

**LETTER OF ACCEPTANCE (LOA)**

Berdasarkan hasil seleksi yang dilakukan oleh Panitia Pertemuan Ilmiah Tahunan (PIT) Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) 2015, kami memutuskan bahwa makalah dengan rincian:

Judul : **MODEL KOLABORASI APOTEKER-BIDAN PADA PROGRAM REVITALISASI POSYANDU DALAM Mendukung Pencapaian SDG 2030**

Penulis : **Anita Purnamayanti**

Email : **anita\_p\_rahman@yahoo.com**


dinyatakan **DITERIMA** untuk dipresentasikan secara **ORAL** dalam acara PIT & RAKERNAS IAI 2015 yang akan dilaksanakan pada tanggal **7-10 Mei 2015**, di **Minang Hall The Hills Hotel dan Istana Bung Hatta, Bukittinggi, Sumatera Barat.**

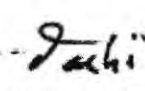
Informasi lebih lanjut tentang penyajian makalah yang dimaksud dapat diakses di website resmi RAKERNAS & PIT IAI 2015 dengan alamat <http://pit.ikatanapotekerindonesia.net>

Demikianlah hal ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, 23 Maret 2015

**Panitia Pelaksana  
Rapat Kerja Nasional & Pertemuan Ilmiah  
Ikatan Apoteker Indonesia 2015**

  
H. Zulkarni R., S.Si, MM, Apt  
Ketua

  
**PANITIA  
RAKERNAS  
& PIT IAI  
2015**  
Dasrul B., S.Si, Apt.  
Sekretaris

**MODEL KOLABORASI APOTEKER-BIDAN PADA PROGRAM REVITALISASI  
POSYANDU DALAM Mendukung Pencapaian SDG 2030**

Anita Purnamayanti <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Fakultas Farmasi Universitas Surabaya

Alamat korespondensi : Jl. Semolowaru Bahari Blok III/39 Surabaya 60119  
anita\_p\_rahman@yahoo.com

Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas tahun 2014, mensyaratkan pelayanan kefarmasian dipimpin oleh Apoteker. Pelayanan kefarmasian meliputi kegiatan yang bersifat manajerial, dan pelayanan farmasi klinik. Salah satu jenis pelayanan farmasi klinik yang dilaksanakan adalah Informasi Obat, melalui kegiatan penyuluhan untuk pasien rawat jalan dan rawat inap, serta untuk masyarakat. Sedangkan salah satu kegiatan manajerial apoteker Puskesmas adalah pendistribusian obat, baik ke Puskesmas maupun ke sub unit pelayanan di wilayah kerja Puskesmas (misalnya, Posyandu). Namun pengelolaan Posyandu dimotori oleh Bidan. Oleh karena itu diperlukan suatu model kolaborasi apoteker dengan Bidan dalam meningkatkan pelayanan yang selaras dengan Program Revitalisasi Posyandu. Tujuan penyusunan model kolaborasi ini adalah untuk mencapai kualitas hidup masyarakat yang optimal melalui pelayanan kesehatan primer. Hal tersebut selaras dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*, SDG) : memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua pada segala usia, yang harus dicapai pada tahun 2030. Apoteker secara nyata dapat berperan penting untuk mendukung pencapaian indikator dari aspek input, proses, luaran, dan dampak sebagaimana ketentuan pada Program Revitalisasi Posyandu. Dapat disimpulkan bahwa model kolaborasi Apoteker-Bidan dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mendukung pencapaian SDG Nasional pada tahun 2030 di bidang kesehatan dasar melalui peningkatan layanan kesehatan terintegrasi di Puskesmas dan sub unitnya.

Kata kunci : Model Kolaborasi, Apoteker, Bidan, Revitalisasi Posyandu, Puskesmas

PENGESAHAN

Salinan/ Foto kopi sesuai dengan aslinya  
Surabaya, \_\_\_\_\_

Dekan,



Dr. Christina Avanti, M.Si., Apt.

**PHARMACIST-MIDWIFE COLLABORATION MODEL IN  
POSYANDU REVITALIZATION PROGRAM FOR ACHIEVING SDG 2030**

Anita Purnamayanti <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Faculty of Pharmacy – University of Surabaya

Correspondent adress : Jl. Semolowaru Bahari Blok III / 39 Surabaya 60119

anita\_p\_rahman@yahoo.com

Pharmaceutical Care Standard (2014) have mandated pharmacist to manage pharmaceutical care at Puskesmas – the primary health care facilities in Indonesia. Pharmaceutical care covers both managerial tasks as well as clinical pharmacy. Medicine Information is one of the task in clinical pharmacy area which have to be served by pharmacist. And one of the pharmacist's managerial tasks is to manage medicine supply for patients at Puskesmas and its sub units, including Posyandu – a public-based integrated healthcare facilities in Indonesia, managed by Puskesmas' midwives. Therefore, a pharmacist-midwife collaboration model have to be set to improve health care system that is consistent with Posyandu Revitalization Program. The aim of this model development is to promote an optimal quality of life for Indonesian people through integrated primary care system. Thus, inline with the Sustainable Development Goals (SDG), i.e to ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages by 2030. Pharmacist plays important roles in achieving all indicators of input, process, output, as well as outcome aspects of Posyandu Revitalization Program. In conclusion, pharmacist-midwives collaboration model have to be developed further to support acheiving National's SDG by 2030, through integrated improvements in primary health care system at Puskesmas and its sub units.

