



UNIVERSITAS INDONESIA

**LAPORAN PRAKTEK KERJA PROFESI APOTEKER
DI DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEFARMASIAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA KEFARMASIAN
DAN ALAT KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PERIODE 6 – 20 JUNI 2011**

LAPORAN PRAKTEK KERJA PROFESI APOTEKER

**BERNOULLI S. P. TAMBUN, S.Farm.
1006835122**

ANGKATAN LXXIII

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM PROFESI APOTEKER – DEPARTEMEN FARMASI
DEPOK
DESEMBER 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**LAPORAN PRAKTEK KERJA PROFESI APOTEKER
DI DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEFARMASIAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA KEFARMASIAN
DAN ALAT KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PERIODE 6 – 20 JUNI 2011**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Apoteker**

**BERNOULLI S. P. TAMBUN, S.Farm.
1006835122**

ANGKATAN LXXIII

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM PROFESI APOTEKER – DEPARTEMEN FARMASI
DEPOK
DESEMBER 2011**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Praktek Kerja Profesi ini diajukan oleh :
Nama : Bernoulli S. P. Tambun, S. Farm.
NPM : 1006835122
Program Studi : Apoteker – Departemen Farmasi FMIPA UI
Judul Laporan : Laporan Praktek Kerja Profesi Apoteker di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Periode 6 – 20 Juni 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Apoteker pada Program Studi Apoteker, Fakultas Farmasi, Universitas Indonesia Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Erie Gusnellyanti, S.Si, Apt. (.....)

Pembimbing II : Dr. Abdul Mun'im, M.Si., Apt. (.....)

Penguji I : Dr. Harmita, Apt. (.....)

Penguji II : Dra. Azizahwati, M.S., Apt. (.....)

Penguji III : Dra. Maryati K., M.Si., Apt. (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Januari 2012

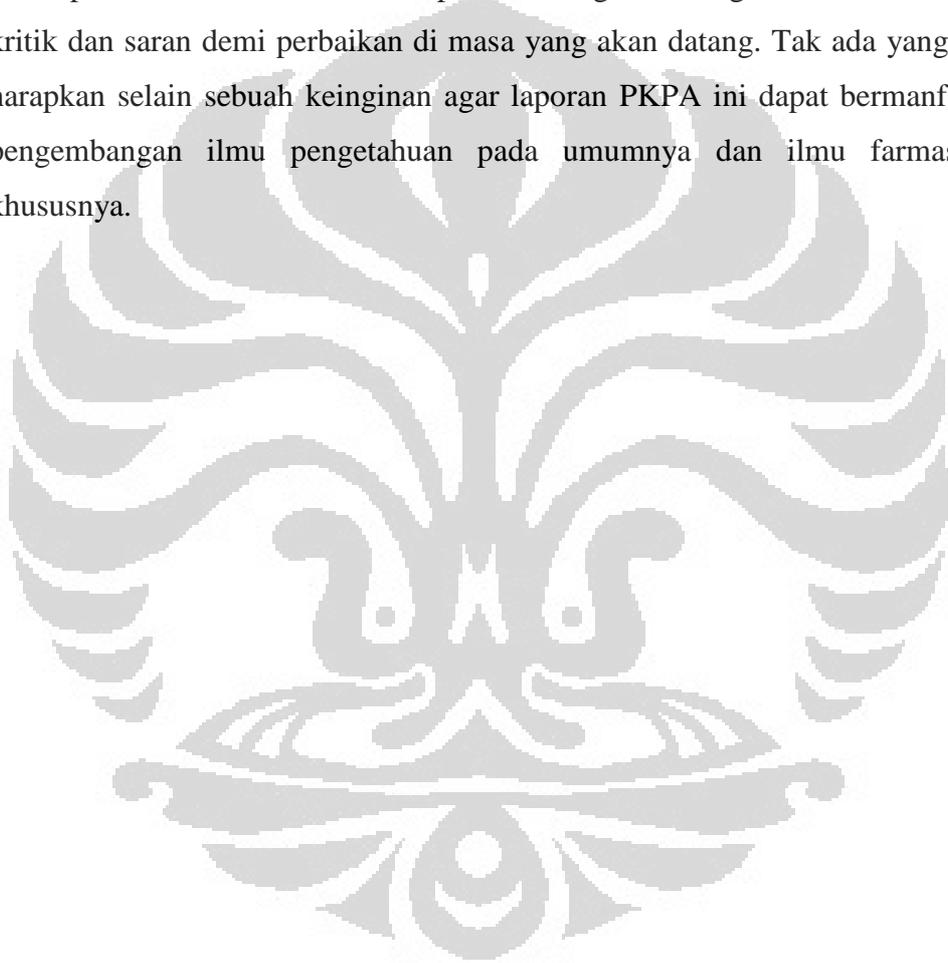
KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur hanyalah kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan nikmat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) dan penyusunan laporan ini tepat waktu. Dalam ruang yang terbatas ini, dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan rasa hormat kepada :

1. Ibu Erie Gusnellyanti, S.Si., Apt. selaku Seksi Standardisasi Pelayanan Kefarmasian sekaligus pembimbing dari Kementerian Kesehatan yang telah memberikan bimbingan selama penulisan laporan PKPA ini.
2. Bapak Dr. Abdul Mun'im, M.Si., Apt. selaku pembimbing dari Departemen Farmasi FMIPA UI yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta penyusunan laporan ini.
3. Dra. Sri Indrawaty, M. Kes. selaku Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
4. Dra. Engko Sosialine Magdalene, Apt. selaku Direktur Bina Pelayanan Kefarmasian.
5. Ibu dr. Zorni Fadia selaku Kepala Subdirektorat Standardisasi; Dra. Hj. Fatimah Umar, Apt., MM. selaku Kepala Subdirektorat Farmasi Klinik; Dra. Hidayati Mas'ud, Apt. selaku Kepala Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional; dan Bapak Desko Irianto, S.H. selaku Kepala Subbagian Tata Usaha Bina Pelayanan Kefarmasian yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan selama praktek kerja profesi dan penyusunan laporan ini.
6. Prof. Dr. Yahdiana Harahap, M.S. selaku Ketua Departemen Farmasi FMIPA UI.
7. Dr. Harmita, Apt. selaku Ketua Program Profesi Apoteker, Departemen Farmasi, FMIPA UI.
8. Seluruh staf Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian atas pengarahan, keramahan dan kebaikan selama praktek kerja profesi dan penyusunan laporan ini.

9. Seluruh staf pengajar dan tata usaha program Profesi Apoteker Departemen Farmasi, FMIPA UI.
10. Keluarga yang telah memberikan dukungan moral dan material selama praktek kerja profesi dan penyusunan laporan.
11. Seluruh rekan seperjuangan Apoteker UI angkatan LXXIII yang telah banyak membantu sehingga terwujudnya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan PKPA ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis dengan senang hati menerima segala kritik dan saran demi perbaikan di masa yang akan datang. Tak ada yang penulis harapkan selain sebuah keinginan agar laporan PKPA ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu farmasi pada khususnya.



