



PENGARUH PENYERAHAN DANA DAN PENGELOLAAN ASURANSI KESEHATAN SEPENUHNYA KEPADA PUSKESMAS TERHADAP EFISIENSI PENGADAAN DAN MUTU PENGGUNAAN OBAT

THE INFLUENCE OF THE HEALTH INSURANCE FUNDS TRANSFER TO PUBLIC HEALTH CENTER ON THE EFFICIENCY OF THE DRUG PROCUREMENT AND USE IN KULONPROGO DISTRICT

Neti Viperiati¹, Sri Suryawati²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, Yogyakarta

²Bagian Farmakologi Klinik, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The drug supply sustainability for basic health service in the district of Kulonprogo is largely dependent upon the local government budget. The low allocation of funds clearly demands efficiency in their management in relation to the drug selection, procurement and use. The local government policy to transfer health insurance funds (Askes) to Public Health Center starting 2002 demands a research to study the influence of the policy upon the efficiency of the drug procurement and use.

Methods: The research is quasi experimental before and after, adopting Good Pharmaceutical Procurement Practices as the efficiency indicators and referring to WHO's prescribing indicators to reveal the quality drug use. Data were gathered from in-depth interviews and the study of sample document files of the year 2001 and 2004 from the District Health Office and 12 Public Health Centers. The data were analyzed using t-test.

Result: The findings show that the policy to transfer health insurance funds to Public Health Centers has caused a decrease in generic drug supply from 100% to 52%, a decrease in the procurement of national essential drugs list from 97% to 52%, a decrease in drug procurement through official suppliers from 100% to 61%, and a 30% increase in the drug cost. The significant effects on the drug use are an increase in the use of antibiotics from 36% to 41%, an increase in the use of injections from 2% to 3%, and a decrease in the prescribed drugs according to national essential drugs list from 98% to 94% ($p < 0,05$). These, in turn, bring a significant increase in the drug cost from Rp2,430,00 to Rp3,323,00 per patient or 37% ($p < 0,05$).

Conclusions: The findings suggest that the policy to transfer health insurance funds to Public Health Center decreases the efficiency level of drug procurement, quality of drug use and the cost for each patient.

Keywords: cash funds, efficiency, drug procurement, drug use, health insurance, public health center

ABSTRAK

Latar belakang: Kesenambungan pembiayaan obat pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kulonprogo sangat tergantung pada terbatasnya alokasi anggaran pemerintah kabupaten. Anggaran yang terbatas menuntut efisiensi dalam pengelolaannya terutama dalam seleksi, pengadaan, dan penggunaan obat. Kebijakan Pemerintah Kabupaten Kulonprogo berupa penyerahan dana Asuransi Kesehatan (Askes) termasuk biaya pengadaan obat sepenuhnya kepada Puskesmas mulai tahun 2002, mendorong adanya penelitian untuk mempelajari pengaruh kebijakan tersebut terhadap efisiensi pengadaan obat dan mutu penggunaan obat.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experimental, before and after*. Indikator efisiensi pengadaan obat menggunakan penilaian kinerja pengadaan obat¹ dan indikator mutu penggunaan obat menggunakan indikator pola peresepan WHO. Data dikumpulkan

dari wawancara mendalam dan pengamatan dokumen pengelolaan obat tahun 2001 dan 2004 di Dinas Kesehatan dan di 12 puskesmas. Data dianalisis menggunakan uji-t.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah penyerahan dana dan pengadaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas terjadi penurunan pengadaan obat generik dari 100% menjadi 52%, pengadaan obat sesuai Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) puskesmas dari 97% menjadi 31%, pengadaan obat melalui pemasok resmi dari 100% menjadi 61%, serta kenaikan harga pengadaan obat sebesar 30%. Pada indikator mutu, penggunaan obat terjadi kenaikan resep dengan antibiotik dari 36% menjadi 41%, resep dengan injeksi dari 2% menjadi 3%, serta penurunan obat diresepkan sesuai DOEN puskesmas dari 98% menjadi 94%, yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$). Pengaruh tersebut berdampak pada kenaikan biaya obat tiap pasien dari Rp2.430,00 menjadi Rp3.323,00 atau naik 37% yang bermakna statistik ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Penelitian menyimpulkan bahwa penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas menurunkan efisiensi pengadaan dan mutu penggunaan obat, serta menaikkan biaya obat tiap pasien.

Kata kunci: dana, efisiensi, pengadaan obat, penggunaan obat, asuransi kesehatan, puskesmas

PENGANTAR

Obat merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan sehingga ketersediaannya harus terjamin dalam jumlah dan jenis yang cukup sesuai dengan kebutuhan, secara tepat waktu, merata dan berkesinambungan. Biaya obat merupakan bagian terbesar dari anggaran kesehatan. Di beberapa negara maju berkisar antara 10%-15% dari anggaran kesehatan dan di negara berkembang biaya ini lebih besar lagi antara 35%-66%.² Setelah desentralisasi, adanya keterbatasan anggaran keuangan daerah di Kabupaten Kulonprogo menyebabkan alokasi anggaran obat pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Kulonprogo hanya sebesar 3% hingga 14% dari anggaran kesehatan. Anggaran yang terbatas ini menuntut efisiensi dalam pengelolaannya baik dari aspek perencanaan, pengadaan, penyimpanan, dan penggunaan obat.

