

DESENTRALISASI DAN PENGANGGARAN OBAT PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN PROPINSI NUSA TENGGARA TIMUR (NTT)

*DECENTRALIZATION AND DRUG BUDGETING ON
DISTRICT HEALTH OFFICE EAST NUSA TENGGARA PROVINCE*

Triyanto¹ dan Rossi Sanusi²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten TTU, Nusa Tenggara Timur

²Minat Utama Manajemen Rumah Sakit, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Drugs play a very important role in managing and improving health status. The local income (PAD) and general allocation fund (DAU) that are limited and the views of local authority (PEMDA) and district house of common (DPRD) on health that is considered as a consumptive sector is the main problem in ensure the sustainability of drugs financing in time of decentralization. This study was aimed at finding out the budgeting and quality of drugs planning in the District Health Office in the era of decentralization.

Methods: This was a descriptive explorative study using qualitative and quantitative data. The study was held in East Nusa Tenggara (NTT). The analysis units were District Health Office (DKK) chosen purposively, i.e. South Central Timor (TTS) representing DKK with P2M intensification projects; Belu and North Central Timor (TTU) as an area without projects. The predictor was decentralization and the criterion was drugs budgeting. The moderator variables were local budget and expenditure (APBD), DAU, PAD, local political commitment, and quality of drugs planning. Data were gathered by observing documents and interviews with the Chief of District Health Office.

Results: The amount of local budget and expenditure (APBD) of TTS in 2001 increased 265%; TTU 421%, and Belu 363%. The drugs budget in health district of TTS in 2001 decreased 8%, Belu decreased 67%, and TTU increased 80%. The percentage of drugs budget of the local budget and expenditure (APBD) decreased from 1.90-3.94% in the year of 2000 to 0.36-0.85% in 2001. In average the key drugs availability in all health districts after the decentralization in the condition of 25-39 months above secure level of 10-22 months. The inefficiency value as a result of over procurement of drugs in TTS reached 10%, TTU 7% and Belu 2% of the total budget for drugs.

Conclusion: Drugs budget after decentralization is influenced more by the quality of planning and financial capability (DAU). The drugs planning in TTS is better in inputting data disease data and data access. In all three regencies, the availability of drugs is in average sufficient after the decentralization.

Recommendation: Drugs over budget should be used in drugs acquisition, but it is allocated for improving drugs service quality (label, packages, written information).

Keywords: decentralization, drug budgeting, District Health Office

PENGANTAR

Obat mempunyai peranan penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Di antara berbagai alternatif yang ada, intervensi dengan obat merupakan intervensi yang paling banyak digunakan dan merupakan teknologi yang lebih tepat dan murah. Ketersediaan obat berkaitan langsung dengan sumber dana pengadaan obat yang dimiliki oleh suatu daerah, komitmen politik, dan kemampuan Dinas Kesehatan dalam perencanaan serta usulan anggaran obat.

Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), Timor Tengah Utara (TTU), dan Belu merupakan tiga Kabupaten di wilayah Propinsi NTT yang dikenal sebagai daerah miskin dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang rendah. Ketergantungan terhadap Dana Alokasi Umum (DAU) dari pemerintah pusat untuk pembiayaan sektor kesehatan sangat tinggi. Selama ini Pemerintah Daerah (PEMDA) dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) tidak terlalu mempersoalkan masalah anggaran obat karena dialokasikan dari pemerintah pusat.

Masalah yang muncul selanjutnya adalah apakah terjadi penurunan anggaran obat setelah desentralisasi dan bagaimana pengaruhnya terhadap ketersediaan obat. Apakah alokasi anggaran tersebut disebabkan keterbatasan kemampuan keuangan daerah, komitmen politik PEMDA dan DPRD atau kualitas perencanaan yang diajukan dinkes? Penelitian ini bertujuan mengetahui masalah yang terjadi pada tiga kabupaten di wilayah NTT tersebut.

Desentralisasi dalam tingkat pragmatis dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional, fisik, dan administratif dalam pembangunan. Meskipun demikian, desentralisasi juga dapat menimbulkan masalah: 1) tidak terlaksananya berbagai standar yang ditetapkan secara nasional, 2) pengetahuan tentang manajerial di tingkat daerah masih lemah dibanding pusat,

3) anggaran kesehatan akan menurun untuk memenuhi kebutuhan lokal lainnya.¹ Sektor kesehatan selama ini dipandang sebagai sektor konsumtif dengan indikator keberhasilan program yang sulit terukur atau bersifat jangka lama. Akibatnya, dana cenderung lebih besar dialokasikan pada kegiatan fisik dan administrasi.² Komitmen politik dari pemegang kebijakan dalam penanggulangan penyakit antara lain ditunjukkan dengan pendanaan obat yang memadai dan berkelanjutan (*sustainable drug financing*).³

Ketersediaan obat esensial khususnya pada daerah terpencil, merupakan masalah kritis di beberapa negara. Kondisi tersebut berkaitan dengan perencanaan yang kurang baik, anggaran kurang, dan manajemen yang lemah.⁴ Ketersediaan obat pada setiap saat dapat dilihat pada Angka Kecukupan Obat (AKO) pada waktu tersebut. Bulan pelaksanaan pemantauan AKO disebut sebagai Bulan Pantau (BP) dan saat obat diharapkan datang atau terealisasi dapat disebut Bulan Kedatangan Obat (BKO). Pada setiap saat, obat dalam keadaan aman apabila nilai AKO BP-(?BKO-BP) > 6, dan berlebih apabila nilai AKO BP-(?BKO-BP) > 18.

