm karena tidak ada retribusi	Puskesmas dapat mengangkat tenaga honorer berdasarkan ketentuan walikota menggunakan dana BOK atau pengembalian retribusi puskesmas	Lebih mungkin AA atau SLTA, honor Rp 600.000 sesuai ketetapan walikota, mereka mau
Status kepegawaian Apt/TTK PKM kini	Apt dan AA PNS	2 Apt PNS, AA PNS, 1 tenaga honorer	2 orang AA PNS	2 AA PNS semua fungsional
Beban kerja Apt/TTK. Jumlah SDM ideal untuk pekerjaan kefarmasian di Puskesmas ini.	Kerjasama, AA dan Apt di apotek. Apt pegang gudang dan LPLPO	Belum tertangani Perlu tambahan minimal 2 AA dan 1 juru racik	Terlalu besar, sudah dihitung untuk ISO/akreditasi pkm, minimal 4 orang untuk 250 lembar resep per hari	Terlalu berat. Jam 14 harusnya sudah tutup
Peran Apt/TTK dalam pelayan an obat resep, PIO, konseling, visite pasien dan home care	Pelayanan obat dan penyerahan obat disertai informasi sederhana	Pelayanan obat resep PTRM, PIO	Hanya pelayanan resep dan membuat laporan bulanan LP-LPO, lainnya tidak ada	Hanya pelayanan resep, pelayanan informasi kalau sempat
Beda pelayanan farmasi PKM antara tenaga Apt, TTK, dan tanpa nafar	Ada beda, contoh yang ada Apt/TTK mempunyai etiket walau sederhana	Banyak pekerjaan kefarmasian seharusnya oleh Apt terbengkalai contoh skrining resep	Sama saja karena obat standar tidak terlalu variasi. Obat yang tidak ada di pkm diresepkan oleh dokter untuk ditebus di apotek	Tidak bisa jawab, hanya ada AA dan tidak punya pustu. Semua pustu tanpa nafar
Permasalahan dan saran penempatan Apt/TTK di puskesmas	Hanya kesulitan saat peak hour	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga kurang, tidak ada yang skrining resep - PIO dianggap tidak penting - LPLPO masih manual 	Permasalahan tenaga AA kurang, ketentuan ada di Dinkes Kota	Perlu tambah tenaga kefarmasian atau non-kefarmasian

Hasil penelitian di Bengkulu (Iswinarto, 2005) menunjukkan bahwa jumlah setiap jenis tenaga yang ada di puskesmas masih kurang dari segi jumlah yang dibutuhkan. Jenis tenaga yang mendesak untuk dipenuhi yaitu Asisten Apoteker seperti halnya penelitian dari Handayani tahun 2010 yang menemukan jenis tenaga kesehatan terbanyak di masing-masing 8 puskesmas adalah bidan dan tenaga perawat kesehatan sedangkan asisten apoteker, laborat dan ahli gizi masih kurang jumlahnya. Salah satu penyebabnya karena Dinas Kesehatan tidak memiliki tenaga profesional dalam perencanaan SDM dan tidak menggunakan metode/alat ukur penghitungan tenaga puskesmas yang telah ditentukan oleh pemerintah pusat atau yang disepakati bersama dengan pemerintah daerah.

Masalah yang terkait dengan penempatan Apt di Puskesmas adalah formasi belum mencukupi sedangkan Dinkes Kabupaten/Kota tidak bisa mengangkat Apt sebagai tenaga PTT karena belum ada dasar hukumnya (Supardi, 2011). Meskipun demikian mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199 Tahun 2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah yang menyatakan bahwa pemerintah daerah dapat mengangkat tenaga kesehatan maupun non kesehatan di luar PNS dengan masa perjanjian kerja paling lama 2 (dua) tahun, maka pemda kabupaten/kota dapat mengangkat tenaga kefarmasian honorer untuk mengisi kekosongan di Puskesmas (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2004). Demikian pula penelitian di Kabupaten Administrasi Kepulauan Seribu menunjukkan masalah kurangnya sumber daya manusia yang kompeten dalam hal pengelolaan obat (Sasanti, 2007) seperti halnya dalam penelitian Herman tahun 2007 yang menemukan dari 26 kabupaten/kota sebanyak 80% puskesmas tidak memiliki apoteker dan ada 16% puskesmas yang tidak memiliki tenaga kefarmasian sama sekali.

Peran tenaga kefarmasian baik Apt maupun TTK dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang baik dari sisi administrasi maupun pelayanan farmasi terutama dalam hal meningkatkan pengobatan yang rasional. Praktik kefarmasian mencakup pelayanan resep, pelayanan informasi obat (PIO), pelayanan konseling obat, dan *home care* yang seharusnya dilakukan oleh seorang Apt sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Akan tetapi dalam penelitian ini Praktik

kefarmasian hanya dapat dinilai dari pelayanan farmasi, pengelolaan obat dan penyusunan LP-LPO. Hasil penelitian menunjukkan pelayanan farmasi, pengelolaan obat dan penyusunan LP-LPO secara berturut-turut akan lebih baik bila ada Apt, ada TTK dibandingkan dengan tidak ada tenaga kefarmasian sama sekali (Tabel 3, 4 dan 5).