Sejak tahun 2002, puskesmas di Kabupaten Kulonprogo diberikan dana kontan pengadaan obat dari dana Asuransi Kesehatan (Askes) melalui kebijakan Pemerintah Kabupaten Kulonprogo yang tertuang dalam Surat Keputusan (SK) Bupati No. 6/2002. Melalui SK tersebut Pemerintah Kabupaten Kulonprogo menyerahkan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas. Dana Askes yang diserahkan adalah biaya kapitasi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP), peserta wajib PT Askes Indonesia yang meliputi komponen jasa sarana, jasa pelayanan dan obat. Kebijakan ini dimaksudkan agar puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan fungsional milik pemerintah daerah tetap mampu memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan bagi peserta Askes dan anggota keluarganya. Penggunaan dana diatur melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan No. 842.3/01/IV/03 bahwa 50% dana dapat dimanfaatkan sebagai jasa medis, dan 50% sisanya sebagai bantuan pengadaan obat, pengadaan sarana pendukung, biaya retribusi dan kebutuhan lain.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kebijakan Pemerintah Kabupaten Kulonprogo terhadap efisiensi pengadaan obat dan mutu penggunaan obat di Kabupaten Kulonprogo.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experimental, before and after*, dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif berasal dari data pengelolaan obat di Dinas Kesehatan (Dinkes) dan di 12 puskesmas di Kabupaten Kulonprogo. Untuk mendapatkan gambaran efisiensi pengadaan dan mutu penggunaan obat sebelum penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas maka diamati data pengelolaan obat tahun 2001, dan untuk mendapatkan gambaran efisiensi pengadaan dan mutu penggunaan obat sesudah penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas diamati data pengelolaan obat tahun 2004. Metode kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap *stakeholder internal* yang berkaitan dengan pengelolaan dana Askes dan pengelolaan obat di Dinkes dan Puskesmas untuk membantu interpretasi data kuantitatif.

Puskesmas yang menjadi unit analisis sebanyak 12 dipilih secara *purposive* atas dasar jumlah dana kapitasi RJTP terbanyak di setiap kecamatan. Populasi sasaran penelitian kuantitatif meliputi dokumen pengadaan obat Askes, resep pasien rawat jalan, penyimpanan obat, distribusi obat dan laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) puskesmas. Efisiensi pengadaan obat diukur dengan kinerja pengadaan obat yang baik² meliputi persentase pengadaan obat dengan nama generik, persentase pengadaan obat sesuai daftar obat esensial nasional (DOEN) tingkat puskesmas, persentase pengadaan obat melalui pemasok resmi, dan persentase deviasi harga pengadaan obat terhadap harga obat generik yang ditetapkan oleh Pemerintah. Mutu penggunaan obat diukur menggunakan pola peresepan WHO³ meliputi rerata jumlah jenis obat tiap resep, persentase resep dengan antibiotik, persentase resep dengan injeksi, persentase obat yang diresepkan dengan nama generik, dan persentase obat yang diresepkan sesuai daftar obat esensial nasional (DOEN) tingkatan puskesmas. Perbedaan nilai indikator mutu penggunaan obat sebelum dan sesudah penyerahan dana Askes kepada puskesmas dianalisis secara statistik dengan uji-t. Pengamatan data pengadaan obat Askes dilakukan terhadap dokumen semua kegiatan pengadaan obat Askes yang ada, sedangkan pengamatan data peresepan dilakukan terhadap 600 sampel resep per puskesmas per tahun terdiri dari 300 lembar resep Askes dan 300 lembar resep umum yang diambil secara *systematic sampling*. Populasi penelitian kualitatif terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Subdinas Bimdal Sarana Prasarana, Kepala Puskesmas, Dokter dan Petugas Pengelola Obat di Puskesmas.

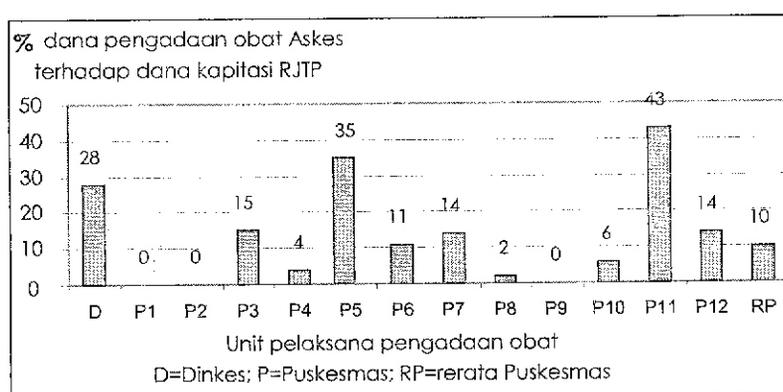
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Pemanfaatan Biaya Kapitasi RJTP untuk Pengadaan Obat Askes