Keywords : Collaboration Model, Pharmacist, Midwife, Posyandu Revitalization Program, Puskesmas

## Pendahuluan

Upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat Indonesia telah dilaksanakan secara berkelanjutan. Indonesia terlibat aktif untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDG) yang seharusnya berakhir pada tahun 2015. Saat ini Indonesia sedang berusaha mencapai 8 aspek yang ditargetkan oleh MDG, namun masih terdapat capaian yang jauh dari target tersebut, terutama pada Goal ke-4 Pengurangan Angka Kematian Anak dan Goal ke-5 Peningkatan Kesehatan Ibu.(1) Paska tahun 2015, perbaikan pada kesehatan ibu dan anak seharusnya tetap berlanjut dengan program *Sustainable Development Goals* (SDG) yang ditargetkan tercapai pada tahun 2030 – terutama pada Goal ke-3 Memastikan Hidup Sehat dan Meningkatkan Kesejahteraan bagi Semua Orang pada Segala Usia.(2)

Namun target MDG pada Goal ke-4 dan ke-5 di Indonesia belum tercapai, sedangkan target SDG lebih ketat lagi. Sebagai contoh, salah satu indikator Goal ke-5 MDG adalah penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), yang ditargetkan turun dari 300 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000 menjadi 110 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, dan kemudian menjadi < 70 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Sedangkan menurut Laporan Kemajuan MDGs Indonesia (2014), dilaporkan bahwa penurunan AKI melambat menjadi 190 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012. AKI tertinggi disebabkan oleh perdarahan *post partum* dan terkait dengan hipertensi dalam kehamilan. Demikian juga dengan salah satu indikator Goal ke-4 MDG, penurunan Angka Kematian Balita dari 50 kematian balita per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2000 menjadi 28 kematian balita per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015, baru tercapai 31 kematian balita per kelahiran hidup pada tahun 2012.(3) Terlihat bahwa masih terdapat kesenjangan yang besar antara target dan pencapaiannya di Indonesia.

Oleh karena itu, Indonesia berusaha mengejar ketertinggalan tersebut dengan memfokuskan Prioritas Pembangunan Kesehatan pada Rencana Jangka Menengah Nasional (RJPMN) dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2010 – 2014, salah satunya pada peningkatan kesehatan ibu, bayi, balita dan Keluarga Berencana (KB).(4) Peningkatan mutu pelayanan kesehatan tingkat dasar dilaksanakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas sebagai *focal point* Pelayanan Kesehatan Primer membawahi Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling (Pusling), Dokter Praktik, dan Bidan Praktik. Di tingkat desa terdapat Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Keluarga Balita (BKB).(5)

Posyandu merupakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di tingkat Rukun Warga (RW) / Kelurahan / Desa / Dusun, yang dimotori oleh bidan dan melibatkan partisipasi aktif masyarakat melalui kader Posyandu. Sebagian besar kader Posyandu tidak memiliki latar belakang di bidang kesehatan. Oleh karena itu, diberlakukan program Revitalisasi Posyandu, dan kemudian juga dicanangkan program Reformasi *Primary Health Care* (PHC).(5)

Reformasi PHC yang mengadopsi pendekatan WHO dalam the WHO *Annual Report* 2008 dengan judul: "*Primary Health Care, Now More Than Ever*", terdiri dari empat pilar yaitu : (5)  
• Reformasi pembiayaan kesehatan, pembiayaan pemerintah lebih diarahkan pada upaya kesehatan masyarakat (*public goods*) dan pelayanan kesehatan bagi orang miskin.



- Reformasi kebijakan kesehatan, kebijakan kesehatan harus berbasis fakta (*evidence based public health policy*)
- Reformasi kepemimpinan kesehatan (kepemimpinan kesehatan harus bersifat inklusif, partisipatif, dan mampu menggerakkan lintas sektor melalui kompetensi advokasi)
- Reformasi pelayanan kesehatan (pelayanan kesehatan dasar harus mengembangkan sistem yang kokoh dalam konteks puskesmas dengan jejaringnya serta dengan suprasistemnya (Dinkes Kab/kota, dan RS Kab/Kota).

Reformasi PHC yang diinginkan di masa yang akan datang adalah : Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan; pusat pemberdayaan masyarakat; pusat pelayanan kesehatan komprehensif di strata pertama dan (UKM dan UKP). Disamping itu Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dapat berjalan secara lintas sektor, Pada Puskesmas sebagai pembina teknis, terdapat alokasi anggaran yang cukup untuk upaya kesehatan masyarakat (*public goods*), serta terdapat sistem yang jelas mengenai peran Puskesmas dan jejaringnya termasuk dengan Dinkes Kab/Kota, RS Kab/Kota.(5)

Posyandu sebagai UKBM di tingkat masyarakat paling dasar, telah mengalami revitalisasi, termasuk pada upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. Sejalan dengan berlakunya UU Otonomi Daerah, Puskesmas tidak lagi menjalankan program pokok yang seragam. Berdasarkan Kepmenkes No.128/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, program Puskesmas terbagi dua, yakni program wajib dan program pengembangan. Program wajib terdiri dari enam program pokok (*six basics*), yakni promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular, KIA dan KB, serta pengobatan dasar. Bila diperlukan penambahan Program Puskesmas, maka program tersebut disebut program pengembangan sesuai kebutuhan lokal atau lokal spesifik.(5)

Dalam menggerakkan Posyandu, bidan harus berperan aktif memberdayakan masyarakat dan meningkatkan pengetahuan kader Posyandu mengenai kesehatan. Berkaitan dengan kesehatan ibu, bayi dan balita, maka hal tersebut berarti juga harus menguasai mengenai pengobatan. Kesehatan bayi dan balita berawal dari kesehatan ibu, terutama pada masa kehamilan dan persalinan. Kader Posyandu diharapkan juga mengetahui mengenai ancaman bahaya kehamilan dan persalinan yang dapat meningkatkan AKI dan Angka Kematian Neonatus (AKN) dan Balita (AKB). Upaya pencegahan AKI akibat perdarahan *post partum* dan hipertensi dalam kehamilan, melibatkan pemberian obat; yaitu : Tablet Tambah Darah (TTD), kalsium, dan vitamin D.

