

EKSISTENSI UNIT PENGELOLA OBAT DI BEBERAPA KABUPATEN/KOTA SUATU ANALISIS PASKA DESENTRALISASI

*THE EXISTENCE OF DRUG MANAGEMENT UNIT IN SEVERAL DISTRICTS/CITIES AND ANALYSIS
AFTER THE DECENTRALIZATION*

Max Joseph Herman, Rini Sasanti Handayani

Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan,
Badan Litbangkes Departemen Kesehatan RI,
Jakarta

ABSTRACT

Background: Accessibility to essential drugs is a public right, therefore it's the government responsibility to make them available. Previously before the era of regional autonomy, public drug management in all districts/cities was performed by the so-called District Pharmaceutical Warehouses (GFK). However, nowadays the situation has changed because of the difference in vision and perception of each regional government on the former warehouses. Some public drug management units in certain districts/cities are not functioning optimally. Inefficient drug procurement regarding the number and kind of drugs as well as timeliness results in gap between drug need and procurement. Furthermore, loosening in drug supply procedure makes essential drugs more unavailable to public.

On the other hand, decentralization policy in drug management also undeniably brings advantages to the districts, for example capacity building in drug procurement, increasing capability in budget management and negotiation with district decision makers as well as enhancing regional economic activity. In revitalizing district pharmaceutical warehouses so as to attain minimal health care standards in districts/cities, baseline data in drug management and financing in several districts/cities should make a valuable contribution.

Methods: A cross sectional descriptive study had been carried out during July-December 2006 in 26 districts/cities out of 11 provinces. Samples were 26 district health offices (*Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota*) and 26 District Pharmaceutical Warehouses (GFK) where as respondents were head of drug section and head of warehousing respectively. Data were collected by means of structured questionnaires and in-depth interviews as well as the collection of secondary data of drug logistics. Qualitative and quantitative analysis was performed.

Results: The study shows that: 1) although health budget in general had risen, the average percentage of drug budget allocation from 21 district health authorities was only 12.06%, reflecting the low drug priority in district health policy because drug expenditures may amount up to 40% of the total health budget. 2) Public drug management was mostly performed by the so-called regional technical provider unit (UPTD) with some limitations concerning human resources and material in achieving an effective and efficient drug management, and 3) there was still lack of pharmacist assistants to manage drugs in primary health care (*Puskesmas*) up to 20% and even more piteously the lack of pharmacist in district drug management unit (*GF/UPOP Kabupaten/Kota*, 12,5%).

Conclusions: Apart from the achievement of predetermined indicators stated in minimal health care standards in districts/cities, especially regarding essential and generic drugs, drug management in general has been well performed concerning

planning and drug availability. More support and commitment from the district government is a must considering that regional development can not be separated from the health development of the subject themselves.

Keywords: decentralization, District Pharmaceutical Warehouse, public drugs, drug management

ABSTRAK

Latar belakang: Akses kepada obat esensial adalah hak masyarakat dan merupakan kewajiban pemerintah untuk menyediakannya. Sebelum otonomi daerah, fungsi pengelolaan obat di seluruh kabupaten/kota dilaksanakan oleh Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) yang bertanggung jawab sepenuhnya atas kebutuhan obat di tingkat kabupaten/kota. Hal tersebut, dewasa ini telah berubah akibat pengaruh visi dan persepsi Pemerintah Daerah terhadap GFK yang bervariasi. Sebagian Unit Pengelola Obat dewasa ini kurang berfungsi, sehingga pengadaan obat menjadi tidak efisien dan tidak sesuai dengan kebutuhan baik jumlah, jenis maupun waktunya. Keadaan di atas ditambah dengan kelonggaran dalam prosedur suplai obat yang sebelumnya sudah baik sehingga mengakibatkan obat esensial semakin tidak terjangkau masyarakat.

Tidak dapat dipungkiri bahwa desentralisasi membawa beberapa keuntungan kepada daerah misalnya proses pembelajaran dalam rangka peningkatan petugas terutama dalam aspek pengadaan obat, meningkatkan kemampuan staf pengelolaan obat kabupaten/kota dalam hal penyusunan anggaran dan melakukan negosiasi dengan pemegang keputusan di tingkat kabupaten/kota, meningkatkan aktivitas perekonomian di daerah. Dalam upaya revitalisasi GFK untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dibutuhkan data dasar pengelolaan dan pembiayaan obat yang ada di kabupaten/kota.

Metode: Penelitian deskriptif secara potong lintang dilakukan dalam bulan Juli-Desember 2006 di 26 Kabupaten/Kota dari 11 Provinsi. Sampel adalah 26 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 26 GFK/Unit Pengelola Obat dan sebagai responden adalah Kepala Seksi Obat, serta Kepala GFK/Unit Pengelola Obat. Data dikumpulkan dengan cara wawancara mendalam dan wawancara terstruktur dengan kepala seksi yang menangani bidang obat di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan pengelola obat di Unit Pengelola Obat serta pengumpulan data sekunder tentang penerimaan, penggunaan obat untuk mengukur indikator pengelolaan obat. Analisis data secara kualitatif dan kuantitatif.