Sebelum dana Askes diserahkan kepada Puskesmas, pada tahun 2001 alokasi biaya pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar (PKD) dari dana kapitasi RJTP di Kabupaten Kulonprogo ditentukan sebesar Rp1.775,00 per kapita per tahun, atau sebesar 28% dana kapitasi RJTP yang dikelola oleh Dinas Kesehatan.⁴ Sejak tahun 2002 setelah dana kapitasi RJTP diserahkan kepada puskesmas, tidak ada aturan alokasi biaya

pengadaan obat sebagaimana tahun 2001. Dinas Kesehatan hanya memberikan rambu-rambu bahwa 50% dapat dimanfaatkan sebagai jasa medis, paramedis dan jasa administrasi, dan 50% dapat dimanfaatkan sebagai bantuan pengadaan obat, pengadaan sarana pendukung, biaya retribusi dan kebutuhan lain. Puskesmas memiliki kewenangan penuh dalam pemanfaatannya. Akibatnya terjadi beberapa variasi besaran nilai pengadaan obat di masing-masing puskesmas bahkan 3 dari 12 puskesmas yang diteliti tidak melaksanakan pengadaan obat Askes seperti pada Gambar 1.

mendalam, penurunan anggaran obat dari DAU pada tahun 2003 dan 2004 disebabkan adanya keterbatasan anggaran daerah. Permintaan anggaran pembangunan kesehatan ke pemerintah kabupaten minimal sebesar 15% APBD sesuai standar WHO dirasakan terlalu mahal. Alokasi anggaran pembangunan kesehatan Pemerintah Kabupaten Kulonprogo pada tahun 2003 dan 2004 hanya sebesar 7,51% dan 9,46% anggaran APBD. Akibatnya kebutuhan obat PKD diberikan hanya untuk 30% penduduk Kulonprogo yang belum tercukupi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan



Gambar 1. Persentase Jumlah Dana Pengadaan Obat Askes terhadap Biaya Kapitasi RJTP di Kabupaten Kulonprogo

Secara umum, penyerahan dana Askes sepenuhnya kepada puskesmas mengakibatkan terjadinya penurunan besaran alokasi untuk pengadaan obat Askes dari dana kapitasi RJTP di tingkat Kabupaten dari 28% menjadi 10%.

2. Anggaran Obat di Kabupaten Kulonprogo

Realisasi anggaran pengadaan obat di Dinas Kesehatan Kulonprogo pada tahun 2001 hingga tahun 2004 seperti terlihat pada Tabel 1, yang menunjukkan adanya penurunan dana obat DAU setelah biaya kapitasi RJTP Askes diserahkan kepada puskesmas. Total anggaran obat per kapita yang dikelola oleh Dinkes mengalami penurunan dari tahun 2002 hingga 2004 berturut-turut sebesar Rp4.315,00, Rp2.802,00, dan Rp1.931,00. Dana obat per kapita ini lebih rendah dari Kabupaten Muna Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2001 yang besarnya Rp8.587,⁵ dan lebih rendah dari alokasi obat Inpres sebelum desentralisasi tahun 1990 sebesar US\$ 0,5.² Menurut Kepala Dinkes Kulonprogo pada wawancara

Bakar Minyak (PKPSBBM) dari Pemerintah Pusat dan asuransi kesehatan.

Penyerahan dana kapitasi RJTP sepenuhnya kepada Puskesmas sebagai upaya agar puskesmas tetap mampu memberikan pelayanan yang bermutu dalam keterbatasan kemampuan anggaran daerah. Pemberian otonomi pada puskesmas dapat memacu puskesmas dalam menerapkan konsep manajerial yang baik untuk dapat bersaing dengan unit pelayanan lainnya.⁶ Penyerahan bantuan dana pengadaan obat Askes ke puskesmas dipilih sebagai salah satu strategi dalam mengatasi keterbatasan kemampuan anggaran daerah dalam menyediakan anggaran kesehatan termasuk obat pelayanan dasar. Keuntungan tersedianya dana kontan pengadaan obat di puskesmas dinyatakan oleh Kepala Puskesmas pada wawancara mendalam adalah faktor fleksibilitasnya. Puskesmas dapat membangun persediaan obat secara cepat sesuai kebutuhannya dan mencegah obat kadaluwarsa.

Tabel 1. Jumlah Realisasi Anggaran Pengadaan Obat di Kabupaten Kulonprogo Tahun 2001 s/d 2004

Sumber Anggaran	Tahun Anggaran			
	2001 (Rp)	2002 (Rp)	2003 (Rp)	2004 (Rp)
DAU	1.037.550.311	1.461.608.183	888.135.976	467.800.800
Program P2M Pusat	21.391.227	185.129.175	48.241.238	96.517.344
PKPSBBM	291.607.527	286.892.862	312.121.982	309.984.810
Bantuan lain**)	17.879.400	-	11.800.000	-
PT Askes	74.751.185	-*)	-*)	-*)
JPSBK	-*)	-*)	-*)	-*)
Jumlah dana obat yang dikelola dinkes	1.151.572.123	1.933.630.220	1.260.299.196	874.302.954
Jumlah penduduk	445.315	448.091	449.811	452.812
Jumlah dana obat per kapita	2.586	4.315	2.802	1.931