Perencanaan kebutuhan obat dilaksanakan secara terpadu dengan pendekatan *bottom up planning*. Pendekatan ini melibatkan semua lintas sektor dan lintas program di tingkat kabupaten. Pada umumnya, apabila tingkat kecukupan suatu jenis obat (sisa stok dibagi pemakaian rata-rata per bulan) sebesar 18, maka obat tersebut tidak perlu diusulkan kecuali dalam keadaan khusus.⁵ Secara teoritis terdapat keuntungan bagi Kabupaten TTS dengan adanya proyek *Intensified Communicable Disease Control (ICDC)* yang dilaksanakan sejak tahun 1997. Otonomi yang diberikan kepada kabupaten dalam menentukan prioritas masalah kesehatan akan meningkatkan kemampuan petugas dalam merencanakan, melaksanakan, melakukan koordinasi, melakukan evaluasi dan mengadakan perbaikan.⁶

Koordinasi lintas program dan lintas sektor dapat tercipta dengan adanya Tim Epidemiologi Kabupaten.⁷

Variabel pengaruh dalam penelitian ini adalah desentralisasi dengan moderator kemampuan keuangan PEMDA, komitmen politik, dan kualitas perencanaan DKK. Sedangkan, *dependent variable* adalah penganggaran obat. Kerangka konsep penelitian disusun sebagai berikut.

1. Pada DKK tanpa proyek Intensifikasi



2. Pada DKK dengan proyek Intensifikasi



BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kualitatif dan merupakan studi kasus eksploratif yang menggunakan data kuantitatif dan kualitatif. Lokasi penelitian dilakukan pada tiga Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) dari lima DKK yang ada di Pulau Timor, NTT meliputi: 1) TTS sebagai daerah Proyek ICDC, 2) Kabupaten Belu, dan 3) TTU sebagai daerah tanpa proyek intensifikasi.

Materi penelitian berupa dokumen pola penyakit, jumlah penduduk, potensi keuangan daerah, anggaran obat, rencana kebutuhan

obat, usulan kebutuhan dana, pemakaian obat, stok obat di kabupaten dan realisasi pengadaan obat. Data bersifat retrospektif antara tahun anggaran 1999, 2000, dan 2001, dikumpulkan melalui pengamatan dan observasi dokumen yang terdapat pada Seksi Dinas Kesehatan, Gudang Farmasi, Bagian Keuangan Dinas Kesehatan, pengelola data proyek intensifikasi P2M dan Dinas Kesehatan Propinsi NTT.

Data kualitatif berupa wawancara mendalam dilakukan terhadap Kepala Dinas Kesehatan untuk memperoleh Gambaran perubahan proses usulan, pembahasan anggaran, hambatan yang dihadapi, realisasi dan responsibilitas atau tanggapan DKK terhadap realisasi tersebut serta langkah yang dilakukan.

Variabel penelitian dan indikator yang dinilai mengacu pada standar pembiayaan obat³, *Drug Financing*⁶ pedoman perencanaan obat⁵, dan *Indicator for Monitoring Drug Policies*.⁹ Indikator yang dinilai dan variabel yang diukur ditampilkan dalam bagan berikut:

Bagan indikator yang dinilai dan variabel yang diukur dalam penelitian

Indikator yang dinilai	Variabel yang diukur
Jumlah Anggaran	1. Jumlah APBD, DAU, dan PAD 2. Persentase anggaran obat terhadap APBD 3. Persentase terhadap anggaran obat tahun lalu 4. Anggaran obat per kapita
Kualitas Usulan Anggaran	1. Tim perencanaan obat terpadu 2. Unsur perencana yang terlibat 3. Tahapan proses perencanaan 4. Format perencanaan yang digunakan 5. Sumber data dan pemanfaatannya
Rasionalitas Realisasi Anggaran Kecukupan Obat	1. Perbandingan realisasi terhadap usulan 2. Angka kecukupan obat 3. Persentase obat aman dan berlebih
Persepsi dan Kebijakan DKK terhadap Anggaran	1. Tanggapan terhadap anggaran yang rasional 2. Kendala usulan anggaran obat 3. Kebijakan efisiensi penggunaan obat

Analisis dilakukan dengan cara kualitatif deskriptif analitis, tabulasi untuk meringkas data hasil observasi serta melakukan analisis dan *cross check* antara jawaban responden dan pengolahan data kuantitatif. Data kecukupan obat dianalisis untuk mengetahui kecenderungan antarwaktu dan antar-DKK, dan pengaruh anggaran tahun 2001 terhadap angka kecukupan obat. Data berupa hasil wawancara mendalam disalin dalam bentuk narasi (transkrip). Penyajian dilakukan dengan metode kuotasi untuk menggambarkan aspek responsibilitas dan kebijakan yang ditempuh DKK.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Potensi Keuangan dan Anggaran Pembangunan Daerah

Berdasarkan Tabel 1, PAD maupun APBD masing-masing kabupaten mengalami peningkatan pada tahun 2001. Pendapatan Asli Daerah (PAD) tahun 2001 Kabupaten TTS meningkat sebesar 188%, dan APBD meningkat sebesar 265%. Pada Kabupaten TTU terjadi kenaikan PAD sebesar 250% dan APBD sebesar 421%. Sementara di Kabupaten Belu terjadi kenaikan PAD sebesar 156% dan APBD sebesar 363%.

Peningkatan APBD tahun 2001 mencapai 265%-421% dibanding tahun 2000, terutama disebabkan adanya penerimaan DAU yang cukup besar. Hal tersebut menunjukkan bahwa ketergantungan sumber dana rutin dan pembangunan di Kabupaten TTS, TTU, dan Belu terhadap DAU masih cukup besar. Ketiga Kabupaten termasuk klasifikasi 4 dalam model kekuatan keuangan antardaerah pada era desentralisasi yaitu pemerintah pusat (DAU dan DAK) sangat berperan.²

2. Anggaran Pengadaan Obat

Komitmen politik dari pemegang kebijakan antara lain ditunjukkan dengan pendanaan obat yang memadai dan berkelanjutan. Peningkatan jumlah APBD pada ketiga kabupaten, merupakan peluang tercapainya alokasi dana yang memadai bagi sektor kesehatan. Menurut Quick dkk³, biaya obat publik ditentukan oleh kombinasi faktor ekonomi, keputusan anggaran nasional dan keputusan internal kementerian kesehatan. Kontribusi masing-masing sumber anggaran obat pada Kabupaten TTS tahun 1999-2001 terdapat dalam Tabel 2.

