

## EVALUASI DISTRIBUSI OBAT ANTITUBERKULOSIS DI KABUPATEN KOTA PROVINSI SUMATERA UTARA

### EVALUATION OF ANTI TUBERCULOSIS DRUGS DISTRIBUTION IN THE DISTRICTS AT NORTH OF SUMATERA PROVINCE

Ismedsyah<sup>1</sup>, Sulanto Saleh Danu<sup>2</sup>, I. M. Sunarsih<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara

<sup>2</sup>Pusat Studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat, UGM, Yogyakarta

<sup>3</sup>Magister Manajemen dan Kebijakan Obat, UGM, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The data deviation of anti-tuberculosis drugs (TB drugs) availability e.g. blankness, more less, or expired founded in Districts Health Office at North of Sumatera Province. For this reason, is needed to do an evaluation of TB drugs distribution from North of Sumatera Province to districts. The purpose of the study is to describe the condition of TB drugs availability and the accuracy of TB drugs planning in the Districts North of Sumatera Province. The results of the study were expected to give some directions to improve TB drugs availability and the accuracy planning of TB drugs distribution.

**Methods:** This study was a non-experimental case study, explorative on TB drugs distribution implementation in District or City of Province North of Sumatera. The data gathering was done by retrospective form questionnaire, interviewing, and observation documents the data was analyzed descriptively.

**Result:** Is obtained since 1999 to 2002 all district or city have TB drugs availability not safety condition. Since 1999 to 2000 there was 1 city at condition of accurately the planned more than 100% and since 2001 to 2002 there was 3 district or city at condition of accurately the planned more than 100%.

**Conclusion:** The action of TB drugs distribution since 1999 to 2002 in District or City of Province North of Sumatera not appropriate because all district or city have TB drugs availability not safety condition and accurately the TB drugs planned is not good.

**Keywords:** Availability OAT, accurately the planned, distribution, drug of anti tuberculosis

#### PENGANTAR

Hak untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan merupakan hak yang utama bagi pengguna jasa kesehatan. Pengguna jasa kesehatan belum menyadari sepenuhnya akan hak tersebut.<sup>1</sup> Begitu pula penyedia jasa kesehatan belum memberi hak sebagai bagian dari kewajibannya. Pemerintah melalui program penanggulangan tuberkulosis (TB) menyediakan jasa kesehatan dalam bentuk pelayanan pengobatan bagi pasien TB secara gratis<sup>2</sup> yang bertujuan untuk memberikan hak pada pengguna jasa kesehatan (penderita penyakit TB) dalam wujud menyembuhkan, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, serta menurunkan tingkat penularan. Pada pelayanan pengobatan TB, obat antituberkulosis (OAT) merupakan alat intervensi pada penanggulangan TB yang diberikan secara

teratur dengan kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup, dan dosis tepat agar semua kuman termasuk kuman persisten dapat dibunuh.

Melalui Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Sumatera Utara, Subdinas Bina Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M&PL) yang melaksanakan program penanggulangan TB dengan hasil dari supervisi pada dinas kesehatan kabupaten kota ditemukan adanya data penyimpangan ketersediaan berupa kekosongan, berlebih, kurang, dan kadaluarsa. Berdasarkan temuan ini menunjukkan kemungkinan adanya permasalahan ketersediaan OAT dan ketepatan perencanaan pada dinas kesehatan kabupaten kota.

Masalah yang diteliti adalah ketersediaan OAT dan ketepatan perencanaan pada dinas kesehatan kabupaten kota di Provinsi Sumatera Utara dengan

tujuan untuk mengetahui kondisi ketersediaan OAT dan ketepatan perencanaan OAT di kabupaten kota Provinsi Sumatera Utara. Pertanyaan penelitiannya adalah apakah yang menyebabkan ketersediaan OAT yang berlebih, kurang, dan kosong pada dinas kesehatan kabupaten kota?

