

**KETERSEDIAAN OBAT DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

(Studi di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua) **

**MEDICINES AVAILABILITY OF HEALTH SERVICES IN NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM
(Studies in Banda Aceh City, Aceh Province and Jayapura City, Papua Province)**

**Yulia Indahri, Tri Rini Puji Lestari, Hartini Retnaningsih,
Lukman Nul Hakim, dan Rahmi Yuningsih***

Naskah diterima 16 September 2014, direvisi 1 Oktober 2014,
disetujui 20 Oktober 2014

Abstract

The issue of medicines availability becomes very actual since the implementation of National Health Insurance Program in Indonesia. Research on medicines availability in Banda Aceh City and Jayapura City was conducted using qualitative methods and analyzed by theories and concepts of public health policy. The result shows that there are several factors influencing the effectiveness of medicines availability, namely local government preparedness, human resources, and regulation factors.

Keywords: medicines, health service, National Health Insurance, Banda Aceh City, Jayapura City

Abstrak

Masalah ketersediaan obat menjadi isu yang sangat aktual di Indonesia sejak diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian tentang ketersediaan obat di Kota Banda Aceh dan Kota Jayapura dilakukan dengan metode kualitatif dan dianalisis dengan mengaplikasikan teori dan konsep kebijakan kesehatan masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan ada beberapa faktor yang memengaruhi efektivitas ketersediaan obat, yaitu: faktor kesiapan pemerintah lokal, faktor sumber daya manusia, dan faktor pendukung berupa peraturan pelaksanaan.

Kata kunci: ketersediaan obat, pelayanan kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional, Kota Banda Aceh, Kota Jayapura

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia (*Universal Declaration of Human Rights*, 1948). Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam Pasal 28H dan Pasal 34 UUD 45, dan diatur dalam UU No. 23 Tahun 1992

yang kemudian diganti dengan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Upaya memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat sebenarnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan seperti PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat

** Tulisan ini merupakan ringkasan hasil penelitian yang dilakukan tanggal 4-10 Mei 2014, dan di Kota Jayapura, Provinsi Papua tanggal 18-24 Mei 2014. Disampaikan terimakasih kepada Setjen DPR RI yang telah membiayai penelitian ini, serta kepada para narasumber baik di Jakarta, Kota Banda Aceh, maupun Kota Jayapura yang telah berkenan membantu dan memberikan data/informasi dalam rangka penelitian ini.

* Lembaga: Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI. Alamat: Gedung Nusantara I Lt. 2, Jl. Jend. Gatot Subroto, Senayan, Jakarta 10270. Alamat e-mail: iin92@yahoo.com, hartiniretnaning@yahoo.com.

(Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).¹

Namun, skema-skema tersebut masih terfragmentasi. Akibatnya, biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal itu, pada 2004, disahkan UU No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU No. 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk JKN, penyelenggaraannya diamanatkan untuk dilakukan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014.²

Masalah ketersediaan obat menjadi isu yang sangat aktual sejak diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan (Program JKN). Banyak keluhan masyarakat terkait ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan.

B. Perumusan Masalah

Masalah kelangkaan obat dalam penyelenggaraan Program JKN merupakan isu krusial yang harus diatasi. Ada beberapa pertanyaan penting, yaitu:

1. Bagaimana kebijakan nasional tentang ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan?
2. Bagaimana implementasi kebijakan nasional terhadap ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua?
3. Faktor-faktor apa saja yang memengaruhi efektivitas ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh

Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua?

4. Kendala apa saja yang dihadapi dalam penyediaan obat di Kota Banda Aceh Provinsi Aceh dan Kota Jayapura Provinsi Papua?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis tentang:

1. Kebijakan nasional tentang ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Implementasi kebijakan nasional terhadap ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua.
3. Faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua.
4. Kendala yang dihadapi dalam penyediaan obat di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua.

Sedangkan kegunaan yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Secara praktis hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Komisi IX DPR RI dalam rangka tugas dan fungsi legislasi, pengawasan, dan penganggaran di bidang kesehatan.
2. Secara akademis hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, khususnya terkait strategi nasional ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan.

D. Kerangka Teori/Pemikiran

1. Kebijakan Sosial

Setiap masyarakat mempunyai hak untuk sehat, dan negara harus memberikan aksesnya. Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan merupakan bagian dari kebijakan sosial dalam rangka memberikan atau

¹ Asep Haryono, "Semesta Kesehatan RI Baru Ditarget 2019," *Pontianak Post Online*, <http://www.pontianakpost.com/feed/pro-kalbar/kavong-utara/8777...txt>, diakses 17 Februari 2014.

² *Ibid.*

meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Program JKN merupakan bagian dari proses pembangunan sosial di Indonesia, yang diselenggarakan demi keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sebagaimana dikemukakan Nugroho,

"There are two major issues of social policy in the context of developing countries: social development and social justice. Social development consists of education, health, social security, and housing policy. Social justice consists of conflict, low competence, left behind, and tragedy. The policy is made by the government, but social service providers are various, which involves government market, third sector, family and individual".³

Untuk keberhasilan penyelenggaraan program JKN, diperlukan model yang mampu mawadahi berbagai tuntutan masyarakat di bidang kesehatan. Model implementasi kebijakan negara yang dikembangkan oleh Brian W. Hogwood & Lewis A. Gunn seperti dikutip oleh Wahab oleh para ahli sering disebut sebagai *"the top down approach"*.⁴ Menurut mereka, untuk dapat mengimplementasikan kebijakan negara secara sempurna (*perfect implementation*) diperlukan beberapa persyaratan tertentu, yaitu:⁵

1. Kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan/instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan/kendala yang serius.

2. Untuk pelaksanaan program tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai.
3. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia.
4. Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang andal.
5. Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya.
6. Hubungan saling ketergantungan harus kecil (hanya ada badan pelaksana tunggal/*single agency*, walaupun ada keterlibatan badan lain maka hubungan ketergantungan harus minimal).
7. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan.
8. Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat.
9. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna.
10. Pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan keputusan yang sempurna.

Berdasarkan konsep Hogwood dan Gunn tersebut, Program JKN akan dapat dirasakan manfaatnya secara optimal oleh masyarakat jika memperhatikan tahap-tahap yang dikemukakan. Dalam konteks ini konsep *"the top down approach"* justru merupakan kunci yang penting, karena dalam era otonomi daerah sekarang ini diperlukan komitmen yang kuat yang dikendalikan dari tingkat pusat dalam rangka mencapai kesehatan masyarakat secara nasional.

2. Ketersediaan Obat

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia.

Istilah obat sering digabungkan dengan kata lain seperti obat jadi, obat paten, obat asli,

³ Riant Nugroho, *Social Policy for the Developing Countries*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012, p. 8.

⁴ Solichin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*, Edisi Kedua, Jakarta: PT Bumi Aksara, 2008, hlm. 73-78.