Tabel 1. Jumlah PAD, DAU dan APBD Kabupaten TTS, TTU serta Belu tahun 2000 dan 2001

Kabupaten TTS			
Jenis Anggaran	Tahun 2000 (Rp)	Tahun 2001 (Rp)	Kenaikan
Pendapatan Asli Daerah	2.267.540.000	4.269.191.000	188%
Dana Alokasi Umum	-	186.360.933.000	
APBD	75.274.727.025	199.745.363.000	265%
Kabupaten TTU			
Jenis Anggaran	Tahun 2000 (Rp)	Tahun 2001 (Rp)	Kenaikan
Pendapatan Asli Daerah	1.047.805.751	2.619.057.503	250%
Dana Alokasi Umum	-	145.978.577.000	
APBD	40.130.641.133	168.992.527.400	421%
Kabupaten Belu			
Jenis Anggaran	Tahun 2000 (Rp)	Tahun 2001 (Rp)	Kenaikan
Pendapatan Asli Daerah	1.872.859.000	2.924.553.250	156%
Dana Alokasi Umum	-	124.360.000.000	
APBD	36.141.414.900	131.207.300.941	363%

**Tabel 2. Dana Pengadaan Obat Kabupaten TTS Tahun 1999-2001
(berbagai sumber)**

Sumber	Tahun 1999/2000 (Rp)		Tahun 2000 (Rp)		Tahun 2000 (Rp)	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
ASKES	60.369.867	2.95	60.509.530	4.20	60.712.368	4.57
Pusat atau Propinsi	1.943.154.928	94.95	1.311.386.465	91.40	-	-
APBD	42.980.000	2.10	62.781.654	4.40	-	-
DAU	-	-	-	-	1.266.369.008	95.42
Total	2.046.504.795		1.434.677.649		1.327.081.376	

**Tabel 3. Dana Pengadaan Obat Kabupaten TTU Tahun 1999-2001
(berbagai sumber)**

Sumber	Tahun 1999/2000 (Rp)		Tahun 2000 (Rp)		Tahun 2000 (Rp)	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
ASKES	26.438.596	2.10	27.249.539	3.46	30.000.000	2.10
Pusat atau Propinsi	1.119.229.462	91.80	694.272.336	88.30	-	-
APBD	73.475.000	6.03	64.490.754	8.20	-	-
DAU	-	-	-	-	1.403.000.000	97.90
Total	1.219.143.058		786.012.629		1.433.000.000	

Berdasar Tabel 2, anggaran total pengadaan obat Kabupaten TTS makin menurun sejak tahun 1999/2000. Angka tertinggi Rp2.046.504.795,00 diperoleh tahun 1999/2000. Sementara pada tahun 2000, alokasi anggaran obat lebih besar dari tahun 2001 meskipun masa efektif tahun anggaran hanya sembilan bulan. Kontribusi dana dari APBD terhadap total anggaran pengadaan obat pada tahun anggaran 1999/2000 hanya sebesar 2,1%, dan tahun anggaran 2000 sebesar 4,4%. Hal itu menunjukkan bahwa sebelum dan setelah pelaksanaan desentralisasi, sebagian besar anggaran obat masih tergantung dari pemerintah pusat.

Jumlah anggaran pengadaan obat Kabupaten TTU tahun 1999/2000 sampai tahun anggaran 2001 dipaparkan dalam Tabel 3.

Berdasar Tabel 3, terjadi fluktuasi jumlah total anggaran pengadaan obat antarwaktu.

Kontribusi anggaran obat dari sumber APBD tahun 1999/2000 terhadap total anggaran sebesar 6% dan tahun 2001 sebesar 8,2%. Pada tahun 2001 alokasi anggaran obat Kabupaten TTU mencapai Rp1.433.000.000,00 melebihi anggaran obat Kabupaten TTS dan Belu yang mempunyai jumlah penduduk lebih besar. Hal tersebut disebabkan tidak adanya hambatan selama pembahasan anggaran obat sesuai data kualitatif, dan secara ekonomi terjadi kenaikan PAD maupun APBD di Kabupaten TTU paling besar. Pendapatan Asli Daerah Kabupaten TTU tahun 2001 meningkat 250% dibanding tahun 2000 dan APBD meningkat 421% dibanding tahun 2000. Anggaran obat terkecil setelah desentralisasi terjadi pada Kabupaten Belu sebagaimana uraian Tabel 4 berikut.

**Tabel 4. Dana Pengadaan Obat Kabupaten Belu Tahun 1999-2001
(berbagai sumber)**

Sumber	Tahun 1999/2000 (Rp)		Tahun 2000 (Rp)		Tahun 2001 (Rp)	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
ASKES	38.865.370	3.55	39.177.160	2.75	39.319.150	8.30
Pusat atau Propinsi	1.019.579.425	93.23	1.356.275.396	95.2	-	-
APBD	35.215.000	3.22	29.055.000	2.0	-	-
DAU	-	-	-	-	436.500.000	91.74
Total	1.093.659.795		1.424.507.556		475.819.150	

Berdasarkan Tabel 4, tahun 2000 anggaran pengadaan obat paling tinggi sebesar Rp1.424.507.556,00 dan anggaran terkecil terjadi tahun 2001 sebesar Rp475.819.150,00 meskipun peningkatan jumlah penduduk. Hal tersebut mungkin berkaitan dengan DAU yang diperoleh Kabupaten Belu lebih kecil daripada TTS dan TTU yaitu hanya sebesar Rp124.360.000.000,00 sebagaimana ditampilkan dalam Tabel 1. Perencanaan yang lemah sesuai hasil wawancara mendalam juga menjadi hambatan terealisasinya usulan anggaran obat.