Sumber data: Seksi Farmasi Dinkes Kulonprogo

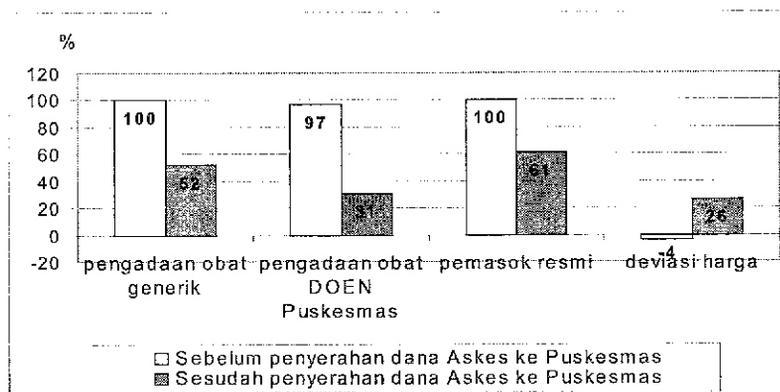
*) dana diterima langsung ke Puskesmas, data tidak terdokumentasi di Dinkes

***) bantuan WHO, KLB, Buffer stock nasional

3. Efisiensi Pengadaan Obat Askes

Hasil analisis data pengadaan obat Askes sebelum dan sesudah penyerahan dana Askes kepada puskesmas di Kabupaten Kulonprogo secara umum menunjukkan adanya penurunan di semua indikator yang diukur kecuali pada deviasi harga obat seperti Gambar 2.

Pengadaan obat Askes sesuai DOEN juga mengalami penurunan dari 97% menjadi 31%. Beberapa obat di luar DOEN ditemukan ampisilin 500 mg tablet yang sudah dikeluarkan dari DOEN 2002. Hal ini menunjukkan puskesmas dalam memberikan pelayanan pengobatan masih terbiasa dengan 'pola' lama.⁷ Ada pula obat tradisional yaitu Calcusol dan



Gambar 2. Perbandingan Nilai Indikator Efisiensi Pengadaan Obat Askes Sebelum dan Sesudah Penyerahan Dana Askes ke Puskesmas

Pengadaan obat Askes menggunakan nama generik mengalami penurunan dari 100% menjadi 52%. Hasil wawancara mendalam mengungkapkan masih adanya keraguan pemberi pelayanan terhadap mutu obat generik, sedangkan tujuan penggunaan obat generik di fasilitas kesehatan pemerintah adalah untuk perluasan cakupan pelayanan kesehatan, sehingga kenaikan pengadaan obat dengan nama dagang tersebut dapat menurunkan cakupan pelayanan di Kabupaten Kulonprogo.

Nephrolit. Namun masuknya obat tradisional ke dalam pelayanan kesehatan memang terbuka sebagaimana dalam Kebijakan Obat Nasional (Konas) yang menyatakan obat tradisional yang terbukti berkhasiat perlu dikembangkan dan dipergunakan dalam pelayanan kesehatan masyarakat.⁸ Terdapat pula pengadaan obat nonesensial berupa obat dengan nama dagang baik berisi zat aktif tunggal maupun kombinasi zat aktif. Beberapa obat lainnya berupa obat DOEN di luar tingkatan puskesmas baik dengan

nama generik maupun nama dagang. Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan puskesmas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dasar ke arah pelayanan rujukan sebagai upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan PT Askes. Semakin baik fasilitas alat medis dan obat rujuk balik semakin baik pula upaya pengendalian yang dilakukan puskesmas.⁹

Dalam seleksi pemasok obat, Dinkes selalu melakukan pengadaan obat melalui pemasok resmi. Setelah dana dikelola Puskesmas pengadaan obat melalui pemasok resmi sebesar 61%. Pada wawancara mendalam terhadap pelaku pengadaan obat di puskesmas terungkap harga yang lebih murah dan akses yang mudah menjadi pertimbangan utama puskesmas untuk melaksanakan pengadaan melalui jalur tidak resmi. Pengadaan obat melalui jalur tidak resmi tanpa jaminan mutu obat sangat rawan terhadap peredaran obat palsu dan obat dengan mutu di bawah standar yang berdampak pada penurunan mutu pelayanan pengobatan.

Secara umum obat Askes yang dibeli puskesmas lebih mahal 30% bila dibandingkan dengan harga obat yang dibeli oleh Dinkes. Dinas Kesehatan (Dinkes) dapat mengadakan obat Askes 4% di bawah harga obat generik ketentuan pemerintah, sedangkan di puskesmas 26% di atas harga obat generik ketentuan pemerintah. Pengadaan obat Askes yang dilaksanakan oleh Dinkes dalam jumlah relatif lebih besar, sehingga memungkinkan pengadaan dengan menggunakan metode penunjukan dengan permintaan penawaran dari PBF. Berbeda dengan pengadaan obat di puskesmas yang dilakukan dalam partai kecil dengan metode pembelian langsung. Puskesmas tidak boleh membeli obat keras langsung ke PBF sesuai Permenkes No. 918/Menkes/Per/X/1993 dan hanya boleh melakukan pengadaan obat melalui apotek