⁵ *Ibid.*

obat tradisional, obat esensial dan obat generik. Berikut beberapa definisi dari berbagai jenis obat:

- **Obat jadi** adalah obat dalam keadaan murni atau campuran dalam bentuk serbuk, tablet, pil, kapsul supositoria, cairan, salep atau bentuk lainnya yang secara teknis sesuai dengan Farmakope Indonesia atau buku resmi lain yang ditetapkan oleh pemerintah.⁶
- **Obat paten** adalah obat jadi dengan nama dagang yang terdaftar atas nama pembuat yang diberi kuasa dan dijual dalam bungkus asli dari pabrik yang memproduksinya.
- **Obat asli** adalah obat yang didapat langsung dari bahan-bahan alamiah Indonesia yang diolah secara sederhana berdasarkan pengalaman dan digunakan dalam pengobatan tradisional.
- **Obat tradisional** adalah obat yang didapat dari bahan alam misalnya mineral, tumbuhan atau hewan, diolah secara sederhana berdasarkan pengalaman dan digunakan dalam pengobatan tradisional.
- **Obat generik** adalah obat dengan nama resmi yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia untuk zat berkhasiat yang dikandungnya.
- **Obat esensial** adalah obat yang paling banyak dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI.⁷

Istilah obat esensial sering rancu dengan obat generik. Obat esensial dapat disediakan dalam bentuk obat generik dan dapat juga berupa obat dengan nama dagang atau obat paten. Obat generik merupakan bagian dari obat esensial. Sedangkan obat generik adalah obat dengan nama resmi yang telah ditetapkan

dalam Farmakope Indonesia dan *International Non-proprietary Names* dari WHO untuk zat kimia yang dikandungnya. Nama generik adalah nama umum atau nama resmi yang dipakai dan dikenal di seluruh dunia. Tujuan pemberian nama generik adalah untuk memberikan pengertian yang sama pada semua orang terhadap suatu zat kimia tertentu.

Latar belakang kebijakan pemerintah terkait obat generik adalah tingginya harga obat, selain juga untuk meningkatkan dan meratakan pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah bersama dengan organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI) dan Gabungan Perusahaan Farmasi Indonesia telah menyepakati untuk menyediakan obat-obat dengan harga murah dengan mutu yang baik. Pada tanggal 27 September 1986 telah disepakati untuk memproduksi obat yang dicantumkan dalam Daftar Obat Program Bersama. Obat-obat murah dengan mutu terjamin ini diberi nama dengan nama generik yang dinamakan obat generik berlogo. Obat generik diproduksi oleh perusahaan obat yang sesuai dengan persyaratan Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) yang awalnya diproduksi oleh Perum Indofarma, PT Kimia Farma, dan PT Phapros. Selanjutnya ini akan diperluas dengan mengikutsertakan industri farmasi yang telah benar-benar menerapkan CPOB dalam kegiatan produksinya.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 2500/2011 tentang Daftar Obat Esensial Nasional 2011, untuk meningkatkan penggunaan obat yang rasional penggunaan obat esensial pada fasilitas pelayanan kesehatan selain harus disesuaikan dengan pedoman pengobatan yang telah ditetapkan juga sangat berkaitan dengan pengelolaan obat. Pengelolaan obat yang efektif diperlukan untuk menjamin ketersediaan obat dengan jenis dan jumlah yang tepat dan memenuhi standar mutu. Aspek penting dalam pengelolaan obat meliputi pembatasan jumlah dan jenis obat berdasarkan Daftar Obat Esensial

⁶ Farmakope adalah buku yang memuat pembakuan bahan kimia dan disahkan berdasarkan undang-undang.

⁷ Syamsuni, *Farmasetika Dasar dan Hitungan Farmasi*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2005, hlm. 47.

menggunakan nama generik dengan perencanaan yang tepat, pengadaan dalam jumlah besar, pembelian yang transparan dan kompetitif, serta sistem audit dan pelaporan dari kinerja pengelolaan.

Terkait desentralisasi, diharapkan pemerintah kabupaten/kota maupun provinsi dapat mencukupi kebutuhan obat masing-masing. Sedang pemerintah pusat hanya *memback-up*. Ketersediaan dan pemerataan obat esensial secara nasional harus dijamin oleh pemerintah. Pemerintah daerah harus mendukung industri lokal dan mengembangkan distribusi dan sarana prasarana dalam penyediaan obat.

3. Kebijakan Obat pada Jaminan Kesehatan Nasional

Obat adalah satu komponen penting dalam penyelenggaraan JKN, sebagaimana diatur dalam Pasal 25 Permenkes No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk itu penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan harus diberikan dengan tepat penyakit, tepat obat, tepat dosis, tepat cara pakai, tepat pasien, dan tepat waktu, karena bila hal tersebut tidak dapat terpenuhi, obat tidak akan memberikan efek yang diharapkan, bahkan dapat memberikan efek yang membahayakan jiwa pasien.

Sebelumnya diterapkan berbagai variasi formularium obat yang digunakan dalam pelayanan kesehatan. Mulai dari formularium Jamkesmas, Jamkesda, dan formularium lainnya yang ditetapkan oleh masing-masing rumah sakit. Sehingga sistem penyediaan dan pengelolaan obat menjadi berbeda-beda. Namun dalam Program JKN hanya ada satu daftar obat yang digunakan yaitu formularium nasional (Fornas) yang disusun oleh Komite Nasional Penyusun Fornas yang ditunjuk dan bertanggung jawab pada Kemenkes sebagaimana ditetapkan dalam SK Menkes RI No. 228/MEN/KES/SK/VI/2013. Selain itu, dilakukan juga pembagian peran dan tanggung jawab antara pemerintah, BPJS Kesehatan, dan

fasilitas pelayanan kesehatan. Pemerintah dalam hal ini berperan dalam menyusun Fornas, BPJS Kesehatan sebagai penjamin atau pembayar paket yang dimanfaatkan, sedangkan fasilitas pelayanan kesehatan berperan sebagai pengguna obat yang tercantum dalam Fornas.

Kriteria pemilihan obat yang masuk dalam Fornas adalah: 1) obat yang memiliki khasiat dan keamanan terbaik berdasarkan bukti ilmiah mutakhir dan valid; 2) memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan pasien; 3) memiliki izin edar dan indikasi yang disetujui oleh BPOM; 4) memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-costration*) yang tertinggi.⁸

4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Tingkatan dalam pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidak sama. Namun secara umum jenis fasilitas pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*Primery Health Care/PHC*), merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Pada umumnya bersifat rawat jalan dan diperlukan untuk masyarakat dengan sakit ringan. Pelayanan jenis ini diperuntukkan juga bagi masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka (melalui kegiatan promosi kesehatan). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan Balkesmas. **Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*Secondary Health Service*)**, merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan spesialisik. Pada umumnya bersifat pelayanan yang lebih lanjut dan memerlukan perawatan inap yang sudah tidak dapat ditangani oleh PHC. Bentuk pelayanan ini misalnya rumah sakit tipe C dan D. **Pelayanan kesehatan**

⁸ "Peranan Obat dalam JKS", <http://aceh.tribunnews.com/2013/11/12/peranan-obat-dalam-jks>, diakses 20 Februari 2014.

tingkat ketiga (*Tertiary Health Service*), merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan subspecialistik. Pelayanan yang diberikan bersifat lebih kompleks dan diperlukan oleh pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Bentuk pelayanan ini di Indonesia misalnya rumah sakit tipe A dan B.⁹

Dalam suatu sistem pelayanan kesehatan, ketiga jenis pelayanan tersebut tidak dapat berdiri sendiri, namun berada dalam suatu sistem dan saling berhubungan. Bila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat atasnya, demikian seterusnya. Penyerahan tanggung jawab ini disebut "rujukan".

E. Metodologi

1. Waktu dan Tempat

Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dipilih sebagai lokasi penelitian, karena termasuk wilayah yang memiliki banyak permasalahan layanan kesehatan. Selain itu, Provinsi Aceh juga merupakan salah satu daerah persiapan pelaksanaan JKN selain Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, dan Gorontalo sesuai Keputusan Menteri Kesehatan No. 326/Menkes/SK/IX/2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Sedangkan Kota Jayapura, Provinsi Papua, dipilih sebagai lokasi penelitian, karena kota tersebut memiliki banyak permasalahan pelayanan kesehatan. Penelitian lapangan di Kota Banda Aceh dilakukan pada tanggal 4-10 Mei 2014, sedangkan penelitian lapangan di Kota Jayapura dilakukan dari tanggal 18-24 Mei 2014.

