

201
FAR

Laporan Akhir

PENELITIAN OPERASIONAL PENGADAAN OBAT PADA POSYANDU

Oleh:
Tim Peneliti
Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi

Jakarta, 21 Mei 1990

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Departemen Kesehatan R.I.

Daftar Isi

Daftar tabel	i
Daftar lampiran	ii
Pendahuluan	1
Tujuan	2
Metodologi	3
Hasil	5
I. Survei masyarakat	6
II. Taha intervensi	13
A. Data dasar kader	13
B. Pelatihan kader	16
C. Monitoring	17
III. Evaluasi	20
Pembahasan	27
Kesimpulan dan saran	36
Ucapan terimakasih	37

Daftar Tabel

Tabel 1. Kelompok dan jumlah responden waktu pra intervensi .	6
Tabel 2. Demografi masyarakat daerah yang disurvei	7
Tabel 3. Frekuensi jenis penyakit yang pernah dialami oleh masyarakat	9
Tabel 4. Jenis obat yang banyak digunakan masyarakat untuk pengobatan sendiri	9
Tabel 5. Gambaran persepsi sakit, pengobatan dan obat	10
Tabel 6. Pengetahuan masyarakat tentang Posyandu	11
Tabel 7. Pendapat masyarakat tentang swadaya masyarakat untuk Posyandu	12
Tabel 8. Karakteristik kader	13
Tabel 9. Kegiatan kader di pedesaan	14
Tabel 10. Motivasi menjadi kader	14
Tabel 11. Profil Posyandu menurut pendapat kader	15
Tabel 12. Pengelompokan keberhasilan POD	17
Tabel 13. Performance POD. Pemanfaatan POD selama 6 bulan	18
Tabel 14. Gambaran masyarakat di daerah POD gagal dan POD berhasil	19
Tabel 15. Pengakuan masyarakat tentang tindakan pertama jika anggota keluarga sakit	21
Tabel 16. Jumlah warung yang menjual obat-obat Bebas dan Bebas Terbatas	21
Tabel 17. Tempat membeli obat	22
Tabel 18. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai dengan tingkat pendidikan responden	23

Tabel 19. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai jenis pekerjaan Kepala Keluarga	24
Tabel 20. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai keadaan sosial ekonomi	25
Tabel 21. Jumlah responden mengunjungi Posyandu sebelum dan setelah intervensi	25
Tabel 22. Jumlah responden yang mengunjungi Posyandu 6 bulan terakhir sesuai dengan pendidikan responden	26
Tabel 23. Pengenalan masyarakat terhadap POD setelah intervensi pada daerah intervensi dan daerah kontrol	26

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Peta lokasi Kecamatan Kedungpring	38
Lampiran 2. Peta lokasi Kecamatan Mantup	39
Lampiran 3. Peta lokasi Kecamatan Cakranegara	40
Lampiran 4. Peta lokasi Kecamatan Gerung	41
Lampiran 5. Personalia Penelitian	42

Laporan Akhir Pelaksanaan

Penelitian Operasional Pengadaan Obat pada Posyandu

**Oleh: Tim Peneliti Pusat Penelitian dan Pengembangan
Farmasi. Badan Litbang Kesehatan, Dep. Kes. R.I.**

Pendahuluan

Untuk mempercepat tercapainya "Kesehatan bagi Semua" maka perlu antara lain mengupayakan agar masyarakat berpenghasilan rendah lebih mampu untuk menjaga kesehatannya. Walaupun keadaan ekonomi masih belum seperti yang diharapkan, tetapi perlu ada upaya terobosan agar segera masyarakat ikut dilibatkan dalam menjaga dan mengobati sendiri jika menderita sakit ringan.

Atas dasar pemikiran tersebut maka saat ini di pedesaan telah ada Posyandu, yang diharapkan dapat menghimpun dana masyarakat sendiri, untuk menjaga kesehatan masyarakat setempat. Pelayanan Posyandu di desa terutama pada waktu ini lebih ditekankan kepada kesehatan Ibu dan Anak. Pelayanan kuratif hampir tidak ada. Pelayanan kuratif disediakan di Puskesmas. yang jaraknya kadang-kadang cukup jauh dari pedesaan.

Untuk melengkapi Posyandu maka dipikirkan adanya POS OBAT DESA (POD). Dalam POD tersebut disediakan obat-obat yang diperlukan masyarakat dengan harga murah. Dan untuk melayani pengobatan sendiri penyakit-penyakit ringan, masyarakat dapat memperoleh obat dari POD tersebut setiap waktu jika memerlukan. Dengan demikian POD akan dibuka setiap hari, sedang Posyandu hanya pada waktu-waktu tertentu dibuka. POD akan dikelola oleh kader dari desa tersebut yang sebelumnya telah menjalani pelatihan khusus .

Karena keadaan pedesaan di Indonesia kadang-kadang sangat berbeda, maka untuk mengetahui faktor-faktor penentu

suksesnya POD di pedesaan, telah dilakukan beberapa penelitian. Akan dilaporkan salah satu penelitian yaitu Penelitian Operasional Pengadaan Obat pada Posyandu yang telah dilakukan oleh Puslitbang Farmasi, Badan Litbangkes, Dep. Kes. yang dibiayai oleh USAID melalui Proyek KB-Kes, tahun 1989. Penelitian dilakukan selama 11 bulan di Jawa Timur dan di Nusa Tenggara Barat.

Tujuan

Umum:

- Meningkatkan keterjangkauan obat sederhana pada masyarakat pedesaan.
- Meningkatkan jumlah kunjungan posyandu.
- Meningkatkan kelestarian kader kesehatan di pedesaan.

Khusus:

- Menetapkan jenis obat sederhana yang sesuai kebutuhan masyarakat dan pola penyakit yang dapat diobati sendiri oleh masyarakat pedesaan.
- Meningkatkan keterjangkauan obat yang dibutuhkan oleh masyarakat desa.
- Meningkatkan kemampuan kader kesehatan di posyandu untuk mengelola dan mendistribusikan obat sederhana kepada masyarakat.
- Mengembangkan mekanisme distribusi obat sampai di pedesaan yang dapat dipertahankan dan dapat diterapkan di lain pedesaan.

Pengertian:

- **Pos Obat Desa** atau singkatannya **POD** ialah tempat dimana masyarakat pedesaan yang sakit dapat dengan mudah memperoleh obat untuk mengobati sendiri dengan cara membelinya dengan harga murah. Pos Obat Desa dimaksudkan dapat terus berlanjut atas swadaya masyarakat se tempat seperti Posyandu dan dikelola oleh kader kesehatan yang telah dilatih khusus.
- Jadi pendirian **POD** bertujuan mendekatkan obat-obat sederhana kepada masyarakat untuk pengobatan sendiri dengan bantuan kader **POD** sebagai pengelola obat dan sebagai "change agent"

untuk mensukseskan pengobatan sendiri oleh masyarakat di pedesaan.

Metodologi

Langkah-langkah pendekatan:

Pengembangan pos obat ini merupakan penelitian operasional dan diawali dengan eksplorasi pada masyarakat se tempat terutama dalam hal tingkat sosial ekonomi masyarakatnya, tingkat pengetahuan masyarakat tentang sakit, penyakit sederhana yang prevalen di desa tersebut dan keadaan Posyandu yang telah ada. Data ini akan menjadi dasar pertimbangan dalam pendirian POD.

Intervensi dilakukan setelah ditetapkan desa kontrol dan desa intervensi. Pada intervensi ini dilakukan pelatihan dan pembinaan kader dan penyediaan obat. Monitoring POD dilakukan tiap bulan berturut-turut selama 6 bulan.

Setelah 6 bulan intervensi, dilakukan evaluasi terhadap perilaku masyarakat, kader di desa intervensi dan desa kontrol dan ditetapkan jumlah dan jenis stok obat yang masih ada dan jumlah uang yang telah terkumpul di tiap POD dan di depot obat sementara yang ada di Puskesmas.

I. Pemilihan daerah penelitian

Pemilihan lokasi ditentukan secara purposif yaitu Propinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Barat. Masing-masing propinsi dipilih **satu kabupaten** dan setiap kabupaten dipilih **dua kecamatan**. Dari setiap kecamatan dipilih **tiga desa**.

II. Eksplorasi (survei pra intervensi)

Dilakukan wawancara dengan:

- Masyarakat se tempat,
- Kader Poayandu
- Warung yang menjual obat dan mantri (yang mungkin akan menjadi kompetitor POD dalam hal penyediaan obat untuk masyarakat).
- Dokter Puskesmas

Eksplorasi dilakukan pada bulan Juli 1989.

Output:

- Jenis penyakit
- Jenis obat
- Persepsi masyarakat tentang sakit, pengobatan dan obat
- Karakteristik kader
- Pemilihan daerah kontrol dan daerah intervensi.

Paket intervensi:

- Paket obat sederhana
- Buku Panduan Pelatih dan Kader

III. Intervensi

- Pemilihan kader POD oleh TOMA dan Dokter Puskesmas.
- Penyediaan buku-buku Panduan Kader POD dan Pelatih (Draft I).
- Pelatihan dan pembinaan kader.
- Penyediaan Paket Obat, buku-buku administrasi dan daftar harga obat.
- Monitoring dilakukan 6 kali. Wawancara dengan pembina dan masyarakat.