Pemberian obat pencegahan AKI ini, terutama TTD telah tercantum di dalam Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA) yang harus dimiliki setiap ibu yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan sub unitnya, termasuk Posyandu.(6) Pada buku KIA, disebutkan bahwa TTD minimal dikonsumsi 90 tablet selama kehamilan. Sedangkan sebenarnya kebutuhan TTD pada ibu hamil adalah setiap hari selama kehamilan sampai dengan persalinan, terutama mulai dari trimester kedua, karena saat itulah risiko anemia zat besi sangat meningkat sampai dengan paska persalinan.(7,8) Oleh karena itu, kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi obat tersebut sangat menentukan keberhasilan upaya pencegahan bahaya kehamilan dan persalinan, sekaligus menurunkan AKI dan AKN. Apoteker Puskesmas berperan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, khususnya ibu hamil, guna mencapai

- Reformasi kebijakan kesehatan, kebijakan kesehatan harus berbasis fakta (*evidence based public health policy*)
- Reformasi kepemimpinan kesehatan (kepemimpinan kesehatan harus bersifat inklusif, partisipatif, dan mampu menggerakkan lintas sektor melalui kompetensi advokasi)
- Reformasi pelayanan kesehatan (pelayanan kesehatan dasar harus mengembangkan sistem yang kokoh dalam konteks puskesmas dengan jejaringnya serta dengan suprasistemnya (Dinkes Kab/kota, dan RS Kab/Kota).

Reformasi PHC yang diinginkan di masa yang akan datang adalah : Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan; pusat pemberdayaan masyarakat; pusat pelayanan kesehatan komprehensif di strata pertama dan (UKM dan UKP). Disamping itu Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dapat berjalan secara lintas sektor, Pada Puskesmas sebagai pembina teknis, terdapat alokasi anggaran yang cukup untuk upaya kesehatan masyarakat (*public goods*), serta terdapat sistem yang jelas mengenai peran Puskesmas dan jejaringnya termasuk dengan Dinkes Kab/Kota, RS Kab/Kota.(5)

Posyandu sebagai UKBM di tingkat masyarakat paling dasar, telah mengalami revitalisasi, termasuk pada upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. Sejalan dengan berlakunya UU Otonomi Daerah, Puskesmas tidak lagi menjalankan program pokok yang seragam. Berdasarkan Kepmenkes No.128/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, program Puskesmas terbagi dua, yakni program wajib dan program pengembangan. Program wajib terdiri dari enam program pokok (*six basics*), yakni promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular, KIA dan KB, serta pengobatan dasar. Bila diperlukan penambahan Program Puskesmas, maka program tersebut disebut program pengembangan sesuai kebutuhan lokal atau lokal spesifik.(5)

Dalam menggerakkan Posyandu, bidan harus berperan aktif memberdayakan masyarakat dan meningkatkan pengetahuan kader Posyandu mengenai kesehatan. Berkaitan dengan kesehatan ibu, bayi dan balita, maka hal tersebut berarti juga harus menguasai mengenai pengobatan. Kesehatan bayi dan balita berawal dari kesehatan ibu, terutama pada masa kehamilan dan persalinan. Kader Posyandu diharapkan juga mengetahui mengenai ancaman bahaya kehamilan dan persalinan yang dapat meningkatkan AKI dan Angka Kematian Neonatus (AKN) dan Balita (AKB). Upaya pencegahan AKI akibat perdarahan *post partum* dan hipertensi dalam kehamilan, melibatkan pemberian obat; yaitu : Tablet Tambah Darah (TTD), kalsium, dan vitamin D.

Pemberian obat pencegahan AKI ini, terutama TTD telah tercantum di dalam Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA) yang harus dimiliki setiap ibu yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan sub unitnya, termasuk Posyandu.(6) Pada buku KIA, disebutkan bahwa TTD minimal dikonsumsi 90 tablet selama kehamilan. Sedangkan sebenarnya kebutuhan TTD pada ibu hamil adalah setiap hari selama kehamilan sampai dengan persalinan, terutama mulai dari trimester kedua, karena saat itulah risiko anemia zat besi sangat meningkat sampai dengan paska persalinan.(7,8) Oleh karena itu, kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi obat tersebut sangat menentukan keberhasilan upaya pencegahan bahaya kehamilan dan persalinan, sekaligus menurunkan AKI dan AKN. Apoteker Puskesmas berperan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, khususnya ibu hamil, guna mencapai

kesepahaman mengenai tujuan pengobatan ini, sehingga kepatuhan terhadap pengobatan meningkat.