2. Bahan/Cara Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Studi Kepustakaan dan Dokumentasi

Dalam hal ini dilakukan pencarian informasi tentang ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Studi dokumen/kepuustakaan merupakan studi yang berkelanjutan sepanjang waktu pelaksanaan penelitian ini.

b. Focus Group Discussion (FGD)

FGD dilaksanakan sebelum turun lapangan, yaitu pada 14 April 2014 dengan narasumber dari Kementerian Kesehatan dan Yayasan Perlindungan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI).

c. Wawancara

Wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi BPJS Kesehatan didasarkan pada panduan pertanyaan penelitian, mulai dari Ketua YPKKI, Tim BPJS Kesehatan Pusat dan Daerah, para dokter, pasien, apoteker, anggota masyarakat, dan *stakeholder* lain yang ditemui di lapangan.

3. Metode Analisis Data

Metode penelitian ini adalah kualitatif. Pendekatan kualitatif dipilih karena sangat relevan dengan tujuan dari penelitian yang ingin mendapatkan gambaran tentang pemetaan keberhasilan dan hambatan terkait implementasi UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, secara lebih operasional yaitu untuk mempelajari tentang ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua.

Analisis data dilakukan melalui dua proses yaitu reduksi data dan interpretasi sehingga ditemukan jawaban dari permasalahan yang ingin dicari dari penelitian. Reduksi data adalah memilah-milah data yang tidak beraturan menjadi potongan-potongan yang lebih teratur dengan menyusun

⁹ S. Notoatmodjo, *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Sen*, Jakarta: Rineka Cipta, 2011.

berdasarkan kategori, dan merangkumnya menjadi pola dan susunan yang sederhana. Sedangkan interpretasi adalah mendapatkan makna dan pemahaman dari kata-kata dan perilaku para partisipan riset dengan memunculkan konsep dan teori yang menjelaskan temuan di lapangan.¹⁰

II. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada dasarnya, pembangunan kesehatan mengedepankan paradigma sehat bagi seluruh masyarakat. Obat merupakan salah satu komponen yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan. Obat adalah bahan atau panduan bahan-bahan yang digunakan untuk memengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, termasuk produk biologi. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak azasi manusia.¹¹

Ketersediaan obat dalam pelaksanaan JKN mengacu pada Formularium Nasional (Fornas), yaitu daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas. Obat yang masuk dalam daftar obat Fornas adalah obat yang paling berkhasiat, aman, dan dengan harga terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam sistem JKN. Sebagai bagian dari SJSN, Fornas juga diharapkan dapat menjadi acuan untuk menjamin aksesibilitas keterjangkauan dan penggunaan obat secara nasional.¹²

Fornas bermanfaat sebagai acuan penetapan penggunaan obat dalam JKN, serta meningkatkan penggunaan obat yang rasional, dapat juga mengendalikan mutu dan biaya

pengobatan, serta mengoptimalkan pelayanan kepada pasien. Selain itu Fornas juga dapat memudahkan perencanaan dan penyediaan obat, serta meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan.¹³

Selain itu, untuk layanan kesehatan di Rumah Sakit yang menggunakan sistem *Indonesia Case Based Groups (INA CBGs)*, Fornas juga diharapkan dapat menjaga agar penggunaan obat tetap terpantau dari sisi rasionalitas, efisiensi, dan efektivitas. Selain itu, Fornas diperlukan sebagai bagian yang tidak terpisah dari INA CBGs, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai kaidah dan standar yang berlaku.

Melihat pentingnya Fornas, maka kriteria pemilihan obat telah ditetapkan sebagai panduan seleksi untuk menentukan masuk tidaknya berbagai jenis obat dalam Fornas. Kriteria tersebut adalah:¹⁴

- memiliki khasiat dan keamanan terbaik berdasarkan bukti ilmiah mutakhir dan valid;
- memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan;
- memiliki izin edar dan indikasi yang disetujui oleh Badan POM;
- memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi; dan
- dalam kriteria ini tidak termasuk obat tradisional dan suplemen makanan.

Sejak beberapa bulan terakhir di tahun 2013, beberapa provinsi di Indonesia sudah dapat mengakses Fornas melalui *e-catalog* yang dapat diakses langsung oleh masyarakat. Daerah, dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengakses katalog melalui website LKPP sesuai provinsi, dan melihat harga obat yang disesuaikan dan ditetapkan berdasarkan harga satuan terkecil. Pengecualian bagi daerah terpencil dan kepulauan di mana teknologi belum memadai atau bahkan belum tersedia sama sekali, maka pemesanan obat dapat dilakukan secara

¹⁰ C. Daymon C. & I. Holloway, *Metode-Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama, Yogyakarta: Bentang, 2008, hlm. 369.

¹¹ Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan No. 189/Menkes/SK/III/2006.

¹² Maura Sitanggang, makalah FGD "Kebijakan, Strategi, dan Upaya Menjamin Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat, Jakarta, 14 April 2014.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

manual dengan harga yang sama seperti yang tercantum dalam *e-catalog*.¹⁵

Perangkat regulasi yang mendukung pemanfaatan *e-catalog* adalah Surat Edaran Menteri Kesehatan No. KF/Menkes/167/III/2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan *e-catalog*. Surat Edaran diperlukan untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan obat yang aman, bermutu, dan berkhasiat untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, agar dapat dilaksanakan pengadaan obat secara transparan, efektif, efisien serta hasilnya dapat dipertanggungjawabkan.

Selain itu juga telah ada Peraturan Menteri Kesehatan No. 48 Tahun 2013 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Obat dengan Prosedur *e-Purchasing* berdasarkan *e-catalog* yang sebelumnya berlaku untuk Pemerintah saja, kemudian direvisi dan berlaku juga untuk pihak swasta.

A. Ketersediaan Obat di Kota Banda Aceh

1. Peran Dinas Kesehatan Provinsi Aceh

Provinsi Aceh sejak tahun 2010 sudah menerapkan *universal coverage* bagi seluruh penduduk Aceh (kaya dan miskin) yang dijamin oleh Pemerintah melalui Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). Berbagai penyakit yang diderita peserta JKA tidak hanya dilayani di Provinsi Aceh, tetapi juga dapat dirujuk ke seluruh wilayah Indonesia. Warga Aceh yang menderita sakit dan berada di wilayah mana pun di Indonesia dapat langsung ditangani oleh rumah sakit setempat dan akan ditanggung berapa pun biayanya oleh JKA.

Beberapa kelebihan dari JKA dibandingkan dengan JKN adalah biaya transportasi jika dirujuk dan biaya ambulan untuk pasien meninggal juga ditanggung. Sedangkan untuk JKN saat ini belum ada biaya pemulangan jenazah atau rujukan pasien. Mekanismenya adalah Dinas Kesehatan Provinsi membayar ke rumah sakit, karena rumah sakitlah yang memulangkan/merujuk

pasien dengan cara *reimburse*. Setiap bulan rumah sakit merekap berapa banyak tiket yang sudah dibeli untuk pasien dan kemudian ditagihkan ke Dinas Kesehatan Provinsi. Sebelumnya, pihak PT Askes (Persero) – selaku pihak yang bekerja sama dengan JKA melakukan verifikasi awal untuk memastikan kebenaran nama pasien yang dirujuk atau nama jenazah yang dipulangkan (PT Askes (Persero) tidak memverifikasikan besaran uangnya).