Intervensi dilakukan pada akhir bulan Agustus 1989 sampai Februari 1990.

Output :

- Performance Kader POD
- Jumlah POD yang gagal dan yang berhasil.
- Jenis obat yang laku dan tidak laku
- Jenis obat yang diperlukan/diminta
- Keluhan yang tidak dapat diobati dengan obat POD
- Faktor-faktor penyebab kegagalan dan penunjang keberhasilan POD
- Pedoman operasional POD

IV. Evaluasi (Survei pasca intervensi)

- Persepsi masyarakat setelah intervensi
- Performance kader
- Jumlah kunjungan Posyandu
- Kunjungan Posyandu

- ° Pengetahuan dan pendapat masyarakat mengenai POD
- ° Pendapat dari kompetitor POD tentang adanya POD.

Evaluasi dilakukan pada bulan Februari 1990

Hasil

Pemilihan Lokasi Penelitian

Berdasarkan kriteria pemilihan lokasi, maka di **JAWA TIMUR** terpilih **Kabupaten Lamongan** yang meliputi :

1. Kecamatan Mantup

- a. Desa Pelabuhan Rejo
- b. Desa Sidomulyo
- c. Desa Sumber Agung

2. Kecamatan Kedungpring

- a. Desa Kedungpring
- b. Desa Warungering
- c. Desa Mekanderejo

Sedangkan di **NUSA TENGGARA BARAT** terpilih **Kabupaten Lombok Barat** yang meliputi :

1. Kecamatan Gerung

- a. Desa Gerung
- b. Desa Gapuk
- c. Desa Beleka

2. Kecamatan Cakranegara

- a. Kelurahan Cakranegara Timur
- b. Kelurahan Cakranegara Selatan
- c. Kelurahan Dasan Cermen

Hasil penelitian disajikan dalam 3 bagian utama

- I. Survei masyarakat yang bersifat eksplorasi.
- II. Hasil intervensi dengan POD selama 6 bulan.
- III. Survei evaluasi masyarakat dengan adanya intervensi dengan POD tersebut.

I. Survei Masyarakat.

Demografi masyarakat terlihat dalam Tabel 1 sampai dengan Tabel 7.

Kelompok	JATIM	NTB
1. Masyarakat	853	777
2. Pemilik Warung/Toko	21	38
3. Peserta FGD	61	72
4. Kader	28	27

Keterangan:

FGD = Focussed Group Discussion.

Penjelasan dari beberapa istilah yang digunakan dalam penelitian ini.

Sosial ekonomi:

- Sosial ekonomi masyarakat disimpulkan berdasarkan observasi terhadap rumah dan pengakuan responden tentang pemilikan, seperti sawah, ternak dan barang-barang konsumtif lainnya.
- Nilai baik, sedang, buruk untuk keadaan sosial ekonomi responden adalah berdasarkan kombinasi dari hal-hal di atas.

Daerah penelitian.

- **Daerah intervensi** adalah dusun/lingkungan/RT-RW dimana dilakukan survei dan diselenggarakan POD.
- **Daerah kontrol** adalah dusun/lingkungan/RT-RW dimana hanya dilakukan survei saja.

Tabel 2. Demografi masyarakat daerah yang di survei

Ikhwal	Jumlah (%)			
	JATIM		NTB	
	1 (n = 454)	2 (n = 397)	3 (n = 382)	4 (n = 395)
1. Pendidikan Responden				
- Butahuruf/tidak tamat SD	256 (56,4)	269 (67,7)	320 (83,7)	282 (73,2)
- Tamat SD	130 (28,6)	107 (26,9)	49 (12,8)	65 (17,2)
- Tamat SL ke atas	63 (13,9)	20 (5,0)	22 (5,8)	39 (9,9)
2. Pekerjaan Kepala Keluarga				
- Petani Pemilik	282 (62,1)	326 (82,1)	86 (22,5)	31 (7,8)
- Buruh	32 (7,0)	13 (3,3)	164 (42,9)	142 (35,9)
- Pedagang/Wiraswasta	42 (9,2)	21 (5,3)	56 (14,7)	81 (20,5)
- Pegawai	42 (9,2)	5 (1,2)	15 (3,9)	43 (10,9)
3. Keadaan Sosial-Ekonomi				
- Baik	162 (35,6)	205 (51,2)	81 (21,5)	81 (21,5)
- Sedang	243 (53,5)	167 (42,2)	208 (54,4)	123 (31,1)
- Buruk	50 (10,9)	26 (6,6)	93 (23,3)	191 (48,4)
4. Pendapatan per Bulan				
- < 50.000 rupiah	187 (41,2)	184 (46,4)	110 (28,8)	193 (48,9)
- 50.000 - 75.000 rupiah	99 (21,8)	80 (20,1)	105 (27,5)	115 (29,1)
- > 75.000 rupiah	122 (26,9)	58 (14,6)	163 (42,8)	82 (20,8)
5. Keterbukaan terhadap Informasi				
- Mendengarkan Radio	421 (92,9)	321 (80,6)	333 (87,1)	271 (68,6)
- Membaca Surat Kabar	164 (36,2)	39 (9,8)	89 (23,3)	80 (20,2)
- Menonton T.V.	410 (90,5)	276 (67,2)	334 (87,4)	310 (78,5)
6. Sumber Informasi Obat				
- Radio	287 (63,1)	257 (64,5)	146 (38,2)	153 (38,7)
- Awam	63 (13,8)	77 (19,5)	149 (39,0)	138 (34,7)
- Petugas Kesehatan	43 (9,4)	13 (3,3)	23 (6,0)	22 (5,6)
- Lain-lain (Kanvas, Papan Iklan, media cetak, dsb.nya)	14 (3,1)	21 (5,3)	20 (5,2)	39 (9,9)

Keterangan:

Gambaran masyarakat kedua daerah tersebut adalah sebagai berikut::

Pendidikan responden: masyarakat daerah survei yang butahuruf atau tidak tamat SD lebih besar di NTB daripada JATIM. Responden adalah ibu rumah tangga yang dianggap sebagai penentu dalam masalah kesehatan dalam rumah tangga tersebut. Data ini dapat digunakan untuk menentukan cara penyuluhan kesehatan di pedesaan.

Pekerjaan KK: sebagian besar adalah petani dan buruh dengan gambaran penghasilan seperti dalam Tabel 2.

Dari tabel juga terlihat bahwa masyarakat JATIM umumnya sebagai petani/pemilik, sedangkan di NTB lebih banyak sebagai buruh.

Walaupun **pendapatan per bulan** KK di kedua daerah penelitian tersebut hampir sama, tetapi keadaan masyarakat petani di JATIM terlihat lebih baik.

Masyarakat mendapatkan informasi sebagian besar melalui radio (80-90%) dan televisi (20-90%). Khusus informasi tentang obat sebagian besar diperoleh masyarakat melalui radio.

Dalam survei ini responden yang tidak pernah membeli obat tidak ditanya tentang darimana mereka mendapat informasi tentang obat. Oleh karena itu disini jumlah responden yang menjawab kurang dari 100%.

Jenis Penyakit	Daerah	
	JATIM	NTB
1. Demam	17,7%	17,2%
2. Batuk/pilek/flu	18,8%	16,3%
3. Mulas/mual/muntah	9,1%	10,3%
4. Diare	9,0%	9,7%
5. Nyeri (sakit kepala/nyeri otot)	17,9%	14,6%
6. Gatal-gatal	8,9%	5,9%
7. Ruda paksa	9,2%	3,3%
8. Cacingan	2,6%	6,7%
9. Sakit mata	5,0%	9,1%
10. Malaria	2,1	6,5%

Keterangan:

Gambaran tentang penyakit yang sering dialami oleh masyarakat tidak terlalu berbeda di NTB dan di JATIM, kecuali untuk beberapa penyakit seperti cacingan, malaria, sakit mata, di NTB lebih banyak.

Ikhwal	JATIM	NTB
1. Obat Flu (Parasetamol kombinasi)	39,9%	41,6%
2. Asetosal	5,1%	21,9%
3. Oralit	5,9%	6,0%
4. Antiseptik Kulit	9,9%	1,5%
5. Obat Batuk Kombinasi (Sakit Kepala/Nyeri Otot)	4,4%	1,5%
6. Obat Kulit	3,2%	1,2%
7. Obat Cacing	1,8%	8,7%
8. Obat Gosok	3,4%	2,4%
9. Tetes Mata	3,7%	2,9%
10. Obat Tradisional	6,2%	10,8%
11. Antibiotika	0,9%	4,8%

Keterangan:

Gambaran yang berbeda tentang jenis obat yang digunakan oleh masyarakat di JATIM dan di NTB meliputi:

- Asetosal di NTB banyak digunakan.
- Antiseptik kulit, di JATIM jauh lebih banyak.
- Obat cacing, di NTB jauh lebih banyak.
- Antibiotika (termasuk golongan Obat Keras) ternyata banyak digunakan oleh masyarakat di NTB dalam pengobatan sendiri cukup (4,8%) dibandingkan dengan JATIM (0,9%).
- obat tradisional yang banyak digunakan di NTB (10%) ternyata bukan jamu yang dibeli sendiri oleh masyarakat, tetapi diperoleh dari dukun.