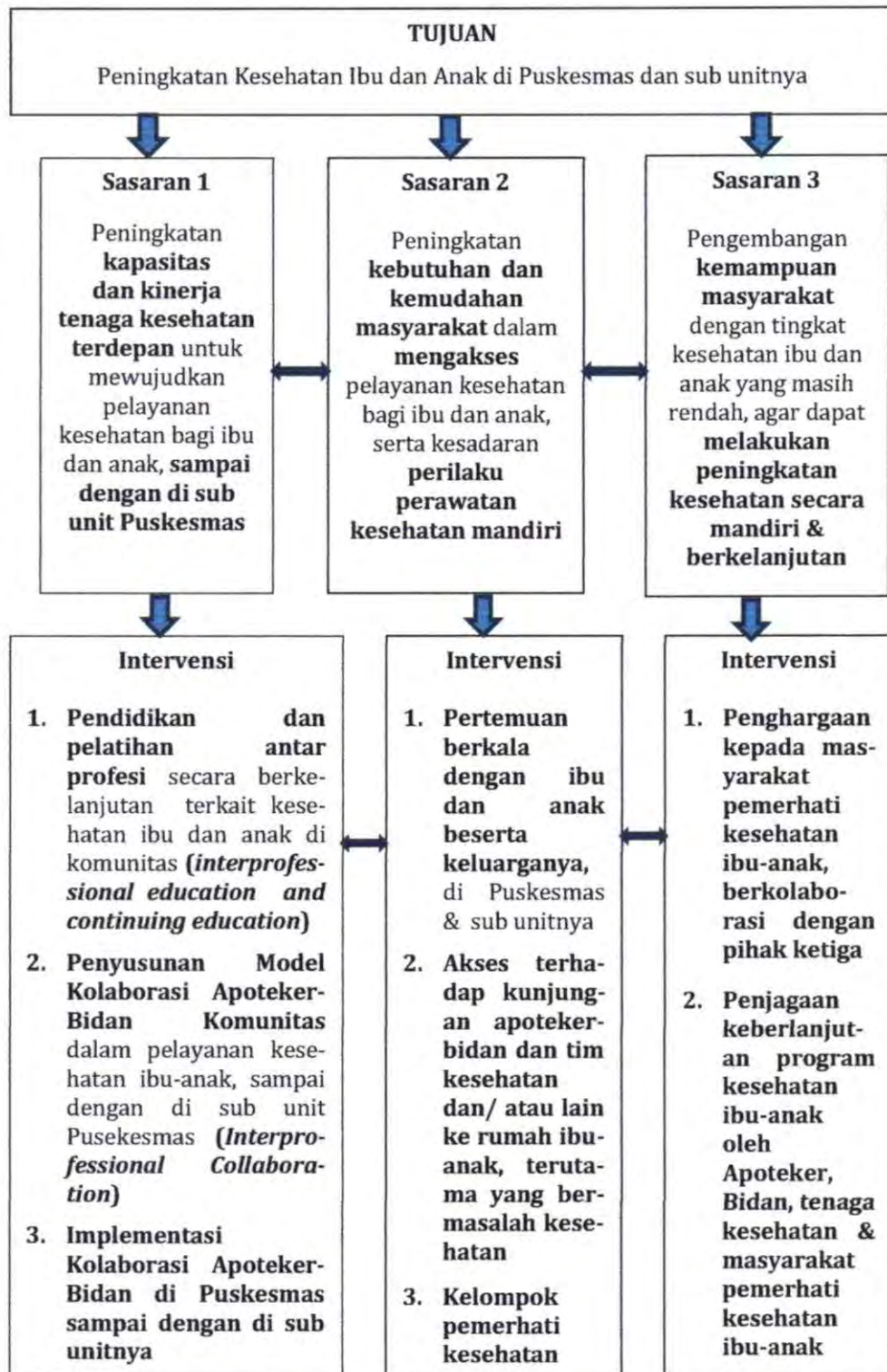
Pada akhir tahun 2014 Pemerintah mengeluarkan Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas yang mewajibkan pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai, maupun pelayanan farmasi klinik dilakukan oleh apoteker di Puskesmas, termasuk di sub unitnya (seperti di Posyandu). Apoteker harus melaksanakan kegiatan di bidang pengelolaan obat dan bahan medis habis pakai, mulai dari perencanaan kebutuhan, permintaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan, pelaporan dan pengarsipan, serta pemantauan dan evaluasi obat. Sedangkan di bidang pelayanan farmasi klinik, apoteker harus melakukan pengkajian resep, penyerahan obat dan pemberian informasi obat, Pelayanan Informasi Obat (PIO), konseling, ronde/visite pasien (khusus Puskesmas Rawat Inap), pemantauan dan pelaporan efek samping obat, pemantauan terapi obat, dan evaluasi penggunaan obat.(9) Apoteker dan bidan yang bekerja bersama-sama dalam pencapaian tujuan terapi secara optimal, pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup ibu hamil dan anak. Oleh karena itu diperlukan model kolaborasi antara apoteker dengan bidan dalam program Revitalisasi Posyandu yang dapat mendorong pencapaian SDG Indonesia pada tahun 2030.

#### **METODOLOGI PENYUSUNAN MODEL KOLABORASI APOTEKER-BIDAN**

Penyusunan Model Kolaborasi Apoteker-Bidan ini merupakan jenis pelaporan peningkatan mutu pelayanan kesehatan (*quality improvement in health care report*).(10) Proses penyusunan model kolaborasi antara apoteker dengan bidan di Puskesmas, yang difokuskan pada pelayanan di Posyandu sebagai sub unit Puskesmas ini, merupakan hasil internalisasi dari kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di Puskesmas, Posyandu dan PAUD di kota Surabaya, Sidoarjo, dan Tulungagung.(11-17) Sebelum pelaksanaan kegiatan tersebut, telah mendapatkan ijin dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat (Bakesbanglinmas), Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta Puskesmas yang terkait.

Proses diawali dengan penentuan data, pengumpulan data, dan analisis faktor yang mempengaruhi. Analisis data dilakukan dengan cara membandingkan dengan teori dan standar / peraturan yang ada. Hasilnya digunakan untuk menyusun model yang sesuai. Inilah yang disebut sebagai pendekatan penelitian kualitatif secara *Grounded Theory*. (18-19)





Gambar 1. Rancangan Tujuan, Sasaran, dan Intervensi Kunci untuk Penyusunan Model Kolaborasi Apoteker-Bidan di Puskesmas