Tabel 1. Alokasi Dana Sektor Kesehatan dalam APBA 2010–2014 (Miliar Rupiah)

SKPA / TAHUN	2010	2011	2012	2013	2014
Dinas Kesehatan	94,09	642,01	706,98	591,66	531,08
RSUD ZA	55,17	126,71	121,26	326,32	357,59
RSJ	33,19	35,22	40,16	96,74	121,13
RSIA	29,74	28,89	35,63	62,38	80,46
Jumlah Sektor Kesehatan	712,20	832,84	904,03	1,070,00	1,090,00
Total APBA	8,240,00	7,970,00	9,710,00	12,400,00	13,368,00
JKA	243,61	400,38	419,00	419,12	402,35
% APBN Sektor Kesehatan	8,64%	10,44%	9,31%	8,69%	8,16%
% JKA Sektor Kesehatan	34,21%	48,07%	46,35%	38,91%	38,11%

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, 2014.

Sejak Januari sampai Maret, secara otomatis rumah sakit swasta sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kemudian pada April ini rumah sakit tersebut ditinjau ulang izin operasionalnya agar mampu bersaing dengan rumah sakit pemerintah.

Dalam perencanaan obat, Dinas Kesehatan Provinsi Aceh memperhatikan 10 besar penyakit yang ditemui di Aceh, DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional), dan parameter ketersediaan obat (ada 144 item). Kemudian upaya advokasi dilakukan dengan Sekda dan DPRD untuk mempresentasikan bagaimana pentingnya keberadaan obat-obat tersebut.

Pengawasan dilakukan oleh Unit Layanan Pengadaan (ULP) yang untuk tahun 2014 dipusatkan di Kantor Gubernur. Di era JKN, ada pelayanan DAST (*Drug Abuse Screening Test*) dan penggunaan obat rasional. Sedangkan untuk rujukan masuk dalam INA CBGs (domainnya rumah sakit).

¹⁵ *Ibid.*

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan

RSUD dr. Zainoel Abidin (RSUDZA) beroperasi sebagai unit kerja Pemerintah Aceh dengan tujuan pemberian pelayanan umum. Pengelolaan RSUDZA berdasarkan pendelegasian kewenangan dari Pemerintah Aceh. Untuk pelayanan rawat inap, terdapat 422 tempat tidur yang terdiri dari 162 tempat tidur kelas III, 108 tempat tidur kelas II, 80 tempat tidur kelas I, 20 tempat tidur kelas utama, dan 52 tempat tidur ruang perawatan khusus. Jumlah ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2010 dan 2011 yang sebanyak 402 tempat tidur. Hal ini dikarenakan penambahan ruang perawatan khusus sebanyak 20 tempat tidur. Data tahun 2012 menunjukkan bahwa rata-rata pemakaian tempat tidur (*bed occupancy rate*) tahun 2012 sebesar 72,69 persen sedangkan standar nasional 70–80 persen. Lama hari rawat (*length of stay*) 5,34 hari sedangkan standar nasional 3–6 hari. Rata-rata hari di mana tempat tidur tidak ditempati (*turn over interval*) 2,04 hari sedangkan standar nasional 1–3 hari. Frekuensi pemakaian tempat tidur dalam setahun (*bed turn over*) 48.832 kali/tahun sedangkan standar nasional 40–50 kali/tahun.

Sebelum penerapan JKN, pasien RSUDZA berasal dari peserta Askeskin (Jamkesmas dan Jampersal), peserta Askesos (Askes PNS, TNI, Polri, Jamsostek dan Askes komersil), umum, dan Jaminan Kesehatan Aceh (JKA).

Tabel 2. Angka Kunjungan Rawat Jalan, 2010–2012

Jenis Jaminan	2010	2011	2012
Askeskin	59.550	69.683	61.136
Askesos	72.635	45.208	74.460
Umum	52.519	32.202	32.202
JKA	50.785	95.941	85.457
Total	235.489	243.034	253.255

Sumber: Profil RSUD dr. Zainoel Abidin Aceh, 2013.

Sedangkan jumlah kunjungan pasien rawat inap fluktuatif dari tahun 2010 sebanyak

19.627, tahun 2011 sebanyak 16.925 dan tahun 2012 sebanyak 20.014. Jumlah tenaga kerja di RSUDZA sebanyak 1.419 orang. Tenaga medis terdiri dari 9 dokter gigi, 87 dokter umum dan 126 dokter spesialis.

Sebelum JKN diterapkan, Provinsi Aceh telah menerapkan jaminan kesehatan yang bersifat *universal coverage* untuk seluruh masyarakat Aceh secara gratis dengan nama Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). JKA sudah berlaku sejak tahun 2010. Sistem pembayaran JKA adalah *fee for service* yaitu anggaran daerah disediakan untuk membayar semua biaya yang dikeluarkan RSUDZA dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Sedangkan sistem pembayaran JKN di RSUDZA INA CBGs. Pembayaran dilakukan dengan sistem paket pelayanan yang diberikan dalam sekali berobat. Paket tersebut sudah mencakup biaya tindakan medis, obat, bahan habis pakai, dan jasa medis. Tahun 2013, hampir seluruh masyarakat Provinsi NAD sudah menjadi peserta jaminan kesehatan seperti peserta Askes, Jamkesmas, dan JKA.

Dalam hal premi, premi JKA lebih tinggi dibandingkan premi JKN saat ini maupun dari premi Askes sebelum JKN sehingga cakupan pelayanan dan nilai jaminan, JKA lebih tinggi dari JKN maupun Askes sebelum JKN. Sebelum JKA, pelayanan yang tidak dapat dicakup Askes, dapat dicakup JKA.

Dalam pelaksanaan JKN, peruntukkan obat tidak lagi terpisah untuk masing-masing peserta jaminan kesehatan melainkan sudah terintegrasi untuk semua pasien. Pengadaan obat di RSUDZA belum berpedoman pada *e-catalog* dan belum menerapkan pembayaran *e-purchasing*. Hal ini disebabkan belum ada kebijakan menyeluruh dari Kementerian Kesehatan mengenai sistem pengadaan obat *e-catalog*. Seperti belum ada ketentuan harga dalam *e-catalog* dan beberapa obat yang tertera dalam *e-catalog* tidak tersedia di distributor daerah. Selain itu, dengan sistem pembayaran *e-purchasing*, memungkinkan pengadaan obat akan memakan waktu lama minimal tiga minggu.

Mengenai stok obat RSUDZA belum ada masalah. Sudah ada kesepakatan dengan Apotek Kimia Farma untuk siap mem-*back-up* kekosongan obat di RSUDZA. Sedangkan untuk stok obat program dari Kemenkes seperti obat HIV/AIDS, setiap bulan RSUDZA membuat perencanaan kebutuhan obat tersebut dan dikirim ke pusat.

Sistem paket INA CBGs berdampak pada pengadaan obat. Semua biaya pengobatan untuk sekali kunjungan sudah termasuk dalam paket, dan hal ini menjadi beban RSUDZA untuk membaginya ke dalam beberapa komponen biaya seperti biaya tindakan medis, obat, bahan habis pakai, jasa medis dan termasuk juga profit rumah sakit. Sumber pembiayaan obat berasal dari uang klaim paket tersebut dan menghabiskan 50 persen biaya dari paket. Agar RSUDZA tidak merugi, biaya obat perlu dikendalikan. Rata-rata biaya pembiayaan obat per bulan dari awal Januari 2014 sekitar tujuh miliar dari total klaim INA CBGs 27 miliar. Pembayaran obat ini tidak sepenuhnya dari klaim JKN tetapi sebagian disubsidi Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh (APBA).