Tabel 5. Gambaran persepsi sakit, pengobatan dan obat

Ikhwil	Jumlah (%)			
	JATIM		NTB	
	1 n = 454	2 n = 397	3. n = 382	4 n = 395
1. Pemahaman tentang sakit:				
- Faham	437 (96,5%)	359 (85,9)	342 (89,5)	340 (86,1)
- Kurang faham	15 (3,3)	31 (7,8)	25 (6,6)	42 (10,7)
2. Pendapat tentang manfaat obat modern:				
- Bermanfaat	343 (75,7)	250 (62,8)	327 (85,6)	348 (88,1)
- Kurang bermanfaat	101 (22,3)	137 (34,4)	50 (13,1)	39 (9,9)
- Tidak bermanfaat	8 (1,8)	2 (0,5)	4 (1,1)	5 (1,3)
3. Cara membeli obat dengan menyebutkan:				
- Nama obat	182 (40,2)	114 (28,6)	221 (57,8)	185 (46,8)
- Keluhan	250 (55,2)	245 (61,5)	102 (26,7)	130 (32,9)
- Tidak pernah beli obat.	22 (4,8)	37 (9,3)	55 (14,4)	80 (20,3)

Keterangan:

Persepsi masyarakat tentang sakit & pengobatan secara kuantitatif kelihatannya cukup baik, untuk JATIM maupun NTB. Tetapi kenyataannya masyarakat jarang menyatakan diri sakit, demikian juga banyak yang menyatakan tidak pernah beli obat.

- **Faham:** yang dimaksud dengan sakit bila merasa ada kelainan pada tubuh.
- **Kurang faham:** yang menganggap sakit itu apabila sudah tidak bisa bangun.

Tabel 6. Pengetahuan masyarakat tentang Posyandu

Ikhwal	Jumlah (%)			
	JATIM		NTB	
	1 n = 454	2 n = 397	3 n = 382	4 n = 395
1. Imunisasi	218 (47,9)	134 (33,7)	213 (55,3)	221 (55,9)
2. KIA	297 (65,3)	219 (55,0)	269 (70,4)	284 (71,9)
3. Pemberian Makanan Tambahan	201 (44,2)	100 (25,1)	153 (40,0)	156 (39,5)
4. Penanggulangan diare	129 (28,4)	11 (2,8)	52 (13,6)	68 (17,2)
5. Pelayanan KB	196 (43,1)	93 (23,4)	104 (27,2)	121 (30,6)
6. Lain-lain.	136 (29,9)	106 (26,6)	23 (6,0)	27 (6,8)

Keterangan:

Terlihat bahwa pengetahuan masyarakat tentang kegiatan Posyandu cukup baik. Sebagian besar dari masyarakat yang tidak mengetahui tentang kegiatan di Posyandu disebabkan karena mereka tidak punya balita.

Tabel 7. Pendapat masyarakat tentang swadaya masyarakat untuk Posyandu

Ikhwal	Jumlah (%)			
	JATIM		NTB	
	1 n = 454	2 n = 397	3 n = 382	4 n = 395
1. Sumbangan masyarakat (jumlah), pengunjung Posyandu	241 (53,1)	89 (22,4)	43 (11,2)	56 (14,2)
2. Sumbangan desa, PKK.	175 (38,5)	59 (14,8)	39 (10,2)	33 (8,4)
3. Tidak tahu.	107 (23,6)	209 (52,5)	267 (69,9)	243 (61,5)

Keterangan:

Swadaya masyarakat untuk Posyandu di JATIM lebih baik, sebaliknya di NTB terlihat bahwa swadaya masyarakat ini masih kurang.

Dari yang menjawab lain-lain, 9,7% menyatakan bahwa biaya Posyandu adalah dari pemerintah (Puskesmas). Ini sesuai dengan hasil observasi dan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan Tokoh masyarakat.

II. Tahap intervensi

A. Data dasar kader

Data dasar kader dan pendapat kader tentang Posyandu yang diperoleh dari wawancara dan observasi selama intervensi dapat dilihat dari Tabel 8 - 11.

Tabel 8. Karakteristik kader	
Ikhwal	Jumlah kader (%) n = 55
1. Umur (tahun)	
< 20	13 (23,6)
21 - 30	20 (36,4)
31 - 40	16 (29,1)
> 41	6 (10,0)
2. Pendidikan	
SD (tamat/tidak tamat)	27 (49,1)
SMP	17 (30,9)
SMA + PT.	11 (20,0)
3. Pekerjaan	
Ibu RT/tidak bekerja	16 (29,1)
Petani	14 (25,4)
Buruh	6 (10,9)
Wiraswasta	11 (20,0)
Pegawai	7 (12,7)
4. Lama menjadi kader	
< 5 tahun	30 (54,5)
6 - 10 tahun	17 (30,9)
> 11 tahun	8 (14,5)

Keterangan:

Dari tabel 8 terlihat kader yang ada ternyata lebih banyak tamatan SD dan berusia cukup matang, sebagian besar telah menjadi kader lebih dari 5 tahun.

Tabel 9. Kegiatan Kader di pedesaan	
Ikhwal	Jumlah Kader (%) n = 55
1. Mengikuti pelatihan	39 (70,9)
2. Mengikuti Sasaran Posyandu	53 (96,4)
3. Mengunjungi Sasaran	22 (40,0)

Tabel 10. Motivasi menjadi kader	
Ikhwal	Jumlah Kader
1. Sadar sosial dan memajukan desa.	55
2. Mempunyai kepentingan sendiri.	22
3. Karena terpaksa.	6

Keterangan:

Aktivitas kader yang ada dinilai cukup baik, sedangkan motivasi mereka untuk jadi kader, menunjukkan indikasi baik. Namun hal tersebut tidak dapat dibandingkan dengan perilaku kader di lapangan.

Tabel 11. Profil Posyandu menurut pendapat kader	
Ikhwal	Jumlah Kader (%) n = 55
1. Posyandu dibuka secara rutin.	55 (100,0)
2. Petugas Kesehatan selalu hadir.	48 (87,2)
3. Ada bimbingan dari Petugas Kesehatan.	45 (81,8)
4. Tokoh/Pemuka Masyarakat selalu hadir.	36 (65,4)

Keterangan:

Tabel ini menunjukkan bagaimana pandangan Kader Posyandu tentang Posyandu .

B. Pelatihan Kader

1. Jumlah kader yang dilatih:

- 18 orang (NTB) + 16 orang (JATIM) terdiri dari kader lama dan kader baru (belum pernah jadi kader)

2. Materi pelatihan

- Pengenalan tentang obat, golongan obat bebas, bebas terbatas, obat keras dsb.nya.
- Administrasi obat (pembelian, penjualan, stock obat)
- Administrasi keuangan (buku kas, kas harian)
- Pencatatan penjualan obat dilengkapi dengan keluhan sakit
- Pengenalan keluhan sederhana yang dapat diobati sendiri dan cara-cara rujukan jika tidak dapat diobati sendiri.
- Khasiat masing-masing obat yang tercantum dalam daftarobat POD

3. Cara Pelatihan

Pelatihan diadakan di masing-masing Puskesmas selama 3 hari. Pelatih adalah Dokter Puskesmas dan petugas kesehatan lain yang ditunjuk.

Untuk pelatihan telah disusun:

- Panduan Pelatih Kader Pos Obat Desa untuk Dokter
- Puskesmas atau petugas kesehatan lainnya dalam memberikan pelatihan pada kader dan pembinaan POD

Panduan untuk kader

- Buku I Pedoman Pengobatan Sendiri untuk digunakan oleh kader dalam pelayanan obat.
- Buku II Pedoman Pengelolaan Obat untuk digunakan oleh kader dalam pengelolaan obat dan keuangan.

Setelah selesai pelatihan, kepada setiap POD baru diserahkan 1 paket obat, almari obat, dan perlengkapan administrasi pencatatan obat dan uang dan daftar harga obat.

4. Lokasi POD di daerah intervensi

POD diselenggarakan di 12 dusun/lingkungan

Jatim: 1. Kecamatan Kedungpring

- 1. POD Waru (W)
- 2. Tambakoso (To)
- 3. POD Kedungpring (Kd)

2. Kecamatan Mantup

- 4. POD Cerewek (Cr)
- 5. Pelabuhanrejo (Pr)
- 6. POD Sumberagung (Sa)

NTB: 1. Kecamatan Gerung

- 7. POD Dasantapen (Dt)
- 8. POD Karangpunjak (Kp)

2. Kecamatan Cakranegara

- 9. POD Neg. Skh. Timur (St)
- 10. Neg. Skh. Barat (Sb)
- 11. POD Sgt. Gubuk pande (Gp)
- 12. POD Sgt. Karang gebak (Kg)

C. Monitoring

Dilakukan tiap bulan oleh Tim Peneliti Pusat dan Pembina di daerah, yaitu Dokter Puskesmas atau petugas kesehatan yang ditunjuk. Performance POD dapat dilihat pada Tabel 12 dan 13.

Tabel 12. Pengelompokan keberhasilan POD

Kelompok	Jumlah POD	
	JATIM	NTB
Gagal	-	2 (Kp, Sb)
Berjalan sedang	2 (To, Sa)	2 (Kg, Dt)
Berhasil.	4 (W, Kd, Cr, Pr)	2 (Gp, St)

Pengelompokan POD dalam kategori gagal, sedang dan berhasil didasarkan pada hasil monitoring selama 6 bulan terhadap keterampilan kader, tertib administrasi obat dan keuangan, kecepatan perputaran obat dan kelestarian kader. Selain itu, juga tanggapan TOMA, Pembina dan keadaan stok obat pada akhir penelitian.