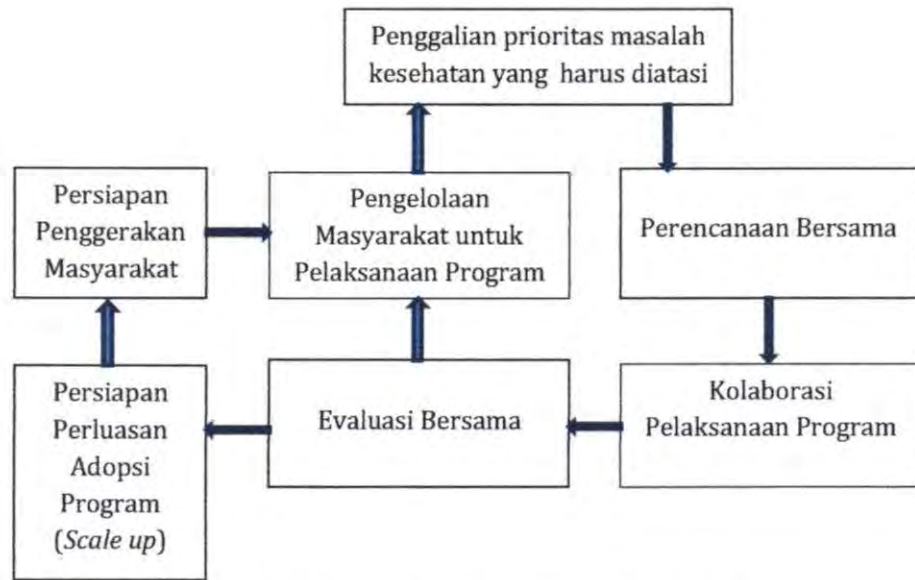
## Hasil dan Diskusi

Proses penyusunan model yang diawali dengan penentuan data, pengumpulan data, dan analisis faktor yang mempengaruhi, kemudian dianalisis datanya dengan cara membandingkan dengan teori dan standar / peraturan yang ada. Hasilnya digunakan untuk menyusun model yang sesuai. Mula-mula dibuat rancangan untuk menentukan tujuan, sasaran, serta intervensi kunci untuk menggerakkan masyarakat. Keterlibatan masyarakat diperlukan, agar pelaksanaan program ini tidak hanya bersifat "top-down", tetapi nantinya diharapkan dapat menumbuhkan kebutuhan masyarakat terhadap profesi apoteker – sebagai bagian tidak terpisahkan dari tim kesehatan di komunitas (Gambar 1). Selanjutnya disusun suatu model rencana kegiatan apoteker-bidan yang berupa siklus pergerakan masyarakat, mengingat pelayanan kesehatan harus selalu dievaluasi dan ditingkatkan setiap saat, dan keterlibatan masyarakat yang dinamis harus selalu diantisipasi dengan program yang bersifat luwes mewadahi dinamika masyarakat tersebut (Gambar 2). Oleh karena itu, rancangan model ini dibuat dengan mengacu pada model yang membuka kesempatan untuk sinergi tenaga kesehatan dan masyarakat; mulai dari penggalan masalah, pelaksanaan, sampai dengan evaluasi program dilakukan bersama. (20-22) Setelah itu, dapat dibuat rancangan model yang sesuai untuk implementasi kolaborasi antara profesi apoteker dengan bidan, di Puskesmas, sampai dengan di sub unitnya. (Gambar 3 dan 4)

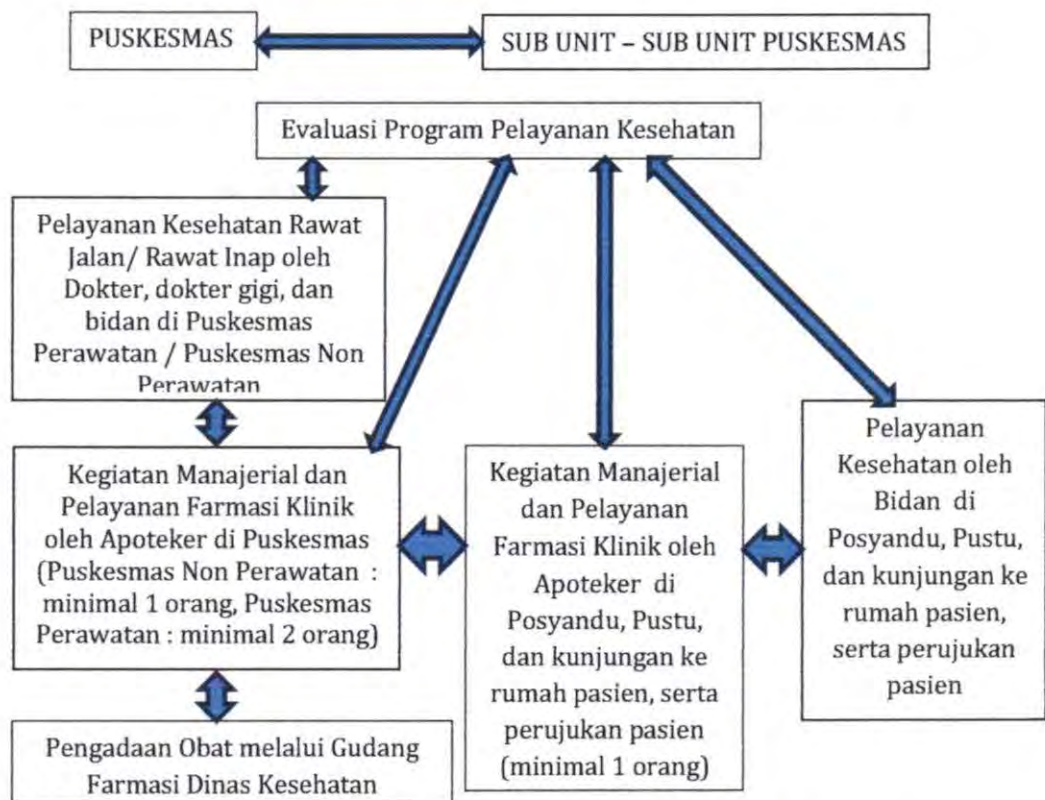
Kolaborasi dapat terbentuk apabila terdapat komitmen terhadap kepemimpinan, kontribusi dari anggota tim, populasi pasien yang jelas, sumber daya yang memadai, sistem terbaik guna mendukung koordinasi, kualitas pelayanan yang tinggi, dan rencana evaluasi yang efektif. Pelayanan kesehatan di Puskesmas tentu dimotori oleh Kepala Puskesmas, yang harus dapat memimpin dan mengkoordinasikan seluruh sumber daya yang menjadi tanggungjawabnya. Namun, kepemimpinan pelayanan kesehatan di sub unit Puskesmas, dapat didelegasikan. Misalnya, di Puskesmas Pembantu (Pustu) sebaiknya tetap dipimpin oleh dokter, namun di Posyandu / Puskesmas saat ini dimotori oleh bidan. Oleh karena itu, sebaiknya tenaga kesehatan lain dapat menerima dan menjalankan tanggungjawab masing-masing sesuai porsinya, sekaligus harus dapat berkolaborasi demi kesejahteraan pasien. Ini memerlukan dukungan sistem, sumber daya, dan masyarakat penerima layanan kesehatan beserta evaluasi mutu secara berkesinambungan.