Penulis
2011

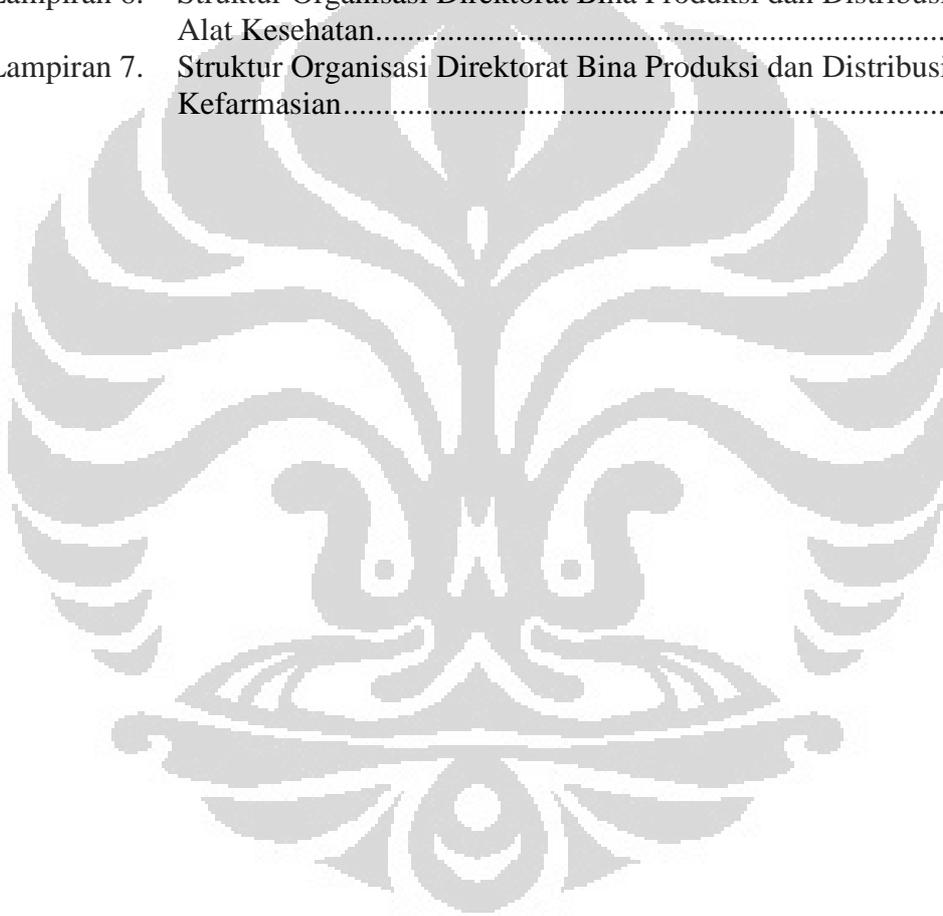
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	3
2.1 Tinjauan Umum Kementerian Kesehatan	3
2.1.1 Visi dan Misi	3
2.1.1.1 Visi	3
2.1.1.2 Misi.....	3
2.1.2 Nilai-Nilai	3
2.1.3 Susunan Organisasi.....	4
2.1.4 Tugas.....	5
2.1.5 Fungsi	5
2.1.6 Strategi.....	6
2.1.7 Wewenang	6
2.2 Sejarah Keberadaan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan	8
2.3 Profil Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.....	9
2.3.1 Visi dan Misi	9
2.3.2 Struktur Organisasi	9
2.3.2.1 Sekretariat Direktorat Jenderal	9
2.3.2.2 Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.....	9
2.3.2.3 Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian	10
2.3.2.4 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan.....	10
2.3.2.5 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian.....	11
2.3.3 Tugas Pokok dan Fungsi.....	11
2.3.3.1 Sekretariat Direktorat Jenderal	12
2.3.3.2 Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.....	12
2.3.3.3 Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian	13
2.3.3.4 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan.....	14
2.3.3.5 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian.....	14

2.3.4	Tujuan.....	15
2.3.4.1	Tujuan Umum.....	15
2.3.4.2	Tujuan Khusus.....	15
2.3.5	Sasaran.....	15
2.3.5.1	Sasaran Umum.....	15
2.3.5.2	Sasaran Khusus.....	16
2.3.6	Kebijakan.....	16
BAB 3	TINJAUAN KHUSUS DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEFARMASIAN	17
3.1	Tugas dan Fungsi.....	17
3.2	Sasaran Kebijakan	18
3.3	Struktur Organisasi	18
3.3.1	Subdirektorat Standardisasi	19
3.3.2	Subdirektorat Farmasi Komunitas	20
3.3.3	Subdirektorat Farmasi Klinik	21
3.3.4	Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional	22
3.4	Kegiatan.....	22
3.4.1	Subdirektorat Standardisasi	22
3.4.2	Subdirektorat Farmasi Komunitas	23
3.4.3	Subdirektorat Farmasi Klinik	23
3.4.4	Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional	24
BAB 4	PELAKSANAAN DAN PENGAMATAN	25
BAB 5	PEMBAHASAN	28
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	33
6.1	Kesimpulan.....	33
6.2	Saran	33
DAFTAR REFERENSI		35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.....	37
Lampiran 2.	Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan	38
Lampiran 3.	Struktur Organisasi Sekretariat Direktorat Jenderal.....	39
Lampiran 4.	Struktur Organisasi Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.....	40
Lampiran 5.	Struktur Organisasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian	41
Lampiran 6.	Struktur Organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan.....	42
Lampiran 7.	Struktur Organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian.....	43



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional di mana sasarannya adalah terciptanya lingkungan hidup yang bermutu dan optimal bagi setiap penduduk dan derajat kesehatan yang juga optimal. Kesehatan merupakan hal penting bagi kehidupan, tetapi saat ini masyarakat masih beranggapan bahwa kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah dalam hal ini tenaga kesehatan antara lain dokter, apoteker dan perawat. Masyarakat juga beranggapan bahwa yang berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan hanyalah dokter dan perawat sedangkan peran Apoteker dalam memberikan pelayanan kefarmasian masih belum nyata dan maksimal dirasakan oleh masyarakat.

Terwujudnya pelayanan kefarmasian yang ideal di Indonesia harus diperjuangkan oleh berbagai pihak. Pemerintah sebagai regulator dan pelaksana kebijakan, mendorong peningkatan peran Apoteker dalam pelayanan kesehatan dengan mencanangkan perubahan paradigma dari pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada obat (*drug oriented*) menjadi orientasi kepada pasien (*patient oriented*), dengan berdasarkan pada asas *Pharmaceutical Care*, yaitu bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi Apoteker dalam pekerjaan kefarmasian untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Binfar dan Alkes) mempunyai tanggung jawab mensinergiskan pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) dengan pelayanan medik dan pelayanan keperawatan melalui penyusunan kebijakan dan pedoman-pedoman yang dapat dipergunakan di seluruh sarana pelayanan kesehatan di Indonesia agar terwujud visi Kementerian Kesehatan “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”.

Untuk mencapai visi tersebut diperlukan adanya suatu pembekalan bagi para calon apoteker mengenai tugas dan fungsi apoteker dalam regulasi terkait bidang kefarmasian, sehingga tercipta peranan aktif dari para calon apoteker dalam

pencapaian visi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Oleh sebab itu, diselenggarakan Praktek Kerja Profesi Apoteker di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Sebagai lembaga pemerintahan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membekali calon apoteker dengan cara memperkenalkan program pemerintah dalam meningkatkan peran apoteker di masyarakat agar tercapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Praktek Kerja Profesi Apoteker di bidang pemerintahan juga sangat diperlukan agar calon apoteker dapat mengetahui, mempelajari dan memahami kebijakan-kebijakan, penyusunan standard, norma, pedoman, kriteria, prosedur, dan bimbingan teknis serta evaluasi di bidang pelayanan farmasi komunitas dan klinik.

1.2 Tujuan

Tujuan dari Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) di Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Memahami visi dan misi Kementerian Kesehatan 2010 – 2014.
- b. Memahami struktur organisasi dan tugas dari Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- c. Memahami struktur organisasi dan tugas dari Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.
- d. Memahami peran Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian bagi apoteker.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merupakan badan pelaksana pemerintah di bidang kesehatan, dipimpin oleh Menteri Kesehatan yang bertanggung jawab kepada Presiden. Tujuan Kementerian Kesehatan RI yaitu terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil dan berdayaguna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kementerian Kesehatan, 2010).

2.1.1 Visi dan Misi

2.1.1.1 Visi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia periode 2010-2014 memiliki visi *“Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”*.

2.1.1.2 Misi

Untuk mencapai visi tersebut, maka Kementerian Kesehatan menetapkan misi yaitu:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani.
- b. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan
- c. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan
- d. Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik

2.1.2 Nilai-Nilai

Guna mewujudkan visi dan misi rencana strategis pembangunan kesehatan, Kementerian Kesehatan menganut dan menjunjung tinggi nilai-nilai yaitu (Kementerian Kesehatan, n.d.) :

a. Pro rakyat

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Kementerian Kesehatan selalu mendahulukan kepentingan rakyat dan haruslah menghasilkan yang terbaik untuk rakyat. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonomi.

b. Inklusif

Semua program pembangunan kesehatan harus melibatkan semua pihak, karena pembangunan kesehatan tidak mungkin hanya dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan saja. Oleh karena itu, seluruh komponen masyarakat harus ikut berpartisipasi secara aktif, yang meliputi lintas sektor, organisasi profesi, organisasi masyarakat, pengusaha, masyarakat madani dan masyarakat bawah.

c. Responsif

Program kesehatan haruslah sesuai dengan kebutuhan dan keinginan rakyat, serta tanggap dalam mengatasi permasalahan di daerah, situasi kondisi setempat, sosial budaya dan kondisi geografis. Faktor-faktor ini menjadi dasar dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang berbeda-beda, sehingga diperlukan penanganan yang berbeda pula.

d. Efektif

Program kesehatan harus mencapai hasil yang signifikan sesuai target yang telah ditetapkan, dan bersifat efisien.

e. Bersih

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN), transparan, dan akuntabel.