Hasil: Hasil analisis menunjukkan bahwa, 1) meskipun anggaran kesehatan pada umumnya telah meningkat, rata-rata persentase alokasi anggaran obat dari 21 Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota hanya 12,06% yang mencerminkan rendahnya prioritas obat dalam kebijakan kesehatan kabupaten/kota karena pengeluaran untuk obat bisa mencapai 40% dari total anggaran kesehatan, 2) sebagian besar pengelolaan obat publik dilakukan oleh Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dengan keterbatasan sumber daya untuk mencapai pengelolaan obat yang efektif dan efisien, dan 3) masih ada kekurangan asisten apoteker sebagai pengelola obat di Puskesmas hingga mencapai 20% dan bahkan kekosongan tenaga apoteker di Unit Pengelola Obat kabupaten/kota.

Kesimpulan: Terlepas dari pencapaian standar pelayanan kesehatan minimal di kabupaten/kota, secara umum pengelolaan obat telah berjalan dengan baik berkaitan dengan perencanaan dan ketersediaan obat. Dukungan dan komitmen pemerintah daerah mutlak dibutuhkan karena pembangunan daerah tidak dapat dipisahkan dari pembangunan kesehatan daerah itu sendiri.

Kata kunci: desentralisasi, Gudang Farmasi Kabupaten, obat publik, pengelolaan obat

PENGANTAR

Demi terwujudnya ketersediaan dan keterjangkauan obat, pemerintah pada tahun 2005 telah merevisi Kebijakan Obat Nasional (Konas) 1983 menjadi Konas 2005 (Permenkes No.189/2006¹) yang merupakan dokumen resmi komitmen semua pihak baik pusat, provinsi maupun kabupaten/kota dalam menetapkan tujuan dan sasaran nasional dibidang obat beserta prioritasnya. Kebijakan Obat Nasional (Konas) menggariskan strategi dan peran berbagai pihak dalam penerapan komponen-komponen pokok kebijakan untuk pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.

Sebelum otonomi daerah, fungsi pengelolaan obat di seluruh kabupaten/kota dilaksanakan oleh Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) yang bertanggung jawab sepenuhnya atas kebutuhan obat ditingkat kabupaten/kota. Pengadaan obat dilakukan oleh pemerintah pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan, sedangkan setelah desentralisasi pengadaan obat dilakukan oleh daerah masing-masing yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Undang-Undang/UU No.32/2004²). Hal tersebut dewasa ini telah berubah akibat pengaruh visi dan persepsi Pemerintah Daerah terhadap GFK yang bervariasi. Pengaruh ini tampak pula pada keadaan Unit Pengelola Obat/GFK yang sebelumnya telah dikembangkan disetiap kabupaten/kota dan dilengkapi dengan sistem informasi yang dapat diandalkan, serta sumber daya manusia yang telah terlatih.

Tiap daerah mempunyai kebutuhan lokal spesifik yang beragam antar kabupaten/kota, sehingga kedudukan Unit Pengelola Obat/GFK menjadi tidak jelas serta tugas pokok dan fungsinya diterapkan di kabupaten/kota secara beragam. Beberapa kabupaten/kota menempatkan tugas

pokok dan fungsi pengelolaan obat di bawah seksi. Ada pula yang menempatkannya di bawah Puskesmas kecamatan. Beberapa kabupaten ada yang mengakomodasinya sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dan bahkan masih ada yang belum/tidak jelas statusnya dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Di masa mendatang dirasa penting untuk lebih mengedepankan fungsi dan struktur Unit Pengelola Obat Kabupaten/kota.

Beberapa daerah yang mempunyai kedekatan dengan sarana distribusi dan produksi seperti di Pulau Jawa merasa lebih senang melakukan pengadaan ini secara mandiri. Tidak dapat dipungkiri bahwa desentralisasi selain mempunyai dampak negatif ketidakjelasan terhadap kedudukan GFK, pengelolaan obat secara mandiri membawa beberapa keuntungan kepada daerah, misalnya proses pembelajaran dalam rangka peningkatan kemampuan petugas terutama dalam aspek pengadaan obat, penyusunan anggaran dan negosiasi dengan pemegang keputusan di tingkat kabupaten/kota, serta meningkatkan aktivitas perekonomian di daerah terutama dari aspek obat.

Dalam mendukung upaya revitalisasi Unit Pengelola Obat/GFK untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan/Kepmenkes No.1457/2003³) dibutuhkan studi tentang analisis eksistensi Unit Pengelola Obat di kabupaten/kota.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian deskriptif secara potong lintang dilakukan dalam bulan Juli-Desember 2006 di 11 provinsi yaitu DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Selatan, Sumatera Utara, Kepulauan Riau dengan 26 Kabupaten/Kota yaitu Jakarta Pusat dan Timur, Kota Tangerang, Kabupaten Tangerang dan Serang, Kota Bandung, Kabupaten Bandung dan Subang, Kota Semarang, Kabupaten Semarang dan Temanggung, Kota Surabaya, Kabupaten Gresik dan Mojokerto, Kota Denpasar dan Kabupaten Badung, Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Barat, Kota Kendari dan Kabupaten Konawe Selatan, Kota Banjarmasin dan Kabupaten Banjar, Kota Tanjung Pinang dan Kota Batam, serta Kota Medan dan Kabupaten Serdang Bedagai.