Pendekatan sistematis dalam evaluasi dapat dilakukan untuk mengetahui kondisi ketersediaan OAT dan ketepatan perencanaan OAT di kabupaten kota Provinsi Sumatera Utara. Penilaian secara menyeluruh dapat dilakukan dengan menilai masukan, proses dan keluaran.<sup>3</sup> Dengan pendekatan ini dapat dilihat kegiatan suatu program kesehatan berdasarkan masukan, proses, dan keluaran yang dihasilkan. Dengan masukan dan proses yang baik akan tercapai keluaran yang baik.

### BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dirancang sebagai penelitian noneksperimental studi kasus yang bersifat eksploratif terhadap pelaksanaan distribusi OAT di kabupaten kota Provinsi Sumatera Utara. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif diperoleh dari kuesioner, wawancara, dan observasi dokumen dianalisis secara deskriptif. Penelitian ini dilakukan terhadap: subdinas pencegahan dan pemberantasan penyakit, seksi pemberantasan penyakit menular langsung, pelaksana tugas pemberantasan penyakit tuberkulosis paru dan gudang farmasi kabupaten kota di 19 kabupaten kota Provinsi Sumatera Utara. Untuk *cross check* data dilakukan pada subdinas pencegahan dan pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan, seksi pencegahan penyakit menular langsung, pelaksana tugas pemberantasan TB Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Materi yang diperlukan dalam penelitian ini dapat berupa dokumen perencanaan, penerimaan, pemeriksaan obat, kartu stok, kartu distribusi, buku rencana distribusi, rekapitulasi Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO) serta laporan penerimaan dan pemakaian OAT per kabupaten atau kota (Formulir TB-13).

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas: kualitas SDM, kualitas data, dan jumlah data; variabel terikat: distribusi OAT terdiri dari ketersediaan OAT dan ketepatan perencanaan OAT. Pengolahan data dilakukan setelah data selesai dikumpulkan kemudian diperiksa kelengkapan data tersebut. Selanjutnya, data diklasifikasikan menjadi dua kelompok yaitu data kualitatif dan kuantitatif. Analisis isi dilakukan terhadap data kualitatif dan kuantitatif.

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

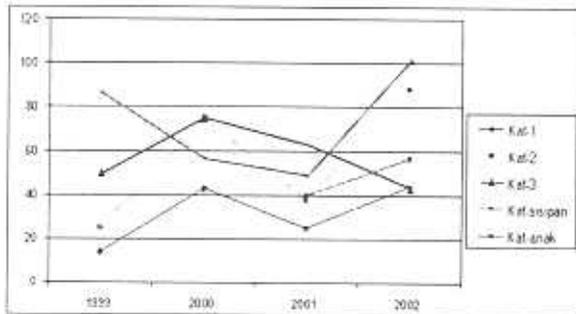
Ketersediaan OAT dari tahun 1999 sampai dengan 2002 diketahui dengan berbagai kondisi, pada tahun 1999 yang memiliki kategori-1: (14,29%) dengan kondisi berlebih; (57,14%) dengan kondisi aman; (28,57%) dengan kondisi kurang; kategori-2: (25%) dengan kondisi berlebih; (37,5%) dengan kondisi aman; (37,5%) dengan kondisi kurang; kategori-3: (50%) dengan kondisi berlebih; (37,5%) dengan kondisi aman; (12,5%) dengan kondisi kurang; kategori sisipan: (85,71%) dengan kondisi berlebih; (14,29%) dengan kondisi aman, dan tidak ada dengan kondisi kurang serta tidak ada yang memiliki kategori anak pada tahun 1999.

Pada tahun 2000 yang memiliki kategori-1: (42,86%) dengan kondisi berlebih; (28,57%) dengan kondisi aman; (28,57%) dengan kondisi kurang; kategori-2: (75%) dengan kondisi berlebih, tidak ada dengan kondisi aman, (25%) dengan kondisi kurang; kategori-3: (75%) dengan kondisi berlebih, (25%) dengan kondisi aman, tidak ada dengan kondisi kurang; kategori-sisipan: (57,14%) dengan kondisi berlebih; (14,29%) dengan kondisi aman, dan (28,57%) dengan kondisi kurang dan tidak ada kabupaten kota yang memiliki kategori anak pada tahun 2000.