3. Peran Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh

Secara nasional, ada dua kategori peserta JKN, dan kategori yang sama juga diterapkan di Provinsi Aceh, yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta non-PBI. Peserta JKN kategori PBI adalah orang yang tergolong kelompok masyarakat/fakir miskin dan orang tidak mampu (termasuk eks Jamkesmas dan JKA). Terkait dengan status PBI, maka penetapan PBI dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan peserta JKN kategori non-PBI adalah para Pekerja Penerima Upah dan Anggota Keluarga (TNI, Polri, Pejabat Negara, PNS, Pensiunan, Pegawai Pemerintah Non-PNS, Pegawai Swasta), Pekerja Lain Bukan Penerima Upah dan Anggota Keluarga, serta Bukan Pekerja dan Anggota Keluarga (Investor, Pensiun, Pemberi Kerja, dan bukan pekerja lain

yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah).

Di Kota Banda Aceh ada 11 puskesmas yang melayani 90 desa, di antaranya puskesmas-puskesmas yang terletak di perbatasan, dan juga puskesmas yang terletak di dekat kampus (di mana mahasiswa berasal dari berbagai daerah). Kondisi tersebut mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, karena puskesmas tidak bisa menolak ketika pasien di luar wilayahnya datang untuk berobat.

Dalam konteks kapitasi, jika pasien sedikit maka sisa dana kapitasi akan banyak dan bisa ditabung untuk waktu berikutnya, namun jika jumlah pasien melebihi kapasitas maka dana kapitasi bisa habis atau mungkin kurang. Untuk mengatasi hal tersebut, sekarang BPJS Kesehatan membebaskan masyarakat memilih tempat pelayanan kesehatan primer, artinya masyarakat boleh memilih dokter keluarga atau puskesmas yang diinginkan. Namun dengan sistem ini kemudian besaran kapitasi untuk puskesmas atau dokter keluarga menjadi berubah-ubah (tidak sama dari waktu ke waktu), tergantung jumlah pasien. Yang akan menjadi masalah adalah jika pasien melebihi kapasitas di mana banyak pasien berkunjung ke dokter keluarga atau puskesmas yang bukan rujukannya. Namun hal yang layak dicatat bahwa ada sisi positif jika nanti sistem kapitasi sudah berjalan, karena dana yang tersisa bisa ditabung untuk tahun berikutnya.

Hingga pertengahan tahun, belum ada masalah obat di berbagai puskesmas di wilayah Kota Banda Aceh. Penyediaan obat di puskesmas masih berjalan seperti semula (sebelum diberlakukan JKN), di mana Pemerintah Kota mengalokasikan anggaran obat melalui dana alokasi khusus (DAK). Masyarakat pun belum merasakan perbedaan layanan yang terkait dengan obat, karena walau telah menggunakan JKN, namun Pemerintah Provinsi Aceh masih bersedia menutupi biaya pengobatan sesuai penyakit setiap pasien.

Permasalahan yang ditemui adalah di beberapa puskesmas terjadi kekurangan

beberapa jenis obat karena banyaknya penyakit tertentu di wilayah yang dilayani. Selama ini semua masih ditangani Dinas Kota, karena puskesmas diberikan obat sesuai kebutuhan mereka. Bagi pasien di Kota Banda Aceh, masalah obat tidak begitu dirasakan, karena sebelum diberlakukan program JKN, Pemerintah Provinsi Aceh memang telah menjamin kesehatan masyarakat secara *full coverage*. Dengan program JKN, masyarakat Kota Banda Aceh tetap mendapatkan pelayanan yang sama dengan semasa diberlakukannya JKA.

Sangat disayangkan, sistem *e-purchasing* dengan berpedoman pada *e-catalog* belum dapat berjalan karena sistemnya belum sempurna. Misalnya dalam daftar *e-catalog* dari sekitar 900 *item* obat yang ditawarkan, baru ada separuhnya yang dapat dibeli. Padahal pembelian obat dengan sistem *e-catalog* mengharuskan pembelian berdasarkan paket, di mana jika pemesanan belum memenuhi satu paket maka pembelian tidak dapat dilakukan. Masalah lainnya, jika di tengah proses penulisan (pengetikan) pemesanan terjadi gangguan jaringan atau gangguan listrik, maka semua pesanan yang telah ditulis akan hilang dan pemesanan harus diulang.

4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Tidak ditemui adanya perbedaan yang mendasar dalam pemberian layanan serta ketersediaan obat di puskesmas, antara pra-JKN dan saat JKN telah diterapkan. Tidak adanya perbedaan tersebut dimungkinkan karena masyarakat Aceh sebelumnya (sejak 2010) telah mendapatkan asuransi dari Pemerintah Daerah yang hampir menyerupai JKN, yaitu JKA. Peserta JKA adalah seluruh penduduk Aceh yang memiliki Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Aceh. Termasuk di dalamnya peserta Jamkesmas, TNI dan Polri, kecuali peserta Askes Sosial JPK Jamsostek dan Pejabat Negara dengan membayar premi bulanan Rp17.000.

Salah satu perbedaan JKA dan JKN adalah pelayanan transportasi rujukan, yang dengan pelayanan tersebut seorang pasien di Aceh dan harus dirujuk ke rumah sakit di Jakarta, maka JKA akan menanggung biaya transpor ke Jakarta.

Sementara dalam hal ketersediaan obat sempat terjadi kesulitan pengadaan obat di dua bulan awal yaitu Januari dan Februari. Akan tetapi hal tersebut sudah biasa terjadi di tahun-tahun sebelumnya yang penyebabnya lebih pada anggaran tahun tersebut yang belum cair, dan bukan disebabkan penerapan JKN.

B. Ketersediaan Obat di Kota Jayapura

1. Peran Dinas Kesehatan Provinsi Papua

Melihat kondisi kesehatan masyarakat yang masih terus belum memperlihatkan adanya perbaikan, melalui Peraturan Gubernur No. 16 Tahun 2013 tertanggal 25 Juli 2013 tentang Pembentukan Unit Percepatan Pembangunan Kesehatan Papua (UP2KP), dikeluarkan kebijakan untuk mempercepat pembangunan kesehatan di Provinsi Papua di bawah koordinasi UP2KP.

Sebelum JKN mulai diterapkan secara nasional, Dinas Kesehatan Papua telah menyusun tiga strategi dasar pembangunan kesehatan untuk tahun 2013–2018. Strategi tersebut adalah: pembangunan yang bertumpu pada upaya promosi dan percepatan dengan memperkuat upaya kuratif dan rehabilitatif melalui konektivitas pusat-pusat rujukan regional; pembangunan kesehatan yang terpadu baik di hulu maupun di hilir dengan fokus program yang langsung dirasakan oleh masyarakat (*quick wins*); dan pembangunan kesehatan sesuai dengan wilayah adat yang diikuti dengan desentralisasi fiskal/pembiayaan kesehatan serta desentralisasi fungsi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tiga strategi dasar disusun sembilan terobosan strategis pembangunan bidang kesehatan, di antaranya pengembangan dan pelibatan masyarakat adat Papua dan lembaga keagamaan selaku mitra strategis

pemerintah dalam proses pembangunan kesehatan, pemanfaatan hubungan kerja antara Dinas Kesehatan Papua, SKPD Provinsi Papua, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, RSUD milik Pemerintah Provinsi, RSUD milik Kabupaten/Kota, rumah sakit mitra dan lembaga mitra pembangunan kesehatan. Di samping itu, juga dilaksanakan sistem layanan kesehatan yang terintegrasi, revitalisasi dan perluasan cakupan pelayanan kesehatan dasar di kampung, peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan pengendalian penyakit menular, jaminan pembiayaan masyarakat berbasis regionalisasi, peningkatan pembangunan infrastruktur kesehatan dasar dan kesehatan rujukan serta konektifitas antardaerah. Juga adanya peningkatan kualitas dan kuantitas pendidikan kesehatan, pengembangan tenaga profesional kesehatan yang sebanyak mungkin berasal dari dalam wilayah Papua sendiri khususnya orang asli Papua dan pengembangan peranan perempuan dan kesetaraan gender dalam mendukung pembangunan kesehatan.