**Tabel 13. Performance POD
Pemantauan POD selama 6 (enam) bulan**

No.	Unsur yang diamati	JATIM	NTB
1.	Jenis obat yang paling laku	1. Parasetamol 2. Obat Gosok 3. Obat Flu	1. Parasetamol 2. Obat Gosok 3. Obat Flu 4. Obat Cacing
2.	Jenis obat yang tidak laku	1. Vit. B-Kompleks 2. Vit. B1	1. Vit. B-Kompleks 2. Vit. B1
3.	Keluhan yang obatnya tidak tersedia di POD	1. Pegel Linu 2. Mules	1. Pegel Linu 2. Mules, Sariawan, Mual
4.	1. Administrasi obat di POD. 2. Pelaporan obat POD 3. Keuangan POD.	1. Kurang baik pada bulan pertama, mulai cukup tertib pada bulan ke empat. 2. Cukup Baik. 3. Cukup Baik.	2. Sama dengan Jatim. 2. Cukup Baik. 3. Cukup Baik.
5.	Pembina	Dokter Puskesmas dan staf.	Dokter Puskesmas dan staf.
6.	Karakteristik POD	1. Ibu-ibu, kader rangkap (PKK, Posyandu, dsb.). 2. Hubungan dengan Kades, baik.	1. Remaja, kader rangkap (PKK, Posyandu, dsb.). 2. Hubungan dengan Kades, baik.
7.	Aktivitas dukungan kader.	Baik.	Baik.
8.	Aktivitas kader dalam promosi.	Baik.	Baik.
9.	Drop-out kader	Tidak ada.	7 dari 18 orang.
10.	Keberhasilan POD	100%	60% —

Tabel 14. Gambaran masyarakat di daerah POD gagal dan POD berhasil

Ikhwal	Gagal 1 POD n = 131	Berhasil 6 POD n = 492	
	NTB	JATIM	NTB
1. Keadaan Sosial ekonomi:			
- baik	12 (9,1)	158 (36,9)	45 (18,9)
- sedang	26 (27,5)	225 (52,5)	100 (42,2)
- buruk	83 (63,4)	146 (10,7)	92 (36,8)
2. Pendapatan per bulan:			
< Rp. 50.000,-	93 (71,0)	88 (44,4)	76 (32,1)
Rp. 50.000,- - Rp. 75.000,-	28 (21,4)	54 (27,3)	73 (30,8)
> Rp. 75.000,-	10 (7,6)	54 (27,3)	89 (37,1)
3. Tingkat pendidikan responden:			
- buta huruf tidak tamat SD	119 (90,8)	252 (58,7)	168 (70,9)
- tamat SD	11 (8,4)	115 (26,8)	46 (19,4)
- tamat SL dan SL ke atas	1 (0,8)	57 (13,3)	23 (9,7)
4. Pekerjaan:			
- petani	30 (22,9)	282 (71,4)	18 (7,6)
- buruh	72 (54,9)	22 (5,6)	77 (32,5)
- pedagang	23 (17,5)	45 (11,4)	64 (27,0)
- pegawai	0	46 (11,6)	70 (29,6)
5. Keterbukaan informasi :			
- mendengarkan radio	67 (51,1)	345 (80,4)	188 (78,9)
- membaca koran/majalah	8 (6,1)	149 (34,7)	80 (33,6)
6. Sumber informasi obat:			
- radio	30 (22,9)	290 (67,9)	107 (44,9)
- awam	51 (38,9)	74 (17,2)	76 (31,9)
- petugas kesehatan	9 (6,8)	42 (9,8)	12 (5,0)
- lain-lain.	15 (11,4)	28 (4,7)	26 (10,9)

Keterangan:

Dalam Tabel 14. diberikan gambaran keadaan masyarakat di daerah (NTB) yang mengalami satu POD yang gagal. POD lainnya yang gagal di NTB ternyata disebabkan oleh faktor yang tidak dapat dihindarkan .

III. Evaluasi

Hasil survei masyarakat pra dan pasca intervensi

- Perubahan yang terjadi dalam masyarakat yang diintervensi dan yang tidak dapat dilihat dalam tabel-tabel berikut.
 - Pengetahuan tentang sakit
 - Manfaat obat
 - Cara membeli obat
 - Tindakan pertama jika ada yang sakit dalam keluarga
 - Cara memperoleh obat
 - Pengenalan terhadap Posyandu
 - Pengenalan terhadap POD
 - Swadaya masyarakat

Tabel 15. Pengakuan masyarakat tentang tindakan pertama jika anggota keluarga sakit.

Jenis tindakan	Jumlah jawaban (%)			
	Anak		Dewasa	
	PRA	PASCA	PRA	PASCA
1. Puskesmas/dokter	1079 (43,8)	1017 (35,9)	1298 (31,1)	975 (24,5)
2. Dukun	39 (1,5)	51 (1,6)	66 (1,5)	41 (1,1)
3. Dibiarkan	82 (2,5)	71 (2,5)	167 (4,0)	134 (3,4)
4. Diobati sendiri dengan obat modern	1201 (47,6)	1551 (54,8)	2308 (55,3)	2531 (63,7)
5. Diobati sendiri dengan obat tradisional	96 (3,8)	124 (4,4)	287 (6,8)	276 (6,9)
6. Lain-lain	21 (0,8)	13 (0,4)	47 (1,1)	16 (0,3)

Tabel 16. Jumlah warung yang menjual obat-obat Bebas dan Bebas Terbatas

Nama obat	Jumlah warung (%)	
	JATIM n = 21	NTB n = 38
1. Bodrex	16 (76,2)	34 (89,5)
2. Bodrexin	10 (47,6)	28 (73,7)
3. Puyer Sakit Kepala	14 (66,6)	29 (76,3)
4. Refagan	-	16 (42,1)
5. Mixagrip	18 (85,7)	-
6. Oskadron	14 (66,6)	-
7. Paramex	8 (38,1)	11 (28,9)
8. Promag	15 (71,6)	13 (34,2)
9. Alummy	4 (19,0)	-
10. Sulfaguanidin (SG)	12 (57,1)	31 (81,6)
11. Konidin	11 (52,4)	18 (47,4)
12. Resochin	-	12 (31,6)
13. Napacin	-	20 (52,6)
14. Pil Kita	-	15 (39,5)

Warung dan Kios penjual obat.

Warung dan kios penjual obat di daerah survei menjual Obat Bebas dan Obat Bebas Terbatas sekitar 11 - 13 macam nama dagang yang mencakup beberapa nama generik seperti dalam Tabel 19.

Dari tabel di atas tidak terlihat adanya warung yang menjual antibiotika, padahal pada Tabel 4, sebagian besar masyarakat NTB (4,8%) mengaku mengobati sendiri dengan antibiotika. Dari diskusi dengan tokoh masyarakat sering terungkap penggunaan antibiotika untuk pengobatan sendiri.

Tabel 17. Tempat membeli obat

Ikhwal	Jumlah responden Pra (%)				Jumlah responden Pasca (%)			
	JATIM		NTB		JATIM		NTB	
	I n = 576	K n = 277	I n = 245	K n = 532	I n = 254	K n = 536	I n = 517	K n = 233
1. Warung atau Kios	499 (96,6)	219 (79,1)	407 (78,5)	180 (73,5)	428 (79,8)	225 (88,6)	314 (60,7)	174 (74,7)
2. Toko Obat	12 (2,1)	5 (1,8)	36 (6,8)	23 (9,4)	7 (1,3)	2 (0,9)	43 (8,3)	18 (7,7)
3. Petugas Kesehatan	20 (3,5)	26 (9,4)	14 (2,6)	10 (4,1)	22 (4,1)	24 (9,4)	19 (3,7)	15 (6,4)
4. Lain-lain.	18 (3,1)	8 (2,9)	12 (2,2)	3 (1,2)	256 (47,8)	7 (2,7)	202 (39,1)	10 (4,3)

Keterangan:

I = daerah Intervensi

K = daerah Kontrol

Setelah intervensi, di daerah Intervensi terlihat penurunan pembelian obat di kios kurang lebih 7 - 10%, sedang di daerah Kontrol nampak kenaikan yang tidak bermakna. Pembelian obat di tempat lain meningkat sangat bermakna, dan 80% masyarakat membeli dari POD.