Pada tahun 2001 kondisi kabupaten kota yang memiliki kategori-1: (25%) pada kondisi berlebih; (62,5%) dengan kondisi aman; (12,5%) dengan kondisi kurang; kategori-2: (37,5%) dengan kondisi berlebih, (25%) dengan kondisi aman, (37,5%) dengan kondisi kurang; kategori-3: (62,5%) dengan kondisi ketersediaan berlebih, (37,5%) dengan kondisi aman, tidak ada kabupaten kota dengan kondisi kurang; kategori-sisipan: (50%) dengan kondisi berlebih, tidak ada kabupaten kota dengan kondisi aman, dan (40%) dengan kondisi kurang; kategori anak: (40%) dengan kondisi berlebih, (20%) dengan kondisi aman, dan (40%) dengan kondisi kurang.

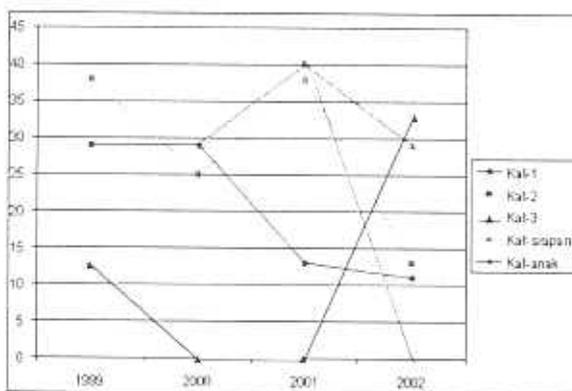
Pada tahun 2002 kondisi kabupaten kota yang memiliki kategori-1: (44,44%) dengan kondisi berlebih; (44,44%) dengan kondisi aman, (11,11%) dengan kondisi kurang; kategori-2: (87,5%) dengan kondisi berlebih, tidak ada kabupaten kota dengan kondisi ketersediaan aman; (12,5%) dengan kondisi kurang; kategori-3: (44,44%) dengan kondisi berlebih; (22,22%) dengan kondisi aman; (33,33%) dengan kondisi kurang; kategori-sisipan: (100%) kabupaten kota dengan kondisi ketersediaan berlebih, tidak ada kabupaten kota pada kondisi ketersediaan aman dan kondisi ketersediaan kurang; kategori anak: (57,14%) dengan kondisi berlebih, (14,29%) dengan kondisi aman, dan

(28,57%) dengan kondisi kurang. Ketersediaan kabupaten kota pada kondisi berlebih. Gambar 1.



Gambar 1. Persentase Kabupaten Kota dengan Kondisi Ketersediaan Berlebih

Dari data tersebut diperoleh tingkatan kabupaten kota dengan kondisi ketersediaan kurang, aman, dan berlebih. Diperoleh dari tahun 1999 sampai 2002 pada kabupaten kota ketersediaan OAT kategori-1, kategori-2, kategori sipaan, dan kategori anak dengan kondisi kurang cenderung menurun, sebaliknya dengan kondisi berlebih cenderung meningkat. Ketersediaan OAT kategori-3 dengan kondisi kurang cenderung meningkat, sebaliknya dengan kondisi berlebih cenderung menurun (Gambar 2).



Gambar 2. Persentase Kabupaten Kota dengan Kondisi Ketersediaan Kurang

Dari lima perolehan ketersediaan di atas, ada satu kategori (OAT kategori-3) yang menunjukkan kecenderungan berbeda dengan kecenderungan OAT kategori lain. Kemungkinan ini terjadi karena ketersediaan OAT kategori-3 dengan kondisi kurang pada dua tahun berturut-turut yaitu tahun 2000 dan 2001 memiliki persentase ketersediaan OAT kabupaten kota sebesar 0%.