2.1.3 Susunan Organisasi

Kementerian Kesehatan memiliki susunan organisasi yang menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya. Kementerian Kesehatan terdiri atas (Kementerian Kesehatan, 2010) :

a. Sekretariat Jenderal.

b. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

- c. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- d. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- e. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- f. Inspektorat Jenderal.
- g. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- h. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- i. Staf Ahli Bidang Teknologi Kesehatan dan Globalisasi.
- j. Staf Ahli Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- k. Staf Ahli Bidang Perlindungan Faktor Risiko Kesehatan.
- l. Staf Ahli Bidang Peningkatan Kapasitas Kelembagaan dan Desentralisasi.
- m. Staf Ahli Bidang Mediko Legal.
- n. Pusat Data dan Informasi.
- o. Pusat Kerja Sama Luar Negeri.
- p. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- q. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.
- r. Pusat Komunikasi Publik.
- s. Pusat Promosi Kesehatan.
- t. Pusat Inteligensia Kesehatan
- u. Pusat Kesehatan Haji.

Struktur organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dapat dilihat pada Lampiran 1.

2.1.4 Tugas

Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan dalam pemerintahan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. (Kementerian Kesehatan, 2010)

2.1.5 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan;

- b. Pengelolaan barang milik/kekayaan negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan;
- c. Pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan;
- d. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah; dan
- e. Pelaksanaan kegiatan teknis yang berskala nasional.

2.1.6 Strategi

Untuk mewujudkan visi Kementerian Kesehatan periode tahun 2010-2014 dan sesuai dengan misi yang telah ditetapkan, maka pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan strategi sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, n.d.):

- a. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta, dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama nasional dan global.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.
- c. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional.
- d. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.
- e. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.
- f. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan, berdayaguna, dan berhasilguna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggungjawab.

2.1.7 Wewenang

Dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud tersebut, Kementerian Kesehatan RI memiliki wewenang (Kementerian Kesehatan, n.d.):

- a. Penetapan kebijakan nasional di bidang kesehatan untuk mendukung pembangunan secara makro.

- b. Penetapan pedoman untuk menentukan standard pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh kabupaten/kota di bidang kesehatan.
- c. Penyusunan rencana nasional secara makro di bidang kesehatan.
- d. Penetapan persyaratan akreditasi lembaga pendidikan dan sertifikasi tenaga profesional/ahli serta persyaratan jabatan di bidang kesehatan.
- e. Pembinaan dan pengawasan atas penyelenggaraan otonomi daerah yang meliputi pemberian pedoman, bimbingan, pelatihan, arahan, dan supervisi di bidang kesehatan.
- f. Pengaturan penerapan perjanjian atau persetujuan internasional yang disahkan atas nama Negara di bidang kesehatan.
- g. Penetapan standard pemberian izin oleh daerah di bidang kesehatan.
- h. Penanggulangan wabah dan bencana yang berskala nasional di bidang kesehatan.
- i. Penetapan kebijakan sistem informasi nasional di bidang kesehatan.
- j. Penetapan persyaratan kualifikasi usaha jasa di bidang kesehatan.
- k. Penyelesaian perselisihan antar Propinsi di bidang kesehatan.
- l. Penetapan kebijakan pengendalian angka kelahiran dan penurunan angka kematian ibu, bayi, dan anak.
- m. Penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.
- n. Penetapan pedoman standard pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.
- o. Penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan.
- p. Penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standard etika penelitian kesehatan.
- q. Penetapan standard nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
- r. Penetapan standard akreditasi sarana dan prasarana kesehatan.
- s. Surveilans epidemiologi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular, dan kejadian luar biasa.
- t. Penyediaan obat essensial tertentu dan obat untuk pelayanan kesehatan dasar sangat essensial (stok penyangga nasional).

- u. Kewenangan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu penempatan dan pemindahan tenaga kesehatan tertentu, serta pemberian izin dan pembinaan produksi dan distribusi alat kesehatan.

2.2 Sejarah Keberadaan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Sebelum dikeluarkan Keputusan Presiden No.103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintahan Non Departemen, pengawasan peredaran obat dan makanan dilakukan oleh Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan yang terdapat dalam struktur Kementerian Kesehatan. Dengan diberlakukannya Keputusan Presiden tersebut, dibentuklah Badan Pengawasan Obat dan Makanan yang bertugas untuk melakukan pengawasan obat dan makanan. Sementara itu, tanggung jawab mengenai perumusan serta pelaksanaan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dengan membentuk Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Yanfar dan Alkes).

Sejalan dengan perubahan yang terjadi pada berbagai bidang dalam pemerintahan, maka Kementerian Kesehatan memperbaiki susunan organisasinya melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1575/Menkes/PER/XI/2005. Dengan dikeluarkannya peraturan tersebut, Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan berubah menjadi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Binfar dan Alkes). Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan mempunyai tugas merumuskan serta melaksanakan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan. Pada tahun 2010, susunan organisasi Kementerian Kesehatan diperbarui dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1144/Menkes/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

2.3 Profil Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

2.3.1 Visi dan Misi

Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan mempunyai visi “Ketersediaan, Keterjangkauan dan Pemerataan Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan Menuju Masyarakat yang Mandiri Untuk Hidup Sehat” dengan misi “Menjamin Pelayanan Kefarmasian yang Bermutu”. (Kementerian Kesehatan, 2010)

2.3.2 Struktur Organisasi

Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dipimpin oleh Direktur Jenderal, merupakan pelaksana yang bertanggung jawab langsung terhadap Menteri Kesehatan. Struktur organisasi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 2. (Kementerian Kesehatan, 2010)

2.3.2.1 Sekretariat Direktorat Jenderal

Sekretariat Direktorat Jenderal terdiri atas beberapa bagian antara lain (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Bagian Program dan Informasi
- b. Bagian Umum dan Kepegawaian
- c. Bagian Keuangan
- d. Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat
- e. Kelompok Jabatan Fungsional

Struktur organisasi Sekretariat Direktorat Jenderal dapat dilihat pada Lampiran 3.

2.3.2.2 Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan

Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan terdiri dari beberapa bagian, antara lain (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Subdirektorat Analisis dan Standardisasi Harga Obat
- b. Subdirektorat Penyediaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
- c. Subdirektorat Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan

- d. Subdirektorat Pemantauan dan Evaluasi program Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
- e. Subbagian Tata Usaha
- f. Kelompok Jabatan Fungsional

Struktur organisasi Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 4.

2.3.2.3 Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian terdiri dari beberapa bagian, antara lain (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Subdirektorat Standardisasi
- b. Subdirektorat Farmasi Komunitas
- c. Subdirektorat Farmasi Klinik
- d. Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional
- e. Subbagian Tata Usaha
- f. Kelompok Jabatan Fungsional

Struktur organisasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian dapat dilihat pada Lampiran 5.

2.3.2.4 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan

Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan terdiri dari beberapa bagian, antara lain (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Subdirektorat Penilaian Alat Kesehatan
- b. Subdirektorat Penilaian Produk Diagnostik Invitro dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
- c. Subdirektorat Inspeksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
- d. Subdirektorat Standardisasi dan Sertifikasi
- e. Subbagian Tata Usaha
- f. Kelompok Jabatan Fungsional

Struktur organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan dapat dilihat pada Lampiran 6.

2.3.2.5 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian

Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian terdiri dari beberapa bagian, antara lain (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Subdirektorat Produksi dan Distribusi Obat dan Obat Tradisional
- b. Subdirektorat Produksi Kosmetika dan Makanan
- c. Subdirektorat Produksi dan Distribusi Narkotika, Psikotropika, Prekursor dan Sediaan Farmasi Khusus
- d. Subdirektorat Kemandirian Obat dan Bahan Obat
- e. Subbagian Tata Usaha
- f. Kelompok Jabatan Fungsional

Struktur organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian dapat dilihat pada Lampiran 7.