Sampel adalah 26 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, 26 GFK/Unit Pengelola Obat dan sebagai responden Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah Kepala Seksi Obat, Responden GFK adalah Kepala

GFK/Unit Pengelola Obat. Data dikumpulkan dengan cara wawancara mendalam dan wawancara terstruktur dengan Kepala Seksi yang menangani bidang obat di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan pengelola obat di Unit Pengelola Obat, serta pengumpulan data sekunder tentang penerimaan, penggunaan obat untuk mengukur indikator pengelolaan obat. Pengukuran indikator berdasarkan Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.⁴

Adapun indikator yang diukur meliputi antara lain persentase kesesuaian obat dengan DOEN, obat generik dan pola penyakit, waktu tunggu kedatangan obat, persentase jenis obat dengan stok tetap selama 6 bulan, persentase simpangan jumlah obat didistribusikan, tingkat ketersediaan obat rata-rata, persentase obat dengan kecukupan aman, rata-rata bobot variasi sediaan, ketepatan perencanaan, rata-rata hari kosong obat dalam 1 tahun, rata-rata waktu kosong obat, obat yang kadaluarsa, nilai obat yang kadaluarsa, obat yang rusak dan nilai obat yang rusak. Analisis data secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Analisis eksistensi Unit Pengelola Obat setelah desentralisasi di beberapa kabupaten/kota mempunyai beberapa keterbatasan seperti pengumpulan data secara potong lintang sehingga jawaban responden dipengaruhi oleh kondisinya saat wawancara, kemampuan, sikap dan perilaku pewawancara, kelengkapan data sekunder yang berbeda-beda antar kabupaten/kota, serta dari 26 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 26 Unit Pengelola Obat yang direncanakan hanya 22 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 24 Unit Pengelola Obat yang bersedia diwawancarai.

Sebelum era desentralisasi Unit Pengelola Obat di kabupaten/kota berupa GFK sesuai Kepmenkes RI No. 610/Menkes/SK/XI/81 tahun 1981 tentang

Organisasi dan Tata Kerja Gudang Perbekalan Kesehatan di bidang farmasi di kabupaten/kota⁵ dan setelah desentralisasi kedudukan GFK menjadi bermacam-macam tergantung visi dan persepsi pemerintah daerah masing-masing.

1. Kedudukan Unit Pengelola Obat

Hasil survei di 24 kabupaten/kota tentang karakteristik Unit Pengelola Obat menunjukkan bahwa sebagian besar (61,54%) status pengelola obat di kabupaten/kota adalah UPTD. Jumlah Puskesmas yang dilayani antara 1-30 Puskesmas (66,7%), sedangkan persentase Unit Pengelola Obat dengan hanya 1 orang apoteker terbesar (54,2%) dan asisten apoteker 1-3 orang (66,6%). Adanya kekosongan apoteker maupun asisten apoteker di Unit Pengelola Obat Kabupaten/Kota tentunya merupakan hal yang menyedihkan dan sekaligus menunjukkan kurangnya atau kurang meratanya distribusi tenaga farmasi di kabupaten/kota (Tabel 1).

Kedudukan UPTD setara dengan eselon IV di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebagai Kepala UPTD adalah seorang apoteker dengan pangkat paling rendah III C. Selebihnya (23,08%) menyatakan bahwa GFK menjadi Seksi Farmasi di Dinas Kesehatan dan 7,69% sampai saat ini struktur organisasi GFK masih belum ditetapkan. Pengelolaan obat juga dilakukan oleh Puskesmas kecamatan di dua kota.

Seluruh responden berpendapat bahwa sesuai dengan tugas dan fungsi Unit Pengelola Obat, maka sebaiknya Unit Pengelola Obat harus berkedudukan sebagai UPTD yang bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan, selain itu jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) di Unit Pengelola Obat minimum tiga orang.

Beberapa kabupaten/kota yang belum menetapkan struktur organisasi Unit Pengelola Obat menyatakan bahwa dalam waktu dekat akan

Tabel 1. Pengumpulan Data

Data	Sumber data	Cara pengumpulan data	Alat pengumpul data
Data dasar kebijakan dan manajemen gudang farmasi kabupaten/kota			
Kebijakan terhadap GFK, pembiayaan, pengelolaan obat	Dinas Kesehatan kabupaten/kota GFK Puskesmas	Wawancara mendalam Data sekunder	Pedoman wawancara LPLPO, kartu stok
Data dasar sumber daya manusia, sarana dan prasarana Unit Pengelola Obat di kabupaten/kota			
SDM, Sarana, Sumber biaya	Dinas Kesehatan kabupaten/kota GFK	Wawancara terstruktur	Pedoman wawancara
Kendala dan dampak desentralisasi terhadap Unit Pengelola Obat di kabupaten/kota menurut pengelola obat			
Kendala, Dampak desentralisasi	Dinas Kesehatan kabupaten/kota GFK	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara

menetapkan struktur tersebut dan akan disesuaikan dengan tugas serta fungsi yang diemban oleh Unit Pengelola Obat selama ini.