Kabupaten kota yang memiliki kondisi ketersediaan OAT berlebih selalu memberikan

risiko berupa pemborosan dan jika tidak digunakan dalam tempo lama akan terjadi OAT kadaluarsa. Sebaliknya, jika memiliki kondisi ketersediaan OAT kurang menunjukkan sering terjadinya kekosongan OAT (*stock out*) sehingga dapat menimbulkan dampak penurunan mutu pelayanan kesehatan karena pemberian OAT menjadi tidak teratur. Selanjutnya akan menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT (*multi drug resistance*) mengakibatkan target angka kesembuhan tidak akan tercapai.<sup>4</sup>

Ketersediaan OAT yang aman dipengaruhi oleh jumlah OAT yang tersedia pada akhir tahun dan jumlah pemakaian rerata per bulan. Karena jumlah OAT yang tersedia pada akhir tahun dan jumlah pemakaian rerata per bulan mempengaruhi ketersediaan OAT, dimungkinkan pada penentuan ketersediaan OAT diperlukan adanya data jumlah OAT yang tersedia akhir tahun dan jumlah pemakaian rerata per bulan. Jika data jumlah OAT yang tersedia akhir tahun dan jumlah pemakaian rerata per bulan tidak dapat diperoleh kemungkinan ketersediaan OAT yang dibutuhkan tidak akan dapat diperoleh dengan kondisi aman.

Ketersediaan OAT dengan kondisi aman dapat menjadi kondisi ketersediaan berlebih, kurang, dan kosong. Kondisi ketersediaan berlebih, kurang, dan kosong merupakan bentuk penyimpangan ketersediaan OAT. Penyimpangan ketersediaan OAT merupakan selisih antara jumlah OAT yang seharusnya didistribusikan (kebutuhan) dengan kenyataan distribusi. Sebagai contoh penyimpangan ketersediaan OAT kondisi berlebih dan kurang, pada penelitian ini penulis memilih OAT kategori-1. Pilihan OAT kategori-1 didasarkan pada pentingnya OAT kategori-1 dalam program penanggulangan TB, mengingat kebutuhannya yang terbanyak diantara OAT kategori lain. Penyimpangan ketersediaan OAT pada kondisi kosong yaitu adanya kekosongan distribusi OAT pada sebagian kategori. Semua bentuk penyimpangan ketersediaan OAT di atas merupakan wujud dari ketepatan perencanaan yang kurang akurat.

Ketepatan perencanaan OAT dapat diketahui dari perencanaan kebutuhan nyata OAT dibagi dengan pemakaian OAT per tahun. Ketepatan perencanaan OAT yang diperoleh pada penelitian ini yaitu hanya ketepatan perencanaan OAT kategori-1 karena hanya data ketepatan perencanaan OAT kategori-1 yang ada pada dinas kesehatan kabupaten kota. Ketepatan perencanaan OAT kategori-1 yang diperoleh yaitu pada 9 dari 19 dinas kesehatan kabupaten kota (Tabel 1).

Tabel 1. Ketepatan Perencanaan

No	Kabupaten Kota	Ketepatan Perencanaan (%)			
		1999	2000	2001	2002
1	Labuhan Batu	19,4	76,3	160	120
2	Tapanuli Selatan	30	68	375	85
3	Nias	9	62	82	60
4	Karo	22	63	33	47
5	Pematang Siantar	18	103	108	74
6	Binjai	22	97	52	71
7	Tebing Tinggi	120	28	33	59
8	Langkat	t.a.d	t.a.d	34	137
9	Mandailing Natal	-	-	-	117

Keterangan: t.a.d = tidak ada data (-) = belum ada data

Berdasarkan ketepatan perencanaan OAT dari tahun 1999 sampai dengan 2002 sebagaimana diperoleh di atas maka dapat diketahui kondisi ketepatan perencanaan OAT pada kabupaten kota di atas atau di bawah 100%, seperti pada tahun 1999 kondisi ketepatan perencanaan OAT di atas 100% pada Kota Tebing Tinggi (120%); tahun 2000 pada Kota Pematang Siantar (103%). Tahun 2001 pada Kabupaten Labuhan Batu (160%), Kabupaten Tapanuli Selatan (375%), Kota Pematang Siantar (108%). Tahun 2002 pada Kabupaten Labuhan Batu (120%), Kabupaten Langkat (137%) dan Kabupaten Mandailing Natal (117%).