2.3.3 Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas pokok Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan adalah merumuskan dan melaksanakan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2010).

Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan melaksanakan tugas dan menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Perumusan kebijakan di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan.
- b. Pelaksanaan kebijakan bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan.
- c. Penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria dibidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan.
- d. Pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan.
- e. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

2.3.3.1 Sekretariat Direktorat Jenderal

Sekretariat Direktorat Jenderal mempunyai tugas melaksanakan pelayanan teknis dan administrasi kepada semua unsur di lingkungan Direktorat Jenderal. Dalam melaksanakan tugas, Sekretariat Direktorat Jenderal menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Koordinasi dan penyusunan rencana, program, dan anggaran.
- b. Pengelolaan data dan informasi.
- c. Penyiapan urusan hukum, penataan organisasi, jabatan fungsional dan hubungan masyarakat.
- d. Pengelolaan urusan keuangan.
- e. Pelaksanaan urusan kepegawaian, tata persuratan, kearsipan, gaji, rumah tangga, dan perlengkapan.
- f. Evaluasi dan penyusunan laporan.

2.3.3.2 Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan

Direktorat Bina Penggunaan Obat Publik dan Perbekalan kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang obat publik dan perbekalan kesehatan. Dalam melaksanakan tugasnya Direktorat Bina Penggunaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang analisis dan standardisasi harga obat, penyediaan dan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi program obat publik dan perbekalan kesehatan.
- b. Penyusunan kegiatan di bidang analisis dan standardisasi harga obat, penyediaan dan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi program obat publik dan perbekalan kesehatan.
- c. Penyiapan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang analisis dan standardisasi harga obat, penyediaan dan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi program obat publik dan perbekalan kesehatan.

- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang analisis dan standardisasi harga obat, penyediaan dan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi program obat publik dan perbekalan kesehatan.
- e. Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang analisis dan standardisasi harga obat, penyediaan dan pengelolaan obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pemantauan dan evaluasi program obat publik dan perbekalan kesehatan.
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

2.3.3.3 Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang pelayanan kefarmasian. Dalam melaksanakan tugasnya, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- b. Pelaksanaan kegiatan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- c. Penyiapan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik dan penggunaan obat rasional.
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- e. Pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

2.3.3.4 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan

Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang produksi dan distribusi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga. Dalam melaksanakan tugasnya, Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang penilaian, inspeksi, standardisasi dan sertifikasi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- b. Pelaksanaan kegiatan di bidang penilaian, inspeksi, standardisasi dan sertifikasi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- c. Penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang penilaian, inspeksi, standardisasi dan sertifikasi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang penilaian, inspeksi, standardisasi dan sertifikasi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- e. Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang penilaian, inspeksi, standardisasi dan sertifikasi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga.
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

2.3.3.5 Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian

Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang produksi dan distribusi kefarmasian. Dalam melaksanakan tugasnya, Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang produksi dan distribusi kefarmasian.

- b. Pelaksanaan kegiatan di bidang produksi dan distribusi kefarmasian.
- c. Penyiapan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang produksi dan distribusi kefarmasian.
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis, pengendalian, kajian, dan analisis di bidang produksi dan distribusi kefarmasian.
- e. Pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang produksi dan distribusi kefarmasian.
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

2.3.4 Tujuan

2.3.4.1 Tujuan Umum

Menjamin ketersediaan, pemerataan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan termasuk obat tradisional, perbekalan kesehatan rumah tangga, dan kosmetika.

2.3.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain :

- a. Terbinanya penggunaan obat yang rasional
- b. Terbinanya pelayanan farmasi komunitas dan klinik
- c. Tersedianya obat publik
- d. Tersusunnya standard, norma, dan pedoman
- e. Terjaminnya ketersediaan, keterjangkauan dan pemerataan obat dan alat kesehatan dengan diterapkannya konsepsi obat esensial nasional serta meningkatnya mutu, efisiensi, dan efektivitas pelayanan kefarmasian.

2.3.5 Sasaran

2.3.5.1 Sasaran Umum

Semakin baiknya pembinaan dalam bidang penggunaan obat rasional, pelayanan farmasi komunitas dan klinik, obat publik dan perbekalan kesehatan, serta pembinaan produksi dan distribusi alat kesehatan.

2.3.5.2 Sasaran Khusus

Sasaran khusus Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain :

- a. Ketersediaan obat esensial-generik di sarana pelayanan kesehatan menjadi 95%.
- b. Anggaran untuk obat esensial-generik di sekitar publik setara dengan 2 US\$/kapita/tahun.

2.3.6 Kebijakan

Kebijakan yang dimiliki oleh Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan antara lain :

- a. Meningkatkan kualitas sarana pelayanan kefarmasian sampai tingkat desa.
- b. Meningkatkan kualitas sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan.
- c. Meningkatkan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan khususnya di sektor publik yang lengkap jenis, jumlah cukup dan mudah diperoleh setiap saat dengan harga terjangkau dan kualitas terjamin.
- d. Melaksanakan perizinan dalam rangka perlindungan terhadap penggunaan obat dan perbekalan kesehatan yang tidak memenuhi standard mut, keamanan, dan kemanfaatan.
- e. Menyelenggarakan pelayanan farmasi yang berkualitas melalui penerapan jabatan fungsional apoteker dan asisten apoteker serta pelaksanaan pendidikan berkelanjutan.
- f. Menyelenggarakan pembinaan, advokasi, dan promosi penggunaan obat rasional.
- g. Meningkatkan pelaksanaan harmonisasi standard bidang kefarmasian dan alat kesehatan dengan standard regional maupun internasional.

BAB 3
TINJAUAN KHUSUS
DIREKTORAT BINA PELAYANAN KEFARMASIAN

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian adalah direktorat baru dalam Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang merupakan gabungan dari Direktorat Farmasi Klinik dan Direktorat Penggunaan Obat Rasional. Dasar hukum perubahan struktur organisasi tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan yang merupakan perubahan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 (Kementerian Kesehatan, 2010; Kementerian Kesehatan, 2005). Dalam peraturan tersebut diatur tugas, fungsi, visi, misi, tujuan, dan sasaran Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.

3.1 Tugas dan Fungsi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 pasal 568, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian mempunyai tugas melaksanakan penyiapan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria, serta pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang pelayanan kefarmasian. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 568, Direktorat Pelayanan Kefarmasian menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- b. Pelaksanaan kegiatan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- c. Penyiapan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.

- e. Pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang standardisasi, farmasi komunitas, farmasi klinik, dan penggunaan obat rasional.
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga direktorat.

3.2 Sasaran Kebijakan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian memiliki Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Sasaran hasil program yang tersusun dalam RENSTRA 2010-2014 Kementerian Kesehatan adalah meningkatnya sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standard dan terjangkau oleh masyarakat. Indikator tercapainya sasaran hasil pada tahun 2014 adalah presentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 100%.

Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, maka kegiatan Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian yang akan dilakukan adalah peningkatan penggunaan obat rasional melalui pelayanan kefarmasian yang berkualitas untuk tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal. Di mana indikator dari pencapaian sasaran tersebut meliputi:

- a. Persentase penggunaan obat generik di fasilitas kesehatan sebesar 80%;
- b. Persentase Instalasi Farmasi Rumah Sakit Pemerintah yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standard sebesar 45%;
- c. Persentase Puskesmas Perawatan yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standard sebesar 15%;
- d. Persentase penggunaan obat rasional di sarana pelayanan kesehatan sebesar 70%.