Hasil penelitian di Bekasi menunjukkan bahwa kinerja pengelola obat puskesmas di Kota Bekasi cukup baik dan terdapat hubungan yang bermakna antara faktor pendidikan dengan kinerja pengelola obat puskesmas (Wurjati, 2005). Demikian pula penelitian Aziz tahun 2006 yang menunjukkan peran pelatihan dalam peningkatan pengetahuan pengelolaan obat petugas puskesmas. Dalam penelitian ini pelayanan farmasi hanya dapat dinilai dari adanya pelatihan pelayanan obat yang pernah diikuti dan keberadaan buku pedoman pelayanan kefarmasian.

Pengelolaan obat sesuai dengan pedoman pelayanan kefarmasian di puskesmas mencakup perencanaan obat, permintaan obat, penerimaan obat, penyimpanan, pendistribusian, pelayanan serta pencatatan dan pelaporan obat. Pemeriksaan pengelolaan obat merupakan salah satu hal yang biasanya selalu dilakukan dalam pelaksanaan bimbingan teknis dari Dinkes Kota kepada tenaga kefarmasian di puskesmas. Dalam penelitian ini pengelolaan obat hanya dapat dinilai berdasarkan data yang tersedia yaitu adanya latihan pengelolaan obat dan buku pedoman pengobatan di puskesmas.

Pencatatan dan pelaporan data obat di Puskesmas merupakan rangkaian kegiatan dalam rangka penatalaksanaan obat secara tertib, baik obat yang diterima, disimpan, didistribusikan dan digunakan di puskesmas dan atau unit pelayanan lainnya. Pelaporan dilakukan secara periodik setiap awal bulan menggunakan LP-LPO. Kelengkapan dan kebenaran data LP-LPO merupakan salah satu indikator kinerja yang baik dari tenaga farmasi di puskesmas. LP-LPO biasanya merupakan tanggung jawab Apt atau TTK (bila tidak ada Apt).

Berdasarkan hasil wawancara di Kota Bekasi dan Kota Bogor, Dinas Kesehatan memang tidak memiliki wewenang untuk mengangkat tenaga honorer karena kebijakan pengadaan merupakan tugas pemerintah daerah, dalam hal ini BKD (Badan Kepegawaian Daerah), sedangkan Dinas Kesehatan hanya menempatkan tenaga yang telah direkrut.

Selain itu ada kebijakan walikota untuk tidak mengangkat tenaga honorer seperti dinyatakan oleh staf kepegawaian Kota 1 berikut:

“Ngga ada, karena terbentur kebijakan walikota tidak boleh ada honorer. Takutnya nanti pada nuntut. Jadi sudah PNS semua. Kebutuhan PTT juga kan baru ada dokter sama bidan, Apt belum ada kan PTT nya. Kebijakan khusus sih kita belum ada. Paling kita nunguin dari perekrutan CPNS aja.”

Pengadaan tenaga Apt memang belum menjadi prioritas, berbeda dengan kebutuhan akan tenaga dokter dan perawat yang lebih diprioritaskan. Dinkes Kota 1 menargetkan bahwa semua puskesmas memiliki tenaga Apt pada tahun 2017. Adapun rekrutmen tenaga kefarmasian yang lebih memungkinkan adalah tenaga asisten Apt atau bahkan tenaga lulusan SLTA. Pada umumnya rekrutmen CPNS dihadapkan pada keterbatasan anggaran. Untuk bisa mengatasi masalah kekurangan tenaga kefarmasian, puskesmas di kedua kota mengangkat tenaga honorer sendiri atau bila ada memanfaatkan tenaga sukarelawan. Puskesmas di Kota 1 yang mengangkat pegawai honorer (TKK-Tenaga Kerja Kontrak) harus menyisihkan uang jaspel (jasa pelayanan) untuk membayar tenaga honorer karena tidak ada retribusi sedangkan di Kota 2 Puskesmas bisa membayar gaji honorer dari dana retribusi puskesmas yang besarnya 3000 rupiah per kunjungan.

Penempatan tenaga Apt lebih diprioritaskan untuk puskesmas perawatan mengingat pelayanan farmasi yang harus dilakukan lebih banyak karena jumlah kunjungan lebih banyak serta jam buka puskesmas selama 24 jam. Meskipun tenaga kefarmasian tidak mendapat giliran jaga malam, tetapi obat selalu tersedia di UGD di bawah tanggung jawab perawat sedangkan pengelolaannya tetap menjadi tanggung jawab Apt di puskesmas tersebut.