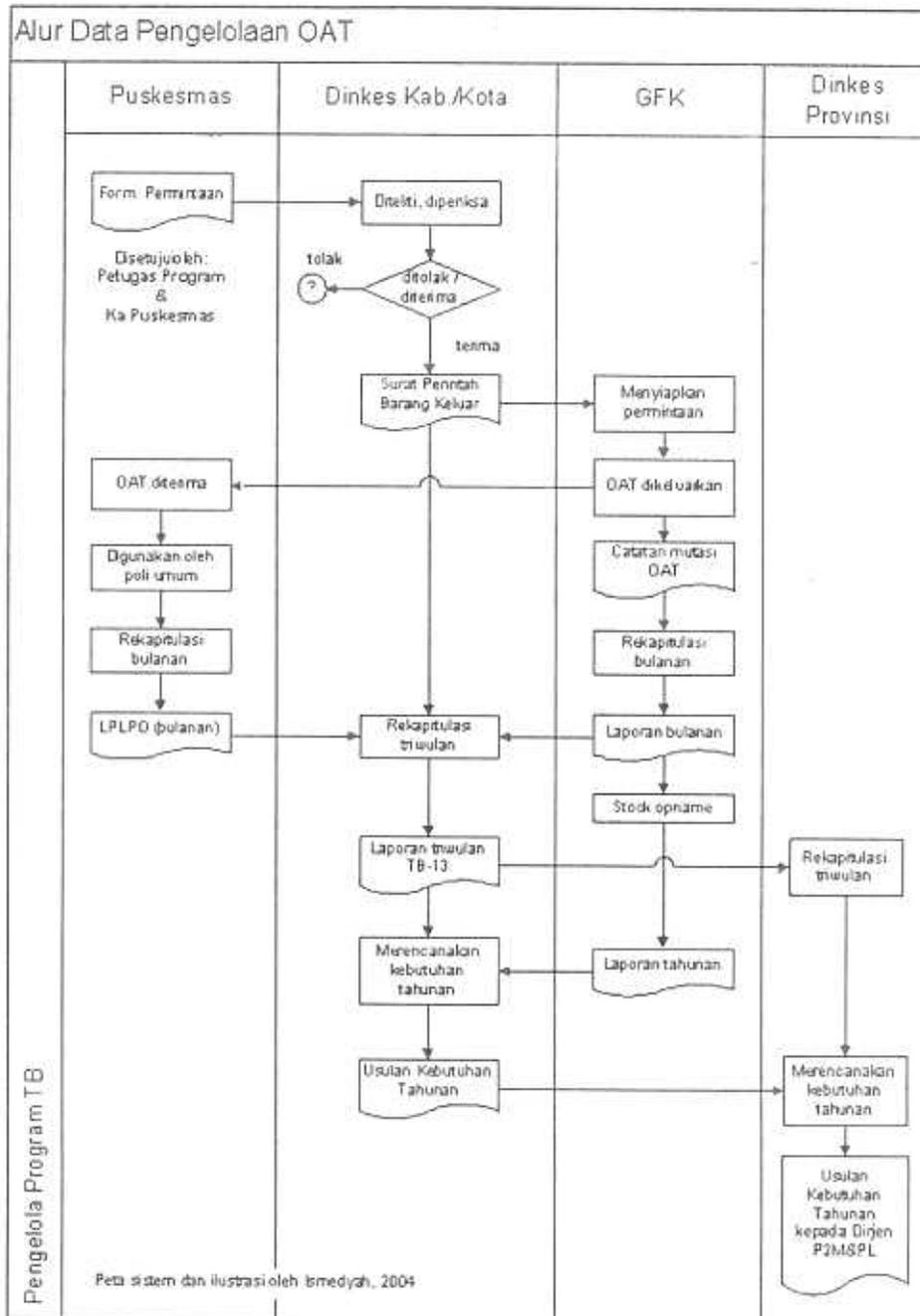
Ada beberapa hasil kuesioner yang kemungkinan dapat menunjukkan ketepatan perencanaan kebutuhan OAT. Kemungkinan adanya ketepatan perencanaan kebutuhan OAT karena dikerjakan oleh suatu tim kerja. Sebagaimana ditunjukkan dari hasil kuesioner sebanyak Wasor (72%), Kasie (73%), Kasubdin (71%), dan Ka-GFK (25%), menyatakan bahwa perencanaan kebutuhan OAT dikerjakan oleh suatu tim perencana OAT. Kemungkinan lain diperoleh hasil perencanaan secara tepat disebabkan proses yang dilakukan pada waktu yang tepat yaitu menjelang akhir tahun. Hasil kuesioner diperoleh sebanyak Wasor (83%), Kasie (75%), Kasubdin (85%), Ka-GFK (60%) yang menyatakan bahwa waktu pembuatan perencanaan kebutuhan paket OAT yang dikerjakan menjelang akhir tahun.