Pada ketiga kabupaten, terjadi penurunan persentase anggaran pengadaan obat terhadap total APBD pada tahun 2001 sebagaimana dijelaskan dalam Tabel 5.

warga miskin. Alokasi anggaran obat dari sumber DAU dan PPD-PSE-BK serta perhitungan anggaran obat perkapita bagi masing-masing kabupaten dan kota di Pulau Timor NTT ditampilkan dalam Tabel 6.

Berdasarkan tambahan dana pada Tabel 6 tersebut, maka total anggaran obat per kapita (PPD-PSE-BK dan DAU) pada lima kabupaten dan kotamadia di wilayah NTT berkisar antara Rp1.313,00–Rp8.605,00 atau antara US\$0.13–0.86. Angka tersebut lebih tinggi dibanding anggaran obat sektor publik per kapita di negara Chad tahun 2001 (US\$0.12)¹⁰ tetapi lebih rendah dari kriteria WHO. Penyediaan obat tercapai secara baik dan mudah terjangkau, apabila total anggaran obat sektor publik di suatu negara minimum (US\$ 2).³

**Tabel 5. Persentase Anggaran Obat terhadap APBD Masing-Masing Kabupaten Tahun 2000 dan 2001
(dalam ribuan)**

Kabupaten	APBD (Rp)		Anggaran obat (Rp)		Persentase	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
TTS	75.274.727	199.745.363	1.434.677	1.327.081	1.90	0.66
TTU	40.130.641	168.992.527	786.012	1.433.000	1.95	0.85
Belu	36.141.414	131.207.300	1.424.507	475.819	3.94	0.36

Berdasarkan Tabel 5, persentase anggaran obat terhadap APBD tahun 2001 terendah sebesar 0.36% terjadi di Belu, tertinggi sebesar 0.85% di Kabupaten TTU dan Kabupaten TTS menurun dari 1.95% menjadi 0.85%.

Pada tahun 2001/2002, sumber dana pengadaan obat bertambah dengan adanya Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PPD-PSE-BK) untuk pelayanan kesehatan dasar bagi

Jumlah anggaran obat yang diterima Kabupaten Belu dari PPD-PSE-BK sebesar Rp414.768.513,00 hampir sama dengan alokasi dari DAU sebesar Rp436.500.000,00. Padahal dana dari PPD-PSE-BK tersebut hanya diperuntukkan bagi warga miskin di Kabupaten Belu yang mencapai sekitar 49% jumlah penduduk. Hal itu mengindikasikan bahwa anggaran dari DAU masih kurang karena diperuntukkan bagi seluruh masyarakat Belu.

Tabel 6. Jumlah Anggaran Pengadaan Obat dari Sumber DAU dan PPD-PSE-BK tahun 2001 serta Jumlah Anggaran Per Kapita Masing-Masing Kabupaten dan Kota di Pulau Timor Propinsi NTT

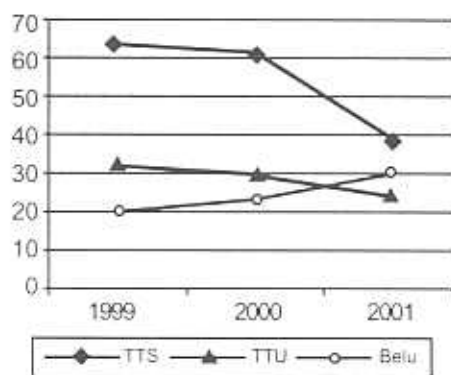
No	Nama Kabupaten Dana	Alokasi	DAU	Anggaran obat Total	Anggaran Per Kapita (Rupiah)
1	Kota Kupang	154.413.819	145.000.000	299.413.819	1313,72
2	Kabupaten Kupang	663.129.899	310.000.000	973.129.899	2364,35
3	Kabupaten TTS	498.721.657	1.266.369.008	1.798.721.657	4530,58
4	Kabupaten TTU	256.856.644	1.403.000.000	1.659.856.644	8605,87
5	Kabupaten Belu	414.768.513	436.500.000	864.768.513	3124,30

Sumber: Seksi Farmasi pada Subdinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi NTT tahun 2001 (data diolah).

3. Angka Kecukupan Obat (AKO)

Pengamatan ketersediaan obat hanya dilakukan terhadap 16-18 jenis obat yang banyak digunakan dalam pengobatan program maupun pengobatan rutin. Pemilihan tersebut mengacu pada kriteria *Core Indicators on Country Pharmaceutical Situation*.¹¹ Kriteria yang digunakan adalah bahwa jenis obat tersebut: 1) banyak digunakan dalam penanganan masalah penyakit, 2) termasuk dalam Daftar Obat Esensial (DOE), 3) sangat penting dan digunakan dalam pedoman pengobatan atau minimum disepakati oleh para ahli sebagai obat pilihan, dan 4) terdapat dalam penyimpanan.