3.3 Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1144/MENKES/PER/VII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian yang berada di bawah naungan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan terdiri atas:

- a. Subdirektorat Standardisasi

- b. Subdirektorat Farmasi Komunitas
- c. Subdirektorat Farmasi Klinik
- d. Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional
- e. Subbagian Tata Usaha
- f. Kelompok Jabatan Fungsional

Tiap subdirektorat dan subbagian dipimpin oleh seorang kepala subdirektorat dan Kepala Subbagian untuk bagian Tata Usaha. Setiap subdirektorat memiliki dua seksi, seperti Subdirektorat Standardisasi yang memiliki Seksi Standardisasi Pelayanan Kefarmasian dan Seksi Standardisasi Penggunaan Obat Rasional. Kemudian, Subdirektorat Farmasi Komunitas terdiri atas Seksi Pelayanan Farmasi Komunitas dan Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Komunitas. Subdirektorat Farmasi Klinik memiliki seksi Pelayanan Farmasi Klinik dan Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Klinik. Serta yang terakhir Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional yang terdiri atas Seksi Promosi Penggunaan Obat Rasional dan Seksi Pemantauan dan Evaluasi Penggunaan Obat Rasional. Lebih lanjut, tiap subdirektorat tersebut membawahi empat staf untuk melaksanakan tugas dan fungsinya.

3.3.1 Subdirektorat Standardisasi

Subdirektorat Standardisasi mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Subdirektorat Standardisasi menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional.
- b. Penyiapan bahan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional.
- c. Penyiapan bahan evaluasi dan penyusunan laporan di bidang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional.

Subdirektorat Standardisasi terdiri atas:

a. Seksi Standardisasi Pelayanan Kefarmasian

Seksi Standardisasi Pelayanan Kefarmasian mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang pelayanan kefarmasian.

b. Seksi Standardisasi Penggunaan Obat Rasional

Seksi Standardisasi Penggunaan Obat Rasional mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang penggunaan obat rasional.

3.3.2 Subdirektorat Farmasi Komunitas

Subdirektorat Farmasi Komunitas mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur dan kriteria serta bimbingan teknis, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang farmasi komunitas. Dalam melaksanakan tugas tersebut Subdirektorat Farmasi Komunitas menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang farmasi komunitas.
- b. Penyiapan bahan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang farmasi komunitas.
- c. Penyiapan bahan bimbingan teknis di bidang farmasi komunitas.
- d. Penyiapan bahan pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang farmasi komunitas.

Subdirektorat Farmasi Komunitas terdiri atas:

a. Seksi pelayanan Farmasi Komunitas

Seksi pelayanan Farmasi Komunitas mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang farmasi komunitas.

b. Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Komunitas

Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Komunitas mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi serta penyusunan laporan di bidang farmasi komunitas.

3.3.3 Subdirektorat Farmasi Klinik

Subdirektorat Farmasi Klinik mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur dan kriteria serta bimbingan teknis, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang farmasi klinik. Dalam melaksanakan tugas tersebut Subdirektorat Farmasi Klinik menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010):

- a. Penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang farmasi klinik.
- b. Penyiapan bahan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang farmasi klinik.
- c. Penyiapan bahan bimbingan teknis di bidang farmasi klinik.
- d. Penyiapan bahan pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang farmasi klinik.

Subdirektorat Farmasi Klinik terdiri atas:

a. Seksi Pelayanan Farmasi Klinik

Seksi pelayanan Farmasi Klinik mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang farmasi klinik.

b. Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Klinik

Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Klinik mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi serta penyusunan laporan di bidang farmasi klinik.

3.3.4 Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional

Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur dan kriteria serta bimbingan teknis, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang farmasi klinik. Dalam melaksanakan tugas tersebut Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional menyelenggarakan fungsi (Kementerian Kesehatan, 2010) :

- a. Penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang penggunaan obat rasional.
- b. Penyiapan bahan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang penggunaan obat rasional.
- c. Penyiapan bahan bimbingan teknis di bidang penggunaan obat rasional.
- d. Penyiapan bahan pemantauan, evaluasi, dan penyusunan laporan di bidang penggunaan obat rasional.

Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional terdiri atas:

- a. Seksi Promosi Penggunaan Obat Rasional

Seksi Promosi Penggunaan Obat Rasional mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang penggunaan obat rasional.

- a. Seksi Pemantauan dan Evaluasi Penggunaan Obat Rasional

Seksi Pemantauan dan Evaluasi Penggunaan Obat Rasional mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi serta penyusunan laporan di bidang penggunaan obat rasional.

3.4 Kegiatan

3.4.1 Subdirektorat Standardisasi

Subdirektorat Standardisasi memiliki kegiatan sebagai berikut :

- a. Penyusunan draft formularium Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- b. Penyusunan draft formularium Haji.
- c. Penyusunan daftar obat esensial nasional (DOEN).

- d. Revisi pedoman pengobatan dasar di puskesmas.
- e. Penyusunan pedoman pengendalian antibiotik.
- f. Penyusunan pedoman pelayanan obat rasional berbasis Farmakoekonomi.
- g. Penyusunan standard pelayanan farmasi di puskesmas.
- h. Penyusunan rancangan kebijakan persepan elektronik.
- i. Penyusunan petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis (juklak/juknis) penerapan pekerjaan kefarmasian bidang komunitas dan rumah sakit.
- j. Pembuatan audiovisual cara penggunaan obat yang benar.

3.4.2 Subdirektorat Farmasi Komunitas

Subdirektorat Farmasi Komunitas memiliki kegiatan sebagai berikut :

- a. *Pilot project* pelaksanaan pelayanan farmasi di puskesmas.
- b. Monitoring dan evaluasi *pilot project* pelaksanaan pelayanan farmasi di puskesmas (5 propinsi).
- c. Total peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di puskesmas untuk dinas kesehatan (dinkes) propinsi di Bandung.
- d. Total peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di puskesmas untuk dinkes kabupaten/kota di Bali.
- e. Sosialisasi pekerjaan/praktik kefarmasian sesuai *Good Pharmaceutical Practices* (GPP) untuk dinkes propinsi/kabupaten/kota.
- f. Advokasi penerapan Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009.
- g. Pertemuan pembahasan kerjasama antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional, Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) dan Panitia Terapi Farmasi (PTF) dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kefarmasian.

3.4.3 Subdirektorat Farmasi Klinik

Subdirektorat Farmasi Klinik memiliki kegiatan sebagai berikut :

- a. Penyusunan pedoman penilaian pelayanan farmasi di rumah sakit.
- b. Penyusunan pedoman *visite*.
- c. Penyusunan pedoman interpretasi data klinik.

- d. Pembuatan audiovisual untuk advokasi tentang pelaksanaan pelayanan farmasi klinik di rumah sakit.
- e. Pengembangan *pilot project* pelayanan kefarmasian menjadi pusat pelayanan untuk penyakit tertentu (Mataram).
- f. Pertemuan dengan manajemen rumah sakit dan instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) dalam rangka pemantapan pusat pembelajaran pelayanan farmasi klinik untuk penyakit tertentu.
- g. Advokasi dan sosialisasi pelayanan farmasi klinik di rumah sakit.
- h. Pembekalan pelayanan farmasi klinik di rumah sakit.
- i. Penyusunan pedoman pemantauan terapi antibiotik.
- j. Pembekalan sumber daya manusia IFRS dalam rangka pelayanan rumah sakit berstandar internasional.

3.4.4 Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional

Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional (POR) memiliki kegiatan sebagai berikut :

- a. Penggerakan POR di wilayah timur (Sulawesi Tengah dan Gorontalo).
- b. Penggerakan POR di wilayah barat (Nanggroe Aceh Darussalam dan Bangka Belitung).
- c. Penggerakan POR di wilayah tengah (Kalimantan Barat, DKI Jakarta dan Banten).
- d. Evaluasi penggerakan POR di wilayah timur (Sulawesi Tenggara dan Gorontalo).
- e. Evaluasi penggerakan POR di wilayah barat (Nanggroe Aceh Darussalam dan Bangka Belitung).
- f. Evaluasi penggerakan POR di wilayah tengah (Kalimantan Barat, DKI Jakarta dan Banten).
- g. Penyebaran informasi POR dan obat generik (OG).
- h. Advokasi konsep POR ke dalam kurikulum pendidikan fakultas kedokteran dan farmasi.
- i. Konsinyasi dan sosialisasi kebijakan penggunaan obat rasional.