Selanjutnya, agar kolaborasi dapat dipertahankan, maka diperlukan komunikasi dan koordinasi tim yang baik; kepuasan pasien, peningkatan kualitas hidup mereka, dan pengelolaan kesehatan secara mandiri oleh masyarakat; tersedianya jejaring pendukung komunitas (yang dapat melibatkan pihak ketiga – misalnya melalui kegiatan *Corporate Social Responsibility*); tindak lanjut ke pasien (misal : melalui kunjungan ke rumah); dan sistem pendokumentasian catatan klinis pasien yang terjamin keamanannya. (23)

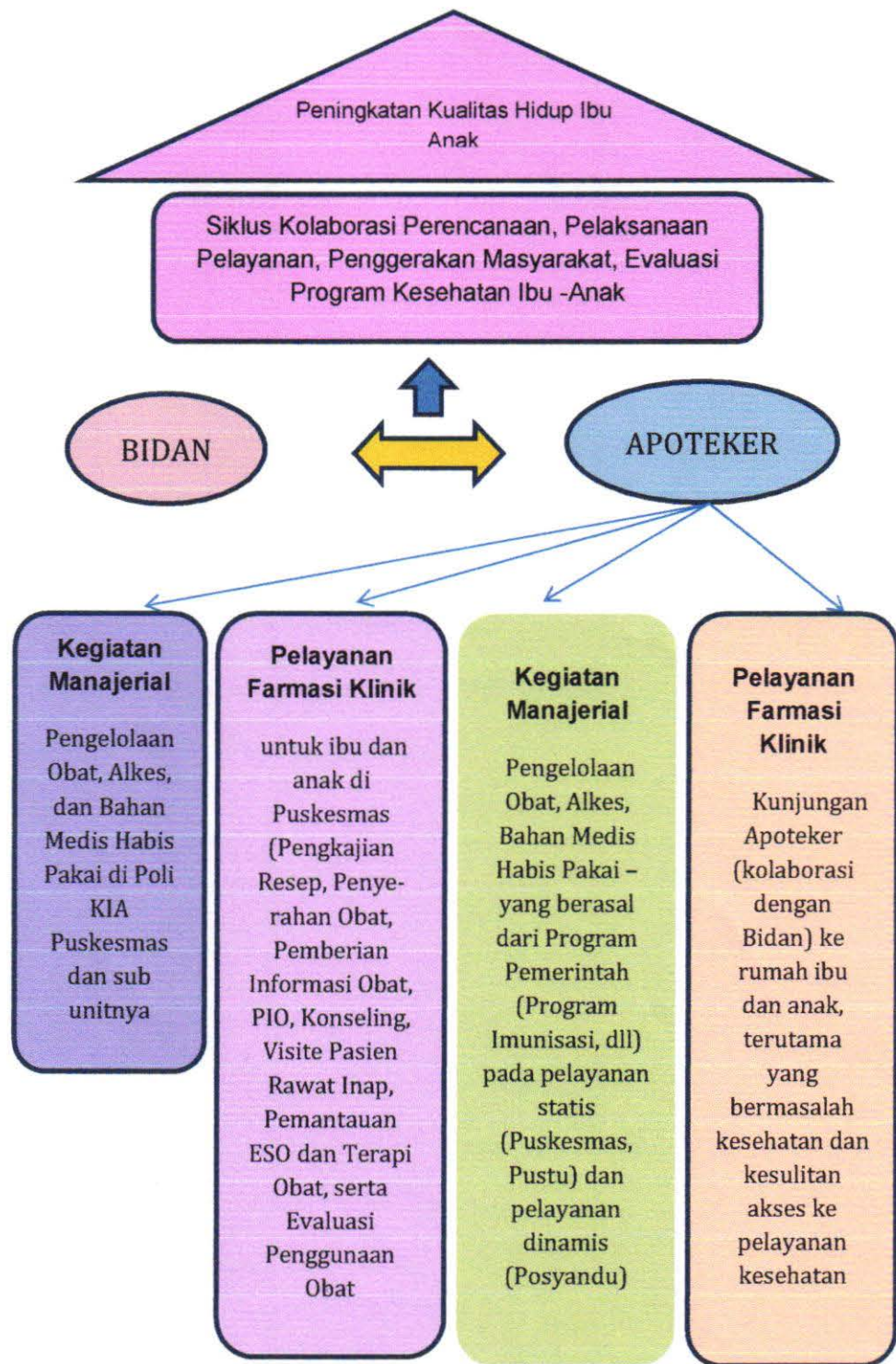
Hari pelayanan di Puskesmas adalah Senin – Sabtu, atau 6 hari dalam seminggu, baik di Puskesmas Perawatan maupun Non Perawatan. Tugas apoteker maupun bidan di Puskesmas Perawatan tentu bertambah, karena melayani pasien yang dirawat jalan maupun rawat inap. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas tahun 2014, disebutkan bahwa pelayanan kefarmasian di Puskesmas dilaksanakan oleh minimal satu orang apoteker, dan bahwa rasio yang ideal adalah 1 (satu) orang apoteker memberikan pelayanan kefarmasian untuk 50 orang pasien sehari. Namun



Gambar 2. Siklus Rencana Kolaborasi Apoteker- Bidan dalam Aksi Penggerakan Masyarakat



Gambar 3. Model Kolaborasi Tenaga Kesehatan di Puskesmas dan Sub Unitnya



Gambar 4. Model Kolaborasi Apoteker-Bidan di Puskesmas dan Sub Unitnya



jika ditinjau dari inti kegiatan pelayanan kefarmasian di Puskesmas, maka tugas apoteker di Puskesmas meliputi kegiatan yang bersifat manajerial dan pelayanan farmasi klinik. (9)