Puskesmas di Kota 2 sampai saat ini belum memiliki tenaga Apt, tetapi di semua puskesmas ada TTK yang menjalankan pelayanan kefarmasian termasuk pengelolaan obat. Meskipun demikian, pihak Dinkes telah menyatakan bahwa jika ada tenaga Apt maka akan diprioritaskan untuk puskesmas perawatan, puskesmas ruman metadon, puskesmas yang memiliki dokter spesialis (penyakit dalam dan anak) dan puskesmas dengan program khusus, misalnya puskesmas ramah lansia dan puskesmas penyakit tidak menular.

Status kepegawaian Apt dan TTK sebagian besar puskesmas adalah PNS, hal ini terkait dengan kebijakan lokal pemerintah daerah yang tidak boleh mengangkat tenaga honorer. Seperti di Kota 2 saat ini hanya memiliki tenaga PTT dokter dan bidan yang dibayar oleh pemerintah provinsi, sedangkan tenaga honorer yang dibayar pemerintah daerah Kota 2 sudah tidak ada karena keterbatasan anggaran.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa: Sebanyak 17,5% puskesmas di Indonesia memiliki Apt sedangkan 32,2% puskesmas tidak memiliki tenaga kefarmasian sama sekali. Apt dan TTK lebih banyak bekerja di lokasi puskesmas perkotaan, jenis puskesmas perawatan, bukan di daerah terpencil dan memiliki status kepegawaian PNS. Apt dalam memberikan pelayanan farmasi, mengelola obat dan menyusun LP-LPO dengan lengkap lebih baik dari pada TTK. Demikian pula TTK dalam memberikan pelayanan farmasi, mengelola obat dan menyusun LP-LPO dengan lengkap dalam setahun lebih baik dibandingkan dengan tenaga non-farmasi.

Saran

Disarankan untuk 82,5% puskesmas yang tidak memiliki Apt pemerintah daerah provinsi memfasilitasi pemerintah daerah kabupaten/kota segera menempatkan Apt sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. Apabila formasi sebagai PNS tidak memungkinkan, tenaga kefarmasian dapat diangkat sebagai tenaga honorer/kontrak sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199 Tahun 2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah.

Terkait dengan puskesmas di perdesaan, puskesmas non-perawatan dan daerah terpencil disarankan agar setidaknya ada TTK baik sebagai PNS, tenaga kontrak atau honorer sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing. Penempatan Apt di tiap puskesmas lebih diprioritaskan daripada TTK untuk suatu Praktik kefarmasian yang lebih baik dan profesional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada: Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebagai penyandang dana analisis lanjut dan kepada Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat atas persetujuannya serta kepada tim manajemen data Riset Kesehatan Nasional Badan Litbangkes yang membantu dalam penyiapan data, kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Bekasi yang telah memberi izin kepada kami untuk pengumpulan data/data sekunder tentang puskesmas dalam upaya memperbaiki laporan analisis lanjut data Riset Fasilitas Kesehatan Tahun 2011 ini. Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan masukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azis, Sriana, 2006. Kemampuan Petugas Menggunakan Pedoman Evaluasi Pengelolaan dan Pembiayaan Obat Sebelum dan Sesudah Pelatihan, *Majalah Kesehatan Masyarakat* 72: 11–18.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemkes RI, 2012. Laporan Nasional Riset Fasilitas Kesehatan 2011, Jakarta.
- Handayani L, Ma'ruf NA, Sopacua E, 2010. Peran Tenaga Kesehatan sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan Puskesmas, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13(1): 12–20.
- Herman, Max J, 2007. Analisis Situasi Pengelolaan Obat Public di Beberapa Kabupaten/Kota, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10(4): 283–290.
- Iswinarto, Kristiani, Sito Meiyanto A, 2005. Analisis Kebutuhan Tenaga Puskesmas Berdasarkan Beban Kerja di Kabupaten Rejang Lebong Provinsi Bengkulu. Working Paper Series Nmor 6 KMKP UGM.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Nomor HK.00.DJ.II.924 Tahun 2004 tentang Pembentukan Tim Penyusun Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 949/Menkes/Per/VIII/2007 tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil dan Sangat Terpencil, 2007.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1199/Menkes/Per/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
- Sasanti, Rini, dkk, 2009. Laporan Penelitian Kesiapan Tenaga Kefarmasian Menghadapi Era Globalisasi di Bidang Pelayanan Kefarmasian, Badan Litbangkes, DepKes RI, Jakarta.
- Sasanti, Rini, 2007. Analisis Situasi Pengelolaan Obat di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Administrasi Kepulauan Seribu, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 10(3): 207–215.
- Supardi, Sudiby, 2011. Laporan Penelitian Kebijakan Penempatan Apoteker sebagai Pengelola Obat di Puskesmas, Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Uyung Pramudiardja, 2011. Apoteker Berlimpah Tapi yang Kerja di Puskesmas Sangat Sedikit. <http://www.detikhealth.com/read/2011/08/22/110159/1708053/763/apoteker-berlimpah-tapi-yang-kerja-di-puskesmas-sangat-sedikit>.
- Wurjati, Rida, 2005. Gambaran kinerja petugas pengelola obat puskesmas dan faktor-faktor yang berhubungan di Kota Bekasi tahun 2004. <http://digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail>.