Kemungkinan ketepatan perencanaan berdasarkan sebagian besar pengelola OAT terkait pada seluruh dinas kesehatan kabupaten kota mendapat formulir TB-13 sebagai tempat mencatat penerimaan dan pemakaian OAT dengan demikian kemungkinan akan diperoleh catatan penerimaan dan pemakaian OAT yang akurat pada dinas

kesehatan kabupaten kota, sehingga memberikan ketepatan perencanaan kebutuhan OAT. Selanjutnya, hal ini akan berpengaruh pula pada ketersediaan OAT yang cukup.

Adapun kemungkinan lain yang membuat perencanaan tidak tepat yaitu tidak diketahuinya dasar pembuatan rencana kebutuhan OAT. Dari hasil kuesioner diperoleh hanya Wasor (44%), Kasie (36%), Kasubdin (16%), menyatakan tentang perencanaan kebutuhan OAT berdasarkan rencana pengembangan puskesmas, jumlah sarana, stok pengaman, stok masing-masing kategori OAT dan jumlah penderita tahun lalu. Hanya prosentase kecil yang mengetahui dasar pembuatan rencana kebutuhan dari pengelola OAT terkait dan tidak ada pendapat dari Ka-GFK tentang dasar untuk merencanakan kebutuhan OAT, maka kemungkinan kecil pula diperoleh ketepatan perencanaan OAT sehingga akan berdampak pada kurangnya ketersediaan OAT.

Terbukti ada dua hasil penelitian yang diperoleh dari analisis data ketersediaan OAT yaitu ketersediaan OAT pada tingkat kecukupan aman dan penyimpangan jumlah OAT. Ketersediaan pada keadaan aman yang diperoleh yaitu ketersediaan OAT untuk waktu 10-22 bulan dan kesesuaian antara kebutuhan dengan distribusi OAT. Ketersediaan OAT pada keadaan menyimpang yang diperoleh yaitu ketersediaan OAT untuk waktu 0-10 bulan, ketersediaan OAT >22 bulan dan kekosongan OAT.<sup>5</sup> Ketersediaan OAT pada kondisi aman dapat ditentukan oleh kebutuhan nyata per tahun dan kenyataan distribusi OAT. Ketersediaan OAT pada kondisi aman dapat menjadi ketersediaan OAT pada kondisi berlebih, kurang atau kosong (menyimpang). Ketersediaan OAT pada kondisi berlebih, kurang atau kosong (menyimpang) ini terjadi disebabkan data dari GFK dan data dari penanggung jawab program penanggulangan TB tidak ada kesesuaian, sehingga menghasilkan ketepatan perencanaan yang tidak baik. Ketidaksesuaian data ini terjadi karena tidak adanya koordinasi data. Agar ada kesesuaian data (koordinasi) antara GFK dengan penanggung jawab program penanggulangan TB maka perlu ada alur data yang jelas sebagai sistem informasi manajemen data. Pada kesempatan ini penulis membuat ilustrasi alur data pengelolaan OAT dalam rangka membantu sistem informasi manajemen data. Gambar 3.