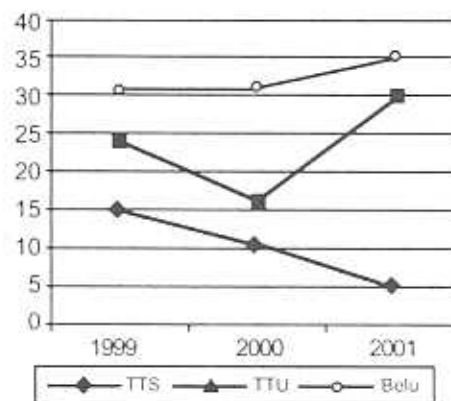
Angka Kecukupan Obat (AKO) rata-rata dalam bulan pada Kabupaten TTS, TTU dan Belu tahun anggaran 1999-2001, dipaparkan dalam Gambar 1. Sementara itu, Gambar 2 menunjukkan persentase obat (*key drugs*) dalam kondisi kurang pada masing-masing kabupaten sejak tahun 1999-2001 (sebelum realisasi pengadaan tahun 2001).



Gambar 1. Kecukupan Rata-Rata Key Drugs dalam Satuan Bulan

Berdasar Gambar 1, angka kecukupan obat rata-rata di Kabupaten TTS dan TTU cukup baik (lebih dari 24 bulan) sejak tahun 1999 sampai 2001. Pada Kabupaten Belu, kecukupan obat rata-rata tahun 1999 paling rendah (20 bulan) tetapi makin baik pada tahun berikutnya. Kecukupan obat dalam penelitian ini meliputi kriteria "kurang" apabila kecukupan kurang dari 10 bulan, kriteria "aman" apabila kecukupan berkisar antara 10-22 bulan dan "berlebih" apabila kecukupan di atas 22 bulan.

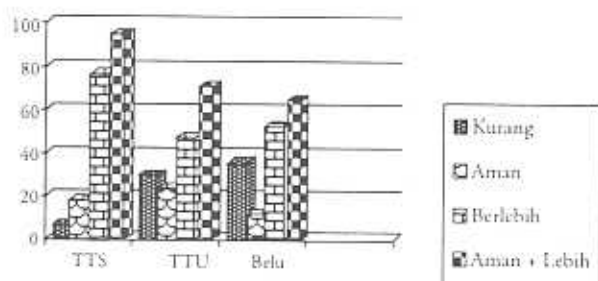
Gambar 2 menunjukkan bahwa persentase obat yang masuk dalam kategori "kurang" tertinggi terjadi pada Kabupaten Belu (31.3%-35.4%), TTU (16.7%-29.4%) dan paling rendah di Kabupaten TTS antara 14.5% tahun 1999 serta menurun lagi tahun 2001 menjadi 5.8%. Angka tersebut menunjukkan bahwa ketersediaan obat di Kabupaten TTS lebih baik dibanding Kabupaten TTU dan Belu apabila dilihat dari persentase obat yang masuk dalam kategori "kurang".



Gambar 2. Persentase Obat (Key Drugs) dalam Satuan Bulan

Persentase obat dalam kondisi "kurang", kondisi "aman" dan "berlebih" masing-masing Kabupaten pada tahun 2001 ditampilkan dalam Gambar 3, yaitu pada tahun 2001 obat dalam kondisi kurang paling besar (35.4%) terjadi di Kabupaten Belu dan terkecil (5.8%) terjadi di Kabupaten TTS. Sementara obat dalam kondisi berlebih paling besar (76.6%) terjadi di Kabupaten TTS dan paling kecil (47.1%) terjadi di Kabupaten TTU. Kondisi tersebut menunjukkan masih adanya kelemahan dalam pengelolaan obat karena ada obat yang kurang, tetapi terjadi kelebihan obat lain dalam jumlah besar.

Penelitian yang dilakukan Sunardi¹² di Kabupaten Kulonprogo mendapatkan data bahwa stok obat gawat tahun 1996/1997 (51.43%), tahun 1998/1999 (54.9%), dan tahun 1999/2000 (57.14%). Sementara obat berlebih (stok lebih dari 18 bulan) tahun 1998/1999 (28.57%) dan tahun 1999/2000 (25.71%).



Gambar 3. Persentase Obat Kurang, Aman, dan Berlebih Tahun 2001

Kondisi stok obat berlebih baik secara fisik maupun dari data kecukupan obat, merupakan bentuk pemborosan. Menurut Quick dkk⁹ mengatakan bahwa volume obat dalam penyimpanan berpengaruh pada peningkatan biaya transpor, biaya akibat kerusakan 3%-5% dari nilai obat per tahun, biaya akibat kehilangan dan biaya penyimpanan 12%-40% dari biaya atau harga barang. Nilai stok obat

berlebih di Kabupaten Kulon Progo tahun 1997/1998 (36.27%), dan tahun 1999/2000 (27.75%) dari total anggaran obat.¹² Kondisi obat berlebih dan melampaui kapasitas penyimpanan juga akan menyebabkan tidak dapat dilaksanakannya administrasi dan sistem penyimpanan *First In First Out* (FIFO) secara optimum.

4. Perencanaan dan Usulan Anggaran Obat di Era Desentralisasi

Angka kecukupan rata-rata yang cukup tinggi dan disisi lain masih adanya obat yang kurang, menunjukkan perencanaan obat belum akurat. Beberapa hal yang dapat menyebabkan kondisi tersebut antara lain masih lemahnya koordinasi antarseksi, tim perencana tidak bekerja secara efektif, pemanfaatan data yang lemah dan motivasi petugas yang lemah dalam melakukan perubahan sistem perencanaan.

Dalam teori dinamika evaluasi perencanaan yang efektif, terdapat acuan untuk mengukur kapasitas kelembagaan dalam perencanaan kesehatan. Kapasitas tersebut meliputi kapasitas internal berupa pengenalan seperangkat tahap sistematis dalam proses perencanaan dan kapasitas eksternal yang menggambarkan kemampuan suatu lembaga dalam melaksanakan tahapan untuk mewujudkan rencana kerja prioritas menjadi suatu kegiatan nyata (*program action*). Kegiatan nyata yang dimaksud adalah dalam suatu ruang lingkup penganggaran atau pembiayaan (*budgeting*).¹³ Analisis perencanaan obat ditinjau dari kapasitas internal dan eksternal pada Kabupaten TTS, TTU dan Belu pada tahun 2001, ditampilkan dalam Tabel 7, yang menunjukkan tidak ada perbedaan dalam perencanaan obat antarlokasi penelitian baik dalam *input*, proses maupun *output* perencanaan.