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan

RSUD Abepura merupakan salah satu dari empat RS milik Provinsi Papua. RSUD Abepura terletak di Kotamadya Jayapura dan berstatus RS Kelas C sejak tahun 1997. Untuk tahun 2013, jumlah kunjungan pasien ke UGD mencapai 17.122 orang dengan menghasilkan penerimaan Rp313.950.000,-.

RSUD Abepura masih mengalami banyak kendala dalam implementasi program JKN. Ada banyak hal yang masih sulit diterapkan sehingga hal tersebut mengganggu kinerja RSUD Abepura. Kendala pertama yang dihadapi RSUD Abepura adalah hampir sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan primer (tingkat pertama) tidak mampu menjalankan fungsinya dengan baik, sehingga RSUD Abepura masih harus menerima pasien tanpa rujukan dan bahkan mengalami lonjakan jumlah pasien pada awal-awal mulai diberlakukannya program JKN.

Kendala kedua adalah kondisi masih sama-sama belajar mengenai JKN baik dari pihak pemerintah (termasuk RSUD Abepura) maupun BPJS Kesehatan. Berdasarkan pengalaman pihak RSUD Abepura, banyak pegawai BPJS Kesehatan yang belum dapat menjelaskan dengan baik dan detail tentang berbagai hal yang harus dilakukan terkait JKN. Demikian juga pihak RS, masih sering harus menerjemahkan ketentuan yang sulit dilakukan di lapangan.

Permasalahan ketiga adalah pelayanan kesehatan bagi pegawai RSUD Abepura sendiri yang harus melalui tahapan sesuai JKN jika mengalami sakit. Jika pegawai RSUD Abepura sakit, mereka tidak boleh langsung berobat ke RSUD Abepura, melainkan mereka harus berobat ke puskesmas rujukan BPJS Kesehatan yang letaknya terdekat dengan tepat tinggal atau rumah para pegawai tersebut, dan baru kemudian jika perlu dirujuk akan dirujuk ke RSUD Abepura.

Sebelum berlakunya JKN, TNI dan keluarganya harus berobat di fasilitas pelayanan kesehatan milik TNI AD saja. Namun dengan berlakunya JKN, TNI dan keluarganya dapat berobat sesuai dengan sistem rujukan di semua fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan seperti puskesmas dan RSUD. Kebijakan tersebut sangat membantu para Anggota TNI AD yang berada di daerah yang jauh dan terkendala akses ke fasilitas pelayanan kesehatan milik TNI AD. Terutama mengingat rumah sakit milik TNI AD di Provinsi Papua dan Papua Barat terbatas hanya ada di wilayah Jayapura, Sorong, dan Merauke. Untuk memudahkan pengawasan TNI yang mendapatkan pelayanan kesehatan di berbagai rumah sakit, dibuat mekanisme pengawasan dengan pemantauan dari kesehatan Kodim setempat.

Sejak penerapan JKN bulan Januari 2014 terjadi peningkatan jumlah kunjungan baik yang berasal dari rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini dikarenakan pasien tidak hanya berasal dari TNI beserta keluarganya, namun juga berasal dari masyarakat umum.

Dengan diberlakukannya JKN, untuk kelas rawat inap, kebijakan yang berlaku adalah prajurit bintang dan tamtama mendapat Kelas II. Sebelum JKN, mendapat pelayanan rawat inap Kelas III. Sedangkan untuk perwira seperti Mayor Jenderal mendapat Kelas I padahal sebelum berlakunya JKN perwira mendapat ruang rawat Kelas VIP dan SVIP. Kebijakan pembagian kelas rawat inap antara prajurit dan perwira tersebut dirasakan kurang adil oleh pihak manajemen RSMI. Kenyataan saat ini, perwira tetap mendapatkan ruang rawat inap sebelum berlakunya JKN, namun pihak RSMI yang mensubsidi hal tersebut.

Semua kasus penyakit baik rawat jalan maupun rawat inap, dilakukan dengan sistem paket INA CBGs. Namun dalam paket INA CBGs terdapat beberapa kasus penyakit dengan nilai klaim lebih rendah dari pada nilai yang sebenarnya. Untuk mengatasi selisih nilai klaim INA CBGs, hingga bulan Mei 2014 selisih biaya tersebut ditutupi dari sisa Dana Pemeliharaan Kesehatan (DPK) tahun 2013. DPK merupakan dana yang dikumpulkan dari potongan gaji tentara maupun PNS di lingkungan TNI AD. Namun dengan berlakunya JKN, dana tersebut dialihkan ke BPJS Kesehatan sehingga RSMI tidak memiliki hak untuk langsung mengelola dana tersebut. RSMI mendapat dana dari BPJS Kesehatan atas nilai pengobatan pasien yang diklaimkan ke BPJS Kesehatan. Upaya untuk menutupi nilai klaim tersebut tidak dapat berlangsung terus-menerus karena akan berdampak pada kondisi keuangan RSMI dan juga berdampak jangka panjang pada pelayanan yang diberikan kepada pasien. Sebelum implementasi JKN, untuk menutupi pembiayaan pasien TNI dan keluarganya, digunakan subsidi dari hasil pelayanan masyarakat umum. Akan tetapi dengan berlakunya JKN, pasien tidak diperbolehkan membayar, sehingga tidak ada pendapatan dari masyarakat umum.

3. Ketersediaan Obat pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan

Untuk pengelolaan obat di RS Marthen Indey (RSMI), dibuat manajemen perbekalan kesehatan rumah sakit yang termasuk di dalamnya manajemen obat. Manajemen terdiri dari unsur perencanaan dan seleksi kebutuhan, pengadaan, penyimpanan atau penggudangan, pendistribusian, penggunaan dan pengendalian, pengawasan, pelaporan dan evaluasi. Pada unsur perencanaan, peran komite farmasi dan terapi sangat penting dalam mempertimbangkan kebutuhan obat sesuai dengan:

- a. pola penyakit dan pemakaian sebelumnya;
- b. standar terapi dan formularium atau *e-catalog*;
- c. sisa stok, kapasitas gudang dan waktu tunggu;
- d. *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Length of Stay (LOS)* dan *Bottom Up*;
- e. Anggaran dan skala prioritas berdasarkan VEN (*vital, esensial, necessary*).

Pengadaan obat di RSMI belum memanfaatkan *e-catalog*, tetapi sudah berdasarkan prinsip efisien, efektif, transparan, dan terbuka. Belum dimanfaatkannya *e-catalog* dikarenakan distributor obat yang ada di Kota Jayapura belum mampu menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan RSMI jika berpedoman *e-catalog* dan juga dikarenakan obat yang ada dalam Fornas belum lengkap tersedia dalam *e-catalog*. Selain itu, pengadaan obat dengan *e-catalog*, belum memikirkan biaya distribusi terutama untuk wilayah Papua yang berada jauh dari pusat dan pedalaman Papua yang jauh dari ibu kota Provinsi Papua. Akibatnya, biaya distribusi ditanggung instalasi farmasi rumah sakit.