menggunakan surat pesanan. Hal ini menyebabkan puskesmas memiliki posisi tawar yang rendah ditambah lagi pemasok obat turun dari penyalur (PBF) ke pengecer (apotek) menjadikan harga obat yang dibeli semakin mahal. Apotek biasanya menjual obat dengan harga jual apotek, yaitu harga jual *distributor* ditambah keuntungan yang wajar bagi apotek. Menteri Kesehatan memberikan toleransi keuntungan hingga 30% di atas harga *netto* apotek untuk obat generik. Pengadaan obat oleh puskesmas di Pemalang menyebabkan pemborosan dana sebesar 34%,¹⁰ dan di Gunungkidul, sebesar 30%-33%.¹¹ Tingginya deviasi harga di beberapa puskesmas juga disebabkan dalam pemilihan obat tidak selalu merujuk nama generik, atau merujuk nama generik namun memilih kemasan yang mahal. Sebagai upaya menekan harga obat, beberapa puskesmas memanfaatkan pemasok tidak resmi tanpa mempertimbangkan jaminan mutu obat. Puskesmas yang menggunakan pemasok tidak resmi bahkan mendapat harga 8% di bawah harga obat generik ketetapan Pemerintah. Puskesmas yang hanya melakukan pengadaan melalui pemasok resmi dan merujuk nama obat generik, deviasi harganya berkisar antara 23% sampai 35%.

4. Mutu Penggunaan Obat

Hasil analisis pola persepean tahun 2001 dibandingkan dengan pola persepean tahun 2004 seperti Tabel 3. Penggunaan obat sebelum dan sesudah penyerahan dana Askes kepada puskesmas menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik pada persentase resep dengan antibiotik, persentase resep dengan injeksi dan persentase obat sesuai DOEN ($p < 0,05$).

Tabel 3. Pola Persepean di Kabupaten Kulonprogo Tahun 2001 dan 2004

Indikator	Rerata Tahun 2001	Rerata Tahun 2004	Hasil uji-t perbedaan rerata tahun 2001 dan tahun 2004	
			t	p
Rerata jenis obat	3,3	3,4	-1,542	0,15
Persentase resep dengan antibiotik	36	41	-2,355	0,04 *)
Persentase resep dengan injeksi	2	3	-2,295	0,04 *)
Persentase obat generik	99	97	1,839	0,09
Persentase obat DOEN Puskesmas	98	94	3,133	0,01*)

*) rerata tahun 2001 dan 2004 berbeda bermakna secara statistik ($p < 0,05$).

Hasil pengamatan pola persepean menunjukkan adanya upaya menekan jumlah jenis obat dengan menulis obat yang berisi zat aktif kombinasi dengan nama dagang. Obat-obat ini sengaja disediakan dalam pengadaan obat Askes yang kebanyakan termasuk dalam kelompok analgesik, vitamin dan mineral. Sebagai contoh Hufagrip sirup (Gratia Husada Farma) yang berisi parasetamol, efedrin, klorfeniraminmaleat dan gliserilguaikolat (4 zat aktif), Biolysin sirup (Bemofarm) yang berisi vitamin A, D3, B2, B6, dan C, nikotinamid, pantenol, dan lisina-HCl (8 zat aktif). Persepean obat dengan nama dagang yang berisi obat kombinasi ini merupakan pemborosan mengingat belum tentu semua kandungan zat aktifnya diperlukan dalam terapi, sedangkan kriteria pemilihan obat dengan kombinasi tetap adalah harus meningkatkan rasio manfaat biaya (*benefit-cost ratio*) dan obat hanya bermanfaat bagi penderita dalam bentuk kombinasi tetap.¹²

Kenaikan penggunaan antibiotik sebesar 5% dimungkinkan akibat pengadaan antibiotik dari dana Askes oleh Puskesmas sebesar 11%. Begitu juga kenaikan penggunaan injeksi ternyata seiring dengan bertambahnya persediaan injeksi melalui pengadaan obat Askes oleh Puskesmas. Beberapa Puskesmas melengkapi persediaannya dengan injeksi nongenerik dan non-PKD sebesar 3% dari total jenis obat. Di Palangkaraya, kenaikan ketersediaan antibiotik di Gudang Farmasi dan Puskesmas juga menyebabkan terjadinya peningkatan penggunaan antibiotik.¹³

Kenaikan persepean antibiotik sebesar 5% yang bermakna secara statistik, berpeluang meningkatkan timbulnya resistensi kuman terhadap antibiotik. Persentase persepean antibiotik di beberapa negara Amerika Latin berkisar antara 27%-39%² dengan nilai optimal <30%.¹⁴ Resistensi antibiotik dapat terjadi akibat pemberian antibiotik yang tidak tepat indikasi atau akibat kurangnya informasi obat kepada pasien yang menyebabkan pemakaian obat tidak sesuai aturan terapi. Meningkatnya resistensi antibiotik lini pertama yang relatif murah harganya dapat menyebabkan dunia kesehatan kehilangan antibiotik yang masih peka dan potensial untuk memerangi penyakit infeksi baru (*emerging*) maupun muncul kembali (*reemerging*).¹² Kekurangpercayaan diri petugas pemberi pelayanan terhadap diagnosis dan tidak diterapkannya pedoman pengobatan menyebabkan penulisan antibiotik yang sebenarnya

tidak diperlukan.⁷

Kenaikan penggunaan injeksi dapat berdampak pada kenaikan biaya pengobatan karena membutuhkan persyaratan steril dan penggunaan alat suntik habis pakai,¹⁴ juga meningkatkan risiko prevalensi HIV dan Hepatitis B.³ Di Bangladesh, persentase persepean injeksi sebesar 0%.²

Persepean obat dengan nama generik mengalami penurunan dari 99% menjadi 97% namun tidak bermakna secara statistik ($p > 0,05$). Meskipun demikian, penulisan resep dengan obat nongenerik di Puskesmas tidak sesuai dengan Permenkes No. 085/Menkes/Per/1/89 tentang Kewajiban Menuliskan dan/atau Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Kecenderungan penurunan penulisan obat dengan nama generik ini dapat diakibatkan oleh meningkatnya penyediaan obat nongenerik melalui dana kontan oleh puskesmas.¹⁵ Data pengadaan obat Askes di puskesmas menunjukkan jenis pengadaan obat generik di seluruh unit analisis dalam praktiknya hanya 52% saja.