Pada umumnya pengadaan obat dilakukan oleh bagian pengadaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Hanya sebagian saja yang dilakukan oleh UPTD/Seksi Farmasi yaitu 4 UPTD dan 2 Seksi Farmasi. Tabel 2 menunjukkan bahwa meskipun struktur organisasi Unit Pengelola Obat berbeda yaitu UPTD maupun seksi farmasi, tetapi pada hakekatnya tugas, fungsi dan wewenang tidak ada perbedaannya.⁶

2. Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana Unit Pengelola Obat

Sebagian responden (37,5%) merasakan bahwa SDM di Unit Pengelola Obat belum mencukupi seperti halnya sarana yang ada. Lebih dari separuh responden menyatakan SDM dan sarana di Unit Pengelola Obat telah cukup (tidak ada keluhan). Sebagian besar (66,67%) Unit Pengelola Obat mengeluhkan tentang ketidakcukupan prasarana yang ada.

Pendapat tentang kecukupan SDM, sarana dan prasarana yang dimiliki Unit Pengelola Obat terurai dalam Tabel 3.

Tabel 2. Distribusi Unit Pengelola Obat di Kabupaten/Kota Berdasarkan Status, Jumlah Puskesmas yang Dilayani, Jumlah Apoteker dan Asisten Apoteker Tahun 2005

Status Unit Pengelola Obat Kabupaten/Kota	Jumlah	%
UPTD	16	61,54
Seksi Farmasi Dinas Kabupaten/Kota	6	23,08
Puskesmas Kecamatan	2	7,69
Belum ditetapkan	2	7,69
Total	26	100.0
Jumlah Puskesmas dilayani	Jumlah	%
1 – 10 Puskesmas	5	20,8
11 – 20 Puskesmas	4	16,7
21 – 30 Puskesmas	7	29,2
31 – 40 Puskesmas	5	20,8
> 40 Puskesmas	3	12,5
Total	24*	100.0
Jumlah Apoteker	Jumlah	%
Tidak ada	3	12,5
1 orang	13	54,2
2 orang	6	25,0
3 orang	2	8,3
Total	24*	100.0
Jumlah Asisten Apoteker	Jumlah	%
Tidak ada	1	4,2
1 orang	3	12,5
2 orang	9	37,5
3 orang	4	16,6
5 orang	1	4,2
≥ 6 orang	6	25,0
Total	24*	100.0

Keterangan: * dua Unit Pengelola Obat kabupaten/kota tidak bersedia diwawancara

Tabel 3. Tugas dan Fungsi Unit Pengelola Obat di Kabupaten/Kota (n = 24)

Tugas dan Fungsi	UPTD	Seksi Farmasi	Puskesmas Kecamatan
Penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pelaporan.	5	2	
Perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, pelaporan	4	2	
Perencanaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian.	3	-	
Perencanaan, penerimaan, pendistribusian, pembinaan ke Puskesmas, Apotek, jasa boga, restoran, industri makanan dan minuman rumah tangga, air minum isi ulang, Batra, salon kecantikan.	3	1	
Tidak menjawab	1	1	
Tidak bersedia diwawancara	-	-	2
Total	16	6	2

Tabel 4. Kecukupan Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana (n=24)

Uraian	Tidak Ada Keluhan	Kurang	Tidak Menjawab
Sumber daya manusia	13 (54,17%)	9 (37,5%)	2 (8,37%)
Sarana	14 (58,37%)	9 (37,5%)	1 (4,18%)
Prasarana	7 (29,15%)	16 (66,67%)	1 (4,18%)

3. Mekanisme Perencanaan, Pengadaan, dan Distribusi Obat

Sebelum era desentralisasi perencanaan dan pengadaan obat dilakukan oleh pemerintah pusat yaitu Departemen Kesehatan. Unit Pengelola Obat yang waktu itu dilakukan oleh GFK hanya menerima, menyimpan dan mendistribusikan ke Puskesmas. Setelah desentralisasi penyusunan perencanaan obat setiap tahunnya dilaksanakan oleh Unit Pengelola Obat/GFK bersama dengan Badan Perencanaan Daerah (Bapeda), dan diadvokasikan melalui suatu pertemuan dengan Bupati dan DPRD setempat. Pada proses advokasi dilakukan presentasi mengenai kebutuhan obat untuk tahun mendatang, dimulai dari penyusunan perencanaan, sampai dengan pengadaan obat. Dalam pertemuan advokasi ini pada umumnya dihadiri oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Pemerintah Daerah setempat dan DPRD II. Bila sudah mendapat persetujuan, pengadaan biasanya dilakukan oleh bagian pengadaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, hanya sebagian saja (6 kabupaten/kota) yang dilakukan oleh Unit Pengelola Obat (Tabel 2). Sementara penyimpanan dan distribusi dilaksanakan oleh Unit Pengelola Obat.

Beberapa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan bahwa melalui advokasi anggaran kesehatan termasuk obat dapat diusulkan untuk ditingkatkan. Dengan demikian, kebutuhan obat baik jenis maupun jumlahnya dapat tercukupi. Jenis obat yang disusun dalam perencanaan adalah obat esensial untuk keperluan pengobatan sepuluh penyakit terbanyak di daerah tersebut dan sesuai dengan Standar Pengobatan Dasar Puskesmas. Untuk keperluan *buffer stock* obat bisa diperoleh dari provinsi. Ada daerah yang memberi wewenang kepada Puskesmas untuk mengadakan obat sendiri (swadana), sehingga bisa meningkatkan kesesuaian dengan kebutuhan. Selain anggaran obat yang disediakan dalam APBD II, anggaran obat berasal dari Askes, Askeskin dan *buffer stock* dari provinsi melalui APBD I walaupun kadang-kadang jumlahnya terbatas.