4. Peran Dinas Kesehatan Kota Jayapura

Dinas Kesehatan Kota Jayapura merasa bahwa ketersediaan obat dengan adanya JKN sangatlah kurang. Dana obat yang ada di JKN dipahami akan disatukan ke puskesmas dengan anggaran Rp5.500 s.d. Rp6.000 per kapita untuk obat dan jasa mereka yang ada di puskesmas dan langsung diserahkan ke puskesmas. Walikota juga menginginkan

penanganan pertama dilakukan di puskesmas, dan yang menggunakan fasilitas rumah sakit adalah hasil rujukan dari puskesmas tersebut.

Kendala utama yang dihadapi Dinas Kesehatan Kota Jayapura terkait dengan pengadaan/penyediaan obat yang menjadi bagian dari dana kapitasi di Kota Jayapura adalah belum adanya pengaturan atau Petunjuk Teknis yang jelas mengenai pengadaan obat dalam pelaksanaan JKN, sehingga mekanisme masih berpedoman pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sebelum JKN diterapkan.

Seharusnya pihak puskesmas mengelola pengadaan obatnya sendiri dengan menggunakan dana kapitasi. Seperti Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura yang sudah mengelola 40 persen anggaran kapitasi untuk pengadaan obat. Kendala yang dihadapi dari sisi puskesmas di Kota Jayapura adalah:

- Pemahaman yang kurang karena pengadaan/pembelian obat tidak sesuai dengan panduan yang ditetapkan dalam Formulasi Nasional (Fornas) sehingga apoteker yang ada di puskesmas membeli obat paten berdasarkan saran dokter yang tidak ada dalam Fornas.
- Perbedaan dana yang diterima masing-masing puskesmas, seperti Puskesmas Yoka dengan data pasien yang kecil menerima dana kapitasi yang juga kecil dibandingkan dengan puskesmas lain di Kota Jayapura. Angka yang kecil dari hitungan kapitasi tersebut kemungkinan dikarenakan Puskesmas Yoka merupakan puskesmas baru yang berada di daerah hasil pemekaran, sehingga data penduduk masih belum benar-benar valid.
- PP No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian dan juga Badan POM mengatur bahwa pelayanan kefarmasian di puskesmas hanya dapat dilakukan oleh apoteker, sehingga pengadaan/pembelian obat tidak dengan sembarangan dapat dilakukan oleh siapa saja, dan Pedagang Besar Farmasi (PBF) tidak dapat menjual sembarangan ke apoteker. PBF di Kota Jayapura cukup

banyak jumlahnya, dengan BUMN seperti Indo Farma, Rajawali, dan Kimia Farma.

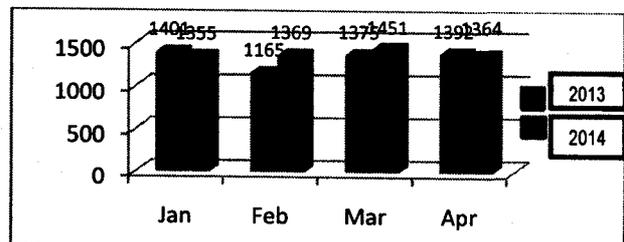
- Puskesmas di Kota Jayapura sendiri berjumlah 12 puskesmas, dengan satu puskesmas rawat inap; empat puskesmas dengan unit gawat darurat; dan sisanya puskesmas rawat jalan. Mengingat jumlah pasien puskesmas yang meningkat, kebutuhan/distribusi obat dirasakan meningkat dengan, jika sebelumnya diperlukan 10 kotak *amoxicillin* dalam sebulan sebelum berlakunya JKN, maka sejak Januari 2014 diperlukan sampai 30 kotak untuk satu puskesmas.

5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Program JKN tidak berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien. Hal ini terkonfirmasi dari data perbandingan kunjungan ke Puskesmas Abepantai antara tahun 2013 dan 2014 untuk bulan Januari sampai dengan April.

Grafik 1.

Perbandingan Data Kunjungan Pasien tahun 2013 dan 2014



Sumber: Puskesmas Abepantai, Kota Jayapura.

Tidak adanya perbedaan antara sebelum dan setelah berjalannya JKN kemungkinan karena masyarakat Papua sudah memiliki asuransi. Kondisi ini sama seperti halnya di Aceh, Provinsi Papua sejak tahun 2012 juga memiliki asuransi khusus bagi warga Papua yang disebut Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa).

Terkait ketersediaan obat, sejauh ini belum terjadi perubahan yang berarti. Obat-obatan masih tersedia dengan lancar. Hal ini

berkat perencanaan pengadaan obat-obatan yang sesuai kebutuhan masyarakat. Sedangkan permintaan rujukan ke fasilitas pelayanan tingkat lanjutan, sejauh ini lebih dikarenakan ketidaksiapan peralatan laboratorium yang dimiliki puskesmas.

III. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Kebijakan ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan dalam Program JKN menggunakan satu daftar obat, yaitu Fornas. Formularium lain seperti formularium Jamkesmas dan Jamkesda sudah diadopsi dan dievaluasi untuk kemudian menjadi dasar diberlakukannya Fornas. Sejak tahun 2013 beberapa provinsi di Indonesia sudah dapat mengakses Fornas melalui *e-catalog*. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengakses katalog melalui *website* LKPP sesuai provinsi, dan melihat harga obat yang disesuaikan dan ditetapkan berdasarkan harga satuan terkecil. Ada kebijakan bagi kabupaten/kota/provinsi yang tidak dapat mengakses *e-catalog* dan melakukan *e-purchasing* dengan memanfaatkan Fornas dan memesan secara manual, namun masih ada Kabupaten/Kota yang ragu untuk memanfaatkan kemudahan tersebut.

Ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh melalui pemanfaatan *e-catalog* sudah mulai diperkenalkan sejak 2013. Sosialisasi *e-catalog* dan *e-purchasing* sudah dilakukan terhadap 23 kabupaten/kota. Setiap kabupaten di Aceh sudah memanfaatkan *e-catalog*, sementara rumah sakit, baik swasta, angkatan, maupun Polri, baru memanfaatkan *e-catalog* tahun 2014. Meskipun sudah ada *e-catalog*, pemanfaatan *e-purchasing* belum dapat dilaksanakan secara maksimal.

Di Kota Jayapura, Provinsi Papua, implementasi kebijakan nasional Fornas melalui pemanfaatan *e-catalog* belum dapat dilaksanakan untuk rumah sakit karena distributor obat yang ada di Kota Jayapura

belum mampu menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan. Pengadaan obat dengan *e-catalog*, belum memikirkan biaya distribusi terutama untuk wilayah Papua yang berada jauh dari pusat dan pedalaman Papua yang jauh dari ibu kota Provinsi Papua. Akibatnya, biaya distribusi ditanggung instalasi farmasi rumah sakit. Untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama *e-catalog* sudah digunakan sejak 2013 dengan harga pabrik yang jauh lebih murah dibandingkan dengan harga di pasaran. Untuk kabupaten/kota yang jaraknya jauh dari ibukota, ada kesulitan cuaca dan tempat serta diperlukan biaya distribusi.

Beberapa faktor yang memengaruhi efektivitas ketersediaan obat antara lain: pertama, kesiapan kota yang bersangkutan. Provinsi Aceh sudah berpengalaman dalam menerapkan *universal coverage* dalam bentuk JKA selama hampir empat tahun sejak tahun 2010. Sementara Provinsi Papua mendapatkan alokasi khusus dan mempunyai badan khusus untuk membantu percepatan pembangunan kesehatan, yaitu Unit Percepatan Pembangunan Kesehatan Papua (UP2KP).

Kedua, sumber daya manusia yang berperan penting dalam pemanfaatan fasilitas dan pemahaman akan kerja yang sesuai dengan aturan mengenai ketersediaan obat, baik untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan.