Tabel 18. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai dengan tingkat pendidikan responden

Tempat mendapatkan obat	Tingkat pendidikan responden Jumlah (%)					
	PRA Intervensi n = 1629			PASCA Intervensi n = 1540		
	1	2	3	1	2	3
1. Warung	905 (55,6)	286 (17,6)	108 (6,6)	814 (52,8)	236 (15,3)	89 (5,8)
2. Toko Obat	49 (3,0)	15 (0,9)	10 (0,6)	29 (1,8)	18 (1,2)	23 (1,5)
3. Awam	10 (0,6)	3 -	1 -	6 -	1 -	2 -
4. Petugas Kesehatan	47 (2,9)	15 (0,9)	8 (0,5)	57 (3,7)	10 (0,6)	13 (0,8)
5. Lain-lain	2 -	- -	2 -	311 (20,2)	116 (7,5)	48 (3,1)

Keterangan:

1. Tidak sekolah atau tidak tamat SD
2. Tamat SD
3. Tamat SLTP ke atas

Tabel 19. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai jenis pekerjaan Kepala Keluarga

Tempat mendapatkan obat	Pekerjaan Kepala Keluarga Jumlah (%)									
	PRA n = 1629					PASCA n = 1540				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Warung	614 (37,7)	287 (17,6)	149 (9,1)	64 (3,9)	108 (6,6)	597 (38,8)	206 (13,4)	135 (8,7)	71 (4,6)	77 (0,5)
2. Toko Obat	18 (1,1)	13 (0,7)	19 (1,1)	15 (0,9)	9 (0,5)	13 (0,3)	12 (0,8)	19 (1,2)	18 (1,2)	7 (0,5)
3. Awam	3 -	8 (0,5)	1 -	- -	1 -	1 -	2 -	3 -	1 -	- -
4. Petugas Kesehatan	30 (1,8)	10 (0,6)	8 (0,5)	8 (0,5)	7 (0,4)	35 (2,2)	11 (0,77)	7 (0,5)	13 (0,8)	- -
5. Lain-lain	17 (1,0)	6 (0,3)	9 (0,5)	4 -	6 (0,3)	222 (14,4)	71 (4,6)	70 (4,5)	45 (2,9)	53 (3,4)

Keterangan:

1. Petani pemilik
2. Buruh
3. Pedagang/Wiraswasta
4. Pegawai
5. Lain-lain

Tabel 20. Gambaran tempat masyarakat mendapatkan obat sesuai keadaan sosial ekonomi

Tempat mendapatkan obat	Keadaan sosial ekonomi Jumlah (%)					
	PRA n = 1629			PASCA n = 1487		
	Kurang	Sedang	Baik	Kurang	Sedang	Baik
1. Warung	286 (17,6)	600 (36,8)	420 (25,8)	226 (15,2)	520 (34,9)	357 (24,0)
2. Toko Obat	14 (0,8)	32 (1,9)	30 (1,8)	6 (0,4)	35 (2,3)	27 (1,8)
3. Awam	6 (0,3)	7 (0,2)	1	3	5	1
4. Petugas Kesehatan	13 (0,7)	12 (0,7)	25 (1,5)	11 (0,7)	27 (0,8)	23 (1,5)
5. Lain-lain	8 (0,5)	16 (1,0)	21 (1,3)	98 (6,5)	211 (14,2)	150 (10,1)

Tabel 21. Jumlah responden mengunjungi Posyandu sebelum dan setelah intervensi

Ikhwal	Pra				Pasca			
	JATIM		NTB		JATIM		NTB	
	I n = 576	K n = 277	I n = 245	K n = 532	I n = 254	K n = 536	I n = 517	K n = 233
1. Berkunjung ke Posyandu	294 (51,0)	129 (46,6)	234 (44,0)	84 (34,3)	279 (52,0)	122 (48,0)	206 (51,5)	100 (42,9)
2. Tidak berkunjung	227 (39,4)	132 (47,6)	276 (51,9)	148 (60,4)	236 (44,0)	129 (50,8)	245 (47,0)	132 (56,6)

Keterangan:

I = daerah intervensi; K = daerah kontrol

Dari responden yang tidak berkunjung ke Posyandu, 37,2% disebabkan karena mereka tidak mempunyai balita.

Tidak ada perbedaan bermakna pada kunjungan Posyandu di daerah intervensi dan daerah kontrol. Kenaikan kunjungan di daerah intervensi perlu dikoreksi dengan kenaikan kunjungan di daerah kontrol.

Tabel 22. Jumlah responden yang mengunjungi Posyandu 6 bulan terakhir sesuai dengan pendidikan responden |

Tingkat pendidikan responden	Mengunjungi Posyandu	
	PRA (%) n = 1629	PASCA (%) n = 1540
1. Tidak sekolah atau tamat SD	438 (26,9)	483 (31,4)
2. Tamat SD	207 (12,7)	205 (13,3)
3. Tamat SLTP ke atas	92 (5,6)	46 (2,9)

Tabel 23. Pengenalan masyarakat terhadap POD setelah intervensi pada daerah intervensi dan daerah kontrol

Ikhwal	Jumlah (%) Pasca			
	JATIM		NTB	
	I n = 536	K n = 254	I n = 517	K n = 233
1. Mengenal POD	411 (76,7)	12 (4,7)	391 (75,6)	26 (11,1)
2. Mau memanfaatkan POD	315 (58,8)	7 (2,8)	440 (85,1)	209 (89,7)

Keterangan:

I = daerah intervensi; K = daerah kontrol

Ada perbedaan sikap yang nyata antara masyarakat daerah kontrol di NTB (89,7%) dan Jatim (2,8%) dalam hal keinginan memanfaatkan POD.

Pembahasan

Pemilihan lokasi penelitian dan ciri masyarakat di daerah penelitian.

Pemilihan daerah penelitian didasarkan atas asumsi bahwa keadaan masyarakat di JATIM lebih baik dan maju dari pada masyarakat di NTB. Asumsi ini ternyata sesuai dengan hasil pengamatan dan data kuantitatif, seperti tingkat pendidikan, keadaan sosial ekonomi (Tabel 2).

Ciri-ciri daerah penelitian secara terinci adalah sebagai berikut:

Jawa Timur

- Dipilih Kabupaten Lamongan dan penelitian dilakukan di kecamatan Mantup dan Kedungpring. Kedua kecamatan tersebut mempunyai pedesaan dengan ciri-ciri pedesaan yang mandiri, dalam hal swadaya masyarakat untuk Posyandu, terutama **kecamatan Kedungpring**. Informasi obat yang masuk di pedesaan ini cukup gencar, tetapi harga obat yang ada di pasaran tetap merupakan masalah.
- Desa penelitian di **kecamatan Mantup** letaknya agak sulit terjangkau transportasi dan keadaan sosial ekonominya lebih rendah jika diban-dingkan dengan Kedungpring. Di daerah ini tidak nampak informasi obat yang gencar. Keberhasilan POD di daerah ini dinilai cukup berjalan baik.

Nusa Tenggara Barat

- Ada 2 kecamatan terpilih yang mempunyai kekhususan tersendiri. Pedesaan di **Kecamatan Gerung** serupa dengan pedesaan Jawa Timur yang diteliti, namun sangat **lemah** dalam hal **swadaya masyarakat** untuk Posyandu. Bahkan keadaan sosial ekonomi, yaitu segi pendapatan, pemilikan, bahkan juga pendidikan dan pekerjaan mereka, lebih buruk dari Jawa Timur. Di pedesaan seperti ini ternyata **POD sulit** untuk hidup dan **berkembang**. Salah satu penyebab utama ialah karena kesadaran untuk mengupayakan kesehatan sendiri dalam masyarakat pedesaan tersebut umumnya masih sangat rendah. Satu POD yang dinilai berhasil di desa ini karena letaknya yang agak mudah tercapai transportasi dan aktivitas dari kader, TOMA dan pembina cukup intensif.
- **Kecamatan Cakranegara** merupakan kecamatan pinggir kota, merupakan daerah peralihan desa ke kota.

Sebagian besar masyarakat sudah berciri masyarakat kota yang sibuk dan individualistis, serta sudah mengenal dan menggunakan fasilitas dokter praktek swasta. Di samping itu, desa tersebut letaknya dekat dengan daerah pertokoan termasuk toko-toko obat berijin yang sudah lama dikenal.

- **POD** kurang ideal untuk daerah ini. Ada **3 POD** yang dinilai **berhasil** di daerah ini, yang lebih banyak disebabkan oleh **aktivitas kader dan TOMA** yang baik, harga obat **POD** yang sangat murah dan intensitas pembinaan oleh Puskesmas. Hal ini juga terbukti dengan adanya sebuah **POD** yang gagal, yang disebabkan oleh kader yang drop out.
- Meskipun terlihat perbedaan tingkat pengetahuan dan sosial ekonomi, akan tetapi kedua daerah tersebut cukup terbuka terhadap informasi dari berbagai media seperti radio, surat kabar dan televisi. Informasi tentang obat sebagian besar diperoleh melalui media radio.
- Dengan demikian dapat dikatakan bahwa radio merupakan media yang lebih efektif jika akan digunakan sebagai sarana penyuluhan kesehatan dibandingkan dengan media lain.

Tindakan pengobatan, jenis penyakit dan jenis obat

- Sekitar 50% masyarakat mengambil tindakan pengobatan sendiri dengan obat modern (Tabel 15). Sedangkan 30%-40% mencari pertolongan dengan medik profesional. Meskipun ada peningkatan prosentase pada perilaku pengobatan sendiri, namun sudah dapat dikatakan bermakna. Apalagi jika dihubungkan dengan kegiatan penyuluhan kader **POD** tentang pengobatan sendiri.
- Berdasarkan frekuensi jenis penyakit yang banyak dialami masyarakat (Tabel 3) dari jenis obat yang banyak digunakan masyarakat untuk pengobatan sendiri (Tabel 4) serta mempertimbangkan jenis-jenis obat yang terjual di warung (Tabel 16), maka disusun jenis obat yang akan disediakan di Pos Obat Desa. Di samping itu dipertimbangkan pula peraturan perundang-undangan tentang obat yang antara lain mengatur jenis-jenis obat yang dapat dibeli tanpa resep dokter (Obat Bebas Terbatas dan Obat Bebas) dan jenis obat yang tercantum dalam **DOEN 1986** untuk **POD**.
- Konsumsi obat oleh masyarakat antara lain dipengaruhi oleh pemahaman tentang sakit, pengobatan dan obat.