Penurunan persepean obat sesuai DOEN tingkatan puskesmas sebesar 4% menunjukkan puskesmas semakin banyak menggunakan obat di luar fungsi dan tingkatannya,¹⁶ seiring dengan penurunan penyediaan jenis obat Askes yang merujuk DOEN puskesmas dari 97% pada tahun 2001 menjadi 31% di tahun 2004. Kecenderungan peningkatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas ke arah pelayanan yang lebih tinggi tingkatannya rupanya merupakan konsekuensi dari pengembangan konsep puskesmas mandiri, yang Puskesmas mandiri menyangkut aspek kewenangan untuk mengelola sendiri fungsionalnya dan aspek mengoptimalkan kemampuan mobilisasi potensi yang ada.¹⁶

5. Dampak Pola Persepean terhadap Biaya Obat tiap Resep

Adanya kenaikan penggunaan antibiotik, injeksi dan obat di luar DOEN puskesmas menyebabkan biaya pengobatan yang ditanggung pemerintah atau masyarakat menjadi lebih mahal. Biaya obat tiap resep pada tahun 2001 yang sudah dikoreksi dengan harga tahun 2004 sebesar Rp2.430,00 naik menjadi Rp3.323,00 atau terjadi kenaikan sebesar Rp893,00 (37%) yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$).

6. Dampak Pola Peresepan terhadap Anggaran Obat Pemerintah

Ketersediaan obat Askes berupa obat non generik dan non-DOEN puskesmas dimanfaatkan pula oleh pasien umum dengan iur biaya pengobatan. Hal ini menyebabkan konsumsi obat PKD yang disediakan Pemerintah menurun. Akibatnya jumlah anggaran yang disediakan Pemerintah Kabupaten Kulonprogo cenderung menurun karena proyeksi perhitungan kebutuhan obat dihitung berdasar konsumsi obat tahun sebelumnya. Alokasi anggaran obat melalui DAU Kabupaten Kulonprogo tahun 2002 sebesar Rp1.550.000.000,00 turun menjadi Rp888.680.000,00 di tahun 2003, Rp469.002.000,00 di tahun 2004, dan Rp440.000.000,00 di tahun 2005.

PEMBAHASAN

Kebijakan penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas oleh Pemerintah Kabupaten Kulonprogo dilatarbelakangi adanya keterbatasan kemampuan keuangan daerah, sedangkan puskesmas dituntut untuk tetap melaksanakan pelayanan yang bermutu, menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat. Keuntungan tersedianya dana pengadaan obat di puskesmas adalah faktor fleksibilitasnya yaitu puskesmas dapat membangun persediaan obat sesuai kebutuhan masing-masing puskesmas, cepat dapat merespon kebutuhan program, misalnya jika terjadi perubahan *trend* penyakit, dengan cepat mengatasi kekosongan obat, dengan jumlah dana yang terbatas dapat menyediakan jenis obat lebih banyak, dapat mengurangi kehilangan obat, penumpukan obat dan obat kadaluwarsa, serta mengurangi biaya penyimpanan.² Untuk itu, diharapkan penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas lebih dapat menjamin ketersediaan obat di Kabupaten Kulonprogo.

Di luar keuntungan tersedianya dana kontan di atas, ternyata penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas membawa dampak pada penurunan alokasi dana pengadaan obat Askes dari dana kapitasi RJTP di Kabupaten Kulonprogo. Nilai persentase pengadaan obat dari dana kapitasi RJTP oleh puskesmas sangat variatif (0%-43%) akibat tidak ada pengaturan alokasi biaya pengadaan obat per kapita. Data di Seksi Farmasi Dinkes Kulonprogo menunjukkan jumlah kunjungan resep pasien Askes di puskesmas unit analisis pada

tahun 2004 sebanyak 42.954 resep. Biaya obat tiap resep sebesar Rp3.323,00 maka jumlah konsumsi obat untuk pasien Askes pada tahun 2004 di puskesmas unit analisis sebesar Rp142.736.142,00. Nilai ini jauh lebih besar dari pada pengadaan obat Askes yang dilaksanakan di unit analisis sebesar Rp41.988.850,00. Artinya Pemerintah Kabupaten Kulonprogo masih memberi subsidi kepada pasien Askes. Untuk itu Dinkes perlu membuat ketentuan alokasi biaya pengadaan obat Askes per kapita.