Berkaitan dengan ruang lingkup Puskesmas yang memiliki sub unit – sub unit, maka semestinya apoteker bukan hanya menjalankan kegiatan manajerial dan pelayanan farmasi klinik tersebut di Puskesmas saja, namun sampai dengan di sub unit-sub unitnya. Dan mengingat bahwa seharusnya tiada apoteker tidak ada pelayanan, maka idealnya apoteker di Puskesmas lebih dari satu orang. Secara bergantian, satu orang apoteker melaksanakan pelayanan di Puskesmas Non Perawatan, dan satu apoteker yang lain melaksanakan pelayanan di sub unit serta kunjungan ke rumah ibu dan anak (terutama ibu-anak dengan masalah kesehatan). Sedangkan untuk Puskesmas Perawatan memerlukan minimal 3 (tiga) orang apoteker. Jika Puskesmas tempat praktek profesi apoteker harus melayani lebih dari 50 pasien per hari, maka idealnya jumlah apoteker ditambah sesuai beban kerjanya. Dan hal ini hanya dapat diwujudkan, apabila terdapat dukungan nyata pemerintah melalui peraturan perundangan dan kebijakan yang spesifik, dan mensyaratkan alokasi apoteker di Puskesmas adalah sesuai beban tugas dan kinerja apoteker.

Salah satu tugas pengelolaan obat yang saat ini belum dilaksanakan adalah pengelolaan obat dari Program Pemerintah, seperti Program Imunisasi, Program Bantuan Obat pada saat terdapat Kejadian Luar Biasa (KLB), dan program sejenisnya. Seharusnya, apoteker juga berkolaborasi dalam pengelolaan obat tersebut untuk menjamin kestabilan dan efektivitas obat pada saat penggunaannya kepada Ibu dan Anak. Apoteker dapat mendukung pelaksanaan program pemerintah tersebut dengan cara mengelola obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan melalui program tersebut; karena apotekerlah yang memiliki latar belakang dan kewenangan secara hukum untuk pengelolaan obat. (24) Namun, dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI no 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi belum disebutkan dengan jelas peran apoteker terkait imunisasi. (25) Padahal, pemantauan suhu dan kestabilan vaksin idealnya tidak hanya dilakukan di Puskesmas, tetapi juga di Posyandu (pelayanan dinamis), bahkan sampai saat kembali ke Puskesmas (pelayanan statis). Seharusnya, sesampai di Puskesmas, maka vaksin yang telah dibawa ke pelayanan dinamis tersebut harus dimusnahkan. Apoteker seharusnya memiliki kewenangan dan menguasai cara pemusnahan vaksin tersebut, untuk menghindari dari pencemaran lingkungan maupun salah menggunakan obat; mengingat vaksin merupakan produk biologis. Ini adalah salah satu masalah yang seharusnya dapat menjadi masukan bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Selanjutnya, Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas seharusnya dilengkapi pula dengan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Permenkes tersebut. Ikatan Apoteker Indonesia, sebagai wadah organisasi profesi apoteker, sudah seharusnya menyumbang saran penyusunannya, berdasarkan **bukti praktek terbaik** (*best practices*) dari apoteker di Puskesmas. Dan kemudian selalu melakukan evaluasi untuk penyempurnaan model kolaborasi apoteker dengan tenaga kesehatan lain, di Puskesmas dan di manapun tempat pengabdian profesi apoteker. Apabila model yang telah disusun ini dapat di adopsi oleh pemerintah, dan diimplementasikan serta selalu ditingkatkan mutunya, maka diharapkan apoteker dapat menyumbang pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDG) pada tahun 2030. Minimal mendukung pencapaian Tujuan SDG (*Goal*) ke-3 – yaitu **kesehatan bagi semua orang, pada segala usia** – dan khususnya kesehatan ibu dan anak di komunitas.



**Ucapan Terima Kasih :**

- Kementerian Pendidikan Nasional – melalui dukungan dana Hibah Pengabdian kepada Masyarakat pada skema IbM tahun 2013-2014
- Ikatan Apoteker Indonesia Daerah Jawa Timur – sebagai organisasi profesi apoteker di Jawa Timur yang telah memperkaya dengan diskusi dan kebijakan yang bermanfaat
- Universitas Surabaya dan Fakultas Farmasi Universitas Surabaya – melalui dukungan dana Penelitian Peningkatan Publikasi dan Angka Partisipasi
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Sidoarjo, dan Tulungagung – yang telah memberi ijin pelaksanaan penelitian dan pengabdian masyarakat
- Dra. Nani Parfati, MS., Apt. , Drs. Doddy de Quelju MS., Apt., Drs. A. Adji Prayitno, MS. Apt., Agnes Nuniek Winantari, S.Si., M.S., Apt. – yang telah berkolaborasi dalam kegiatan penelitian
- Kusuma Hendrajaya, S.Si., M.S., Apt. – yang telah berkolaborasi dalam kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat Dikti pada skema IbM
- Kepala Puskesmas, para Bidan, dan Mahasiswa Fakultas Farmasi Universitas Surabaya – yang telah membantu pelaksanaan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di Puskesmas dan Posyandu

**Daftar Pustaka :**

1. United Nation. Millenium Development Goals 2015. United Nations General Assembly. Resolution 55.2. United Nations Millennium Declaration. 2000. Tersedia di : <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> (diakses pada 26 Juni 2010).
2. United Nation. Sustainable Development Goals 2030.
3. World Health Organization. Millenium Development Goals Country Profile 2014 – Indonesia. Tersedia dari : URL : <http://www.countdown2015.mnch.org/document/2014Report/pdf> [diakses pada 8 November 2014]
4. Chairul Radjab Nasution. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. ppt
5. Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Reformasi Primary Health Care. 2011. Tersedia dari : URL : <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release> [diakses pada 31 Desember 2012]
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Tersedia dari : URL : <http://www.depkes.go.id/download/jica/kia/pdf>. [diakses pada 31 Desember 2012]