Tabel 7. Analisis Perencanaan Obat Kabupaten TTS, TTU dan Belu Tahun 2001

Indikator Penilaian	TTS	TTU	Belu
INPUT			
1. Tim perencana obat kabupaten	+++	+++	+++
2. Buku Pedoman Perencanaan Obat	+++	+++	+++
3. Pedoman harga obat	+++	+++	+++
4. Sarana pengolahan data (Komputer)	++	++	++
5. Data mengenai:			
a. Pola penyakit	+++	+++	+++
b. Prakiraan terjadinya KLB	+++	+++	+++
c. Sasaran program	+++	+++	+++
d. Pemakaian rata-rata bulanan obat	++	++	++
e. Sisa stok obat	++	++	++
f. Kepatuhan standar Pengobatan	-	-	-
PROSES			
1. Unsur yang terlibat secara aktif	+	+	+
2. <i>Bottom up planning</i>	-	-	-
3. Format yang digunakan	++	++	++
4. Pemanfaatan data			
a. Pola penyakit	+	+	+
b. Prakiraan terjadinya KLB	++	++	++
c. Sasaran program	++	++	++
d. Pemakaian rata-rata bulanan obat	++	++	++
e. Sisa stok obat	-	-	-
5. Kemudahan dalam akses data	+++	++	+
OUTPUT			
1. Dokumen Perencanaan tahun 2001.	++	++	++

Keterangan: +++ (baik), ++ (Cukup), + (kurang), -(sangat kurang)

Dari keseluruhan *input*, pada Kabupaten TTS mempunyai kelebihan dalam data pola penyakit, sasaran program dan perkiraan KLB. Data yang berasal dari kegiatan program P2M pada Dinas Kesehatan tersebut, diolah dan dikelola secara terpadu oleh TEK. Pada Kabupaten TTU dan Belu data masih terdistribusi pada masing-masing pengelola program.

Perencanaan obat lebih didominasi oleh GFK sebagai sekretaris tim dan kepala dinas kesehatan sebagai ketua tim yang memberikan pengesahan. Data sisa stok obat yang ada, tidak digunakan secara konsekuen sebagai

faktor perhitungan dalam perencanaan. Apabila data tersebut digunakan, maka sebagian besar obat tidak perlu diadakan karena memiliki angka kecukupan di atas 18 bulan.⁵ Kelemahan sistem perencanaan seperti itu masih banyak terjadi di institusi publik. Hal tersebut dalam teori sesuai dengan adanya *stereotype* birokrasi di Indonesia berupa pembengkakan anggaran (*budget maximizer*) dan penghambat perubahan (*change minimizer*). Efisiensi pemanfaatan anggaran tahun 2001 untuk pengadaan obat SSE, SE, dan E ditunjukkan pada Tabel 8.

Tabel 8. Jumlah Anggaran Obat (DAU) dan Pemanfaatannya Tahun 2001

Uraian	Kabupaten		
	TTS	TTU	Belu
1. Jumlah anggaran obat (DAU)	1.266.369.008	1.403.000.000	436.500.000
2. Nilai dan persentase pemanfaatan dana untuk <i>key drug</i>	141.047.308 (11 %)	405.736.350 (29 %)	92.793.616 (21 %)
3. Jumlah item <i>key drug</i> yang di rencanakan	5	14	7
4. Jumlah rencana obat diluar <i>key drug</i> (SSE, SE, dan E)	87	152	44
5. Nilai inefisiensi akibat pengadaan obat berlebih	125.153.675 (10 %)	100.223.000 (7 %)	10.599.000 (2 %)

Berdasarkan Tabel 8, persentase pemanfaatan anggaran untuk pengadaan *key drug* paling tinggi terjadi di Kabupaten TTU dengan nilai Rp 405.736.350,00 (29%) untuk pengadaan 14 item *key drug*, dan 71% anggaran untuk pengadaan 152 item obat di luar *key drug*. Pada Kabupaten TTS, nilai pengadaan *key drug* mencapai Rp141.047.308,00 (11%), untuk pengadaan 5 item obat. Pada Kabupaten Belu, pengadaan *key drug* mencapai Rp92.793.515,00 (21%) anggaran obat, dan digunakan untuk pengadaan 7 item obat. Data tersebut juga menunjukkan bahwa pada Kabupaten TTU dengan jumlah anggaran terbesar, jumlah obat yang direncanakan juga paling banyak (166 item). Selanjutnya diikuti Kabupaten TTS dengan jumlah obat yang diadakan 92 item dan Kabupaten Belu dengan jumlah anggaran terkecil, sehingga jenis obat yang direncanakan hanya 51 item.

Tingkat pemborosan dana akibat perencanaan obat berlebih yang seharusnya tidak perlu diadakan, paling tinggi terjadi di Kabupaten TTS dengan nilai Rp125.153.675,00 atau 10% dari anggaran obat dan terkecil pada Kabupaten Belu dengan nilai Rp10.599.000,00 atau 2% anggaran obat. Hal tersebut disebabkan Kabupaten TTS pada awalnya sudah memiliki persentase obat berlebih yang paling tinggi (76.6%) dan persentase obat kurang (5.8%). Sehingga pemanfaatan anggaran tetap meningkatkan stok obat berlebih dan menimbulkan inefisiensi 10% tersebut.