Gambaran kuantitatif pemahaman tersebut pada Tabel 5 nampak cukup baik. Tetapi dari hasil diskusi dengan tokoh masyarakat (FGD) dan hasil observasi selama intervensi masih banyak masyarakat yang menyatakan dirinya tidak pernah sakit. Sebagai contoh: penyakit gatal-gatal dan sakit kulit tidak dianggap sakit. Seperti tampak pada Tabel 3, jumlah dalam persen penyakit gatal-gatal cukup rendah terutama di NTB (5,9%). Dari pengamatan lebih lanjut pada jenis obat-obat yang dijual di warung (Tabel 6), ternyata obat-obat untuk ini juga tidak tersedia. Selama penyelenggaraan POD (6 bulan) obat ini juga tidak termasuk obat yang laku (Tabel 13).

Obat dan tempat memperolehnya

- Sebagian besar masyarakat, baik di NTB maupun di JATIM membeli Obat Bebas/ Bebas Terbatas di warung/kios. Setelah intervensi (penyelenggaraan POD), maka jumlah dalam persen pembelian obat di warung/kios tetap sama baik pada daerah intervensi maupun pada daerah kontrol (Tabel 20). Selain membeli obat di warung/kios, ternyata masyarakat juga membeli obat di POD. Kemungkinan obat yang dibeli di warung berbeda dengan obat yang dibeli di POD.
- Persediaan obat di POD memang jenisnya lebih terbatas, jika dibandingkan dengan jenis-jenis yang dijual di warung secara keseluruhan. Di satu daerah di NTB dimana dekat dengan toko-toko obat besar, masyarakat telah terbiasa membeli obat-obat. POD pun tidak berjalan baik.
- Dilihat dari tingkat pendidikan responden, jenis pekerjaan Kepala Keluarga dan tingkat sosial ekonomi yang terbanyak memanfaatkan POD adalah masyarakat yang buta huruf/tidak tamat SD, masyarakat petani dan masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi sedang (Tabel 18, 19 dan 20).

Keterkaitan Posyandu dengan POD

- Posyandu diharapkan merupakan sarana kesehatan hasil swadaya masyarakat di pedesaan. Oleh karena itu penelitian Pos Obat Desa dikaitkan dengan kegiatan Posyandu. Pada pemilihan lokasi POD antara lain dipersyaratkan adanya Posyandu dengan swadaya masyarakat yang berjalan cukup baik di daerah tersebut.

Dengan demikian, desa yang terpilih adalah dimana masyarakatnya telah mengetahui kegiatan Posyandu (Tabel 6).

- Tetapi ternyata tidak demikian halnya dengan pengetahuan masyarakat tentang Swadaya untuk Posyandu (Tabel 7). Meskipun swadaya posyandu di JATIM sudah baik, akan tetapi masih banyak yang mengatakan tidak mengetahui dari mana pendanaan Posyandu (52,5%). Hal tersebut terlihat lebih menyolok di NTB dimana sebagian besar masyarakat tidak tahu dari mana pendanaan Posyandu (69,9%). Bahkan dari jawaban lain sebagian besar menyatakan bahwa pendanaan Posyandu berasal dari Pemerintah/ Puskesmas.
- Kelemahan swadaya masyarakat dalam pendanaan Posyandu ini juga diakui oleh tokoh masyarakat dalam FGD. Posyandu yang berhasil (NTB), ternyata sepenuhnya dilakukan oleh petugas Puskesmas dan hari buka Posyandu di jadwalkan oleh Puskesmas.
- Asumsi semula ialah dengan mendekatkan POD pada Posyandu, diharapkan akan memperbaiki performance Posyandu, yaitu antara lain akan meningkatkan kunjungan Posyandu. Dari kenyataan ini nampaknya akan sulit jika pendanaan POD sepenuhnya diserahkan kepada masyarakat.
- Akan tetapi sebelum maupun sesudah intervensi (penyelenggaraan POD) tidak terlihat perubahan kunjungan Posyandu baik di daerah intervensi maupun di daerah kontrol. Intervensi juga tidak mempengaruhi jumlah kunjungan Posyandu oleh masyarakat dengan tingkat pendidikan tertentu (Tabel 22).
- Dengan demikian, nampaknya adanya POD di pedesaan tidak mempengaruhi jumlah kunjungan Posyandu. Hal ini dapat dimengerti karena ada beberapa perbedaan mendasar antara POD dan Posyandu antara lain:
 - » Penggunaan posyandu adalah ibu dan anak, sedangkan POD untuk seluruh masyarakat yang membutuhkan obat untuk mengatasi keluhan ringan yang dapat diobati sendiri.
 - » Pada Posyandu tersedia pelayanan kesehatan yang lebih bersifat preventif, sedangkan di POD tersedia obat untuk tindakan kuratif.

- » Posyandu buka pada hari tertentu setiap bulannya, umumnya sekali sebulan, sedangkan POD buka tiap hari. Hal ini dimungkinkan karena obat-obat POD disimpan di rumah kader. Selain itu, karena sebagian besar kader ialah kader rangkap (Posyandu dan POD), maka pada hari buka posyandu kader tersebut justru kader tidak sempat melayani obat POD.
- Dari sini terlihat, bahwa walau tujuan umum adanya POD di pedesaan tersebut sama dengan tujuan umum Posyandu, yaitu untuk mendekatkan masyarakat dengan fasilitas kesehatan, tetapi keterkaitan sarana POD pada sarana Posyandu ternyata tidak mudah.
- Setelah penyelenggaraan POD selama 6 bulan, ternyata sekitar 75% dari masyarakat di daerah intervensi mengenal POD dan tahu dimana lokasinya (Tabel 23). Dalam hal pemanfaatan POD terlihat hal yang menarik di NTB. Di daerah kontrol sebagian besar masyarakat NTB ingin memanfaatkan POD, meskipun di daerah tersebut belum ada. Masyarakat JATIM nampak lebih realistis tidak bersedia memanfaatkan sesuatu yang belum konkrit.

Gambaran pelaksanaan POD selama 6 bulan

- Selama 6 bulan penyelenggaraan POD, tidak semua POD berjalan seperti yang diharapkan semula (Tabel 13). Dari beberapa faktor yang menentukan keberhasilan atau kegagalan POD sebagian telah dibicarakan di atas, misalnya hubungan POD dengan Posyandu.
- Beberapa hal lain yang masih perlu dikemukakan adalah :

1. Keadaan masyarakat setempat

- Tiga hal yang telah disebut sebelumnya, yaitu keadaan sosial ekonomi, pendidikan responden dan pekerjaan KK dianggap menentukan tindakan/perilaku terhadap kesehatan pada umumnya termasuk pengobatan sendiri. Baik buruknya keadaan ini nampaknya berhubungan dengan keberhasilan atau kegagalan POD (Tabel 14).
- Tingkat pendidikan berhubungan dengan pemahaman tentang kesehatan termasuk gizi makanan. Di daerah dimana tingkat pendidikan masyarakat masih rendah, persepsi tentang sakit dan pemahaman tentang pengobatan dan obat juga masih rendah. Akibatnya meskipun obat-obat tersedia tetap juga jarang digunakan. Untuk daerah-daerah seperti terlebih dahulu diperlukan penyuluhan tentang kesehatan pada umumnya.

2. Kader

- Kelestarian kader menentukan kelangsungan hidup POD. Kader yang tidak lestari umumnya berusia muda dan kader baru yang belum lama bermasyarakat. Kader POD yang dilatih semula berjumlah 34 orang (18 orang dari NTB dan 16 orang dari Jatim). Tidak ada "drop out" kader pada POD yang masuk dalam kategori berhasil, sedangkan pada POD yang gagal, "drop out" kader nampak tinggi (66%), dan pada POD yang berjalan cukup memadai, "drop out" kader sekitar 40%
- Beberapa karakteristik kader pengelola POD:
 - Kader lestari umumnya telah berusia mapan, pendidikan umumnya SD atau SMP.
 - Kader POD yang merangkap kader posyandu nampak lebih aktif dalam mempromosikan POD

- Kader POD yang merangkap kader posyandu nampak lebih aktif dalam mempromosikan POD dan dari kelompok ini angka "drop out" rendah. Namun perlu diingat bahwa kader rangkap ini sudah sibuk.
- Kerja sama antara kader dengan para tokoh masyarakat sangat menentukan kelestarian kader dan kelangsungan POD.
- Karena faktor penyebab kegagalan kader seringkali sulit diramalkan, mungkin ada baiknya jika pelatihan kader POD diadakan pula secara berkala.
- Selama mengelola POD, kader memperoleh "reward" secara tak langsung dengan jalan menggunakan uang keuntungan POD untuk menunjang aktivitasnya yang berhubungan dengan POD, misalnya tranpor ke kecamatan (beli obat, konsultasi dengan pembina) membeli keperluan administrasi (buku, kertas, ballpoint, dan sebagainya).
- Selain sebagai pengelola POD sebenarnya kader diharapkan dapat menjadi pendidik masyarakat dalam pengobatan sendiri, namun dari penelitian ini belum nampak hasilnya.