Gambar 3. Alur Data Pengelolaan OAT pada Program TB

Diperoleh ketepatan perencanaan di atas atau di bawah 100% disebabkan oleh kebutuhan nyata OAT lebih besar atau lebih kecil daripada pemakaian OAT per tahun. Karena kebutuhan nyata OAT dan pemakaian OAT per tahun menyebabkan ketepatan perencanaan tidak baik. Jika ketepatan perencanaan di atas 100% berarti data kebutuhan nyata OAT lebih besar daripada

data pemakaian OAT per tahun. Jika ketepatan perencanaan di bawah 100% berarti data pemakaian OAT per tahun lebih besar daripada data kebutuhan nyata OAT. Pada tahun 1999 dan 2000 ada satu kota pada kondisi ketepatan perencanaan di atas 100%. Pada tahun 2001 dan 2002 ada tiga kabupaten kota pada kondisi ketepatan perencanaan di atas 100%.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kegiatan distribusi OAT di Provinsi Sumatera Utara dari tahun 1999 sampai dengan 2002 belum baik karena:

1. Belum semua pengelola OAT terkait pernah mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan program TB atau manajemen OAT sehingga kemungkinan membuat ketepatan perencanaan kebutuhan OAT yang tidak akurat.
2. Tidak adanya alokasi dana khusus untuk distribusi dan realokasi OAT.
3. Tidak adanya sistem informasi manajemen OAT yang baku bagi semua pelaksana program penanggulangan TB kabupaten, kota, dan provinsi.
4. Seluruh kabupaten kota mempunyai ketersediaan OAT tidak pada kondisi aman.
5. Seluruh kabupaten kota mempunyai ketepatan perencanaan kebutuhan OAT tidak pada kondisi baik.

### Saran

Agar terjadi perbaikan hasil kegiatan distribusi OAT ke arah yang lebih baik di masa depan, maka:

1. Perlu adanya upaya untuk melakukan pelatihan manajemen OAT khususnya ketepatan perencanaan OAT merata bagi semua pengelola OAT terkait di dinas kesehatan kabupaten kota
2. Perlu adanya upaya advokasi yang intens dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Kota kepada Bupati atau Walikota dan DPRD Kabupaten Kota tentang dana distribusi dan realokasi OAT pada program penanggulangan TB dengan harapan dapat terwujudnya dana yang sangat dibutuhkan untuk pendistribusian OAT.

3. Untuk jangka pendek perlu adanya upaya perbaikan koordinasi sistem informasi manajemen OAT di Dinas Kesehatan Kabupaten Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi dengan membuat dan mensosialisasikan alur data sehingga dapat diketahui ketersediaan OAT dan dapat diperoleh data yang akurat pada saat pembuatan ketepatan perencanaan.
4. Untuk jangka panjang perlu adanya upaya membuat sistem informasi manajemen OAT yang baku seperti program komputer bagi pelaksana OAT terkait di kabupaten kota, provinsi, dan nasional oleh Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.

### KEPUSTAKAAN

1. Poernomo, B. Hukum Kesehatan, Program Pendidikan Pascasarjana Fakultas Kedokteran Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.2000.
2. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2002.
3. Donabedian, A. Aspects of Medical Care Administration Specifying Requirement for Health Care, Harvard University Press, USA, 1979.
4. Iseman, MD. Treatment of multi drug-resistant tuberculosis. N.Engl J Med.1993; 329: 784-91.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, Jakarta. 2001.