Advokasi penyediaan anggaran kepada Pemerintah Daerah setempat dilaksanakan berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 13/ 2006⁷ yang menyatakan

bahwa disetiap dinas mempunyai Panitia Anggaran Eksekutif-Legislatif. Panitia ini bertugas untuk membahas dan menetapkan anggaran kabupaten/kota setempat, dengan mempertimbangkan usul dan prioritas kegiatan/program, bersama dengan Bagian Perencanaan setiap dinas di kabupaten/kota. Salah satu kebijakan yang dianut oleh setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah memperhatikan urutan prioritas program atau kegiatan masing-masing. Selanjutnya anggaran yang telah disusun, disampaikan kepada Pemerintah Daerah untuk ditetapkan lebih lanjut dengan persetujuan DPRD II. Hal yang menarik ada satu Dinas Kesehatan Kabupaten yang dalam menetapkan anggaran selalu memperhatikan visi-misi Dinas Kesehatan tersebut.

Advokasi penyediaan anggaran kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota pada umumnya dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau wakilnya dengan memaparkan gambaran status kesehatan masyarakat, masalah-masalah dan cara mengatasinya, serta menjelaskan standar pelayanan minimal yang harus dikerjakan oleh kabupaten/kota melalui forum komunikasi terutama dengan Bupati, Sekretaris Daerah, Bapeda, Pemerintah Daerah, Pengendalian Program dan DPRD.

Selanjutnya disampaikan kebutuhan obat berdasarkan jenis penyakit yang ada dan prediksi penyakit yang mungkin timbul di masa yang akan datang serta hasil evaluasi tahun lalu tentang kecukupan obat sebagai dasar penambahan obat untuk tahun mendatang, terutama untuk pelayanan masyarakat miskin.

Proses pengadaan obat dilakukan melalui perencanaan secara *bottom up* dari Puskesmas setiap setahun sekali. Perencanaan kebutuhan obat disusun oleh tim perencanaan obat terpadu yang anggotanya terdiri dari Kepala Unit Pengelola Obat, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas-Puskesmas dan lintas sektor yaitu Bapeda dan Bidang Hukum. Rekapitulasi perencanaan kebutuhan obat dihitung dengan metoda konsumsi dan epidemiologi dengan memperhatikan stok/persediaan yang masih ada di Unit Pengelola Obat dan Puskesmas, kemudian diserahkan kepada Tim Pengadaan Obat untuk dilaksanakan tender. Selanjutnya pengadaan obat

pada umumnya dilakukan secara tender. Tender dilakukan satu kali dalam setahun dengan jumlah pembanding sebanyak tiga rekanan/distributor obat yang telah lulus dalam seleksi, baik kelengkapan administrasinya maupun kualifikasi obat, serta harga yang bersaing.

Setelah obat yang dipesan datang, diterima panitia penerima obat sesuai dengan persyaratan teknis dan ketentuan pada kontrak, dicatat dan disimpan sesuai dengan peraturan penyimpanan (obat dalam, obat luar, menggunakan lemari es, di ruang ber-AC) untuk kemudian didistribusikan ke Puskesmas-Puskesmas setiap 1 atau 3 bulan sekali yang dihitung sesuai dengan kebutuhan Puskesmas yang bersangkutan. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan dengan menggunakan Formulir Lembar Permintaan dan Lembar Penggunaan Obat (LPLPO).

Sebagai dasar penentuan jenis obat adalah obat sangat esensial dan esensial dalam bentuk generik untuk 10 jenis penyakit utama. Untuk obat yang dibutuhkan tetapi tidak ada generiknya, diadakan obat dengan merek dagang tertentu yang harganya terjangkau di salah satu kota. Selain itu dikatakan juga bahwa dasar penentuan jenis obat sesuai dengan SK MenKes RI tentang pengadaan obat Pelayanan Kesehatan Dasar.⁶ Penentuan jumlah obat berdasarkan pola konsumsi, yaitu 12 bulan x pemakaian rata-rata + *buffer stock* atau kurang lebih 18 bulan x pemakaian rata-rata, sedangkan penentuan pabrikan kelengkapan persyaratan administrasi (terdaftar di Departemen Kesehatan/Badan POM, mempunyai sertifikat CPOB, produk generik, dan lain-lain. Selain itu, juga dikatakan oleh sebagian responden bahwa penentuan pabrikan tidak dinyatakan secara eksplisit, namun harus memenuhi dokumen tender.

Pada umumnya pemenang tender adalah rekanan/distributor suatu pabrik farmasi Badan Usaha Milik Negara (BUMN). Dengan demikian, jenis obat yang ditawarkan juga merupakan produk pabrik farmasi BUMN, namun dalam proses penyerahannya jenis obat kadang-kadang tidak sesuai dengan permintaan.