Pengadaan obat Askes yang dilaksanakan per Puskesmas menunjukkan terjadinya penurunan efisiensi. Pengadaan obat Askes oleh Dinkes lebih efisien karena seleksi obat merujuk nama generik, sesuai DOEN, ada jaminan mutu obat, dan dengan harga pengadaan obat yang lebih murah. Sambutan positif puskesmas terhadap kebijakan ini belum diiringi keberpihakan pada kepentingan masyarakat yang berhak mendapat pelayanan pengobatan yang bermutu. Pengadaan obat dengan nama dagang yang harganya lebih mahal berdampak penurunan cakupan pelayanan kesehatan masyarakat. Pengadaan obat menggunakan pemasok tidak resmi tidak dapat menjamin mutu obat, sehingga berdampak pada penurunan mutu pelayanan pengobatan.

Nilai efisiensi pengadaan obat Askes yang sangat bervariasi antarpuskesmas nampaknya terjadi akibat perbedaan persepsi kepala puskesmas dalam penerapan konsep puskesmas mandiri dan konsep kebijakan obat esensial. Konsep puskesmas mandiri yang disosialisasi Dinkes menjadikan puskesmas berupaya menjadi pusat biaya yang dapat menghasilkan pendapatan, paling tidak untuk memenuhi target retribusi. Hal ini menjadikan Puskesmas berupaya menawarkan pelayanan kesehatan ke arah pelayanan yang tingkatannya lebih tinggi, dan ke arah pelayanan swasta dengan menyediakan obat-obat non generik dan non-DOEN puskesmas, serta berupaya menekan harga obat dengan pengadaan melalui pemasok tidak resmi. Seharusnya peningkatan mutu pelayanan dalam konsep puskesmas mandiri harus didukung kepatuhan terhadap *standard operating procedure* (SOP). Artinya, pelayanan pengobatan kepada masyarakat harus tetap berdasar konsep obat esensial yaitu sesuai pedoman pengobatan dan daftar obat esensial nasional untuk meningkatkan ketepatan, keamanan dan kerasionalan pengobatan.

Mutu penggunaan obat di puskesmas dipengaruhi oleh tingkat ketersediaan di puskesmas.

Setelah diserahkan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas terjadi peningkatan ketersediaan obat non generik, non-DOEN puskesmas, antibiotik dan injeksi melalui pengadaan obat Askes oleh puskesmas. Hal ini sebagai salah satu penyebab terjadinya peningkatan resep dengan antibiotik, resep dengan injeksi dan peresepan obat diluar DOEN puskesmas. Jumlah dana pengadaan obat Askes yang relatif kecil, dengan rerata per puskesmas hanya sebesar Rp3.449.070,00 dapat mempengaruhi pola peresepan secara keseluruhan disebabkan obat yang diadakan melalui dana Askes juga dapat dipergunakan untuk pasien umum yang secara suka rela mau iur biaya. Konsep pengelolaan obat terpadu dalam pemanfaatan anggaran obat nampaknya dalam hal ini tidak berlaku. Kenapa pasien umum dikenakan iur biaya, hal ini didasarkan keputusan Kepala Dinas Kesehatan No. 842.3/01/IV/03 yang menyebutkan bahwa sebagian dana kapitasi RJTP dapat dimanfaatkan sebagai 'bantuan pengadaan obat bagi peserta Askes'. Hal ini oleh puskesmas diartikan obat Askes hanya untuk pasien Askes dan bagi pasien umum dapat mengakses dengan dikenakan iur biaya. Dari satu sisi hal ini menguntungkan bagi Pemerintah Daerah dengan berkurangnya subsidi biaya pengobatan bagi masyarakat mampu. Kelembagaan dalam *good governance* meliputi tiga domain, yaitu pemerintah, masyarakat dan lembaga swasta.⁶ Semakin meningkatnya partisipasi masyarakat dalam pembiayaan menjadikan peran pemerintah sebagai pemberi biaya dalam pengobatan dasar menjadi semakin turun. Di sisi lain, pelayanan dasar kepada masyarakat merupakan fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat dalam rangka meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945. Pembiayaan untuk penyediaan obat pelayanan dasar terutama untuk penduduk miskin yang merupakan 60% penduduk Kulonprogo tetap harus menjadi perhatian dan tanggung jawab Pemerintah Kabupaten Kabupaten Kulonprogo. Selain itu, perlu dilakukan antisipasi jangan sampai upaya pengobatan sebagai salah satu upaya kesehatan wajib di puskesmas kehilangan fungsi pelayanan *public goods* dengan meningkatnya pelayanan *private goods*.

Hasil penelitian ini semakin memperkuat penelitian tentang pemanfaatan dana kontan di

puskesmas sebelumnya^{11,15} bahwa pengadaan obat melalui dana kontan di puskesmas, baik berupa dana JPSBK, dana retribusi atau dana kapitasi RJTP PT. Askes cenderung tidak efisien yang berdampak pada penurunan mutu pengobatan. Oleh karena itu, hasil dari penelitian ini dapat memperkuat rekomendasi yang telah diberikan peneliti sebelumnya kepada pemegang kebijakan obat di tingkat lokal untuk membuat regulasi pemanfaatan dana kontan di puskesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penyerahan dana dan pengelolaan Askes sepenuhnya kepada puskesmas mengakibatkan terjadinya penurunan besaran alokasi pengadaan obat Askes dari dana kapitasi RJTP di tingkat kabupaten dari 28% menjadi 10%. Variasi antarpuskesmas pada besaran nilai persentase pengadaan obat dari dana kapitasi RJTP pada kisaran 0%-43% akibat penyerahan dana tidak disertai aturan alokasi biaya obat per kapita.