Ketiga, peraturan pendukung yang menjadi pedoman pelaksanaan bagi penyedia layanan kesehatan. Ketiadaan peraturan pendukung yang memadai dapat mengganggu jalannya pelayanan dan pada akhirnya membingungkan semua pihak.

Keempat, masalah kapitasi dan penerapan INA CBGs menjadi sorotan utama. Bagi peserta BPJS Kesehatan, sistem kapitasi justru membatasi keleluasaan untuk berobat di berbagai tempat pelayanan kesehatan.

Kelima, ada perbedaan yang cukup besar antara tarif riil dan tarif INA CBGs. Selain nilai klaim INA CBGs yang relatif lebih rendah, paket INA CBGs juga mempunyai keterbatasan dalam menutupi biaya jenis tindakan yang

spesifik yang sering terjadi di rumah sakit. Hal ini membuat dokter kesulitan mencari jenis klaim kasus-kasus spesifik di dalam paket INA CBGs.

B. Rekomendasi

Perlu terus dilakukan sosialisasi Program JKN kepada seluruh masyarakat, tidak hanya kepada penyedia layanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan, tetapi juga masyarakat umum sebagai pengguna layanan. Sosialisasi perlu terus dilaksanakan, tidak hanya mengenai *e-catalog*, *e-purchasing*, pelaksanaan sistem kapitasi, pelaksanaan sistem INA CBGs, tetapi juga sosialisasi peraturan-peraturan pendukung dalam melaksanakan JKN agar pelaksanaan JKN pada umumnya dan ketersediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan dalam penyelenggaraan JKN pada khususnya dapat dijaga untuk terus efektif dan efisien. Pemanfaatan *e-catalog* perlu segera dilengkapi sarana prasarana akses *e-catalog* yang memadai, serta daftar obat seperti dijanjikan oleh Menteri Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- _____. (2008). *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan Penerapannya di Indonesia*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Asy'ari, S. I. (1993). *Sosiologi Kota dan Desa*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bachtiar, A., dkk. (2000). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Paket Mata Ajaran. Depok: Program Pascasarjana Program Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Bintarto, R. (1984). *Urbanisasi dan Permasalahannya*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Daymon, C. & Holloway, I. (2008). *Metode – Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama. Yogyakarta: Bentang.
- Departemen Kesehatan R.I. (2005). *Rencana Strategi Departemen Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan (2013) "Rapat Konsultasi Nasional Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Tahun 2013", *Infarkes*, April 2013.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2013a), *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2013b). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.
- Kementerian Kesehatan R.I. (2013c). *Profil Kesehatan Provinsi Aceh Tahun 2012*. Banda Aceh: Dinas Kesehatan
- McKenzie, J. F., Pinger, R. R. & Kotecki, J. E. (2002). *Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar, Edisi 4*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mulyadi, M. (2010). *Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif, Serta Praktek Kombinasinya dalam Penelitian Sosial*. Jakarta: Publica Institute.
- Mustamu, R. H. (2007). "Manajemen Rantai Pasokan Industri Farmasi di Indonesia", *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, Vol. 9 No. 2. September 2007, pp 99–106.
- Neuman, W. L. (2006). *Social Research Method: Qualitative and Quantitative Approaches, Sixth Edition*. USA: Pearson International Edition, Inc.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nugroho, Riant. (2012). *Social Policy for the Developing Countries*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Poerwandari, K. (2011). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi UI
- Santoso, G. A. & Royanto, L. R. M. (2009). *Teknik Penulisan Laporan Penelitian Kualitatif*. Depok: LPSP3 UI
- Singh, A. K. (2004). *Tests, measurements and research methods in behavioral sciences*. Patna: Bharati Bhawan.
- Staf Pengajar Kedokteran Farmakologi. (2004). *Kumpulan Kuliah Farmakologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stewart, C. J. & Cash W. B. (1982). *Interviewing Principles and Practices. 3rd edition*. Iowa: Wm. C. Brown Company Publisher.
- Syamsuni. (2005). *Farmasetika Dasar dan Hitungan Farmasi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Surjadi, C. Surja, S. S. (2013). *Kesehatan Perkotaan di Indonesia*. Jakarta: Universitas Atma Jaya.
- UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III), <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [diakses 17 Februari 2014].
- Wahab, Solichin Abdul. (2008). *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Edisi Kedua. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Wakidi, Tri Widyawati, "Kebijakan Obat Nasional, Daftar Obat Esensial Nasional, Perundangan Obat," Oktober 2009.
- Internet:**
- Andi, Afdal. (2013). *Kebijakan Pelayanan Obat, Konsep dan Tatalaksana di Era SJSN*. online, www.ptaskes.com, diakses 23 Februari 2014.
- Haryono, Asep. (2013). "Semesta Kesehatan RI Baru Ditarget 2019," *Pontianak Post Online*, <http://www.pontianakpost.com/feed/ro-kalbar/kayong-utara/8777...txt>, diakses 17 Februari 2014.
- "Anggaran Jika Sudah Oke, Layanannya Bagaimana?", <http://aceh.tribunnews.com/2013/12/11/anggaran-jika-sudah-oke-layanannya-bagaimana>, diakses 21 Februari 2014.
- "BPJS Jadi Program Asuransi Kesehatan Terbesar di Dunia", *Kompas*, <http://bisniskeuangan.kompas.com/read/2014/01/02/1455419/BPJS.Jadi.Program.Asuransi.Kesehatan.Terbesar.di.Dunia>, diakses 3 Februari 2014.
- "BPJS Mulai Dikeluhkan Masyarakat", *Berita Satu*, <http://www.beritasatu.com/kesehatan/159264-bpjs-mulai-dikeluhkan-masyarakat.html>, diakses 7 Februari 2014.
- "Di Papua Sejumlah Obat Kehabisan Stok", *Bintang Papua*, <http://bintangpapua.com/index.php/2012-12-03-03-14-02/2013-01-02-06-12-35/item/10519-di-papua-sejumlah-obat-kehabisan-stok>, diakses 20 Februari 2014.
- "Manajemen Pembiayaan Kesehatan", <http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/list-berita/805-ketersediaan-obat-penting-untuk-sukseskan-jkn-2014>, diakses 3 Februari 2014.

- "Menkokesra Minta Provinsi Lain Ikuti Aceh", <http://www.antaraaceh.com/2013/12/menkokesra-minta-provinsi-lain-ikuti-aceh.html>, diakses 13 Februari 2014.
- "Obat Generik Banyak Kosong", *Sinar Harapan*, <http://sinarharapan.co/index.php/news/read/31049/obat-generik-banyak-kosong.html>, diakses 20 Februari 2014.
- "Pasien Kronis Dapat Obat 30 Hari", *Kedaulatan Rakyat*, <http://kr.co.id/read/203830/pasien-kronis-dapat-obat-30-hari.kr>, diakses 6 Februari 2014.
- "Peranan Obat dalam JKS", <http://aceh.tribunnews.com/2013/11/12/peranan-obat-dalam-jks>, diakses 20 Februari 2014.
- "Ragam Keluhan Pasien Rumah Sakit sejak BPJS Berlaku", *Liputan6*, <http://health.liputan6.com/read/802228/ragam-keluhan-pasien-rumah-sakit-sejak-bpjs-berlaku>, diakses 7 Februari 2014.
- "To Err is Human", *Report Brief Institute of Medicine*, <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>, diakses 1 Juli 2014.
- Lain-lain:**
- Maura Sitanggang, makalah FGD "*Kebijakan, Strategi, dan Upaya Menjamin Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat*", Jakarta, 14 April 2014.
- "MSG Hadlines," Sekretariat MSG, <http://www.msgsec.info/index.php/home/86-cherising-our-unique-history>, diakses 24 Pebruari 2014.