Proses distribusi obat ke Puskesmas dilakukan tiap bulan berdasarkan permintaan Puskesmas. Hanya ada satu kota yang permintaannya dilakukan tiap triwulan. Apabila terjadi kekurangan obat di suatu Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memenuhi permintaan kekosongan obat tersebut kepada Puskesmas yang bersangkutan melalui nota dinas yang dikemudian hari akan merupakan bagian permintaan berikutnya. Hal ini sering dilakukan di salah satu kabupaten, terutama

distribusi ke kecamatan yang terpencil. Pencatatan permintaan obat dan pelaporannya tiap bulan untuk seluruh kabupaten/kota menggunakan suatu Formulir LPLPO.

4. Manajemen Mutu

Secara umum di seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang terpilih tidak memiliki peraturan daerah yang mengatur tentang Unit Pengelola Obat dan Tatacara Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, terutama tentang obat. Dikatakan bahwa Peraturan Daerah SPM Bidang Kesehatan yang berlaku mengacu kepada Peraturan tentang SPM Departemen Kesehatan dan Kepmenkes No. 1202/Menkes/SU/VIII/2003 tentang Indikator Sehat 2010, serta beberapa Peraturan Bupati setempat; antara lain di salah satu kabupaten tentang Tupoksi GFK: Instalasi farmasi dan Alat Kesehatan SK Bupati No. 1302/088/2001, Peraturan Daerah No. 41/2004 tentang Dinas Kesehatan Daerah, UPT Dinas Kesehatan Kabupaten dan SPM tentang obat dijabarkan dalam Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten.

Dalam hal ini tidak diperoleh keterangan dari Kabupaten/Kota yang terpilih lainnya. Pembinaan dan supervisi baik oleh Pusat maupun oleh Dinas Kesehatan Provinsi sampai tahun 2006 belum pernah dilakukan. Atas inisiatif sendiri dalam hal ini satu Dinas Kesehatan Kabupaten pada pertengahan tahun 2004 telah mengundang narasumber dari pusat untuk mengadakan pelatihan manajemen obat di kabupaten.

Berbagai indikator pengelolaan obat yang dicapai pada Unit Pengelola Obat Kabupaten/Kota dapat dilihat pada Tabel 4. Dari 16 UPTD rata-rata persentase kesesuaian jenis obat dengan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), obat generik dan pola penyakit berturut-turut adalah 86,04, 83,40, dan 121,50. Adapun dari 6 Seksi Farmasi berturut-turut 88,04; 87,74; 214,70. Waktu tunggu kedatangan obat di 16 UPTD rata-rata 4,28 bulan dan rata-rata persentase jenis obat dengan stok tetap 6 bulan terakhir 5,36%, sedangkan di 6 Seksi Farmasi 3,50 dan 4,55. Persentase penyimpangan jumlah obat yang didistribusikan mencapai 100,0% dengan rata-rata 50,04% untuk 16 UPTD dan 83,98 dan 45,86 untuk 6 Seksi Farmasi. Tingkat ketersediaan obat rata-rata di 16 UPTD mencapai 18 bulan lebih dengan rata-rata persentase obat dengan kecukupan aman sebesar 78,80%, serta rerata dari persentase rata-rata variasi bobot persediaan 13,44%. Untuk Seksi Farmasi tingkat ketersediaan obat rata-rata hampir 22 bulan, dengan rata-rata persentase obat dengan kecukupan aman

sebesar 76,53 serta rerata dari persentase rata-rata variasi bobot persediaan 0,00.

Dalam hal perencanaan rata-rata ketepatan hanya 94,75% dengan rata-rata hari kosong obat dalam setahun selama 25 hari dan persentase waktu kosong obat rata-rata 6,78% untuk 16 UPTD dan 16 hari dan 4,48% untuk 6 Seksi Farmasi. Rata-rata persentase obat yang kadaluarsa tidak besar (11,59%) dengan nilai rata-rata Rp3.562.172 untuk 16 UPTD, sedangkan rata-rata persentase obat yang kadaluarsa dan nilai rata-rata obat kadaluarsa untuk 6 Seksi Farmasi lebih besar yaitu 16,64% dengan nilai rata-rata Rp11.815.334. Untuk obat yang rusak 4,28% dengan nilai rata-rata Rp1.573.441 (UPTD) dan 4,72% dengan nilai rata-rata Rp24.408.044 (Seksi Farmasi). (Tabel 5).

Bila dilihat dari keberadaan obat kadaluarsa dan obat rusak dari 16 UPTD, pada 4 UPTD (25%) ditemukan adanya obat kadaluarsa dan pada 6 UPTD (27,5%) ditemukan obat rusak. Adapun dari 6 Seksi Farmasi 3 (50%) di antaranya ditemukan obat kadaluarsa dan obat rusak. Hal ini menunjukkan adanya indikasi bahwa perencanaan di UPTD pada umumnya lebih baik dari pada di Seksi Farmasi (Tabel 6).

Jadi dapat disimpulkan bahwa Unit Pengelola Obat belum memenuhi persyaratan indikator SPM³ bidang kesehatan tentang obat seperti terlihat dari

kesesuaian obat dengan DOEN dan obat generik. Secara umum pengelolaan obat dalam hal perencanaan di UPTD lebih baik dari pada di Seksi Farmasi, sedangkan mengenai kecukupan obat sudah mencukupi baik di UPTD maupun di Seksi Farmasi.