3. Pelatihan kader

- Pengetahuan kader tentang obat, pengobatan dan penyuluhan pada masyarakat diperoleh dari pelatihan (diharapkan secara berkala) dan pembinaan oleh petugas Puskesmas. Dari penelitian ini diketahui bahwa untuk mendapatkan kader yang cukup terampil dalam pencatatan obat dan keuangan memerlukan waktu kurang lebih 4 bulan. Dalam pelatihan ini dikembangkan pula buku-buku panduan dan pedoman baik bagi pelatih maupun bagi kader POD. Dengan buku panduan ini diharapkan Dokter Puskesmas dapat mengembangkan sendiri cara pelatihan kader sesuai kondisi setempat.
- Pelatih sebaiknya adalah Dokter Puskesmas atau petugas lain yang ditunjuk, khususnya yang akan membina selanjutnya.
- Mengingat tingkat pendidikan formal kader dipedesaan, maka materi buku-buku panduan dikembangkan sesuai pendidikan terendah, SD.

- Penyuluhan masyarakat oleh kader nampaknya belum berhasil, dengan tidak terlihatnya perubahan perilaku masyarakat dalam mengambil tindakan jika ada keluarga yang sakit (Tabel 15). Nampaknya penyuluhan tentang pengobatan sendiri memang sulit jika sepenuhnya diserahkan kepada kader. Mungkin perlu dikembangkan paket penyuluhan tersendiri yang dikerjakan secara terpadu dengan penyuluhan pedesaan lainnya.

4. Jenis obat

- Jenis obat yang disediakan di POD berjumlah 19 jenis, dan ternyata hanya beberapa jenis yang laku (Tabel 13). Kelihatannya penyediaan obat ini sudah cukup memadai jika mengacu pada Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk POD. Mungkin yang perlu dipertimbangkan adalah memasukkan beberapa obat program seperti TBC, Oralit, Lepra dan sebagainya dalam pengelolaan kader POD.
- Obat-obat yang tersedia di POD diberi nama sesuai dengan keluhan yang sering disebut oleh masyarakat, selain itu juga untuk memudahkan kader dalam menyesuaikan dengan keluhan yang diajarkan dan memberikan obat.
- Hal lain yang perlu dipikirkan adalah perlunya memberi landasan hukum kepada kader POD sebagai pengelola obat dan kepada POD sebagai tempat pengecer obat Bebas Terbatas dan Obat Bebas.

5. Jalur distribusi

- Pada penelitian ini, obat-obat disediakan oleh Tim Peneliti Pusat melalui **depot POD** yang dipercayakan kepada Dokter Puskesmas setempat. Jalur distribusi melalui KUD belum berhasil dijajagi karena beberapa hal :
 - KUD di daerah penelitian belum berjalan baik, bahkan terasa tidak disukai oleh masyarakat seperti yang terungkap pada FGD dengan TOMA setempat.
 - Jumlah POD pada tiap kecamatan dalam penelitian hanya 2 atau 3. Jumlah ini kurang efisien untuk menjajagi jalur distribusi obat, karena volume obat yang diperjual belikan sangat kecil. Dengan demikian jalur distribusi sampai di kecamatan lewat KUD ini perlu diteliti lebih lanjut.

6. Pembinaan

- Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan pemerintah di garis terdepan (yang dikelola pemerintah), sudah selayaknya menjadi pembina POD seperti halnya pada Posyandu. Karena itu untuk tidak memperbanyak tugas Puskesmas yang sudah sarat dengan berbagai program, masih dianjurkan mengaitkan POD dengan Posyandu dalam aspek-aspek tertentu, terutama demi kemudahan pembinaan kader POD. Namun ada pula pemikiran lain, yaitu untuk mengikutsertakan petugas kesehatan lain misalnya apoteker yang berada di kecamatan untuk turut membina kader POD desa yang dekat.

Kesimpulan Dan Saran

1. Diperlukan suatu kondisi daerah dan masyarakat tertentu jika akan didirikan POD.

- tingkat sosial ekonomi yang memadai dan pemahaman masyarakat akan penyakit & obat juga memadai.
- aktivitas tokoh masyarakat sebagai motivator kader cukup besar
- di daerah perkotaan dimana terdapat toko-toko obat besar, POD tidak terlalu dibutuhkan.
- jalur distribusi diusulkan lewat KUD yang merupakan badan hukum, karena itu daerah dimana KUD berjalan baik, merupakan salah satu syarat juga.

2. Keterkaitan POD dengan Posyandu perlu dipertahankan sebagai swadaya pelayanan kesehatan, disamping mempermudah pembinaan oleh Puskesmas.

3. Pembinaan POD dilakukan oleh Puskesmas

4. Obat-obat POD adalah obat dengan nama generik, untuk menyederhanakan jenis-jenis obat dengan berbagai nama dagang dan agar dapat bersaing dari segi harga.

5. Untuk daerah-daerah dimana pemahaman masyarakat tentang sakit & obat masih rendah, POD tak dapat didirikan. Daerah seperti ini memerlukan penyuluhan tersendiri dan keterbukaan terhadap informasi. Penyuluhan memerlukan terobosan khusus untuk mengatasi kesenjangan bahasa sebagai alat komunikasi. Umumnya masyarakat desa lebih menyukai dan memahami bahasa daerah.

Diperlukan suatu kondisi daerah & masyarakat tertentu jika akan didirikan POD. Upaya untuk mendirikan POD di desa yang tidak terlalu jauh dari perkotaan terlihat lebih mudah daripada di desa yang jauh dari perkotaan. Hal ini disebabkan karena pemahaman tentang sakit dan penyakit serta upaya mencari pengobatan sendiri di desa yang jauh dari perkotaan masih harus dibangkitkan dengan jalan penyuluhan-penyuluhan, sebelum didirikan pos obat desa. Untuk penyuluhan maka harus ditembus kesenjangan bahasa yang digunakan untuk berkomunikasi. Umumnya masyarakat desa lebih senang berbahasa daerah daripada berbahasa Indonesia.

6. Beberapa hambatan.

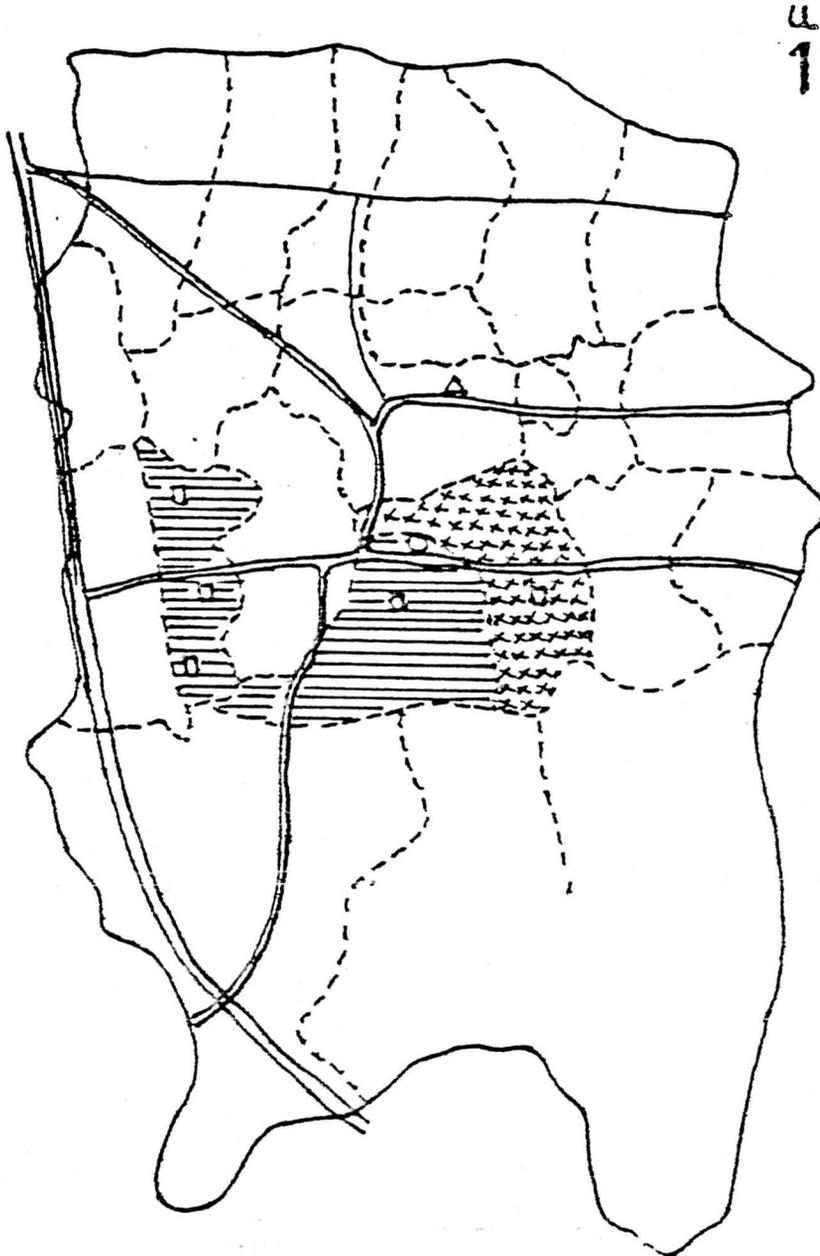
- Pendidikan kader yang rata-rata rendah dan adanya kader baru yang harus dilatih lagi.
- Pembinaan oleh Puskesmas terasa agak berat, karena Puskesmas telah berat beban tugasnya. Mungkin perlu dipikirkan peran anggota Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI) di daerah untuk turut membantu membina POD.
- Beberapa keluhan sakit dari masyarakat tidak dapat diatasi dengan obat POD, sedang Puskesmas cukup jauh jaraknya dari POD.