Pada Kabupaten Belu, pemborosan akibat pengadaan obat berlebih hanya mencapai 2%, karena persentase obat kurang juga paling tinggi yaitu 35.4% dan anggaran lebih diprioritaskan untuk mengadakan obat yang kurang tersebut.

5. Persepsi dampak desentralisasi dan proyek ICDC

Penilaian pencapaian indikator kuantitatif di atas selanjutnya di *cross chek* dengan persepsi kepala dinas untuk menilai pencapaian indikator dari data kualitatif (wawancara mendalam) yang dirangkum dalam Tabel 9.

Berdasarkan Tabel 9, perencanaan yang akurat dan dipercaya, menjadi kendala pada saat pembahasan anggaran. Kemampuan dalam mengatasi kendala tersebut berbeda antarkabupaten TTS, TTU, dan Belu. Perbedaan tersebut disebabkan kualitas data yang tersedia dan kemampuan mengolah data. Faktor penyebab lain adalah kurangnya koordinasi yang dirasakan oleh semua responden.

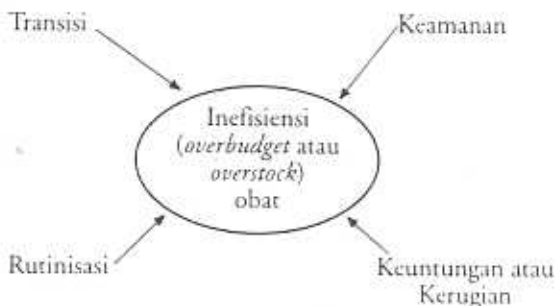
Komitmen yang baik dari DPRD dan Pemda dalam masalah anggaran obat, menunjukkan bahwa asumsi setelah pelaksanaan desentralisasi anggaran obat akan menurun, tidak terbukti pada Kabupaten TTS dan TTU. Pemerintah kabupaten dan DPRD tetap memberikan perhatian utama terhadap sektor pelayanan obat. Tetapi dalam usulan tersebut selalu dipersoalkan dasar usulan dan rencana yang disampaikan.

Tabel 9. Rangkuman Data Kualitatif Berdasarkan Hasil Wawancara Mendalam

Indikator Kualitatif	Kabupaten		
	TTS	TTU	Belu
1. Kendala dalam usulan anggaran	Tidak ada	Perencanaan	Perencanaan
2. Kemampuan mengatasi kendala	Baik	Baik	Kurang
3. Koordinasi	Kurang	Kurang	Kurang
4. Realisasi anggaran	100%	100%	52.8%
5. Rasionalitas anggaran	Sesuai kemampuan pengelolaan	Tidak punya patokan, ikut trend dan perkiraan	Belum ada patokan
6. Efisiensi obatbimbingan teknis	Sistem FIFO	Warning laporan	
7. Persepsi terhadap stok obat berlebih	Untuk antisipasi kunjungan JPS	Lebih baik daripada kurang	-

Berdasarkan uraian dan pembahasan sebelumnya, pada tahun pertama desentralisasi masih terjadi inefisiensi dalam bentuk pengadaan obat berlebih pada Kabupaten TTS dan TTU. Sementara inefisiensi yang rendah di Kabupaten Belu disebabkan alokasi anggaran yang rendah. Fenomena di atas, ditinjau dari teori berkaitan dengan stereotipe birokrasi berupa pembengkakan anggaran (*budget maximizer*). Para birokrat seringkali justru memiliki insentif ketika memperbesar inefisiensi dengan membengkakkan anggaran. Selain itu menekan anggaran belum dijadikan sebagai ukuran keberhasilan organisasi.¹⁴

Informasi tersembunyi (misalnya stok obat berlebih) merupakan salah satu pemicu terjadinya anggaran yang membengkak. Faktor penyebab lain belum adanya perubahan dalam efisiensi dan kebijakan setelah desentralisasi, diuraikan dalam Gambar 4.



Gambar 4. Faktor Penyebab Inefisiensi pada Tahun Pertama Desentralisasi

Berdasarkan Gambar 4, terdapat empat faktor yang dapat menyebabkan masih terjadinya inefisiensi yaitu transisi, rutinisasi, persepsi keamanan, dan keuntungan atau kerugian.

Pertama, dalam penelitian ini merupakan masa transisi karena desentralisasi baru dilaksanakan pada tahun pertama. Masa tersebut sangat mempengaruhi dalam kebijakan dan pola yang digunakan dalam menyusun anggaran. Kedua, rutinisasi juga masih menjadi model pelaksana program. Hal tersebut karena pada desentralisasi tersebut belum ada perubahan dalam pelaksana program, masalah yang dihadapi dan mekanisme pengawasan publik terhadap pelaksanaan program.

Ketiga persepsi keamanan dalam penyediaan obat tingkat kabupaten. Pemerintah daerah dan DPRD dalam berbagai kesempatan hanya menilai persediaan obat dalam kondisi "aman" kalau stok ada. Sementara kelebihan obat dan kerugian akibat kadaluwarsa, rusak atau hilang belum menjadi perhatian, karena beban anggaran obat masih dari pemerintah pusat. Faktor tersebut berkaitan dengan penyebab keempat yaitu dinas kesehatan dan pemerintah daerah akan diuntungkan dengan anggaran dan stok obat berlebih. Secara langsung pelayanan kesehatan tidak terganggu, dan secara tidak langsung terdapat insentif bagi para pelaksana yang pengadaan obat. Kerugian mungkin