5. Kendala Dalam Pengelolaan Obat

Masalah atau kendala dalam pengadaan obat meliputi kekurangan obat pada awal tahun yang sangat terasa sebelum pesanan obat datang, kekurangan obat jenis tertentu karena adanya peningkatan kebutuhan dibanding tahun sebelumnya akibat wabah penyakit, adanya obat yang hampir kadaluarsa karena dikirim tanpa adanya perencanaan yang baik yaitu pada masa pengalihan subsidi bahan bakar minyak ke subsidi obat tahun 2001-2002. Demikian pula obat Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) tahun 2005 baru datang bulan Desember 2005 dan tidak sesuai dengan jumlah keluarga miskin setempat, sehingga pelayanan kepada masyarakat miskin terhambat. Masalah lain menyangkut tenaga teknis di Unit Pengelola Obat yang pada saat ini sangat terbatas serta pendidikan SDM tersebut tidak sesuai dengan tugas dan fungsi Unit Pengelola Obat.

Dalam menghadapi masalah tersebut di atas, beberapa alternatif telah dilakukan seperti:

Tabel 5. Gambaran Indikator Pengelolaan Obat di Unit Pengelola Obat Kabupaten/Kota

Indikator	UPTD (n = 16)			Seksi Farmasi (n=6)		
	Min	Max	Rata-Rata	Min	Max	Rata-Rata
% Kesesuaian dengan DOEN	66,23	98,40	86,04	71,50	100,00	88,04
% Kesesuaian dengan obat generik	35,09	100,00	83,40	73,73	100,00	87,74
% Kesesuaian dengan pola penyakit	95,26	407,69	121,50	100,00	625,00	214,70
Waktu tunggu datang obat	1,00	8,00	4,28	1,00	6,00	3,50
% Jenis obat stok tetap 6 bulan	0,00	22,00	5,36	0,00	11,50	4,55
% Simpangan jumlah obat Didistribusikan	0,97	55,00	18,20	8,74	59,13	21,96
Tingkat ketersediaan obat rata-rata	28,57	100,00	78,80	61,54	89,66	76,53
% Obat dengan kecukupan aman	0,00	61,74	13,44	0,00	0,00	0,00
% Rata-rata bobot variasi sediaan	48,00	109,00	94,75	10,38	100,00	68,81
% Ketepatan perencanaan	0,00	69,00	24,77	0,00	40,60	16,36
Rata-rata hari kosong obat satu tahun	0,00	18,89	6,78	0,00	11,13	4,48
% Rata-rata waktu kosong obat	0,00	57,00	11,59	0,00	57,00	16,64
% Obat yang kadaluarsa	0,00	44861500,0	3582172	0,00	40549005,0	11815334
Nilai obat yang kadaluarsa	0,00	20,69	4,28	0,00	14,29	4,72
% Obat yang rusak	0,00	13492915,0	1573441	0,00	125264905,0	24408044
Nilai obat yang rusak	-	-	-	-	0	-

Tabel 6. Distribusi Unit Pelayanan dengan Obat Kadaluarsa dan Obat Rusak

Keterangan	Ada	Tidak Ada
UPTD		
Keberadaan obat kadaluarsa	4 (25%)	12 (75%)
Keberadaan obat rusak	6 (37,5%)	10 (62,5%)
SEKSI FARMASI		
Keberadaan obat kadaluarsa	3 (50%)	3 (50%)
Keberadaan obat rusak	3 (50%)	3 (50%)

pengadaan sendiri oleh Puskesmas dari anggaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah II atau Asuransi Kesehatan untuk mengatasi kekurangan obat pada awal tahun dan untuk mengatasi penumpukan obat di Puskesmas, serta pemanfaatan obat yang mendekati kadaluarsa, maka obat tersebut dikirim ke rumah sakit pemerintah agar dapat digunakan oleh pasien secepat mungkin atas dasar surat Keputusan Walikota.

Alokasi obat PJKMM yang tidak sesuai dengan kebutuhan diatasi dengan penyusunan data alokasi yang sebenarnya dan telah dikirim ke tim JPKMM dan untuk mengatasi SDM yang terbatas serta pendidikannya tidak sesuai, diperlukan pengawasan yang ketat terhadap cara kerja mereka, di samping mendapatkan pelatihan secukupnya.

Kendala yang dihadapi dalam mencapai target yang ditetapkan dalam SPM, dikemukakan sebagai berikut: di beberapa kabupaten/kota mengeluhkan sulitnya mendapatkan beberapa jenis obat tertentu yang harganya murah dan hanya dibutuhkan dalam jumlah sedikit misalnya asetosal, retinol, ekstrak belladona. Jumlah nominal rupiah yang sangat kecil menyebabkan para suplier kurang berminat untuk melayani. Hambatan lain yang sering dialami adalah kurangnya obat kusta dan filariasis yang diperoleh dari Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Dit.Jen P2-PL).