BAB 4

PELAKSANAAN DAN PENGAMATAN

Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) UI angkatan LXXIII di Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dilaksanakan pada tanggal 6 - 20 Juni 2011. Hari pertama kegiatan PKPA diawali dengan acara perkenalan antara kedua belah pihak, yakni Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dan program profesi apoteker UI. Acara perkenalan tersebut diadakan di ruang 803 yaitu ruang rapat Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan dimulai pada pukul 09.30 WIB. Pihak Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan diwakili oleh Ibu Rida Kepala Kepegawaian Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Acara perkenalan juga dihadiri oleh perwakilan dari masing-masing direktorat yang ada di Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Peserta PKPA diberi pembekalan untuk dapat menjalankan tugasnya selama PKPA. Materi yang diberikan pada pembekalan ini adalah penjelasan mengenai “Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan” oleh Ibu Rida. Dalam materi tersebut, mahasiswa diberikan penjelasan tentang kedudukan, visi, misi, susunan organisasi, tugas, dan fungsi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang berlaku untuk periode 2011-2015.

Pada pelaksanaan PKPA ini, mahasiswa dibagi menjadi empat kelompok besar, satu kelompok terdiri dari sepuluh orang. Kelompok mahasiswa yang ditempatkan di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian melanjutkan kegiatan dengan mengunjungi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian dengan bimbingan langsung dari Bapak Desko Irianto, S.H. selaku Kepala Subbagian Tata Usaha. Dalam kunjungan ini mahasiswa diperkenalkan dengan para Kepala Subdirektorat dan staf yang ada di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian. Setelah perkenalan, Bapak Desko Irianto, S.H. memberikan pengarahan kepada mahasiswa mengenai visi, misi, struktur organisasi, tugas, fungsi dan kegiatan dari Direktorat Bina

Pelayanan Kefarmasian serta hal-hal yang berkaitan dengan peraturan dan tata tertib selama menjalani PKPA di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.

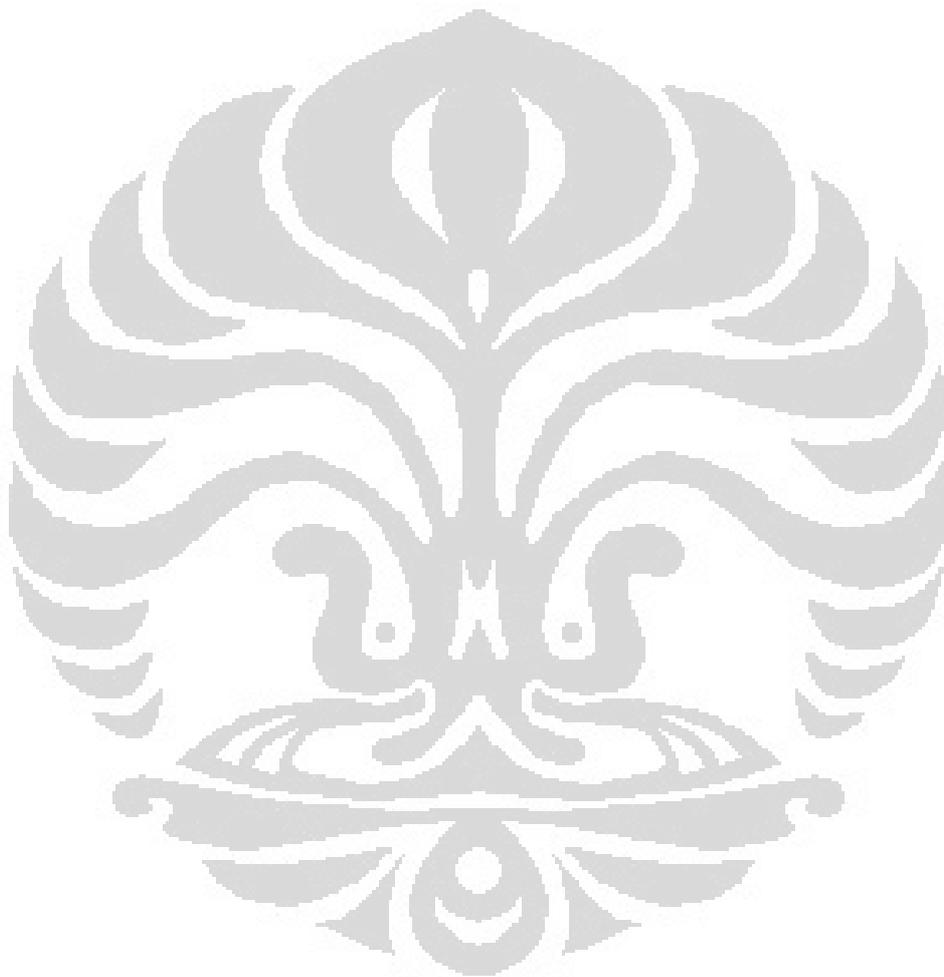
Kegiatan PKPA dilanjutkan dengan pemberian materi oleh tiap-tiap subdirektorat yang ada di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian. Pemaparan materi dari Subdirektorat Farmasi Komunitas diberikan oleh Ibu Dra. Chusun, M.Kes., Apt. selaku Kepala Subdirektorat Farmasi Komunitas. Pemaparan materi yang kedua diberikan oleh Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional yaitu oleh Ibu Dra. Vita Picola Haloho, Apt selaku seksi promosi Penggunaan Obat Rasional. Pemaparan materi dari tiap-tiap subdirektorat dilanjutkan dengan pemberian tugas khusus untuk mahasiswa. Mahasiswa dibagi menjadi tiga kelompok berdasarkan subdirektorat yang ada di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.

Kelompok I mendapatkan tugas khusus yang berkaitan dengan Subdirektorat Farmasi Komunitas mengenai pemberian informasi obat dan konseling pada pusat kesehatan masyarakat di beberapa negara. Kelompok II mendapatkan tugas khusus yang berkaitan dengan Subdirektorat Standardisasi yaitu mengenai kajian pedoman farmakoekonomi di beberapa negara. Kelompok III mendapatkan tugas khusus yang berkaitan dengan Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional yaitu mengenai strategi promosi penggunaan obat rasional (antibiotik dan obat generik) dan data resistensi antibiotik dan luas cakupannya.

Kegiatan Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian berlangsung selama dua minggu. Pada minggu pertama, mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyelesaikan laporan umum kegiatan PKPA. Minggu pertama, mahasiswa mendapatkan informasi mengenai kegiatan yang dilakukan di subdirektorat di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.

Pada minggu kedua, mahasiswa diberikan kesempatan untuk menyelesaikan tugas khusus yang diberikan oleh masing-masing subdirektorat. Mahasiswa diberikan kesempatan untuk berdiskusi dengan pembimbing dari tugas khusus tersebut. Selama diskusi, mahasiswa memperoleh pengarahan dan bimbingan dengan baik sehingga tugas khusus tersebut dapat diselesaikan dengan baik.

Penyusunan laporan umum dan tugas khusus dilakukan dengan melihat berbagai literatur berupa buku-buku dan perundang-undangan yang disediakan di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian. Literatur tersebut sangat membantu dalam penyusunan laporan dan tugas khusus.



BAB 5

PEMBAHASAN

Kementerian Kesehatan merupakan institusi pemerintah yang mempunyai tugas dan wewenang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara di Indonesia. Direktorat di Kementerian Kesehatan yang mengatur dan mempunyai tugas merumuskan serta melaksanakan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan adalah Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan membawahi empat Direktorat Bina yakni Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Pelayanan Kefarmasian, Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan, Produksi dan Distribusi Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang masing-masing direktorat tersebut mempunyai tugas pokok dan fungsinya.

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian merupakan direktorat yang baru dibentuk sesuai dengan Permenkes No. 1144 tahun 2010. Direktorat ini merupakan gabungan dari Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik dengan Direktorat Bina Penggunaan Obat Rasional. Sumber Daya Manusia di Kementerian Kesehatan merupakan pegawai negeri sipil dan di Direktorat Pelayanan Kefarmasian sendiri hingga saat ini terdiri dari 35 orang personil, terdiri dari seorang Direktur Bina Pelayanan Kefarmasian, seorang Kepala Subbagian Tata Usaha, lima personil staf tata usaha, masing-masing subdirektorat dikepalai oleh seorang Kepala Subdirektorat yang membawahi dua kepala seksi dan empat staf. Banyaknya pekerjaan tidak mampu diimbangi oleh jumlah personil yang ada. Hal ini bisa dilihat ketika adanya pekerjaan yang mengharuskan untuk ke luar kota, maka pekerjaan di kantor harus ditinggalkan karena tidak adanya personil yang dapat melanjutkan pekerjaan jika personil yang lain tidak ada di tempat.