dirasakan oleh pelaksana teknis dalam hal penanganan dan pengelolaan administrasi obat, tetapi nilai kerugian materi belum diperhitungkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Setelah pelaksanaan desentralisasi kesehatan, pada Kabupaten TTS terjadi penurunan anggaran obat (8%), pada Kabupaten Belu terjadi penurunan (67%) dan pada Kabupaten TTU terjadi kenaikan (80%). Jumlah anggaran obat yang diterima Dinas Kesehatan dipengaruhi oleh PAD, DAU, dan APBD masing-masing daerah serta kualitas usulan dinas kesehatan.
2. Komitmen pemerintah kabupaten dan DPRD pada Kabupaten TTS dan TTU terhadap sektor kesehatan sangat baik dan tidak menghambat proses usulan anggaran obat (realisasi 100%). Penurunan anggaran obat pada Kabupaten Belu disebabkan faktor perencanaan yang lemah dari Dinas Kesehatan.
3. Tidak ada perbedaan dalam pola dan kualitas perencanaan obat antara Kabupaten dengan proyek ICDC dan Kabupaten tanpa proyek ICDC. Pada Kabupaten TTS (daerah ICDC) kelebihan hanya pada *input* kualitas data penyakit menular.
4. Ketersediaan obat rata-rata pada ketiga Kabupaten setelah desentralisasi masih memadai. Persentase obat (*key drug*) dalam kondisi kurang pada Kabupaten TTS paling rendah (5.8%), TTU (29.4%) dan Belu (35.4%). Persentase obat lebih pada Kabupaten TTS paling tinggi (76.6%), TTU (47.1%), dan Belu (52.9%).
5. Semakin tinggi persentase obat dalam kondisi berlebih, meningkatkan kecenderungan terjadi inefisiensi akibat perencanaan obat berlebih.

6. Semakin besar anggaran obat, meningkatkan kecenderungan pengadaan obat dengan item (jenis) yang lebih besar.

Saran

Berdasarkan kesimpulan dari data yang diperoleh dan pengamatan terhadap fisik obat di Kabupaten TTS dan TTU, terjadi kelebihan obat yang dapat menimbulkan pemborosan anggaran dan kerusakan obat. Saran peneliti terhadap kedua Dinas Kesehatan Kabupaten tersebut adalah:

1. Meningkatkan kepatuhan standar pengobatan, agar perencanaan dengan metode konsumsi mempunyai tingkat keakuratan yang lebih tinggi.
2. Pengadaan obat dua kali setahun perlu dijadikan pertimbangan untuk menghindari stok obat berlebih dan dilakukan menurut pemantauan stok.
3. Perlu diupayakan agar Dinas Kesehatan diberi kewenangan dan tanggung jawab penuh dalam relokasi sumberdaya (anggaran) antar program menurut permasalahan yang dihadapi. Anggaran obat yang tersedia, selain digunakan untuk pengadaan fisik obat, juga dapat digunakan untuk peningkatan pelayanan obat (informasi tertulis, bahan kemasan) serta pengadaan reagen penunjang diagnosa.

Pada Kabupaten Belu, meskipun stok obat rata-rata menunjukkan angka yang tinggi, persentase obat kurang juga cukup tinggi. Sementara itu, anggaran obat tahun 2001 mengalami penurunan sebesar 67% dari tahun sebelumnya. Saran peneliti adalah:

1. Memperbaiki perencanaan dan melakukan pemantauan stok obat bulanan sebagai bahan usulan anggaran tahun 2002.
2. Dilakukan upaya penggalan dana obat dengan melibatkan sektor swasta, LSM dan sumber lain yang sah apabila sumber dari pemerintah kabupaten sangat terbatas dan obat tidak mencukupi dalam pelayanan kesehatan.

KEPUSTAKAAN

1. Velasques, G., Madrid, Y., and Quick, J.D. Health Reform and Drug Financing. WHO. 1998; 2, 5, 34-5.
2. Trisnantoro, L. Sistem Kesehatan Wilayah Dalam Era Desentralisasi. Makalah Temu Wicara, PMPK FK UGM Yogyakarta. 2000.
3. WHO. WHO Medicine Strategy: 2000-2003. Essential Drugs and Medicines Policy Department, Geneva. 2000: 1-4.
4. Haak, H., dan Hogerzeil, H.V. Essential drugs for ration kits in developing countries. *Journal Health Policy and Planning*. 1995; 10(1): 40-5.
5. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Teknis Pengelolaan Obat untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten-Kota tahun 2000, Jakarta. 2000: 12-20.
6. Departemen Kesehatan RI. Buku Panduan Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular (RO-IP2M). Jakarta. 1998: 1-9.
7. Myrnawati. Peningkatan Fungsi Surveilans Epidemiologi dalam Menyongsong Era Desentralisasi. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 2001; 51.
8. Quick, J.D., Rankin, J.R., Laing, R.O., O'Connor, R.W., Hogerzeil, H.V., Dukes, M.N.G., and Garnet, A. *Managing Drug Supply*. Kumarin Press, USA. 1997; 2: 9, 122, 436, 560-65.
9. Brudon, P., Rahinhorn, J.D., and Reich, M.R. Indicators for Monitoring National Drug Policies. World Health Organization, Geneva. 1999; 2: 22-5, 47-9, 201-10.
10. Suzuki, Y dan Quick, J. Highlights of The Year 2000 in Essential Drugs and Medicines Policy. WHO, Geneva. 2000.
11. WHO. Core Indicators on Country Pharmaceutical Situation. Material Course of Drug Policy Issues for Developing Countries, WHO. 2001.
12. Sunardi. Evaluasi Perencanaan Kebutuhan Obat di Kabupaten Kulon Progo. Tesis Magister Manajemen dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. 2000.
13. Santoso, A.P., dan Trisnantoro, L. Analisis Perencanaan Kesehatan oleh lembaga-lembaga Perencana Kesehatan Daerah (BAPPEDA Tingkat II dan Dinas Kesehatan Tingkat II) di Daerah Tingkat II Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *JMPK FK. UGM Yogyakarta*. 2000: 03(04).
14. Dwiyanto, A. Kewirausahaan di Sektor Publik. Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta. 1999.