Mekanisme pengadaan obat per puskesmas menyebabkan penurunan nilai efisiensi. Dalam seleksi obat, hanya 52% pengadaan obat yang merujuk nama generik; dan hanya 31% pengadaan obat sesuai DOEN puskesmas. Jaminan mutu obat tidak sepenuhnya diberikan karena hanya 61% pengadaan melalui pemasok resmi, dan harga 30% lebih mahal. Variasi besaran indikator pengadaan obat antarpuskesmas disebabkan pemberian otonomi pengelolaan dana kepada puskesmas tidak disertai regulasi dalam pengadaan obat di puskesmas.

Dengan tersedianya dana kontan pengadaan obat Askes di puskesmas menyebabkan terjadinya kenaikan penggunaan antibiotik dari 36% menjadi 41%, kenaikan penggunaan injeksi dari 2% menjadi 3%, dan penurunan peresepan obat sesuai DOEN dari 98% menjadi 94% yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$), serta menyebabkan terjadinya kenaikan harga obat tiap resep sebesar 37% dari Rp2.430,00 menjadi Rp3.323,00 yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$).

Saran

Penyerahan dana Askes kepada puskesmas sebaiknya lebih selektif untuk menghindari ketidakefisienan pengadaan obat. Dana Askes yang meliputi komponen jasa sarana, jasa pelayanan dan

obat tidak diserahkan sepenuhnya kepada Puskesmas. Pengadaan obat Askes per-Puskesmas akan lebih efisien jika dilaksanakan secara bersama-sama di Dinas Kesehatan. Apabila dana pengadaan obat diserahkan kepada Puskesmas agar disertai pedoman seleksi dan pengadaan obat yang mempunyai kekuatan mengikat dalam pelaksanaannya.

KEPUSTAKAAN

1. Quick, J.D., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Connor, R.W. *Managing Drug Supply, The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceutical*, Second Edition. Kumarian Press, Connecticut, USA. 1997.
2. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. Ditjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Depkes RI, Jakarta. 2000.
3. World Health Organization/DAP. *How to Investigate Drug Use in Health Facilities*. WHO, Geneva, 1993.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo. *Surat Perjanjian Pemberian Pekerjaan/Kontrak Nomor 442.1268*. Dinas Kesehatan Kulonprogo, Wates. 2001.
5. Idham dan Mukti, A.G. *Analisis Kecukupan Biaya Obat Pelayanan kesehatan Dasar Sebelum Dan Sesudah Desentralisasi Di Kabupaten Muna Provinsi Sulawesi Tenggara*, *Majalah Kedokteran Indonesia*. 2005;55(4):362.
6. Trisnantoro, L. *Perubahan Fungsi Pemerintah pada Bidang Kesehatan yang dipicu oleh UU No. 22/1999, UUNo. 25/1999 dan PPNo. 25/2000*. Modul 1, Program Pengembangan Eksekutif untuk Kepala Dinas Kesehatan. Center for Health Service Management, Faculty of Medicine Gadjah Mada University, Yogyakarta. 2005.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo. *Laporan Hasil Pelaksanaan Kegiatan Penghematan Penggunaan Obat Antibiotik Untuk Kasus ISPA di Kabupaten Kulonprogo Tahun 2004-2005*, Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, Wates. 2005.
8. Departemen Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.47/Menkes/SK/1983 tentang Kebijakan Obat Nasional*. Depkes RI, Jakarta. 1983.
9. Kisworini, F.Y., Hendrartini, J. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan*. PT Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004;7(01):32.
10. Saleh, I. *Evaluasi Pengaruh Pelaksanaan JPSBK Terhadap Ketersediaan Obat di Puskesmas*. Tesis. Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, UGM, Yogyakarta. 2001.
11. Purwaningsih, S., Suryawati, S., Sunartono. *Evaluasi Penerapan Peraturan Daerah Kabupaten Gunungkidul No.14/2000 Terhadap Ketersediaan Obat Di Puskesmas*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2002; 6(1): 29-34.
12. Departemen Kesehatan RI. *Daftar Obat Esensial Nasional*. Ditjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Depkes RI, Jakarta, 2002.
13. Prawitasari, D., Dwiprahasto, I., Danu, S.S. *Pengaruh Ketersediaan Obat Terhadap Pola Penggunaan Obat Pada Lima Penyakit Di Puskesmas Kota Palangkaraya*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2002;05(02):83-91.
14. Dumoulin, J., Kaddar, M., Velasques, G. *Guide to Drug Financing Mechanism*. World Health Organization, Geneva. 1998.
15. Annisa, E., Suryawati, S. *Pengaruh Ketersediaan Dana Kontan Terhadap Pengadaan Dan Penggunaan Obat Puskesmas*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;4(01):29-34.
16. Departemen Kesehatan RI. *Informatorium Obat Nasional Indonesia 2000*. Ditjen Pengawasan Obat dan Makanan, Depkes RI, Jakarta. 2000.
17. Anonim. *Konsep Puskesmas Mandiri dan Implementasinya di Daerah Istimewa Yogyakarta*, www.desentralisasi-kesehatan.net, volume III/01/2003:34.