Jam operasional dimulai pukul 09.00 hingga 16.00 WIB dari Senin hingga Jum'at. Namun karena kondisi kemacetan di kota Jakarta menyebabkan beberapa pegawai sering datang terlambat. Hal ini tentu saja mempengaruhi efektivitas

pekerjaan, dimana waktu kerja berkurang sedangkan pekerjaan makin bertambah setiap harinya. Seragam dinas pemerintahan digunakan setiap hari Senin dan Kamis sedangkan hari Rabu menggunakan baju bebas yang rapi serta sopan. Adapun hari Selasa dan Jum'at menggunakan baju batik yang rapi dan sopan. Sumber daya manusia yang ada terdiri dari tenaga farmasi, profesi apoteker, dokter maupun hukum. Ruang kerja dibagi menjadi dua ruangan terpisah oleh koridor yang saling berhadapan di mana bagian farmasi komunitas dan standardisasi berada dalam satu ruangan yakni ruang 805 dan bagian farmasi klinik, penggunaan obat rasional serta tata usaha berada dalam satu ruangan yakni ruang 806 gedung Kementerian Kesehatan.

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian memfokuskan tugas dan fungsinya pada praktek kefarmasian tidak hanya di komunitas, tetapi juga meliputi praktek kefarmasian di klinik, kebijakan mengenai standarisasi, serta pembinaan dalam penggunaan obat secara rasional. Yang dimaksud dengan komunitas adalah semua sarana kesehatan yang berhubungan langsung dengan pelayanan kepada masyarakat (*community*). Sarana-sarana kesehatan tersebut antara lain adalah rumah sakit, apotek, toko obat, dan puskesmas. Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian mempunyai tugas menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis, penyusunan standard, norma, pedoman, kriteria, prosedur dan bimbingan teknis serta penyiapan evaluasi di bidang pelayanan farmasi pada rumah sakit, apotek, toko obat, dan puskesmas. (Kementerian Kesehatan, 2010)

Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian terdiri dari empat Subdirektorat, yaitu Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional, Subdirektorat Farmasi klinik, Subdirektorat Farmasi Komunitas, dan Subdirektorat Standardisasi masing membawahi seksi-seksi yang ada. Adanya seksi-seksi tersebut dimaksudkan agar program yang akan dilaksanakan terencana dengan baik dan komprehensif. Hal tersebut terlihat dari tugas masing-masing seksi yang saling mendukung satu sama lain (Kementerian Kesehatan, 2010).

Subdirektorat Penggunaan Obat Rasional melakukan upaya-upaya seperti melakukan standarisasi, bimbingan, serta evaluasi penggunaan obat rasional, melakukan promosi penggunaan obat rasional dan melakukan standarisasi, bimbingan, serta evaluasi obat esensial nasional. Upaya-upaya tersebut

diimplementasikan dalam pembentukan Seksi Pemantauan dan Evaluasi Penggunaan Obat Rasional, dan Seksi Promosi Penggunaan Obat Rasional.

Tugas Subdirektorat Farmasi Komunitas adalah menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis dan penyusunan standard, pedoman, norma, kriteria, dan prosedur pelayanan farmasi komunitas (Kementerian Kesehatan, 2010). Hal tersebut kemudian ditindaklanjuti oleh Seksi Bimbingan dan Evaluasi yang bertugas mempersiapkan bahan bimbingan dan melakukan pemantauan serta evaluasi.

Tugas Subdirektorat Farmasi Klinik yaitu melakukan penyiapan bahan bimbingan teknis serta evaluasi di bidang pelayanan farmasi klinik. Tugas tersebut kemudian ditindaklanjuti oleh Seksi Pelayanan Farmasi Klinik dan Seksi Pemantauan dan Evaluasi Farmasi Klinik.

Subdirektorat Standardisasi memiliki tugas melakukan melaksanakan penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, dan penyusunan norma, standard, prosedur, dan kriteria di bidang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional. Pelaksanaan tugas tersebut diimplementasikan dalam pembentukan Seksi Standarisasi Pelayanan Farmasi dan Seksi Standarisasi Penggunaan Obat Rasional (Kementerian Kesehatan, 2010).

Dari serangkaian program yang telah dan akan dilakukan oleh Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, terlihat bahwa fokus kegiatan Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian adalah pada edukasi untuk masyarakat dan Apoteker serta peningkatan kualitas pelayanan kefarmasian di rumah sakit, apotek, toko obat dan puskesmas yang didasari oleh konsep *Pharmaceutical Care*. Selain itu, pada saat penyusunan laporan ini, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian khususnya Subdirektorat Standarisasi, sedang melakukan penyusunan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) untuk tahun 2011.

Untuk menunjang kompetensi Apoteker dalam memberikan pelayanan kefarmasian yang bermutu, hendaknya tenaga Apoteker diberikan lebih banyak pembekalan. Selama dua minggu menjalani PKPA di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, peserta mengetahui bahwa Direktorat ini telah banyak mengeluarkan produk-produk yang sangat bermanfaat seperti buku-buku pedoman untuk Apoteker, misal buku Pedoman Pelayanan Kefarmasian di

Puskesmas dan buku Pedoman Konseling Pelayanan Kefarmasian di Sarana Kesehatan.

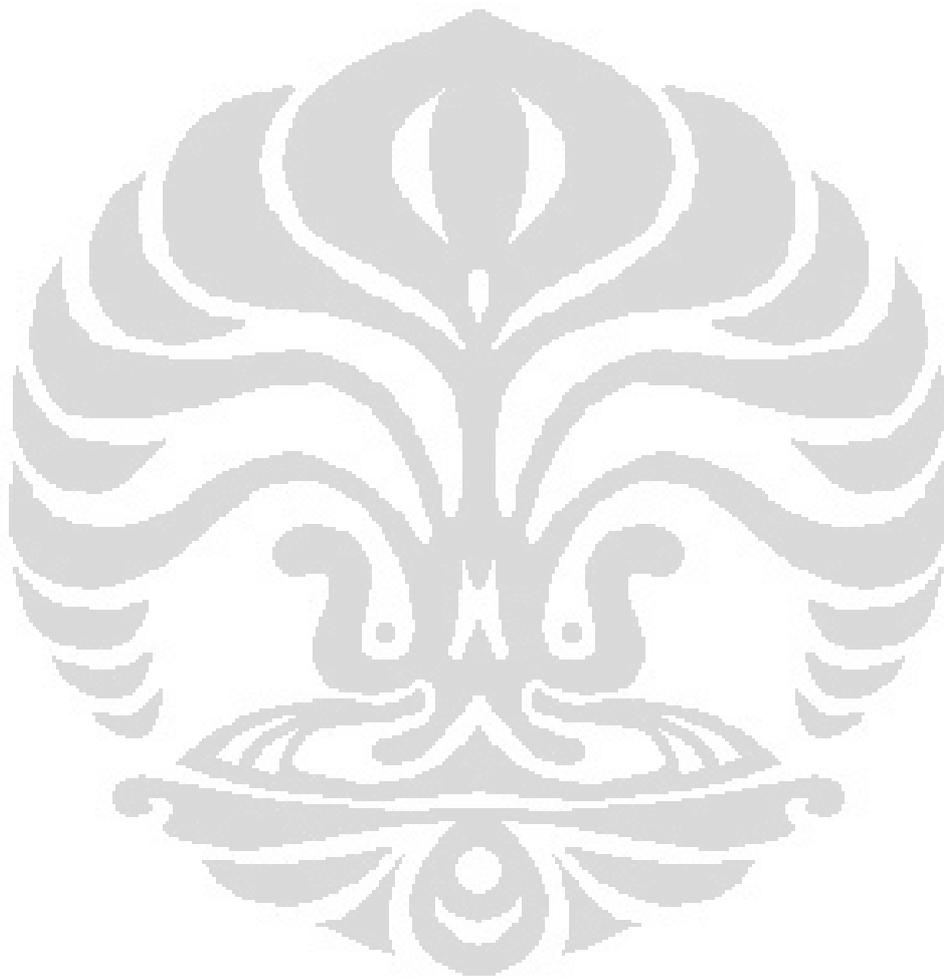
Sebagai instansi pemerintah yang menyusun regulasi bagi Apoteker dalam pemberian pelayanan kefarmasian yang bermutu, sudah menjadi kewajiban bagi seluruh anggota Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan kualitas kompetensi mereka di bidang pelayanan kefarmasian. Untuk itulah diperlukan adanya suatu pendidikan berkelanjutan bagi para staf Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian serta upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya mereka, misalnya dengan memberikan beasiswa kepada staf (baik staf lama maupun staf baru) yang berkeinginan untuk melanjutkan pendidikannya atau dengan mengikutsertakan para staf pada seminar-seminar kefarmasian.