6. Dampak Positif dan Negatif Desentralisasi Menurut Pengelola Obat

Dampak positif desentralisasi pengelolaan obat (Tabel 7) antara lain daerah dapat merencanakan dan mengadakan obat sesuai kondisi setempat / kebutuhan dan ketersediaan obat lebih terjangkau, advokasi/usulan kebutuhan lebih mudah karena karena tidak perlu ke pusat, biaya pengadaan obat

dari anggaran daerah sehingga lebih cepat turun, peningkatan sumber daya manusia daerah dalam mengelola obat. Sebaliknya dampak negatif yang timbul antara lain birokrasi panjang karena harus lewat Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah dan disahkan oleh DPRD, anggaran obat lebih kecil, biaya pemeliharaan gudang dan biaya operasional kurang memadai, dana operasional dari Dinas Kesehatan yang jumlahnya terbatas dan tidak dikelola sendiri, obat yang disediakan tidak sesuai dengan daftar obat pelayanan kesehatan dasar.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tanggung jawab Unit Pengelola Obat setelah desentralisasi lebih besar dan berbeda antar daerah. Sebelum desentralisasi hanya bertugas sebagai penerima, menyimpan dan mendistribusikan ke Puskesmas, saat ini juga meliputi perencanaan bahkan di sebagian kabupaten/kota juga melakukan pengadaan obat. Karena perencanaan dan pengadaan dilakukan sendiri maka kebutuhan obat baik jenis dan jumlahnya dapat tercukupi. Meskipun demikian, sesuai dengan tugas dan fungsi Unit Pengelola Obat, semua responden berpendapat sebaiknya Unit Pengelola Obat berkedudukan sebagai UPTD yang bertanggung jawab langsung ke Kepala Dinas Kesehatan.

Daerah tidak memiliki peraturan daerah yang mengatur tentang SPM Bidang Kesehatan terutama tentang obat, tetapi mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang SPM, serta tidak ada pembinaan dan supervisi baik oleh Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Provinsi.

Unit Pengelola Obat belum memenuhi persyaratan indikator SPM bidang kesehatan tentang obat seperti terlihat dari kesesuaian obat

Tabel 7. Dampak Positif dan Negatif Pengelolaan Obat di Kabupaten/Kota Setelah Desentralisasi

Dampak Positif	Jumlah
Daerah dapat merencanakan dan mengadakan obat sesuai kondisi setempat/kebutuhan dan ketersediaan obat lebih terjangkau.	8
Advokasi / usulan kebutuhan lebih mudah karena karena tidak perlu ke pusat	5
Biaya pengadaan obat dari anggaran daerah sehingga lebih cepat turun	4
Meningkatkan sumber daya manusia daerah dalam mengelola obat	1
Dampak Negatif	
Birokrasi panjang karena harus lewat Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah dan disahkan DPRD	4
Anggaran obat lebih kecil	4
Biaya pemeliharaan gudang dan biaya operasional kurang memadai	3
Dana operasional dari Dinas Kesehatan yang jumlahnya terbatas dan tidak dikelola sendiri	2
Obat yang disediakan tidak sesuai dengan daftar obat pelayanan kesehatan dasar	2
Jumlah pengadaan obat berkurang	1
Untuk obat yang harganya murah dan pengadaannya sedikit, pengadaan sulit karena distributor enggan melayani	1
Kesejahteraan petugas obat kurang	1
Pelatihan sumber daya manusia kurang	1
Petugas sering tumpang-tindih dengan seksi farmasis	1

dengan DOEN dan obat generik. Secara umum pengelolaan obat dalam hal perencanaan di UPTD lebih baik daripada seksi farmasi. Hal ini tampak pada rata-rata persentase dan nilai rata-rata obat kadaluarsa dan obat rusak.

Kendala dalam pengelolaan obat yang dirasakan sebagian responden adalah kekurangan SDM dan sarana, bahkan sebagian besar responden merasakan adanya ketidakcukupan prasarana. Beberapa kabupaten/kota mengeluhkan sulitnya mendapatkan beberapa jenis obat yang harganya murah dan dibutuhkan dalam jumlah kecil karena para pemasok kurang berminat untuk melayani. Di lain pihak dampak positif yang dirasakan antara lain daerah dapat merencanakan dan mengadakan obat sendiri sesuai dengan kebutuhan, usulan lebih mudah karena tidak perlu ke pusat dan anggaran lebih cepat turun. Dampak negatif yang dirasakan antara lain birokrasi yang panjang, anggaran obat lebih kecil dan biaya pemeliharaan gudang dan operasional kurang memadai.

Saran

Dirasa perlu adanya suatu advokasi lebih jauh dan dukungan serta komitmen lebih besar dari Pemerintah Daerah setempat mengingat pembangunan daerah tidak bisa dilepaskan dari pembangunan kesehatan subyeknya, di samping perlu penempatan atau recruitment asisten apoteker

baru. Peremajaan atau pengadaan sarana dan prasarana pengelolaan obat untuk mendukung kinerja dalam memenuhi SPM bidang kesehatan, khususnya tentang obat.

KEPUSTAKAAN

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI, No. 189/MenKes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional, Jakarta, 2006
2. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, Jakarta, 2004.
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 1457/MenKes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, Jakarta, 2003.
4. Departemen Kesehatan, RI, Ditjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Pedoman Supervisi dan Evaluasi Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Jakarta, 2003.
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 610/Menkes/SK/XI/81 tentang Organisasi dan Tata Kerja Gudang Perbekalan Kesehatan di Bidang Farmasi di Kabupaten/Kota, Jakarta, 1981.
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. 1436/MenKes/SK/XI/2002 tentang Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Jakarta, 2002.
7. Peraturan Mendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, Jakarta, 2006.