7. Ekiz, E., Agaoglu, L., Karakas, Z., Gurel, N., Yalcin, I. (2005) The Effect Of Iron Deficiency Anemia On The Function Of The Immune System. *The Hematology Journal* 5, 579–583. Tersedia dari : URL : <http://>
8. Pavord S, et all, 2011, UK Guidelines On The Management Of Iron Deficiency In Pregnancy, British Committee for Standards in Haematology, Tersedia dari : URL : [http://www.bcshguidelines.com/documents/UK\\_Guidelines\\_iron\\_deficiency\\_in\\_pregnancy.pdf/](http://www.bcshguidelines.com/documents/UK_Guidelines_iron_deficiency_in_pregnancy.pdf/) [diakses pada 19 Desember 2012).
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. 2014.
10. Ogrinc G, et al. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(Suppl 1):i13–i32. Tersedia dari : URL : <http://qualitysafety.bmj.com/> [diakses pada 22 April 2012]
11. Winantari AN, Purnamayanti A. Penapisan Diabetes Gestasional dan Masalah Terkait Obat pada Peserta Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). 2012. Penelitian Peningkatan Publikasi dan Angka Partisipasi Universitas Surabaya.
12. Pratiwi R. Profil Pelayanan Informasi Obat pada Pasien Balita oleh Tenaga Kefarmasian di Puskesmas Wilayah Surabaya Utara. [Skripsi]. Surabaya : Universitas Surabaya. 2013.
13. Putri BPK. Profil Pelayanan Informasi Obat pada Pasien Geriatri oleh Tenaga Kefarmasian di Puskesmas Wilayah Surabaya Utara. [Skripsi]. Surabaya : Universitas Surabaya. 2013.
14. Purnamayanti A, Hendrajaya K. Ipteks bagi Masyarakat di Posyandu Ibu Hamil Desa Wangkal, Kecamatan Krembung, Sidoarjo. [Hibah Pengabdian kepada Masyarakat pada skim IbM – Dikti ]. 2014.
15. Amelia R. Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi di Beberapa Puskesmas di Tulungagung. [Skripsi]. Surabaya : Universitas Surabaya. 2014.
16. Chandra LO. Pengelolaan Rantai Dingin (*Cold Chain*) Vaksin di Puskesmas dan Posyandu. [Skripsi]. Surabaya : Universitas Surabaya. 2015.
17. Gunawan KS, Studi tentang Cakupan dan Capaian Imunisasi Wajib Dasar serta Masalah-Masalah yang Dihadapi di Puskesmas "X" Surabaya. [Skripsi]. Surabaya : Universitas Surabaya. 2014.
18. Derbyshire JA., Machin AI., Crozier S. Facilitating classroom based interprofessional learning: A grounded theory study of university educators' perceptions of their role adequacy as facilitators. *Nurse Education Today* 35 (2015) 50-56. Tersedia dari : URL : <http://www.nurseeducationtoday.com/article/pdf/> [diakses pada 27 April 2015]
19. Bound M., Campbell C. *Qualitative Method of Research : Grounded Theory Research*. 2011. Tersedia dari : URL : [http://www.academia.edu/1526814/Qualitative\\_Research\\_Grounded\\_Theory/pdf](http://www.academia.edu/1526814/Qualitative_Research_Grounded_Theory/pdf)
20. Howard-Grabman L. *Demystifying Community Mobilization : An Effective Strategy to Improve Maternal and Newborn Health*. 2007. US Agency for International Development. Tersedia dari : URL : [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADI338/pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI338/pdf). [diakses pada 27 April 2015]

21. Koblinsky M. Reducing Maternal and Perinatal Mortality Through a Community Collaborative Approach: Introduction to a Special Issue on the Maternal and Newborn Health in Ethiopia Partnership (MaNHEP). 2014. *Journal of Midwifery and Women's Health*. Tersedia dari : URL : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/Koblinsky/2014/pdf> [diakses pada 27 April 2015]
22. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Collaborative Practice Agreement and Pharmacist' Patient Care Services : A Resource for Pharmacists. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2013. Tersedia dari : URL : [http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/Translational\\_Tools\\_Pharmacists.pdf](http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/Translational_Tools_Pharmacists.pdf). [diakses pada 27 April 2015]
23. National Diabetes Education Program. Redesigning Health Care Team : Diabetes Prevention and Lifelong Management. 2011. Tersedia dari : URL : <http://www.ndep.nih.gov/media/teamcare/pdf> [diakses pada 2 Maret 2003]
24. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009
25. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. 2013



IKATAN APOTEKER INDONESIA

# Sertifikat

DIBERIKAN KEPADA:

**ANITA PURNAMAYANTI**

sebagai:

**Pemakalah Oral**

dalam:

**Rapat Kerja Nasional dan  
Pertemuan Ilmiah Tahunan Ikatan Apoteker Indonesia 2015**

dengan tema:

**"Enhancing Pharmacist Competence in Sustainable Health"**

pada:

**7 - 10 Mei 2015 di Bukittinggi, Sumatera Barat, Indonesia**



AKREDITASI

NO.104/SK-SKP/PP. IAI/IX/2014  
Peserta 2,5 SKP, Pemakalah/Oral 3 SKP,  
Moderator 1,5 SKP, Narasumber Seminar 4,5 SKP,  
Fasilitator 4,5 SKP, Juri Lomba 3 SKP,  
Panitia 3 SKP.

  
**Drs. Nurul Falah Eddy Pariang, Apt**  
Ketua Umum Ikatan Apoteker Indonesia



**IAI 2015.** Enhancing  
Pharmacist Competence  
in Sustainable Health

  
**Zulkarni R. S. Si, MM., Apt**  
Ketua Panitia Pelaksana

**PANITIA  
RAKERNAS  
& PIT IAI  
2015**