Ucapan terimakasih

Ucapan terimakasih atas segala bantuan moril dan materiil sehingga penelitian ini dapat terselenggara sampai selesai, kami ucapkan kepada:

1. Kepala Kanwil Dep. Kes. dan staf diJatim dan NTB.
2. Kepala Dinas Kes. Lamongan dan Lombok Barat.
3. Para Dokter Puskesmas dan staf di Kecamatan Kedung-pring, Mantup, Gerung dan Sweta.
4. Dekan Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga di Surabaya.
5. Dekan Fakultas Ekonomi, Universitas Mataram di Mataram.
6. Bapak Camat Kedungpring, Mantup, Gerung dan Cakranegara dan para Pamong Desa setempat.

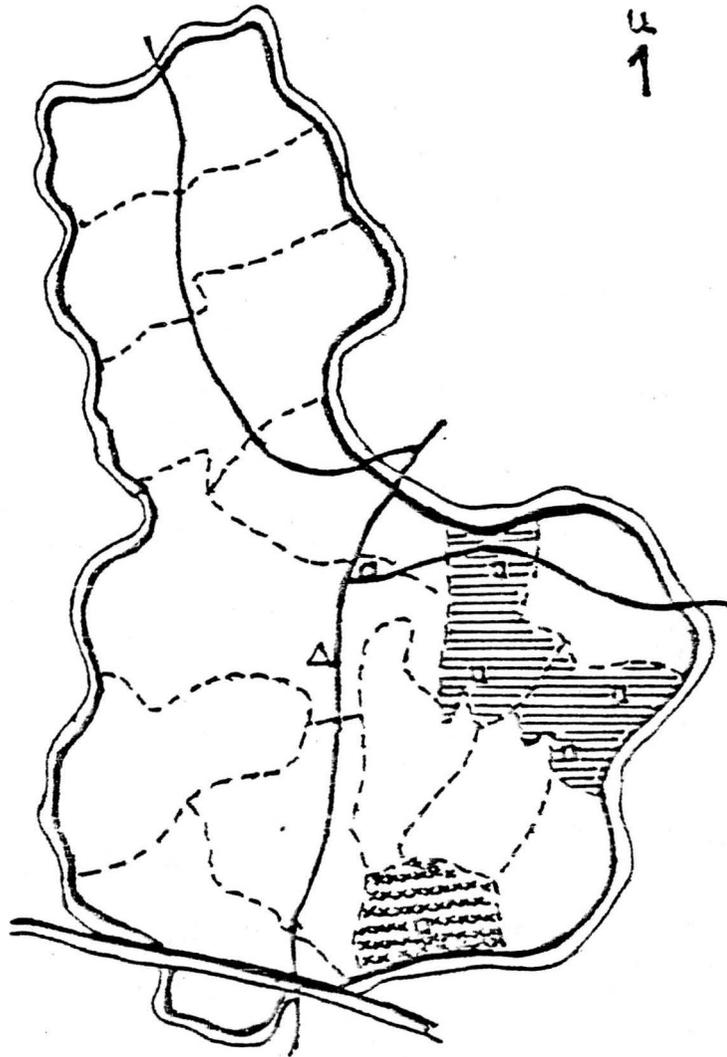
Peta Lokasi Kecamatan KEDUNGPRING



u
1

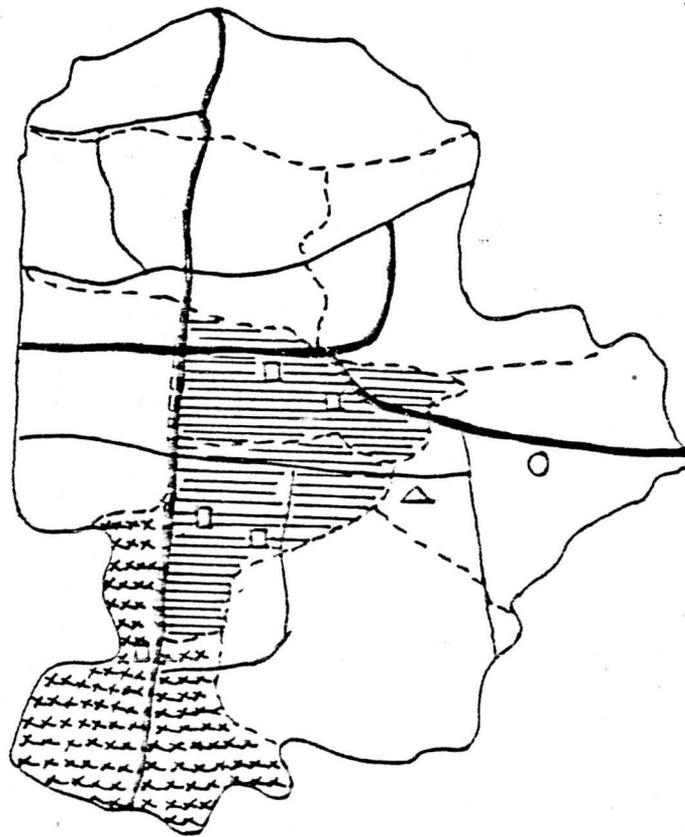
- ≡ = Desa Intervensi
- xx = Desa Kontrol
- = Desa tempat POD
- = Kantor Kecamatan
- △ = Puskesmas

Peta Lokasi Kecamatan MANTUP



- ▨ = Desa Intervensi
- xx = Desa Kontrol
- = Desa tempat POD
- = Kantor Kecamatan
- △ = Puskesmas

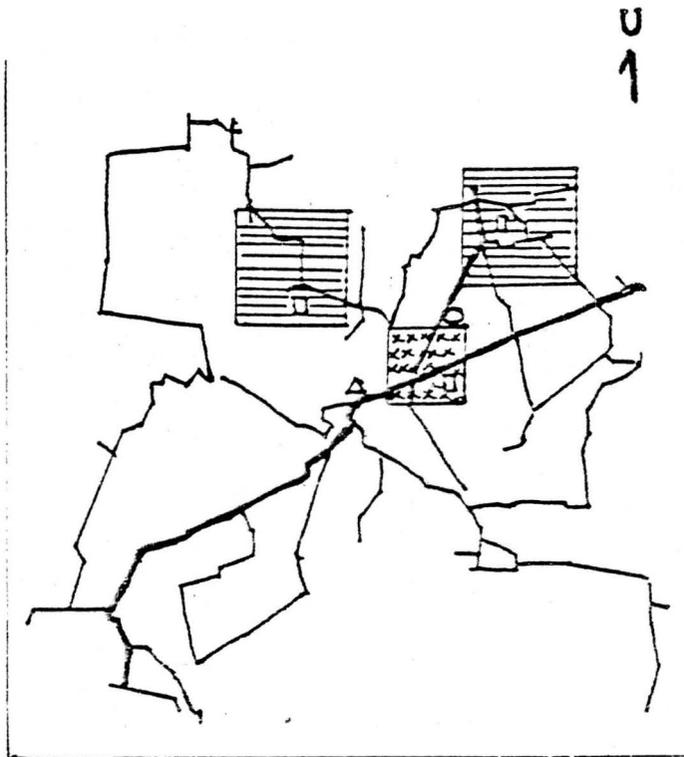
Peta Lokasi Kecamatan CAKRANEGARA



u
1

- ≡ = Desa Intervensi
- ** = Desa Kontrol
- = Desa tempat POD
- = Kantor Kecamatan
- △ = Puskesmas

Peta Lokasi Kecamatan GERUNG



- ≡ = Desa Intervensi
- xx = Desa Kontrol
- = Desa tempat POD
- = Kantor Kecamatan
- △ = Puskesmas

Personalia Penelitian

Susunan Personalia Penelitian Operasional Pengadaan Obat Pada Posyandu

Ketua Pelaksana : Dra. Sri Sugati Sjamsuhidajat

Peneliti Utama : Dra. Nani Sukasediati MS.

Peneliti : 1. Drs. Janahar Murad
2. Dra. Martuti Budiharto
3. Dra. Umi Kadarwati
4. Dra. Nurendah P. Subanu
5. Dra. Titi Sapardiah Santoso
6. Drs. M. Noerhadi
7. Drs. Ondri Dwi Sampurno

Pembantu Peneliti : 1. Dra. Sri Mulangsih

2. Dra. Suharmiati

Peneliti Daerah : 6 orang (4 dokter Puskesmas
dan 2 dokter Kabupaten)

Pembantu Pelaksana/Sekretariat :

1. Daryanto BA.

2. Kabul Purnomo

3. Parsidi

Konsultan : Dra. Andayaningsih M.Sc.