Sebagai instansi pemerintah yang memiliki tugas dan fungsi dalam hal pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2010), maka sudah menjadi kewajiban bagi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, khususnya Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada para peserta Program Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA). Oleh karena itu, diperlukan perencanaan dan persiapan yang matang dalam hal pemberian materi dan pengarahan agar proses Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) berlangsung dengan lancar dan efektif. Hal ini penting agar para peserta benar-benar mengerti dan paham mengenai semua tugas pokok dan fungsi dari Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.

Perencanaan dan persiapan tersebut mungkin juga dalam hal pertimbangan penempatan para peserta PKPA sesuai dengan peminatan studi yang diambil, misal di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian yang memiliki tugas pokok dan fungsi yang lebih berfokus pada bidang pelayanan farmasi mungkin dapat dipertimbangkan penempatan peserta PKPA yang memiliki peminatan di bidang yang sama.

Pencapaian hasil yang maksimal dari proses PKPA tidak hanya ditentukan dari perencanaan dan persiapan yang matang dalam hal pemberian materi dan pengarahan, tetapi juga ditentukan oleh partisipasi aktif para peserta PKPA dalam

mengikuti program yang telah direncanakan. Sehingga keseluruhan proses PKPA dapat berlangsung dengan lancar, efektif, dan efisien.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan Praktek Kerja Profesi Apoteker (PKPA) yang telah dilakukan di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI didapatkan kesimpulan bahwa:

- a. Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, yang merupakan bagian dari Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI selalu berusaha untuk menjalankan tugas pokok dan fungsinya semaksimal mungkin agar tercapai visi dan misi Kementerian Kesehatan periode 2010-2014.
- b. Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan merupakan bagian dari Kementerian Kesehatan RI yang bertanggung jawab dalam merumuskan serta melaksanakan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan. Struktur organisasi di Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan sudah cukup efektif, walaupun tidak menutup kemungkinan adanya pemekaran maupun perampingan struktur organisasi di masa yang akan datang bila dibutuhkan.
- c. Struktur organisasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian sudah cukup efektif, hanya saja butuh penambahan staf di tiap seksi agar memudahkan dalam penyelesaian pekerjaan.
- d. Peran Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Kefarmasian bagi apoteker, yaitu membantu apoteker dalam meningkatkan fungsi profesionalnya dengan cara menetapkan standar dan pedoman untuk melaksanakan praktek kefarmasian.

6.2 Saran

- a. Seluruh anggota Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian diharapkan agar selalu meningkatkan pengetahuan dan kualitas kompetensi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, misalnya dengan memberikan

beasiswa kepada staf yang berkeinginan untuk melanjutkan pendidikannya atau dengan mengikutsertakan para staf pada seminar-seminar kefarmasian.

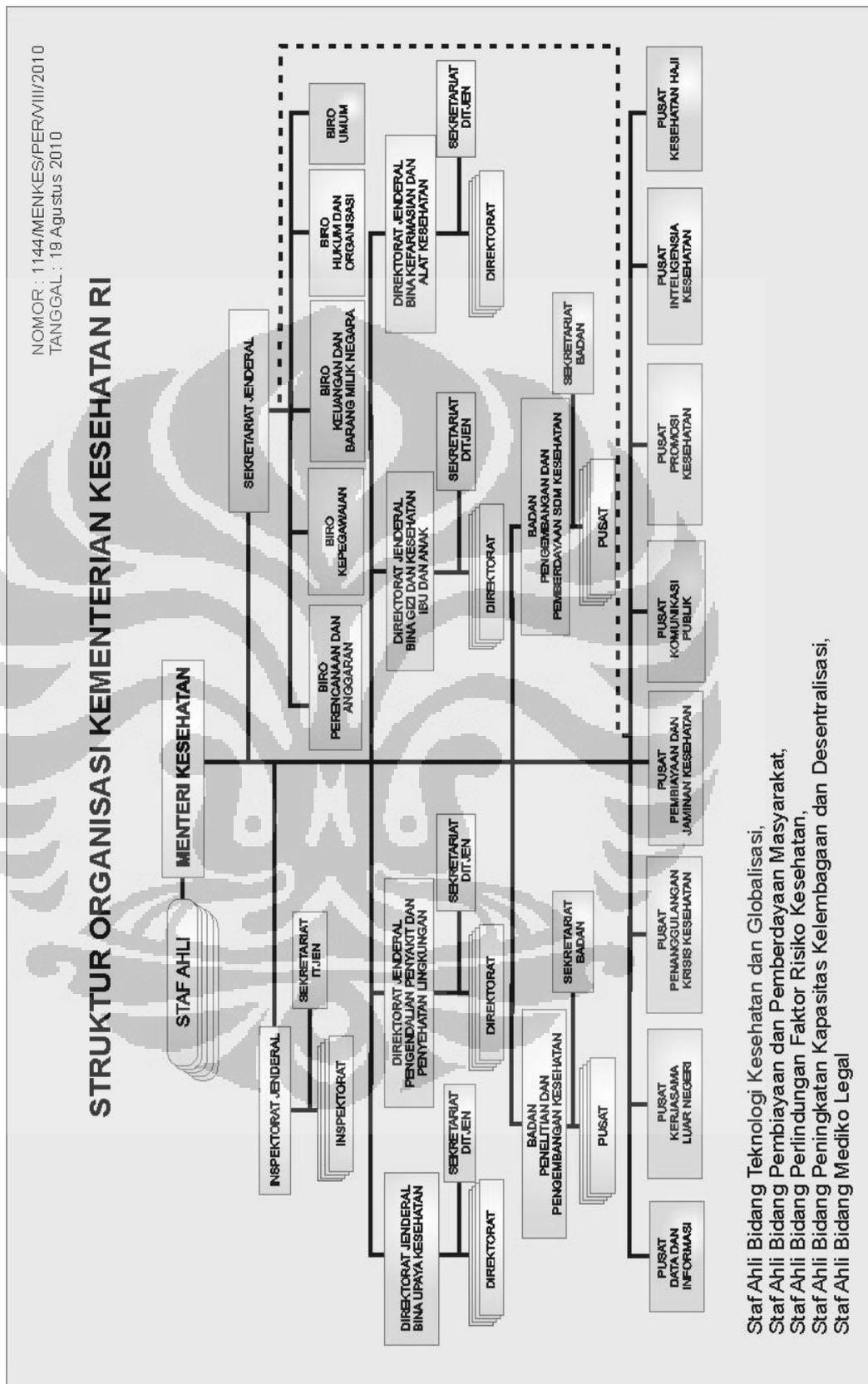
- b. Sebaiknya dilakukan perencanaan dan persiapan yang matang dalam menerima peserta PKPA, terutama dalam hal pemberian materi dan pengarahan agar proses PKPA berlangsung dengan lancar dan efektif.
- c. Dapat dipertimbangkan untuk menempatkan para peserta PKPA sesuai dengan peminatan studi yang diambil, misal di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian yang memiliki tugas pokok dan fungsi yang lebih berfokus pada bidang pelayanan farmasi mungkin dapat dipertimbangkan penempatan peserta PKPA yang memiliki peminatan di bidang yang sama.
- d. Sebaiknya dilakukan penambahan personil untuk mengatasi terbengkalainya pekerjaan jika personil lain tidak berada di tempat karena harus menyelesaikan tugas di luar kota.
- e. Sebaiknya diberlakukan peraturan 7 jam kerja agar pekerjaan lebih produktif. Personil yang datang terlambat tidak berkurang jam kerjanya, karena waktu kerja mulai dihitung pada saat dia datang.

DAFTAR REFERENSI

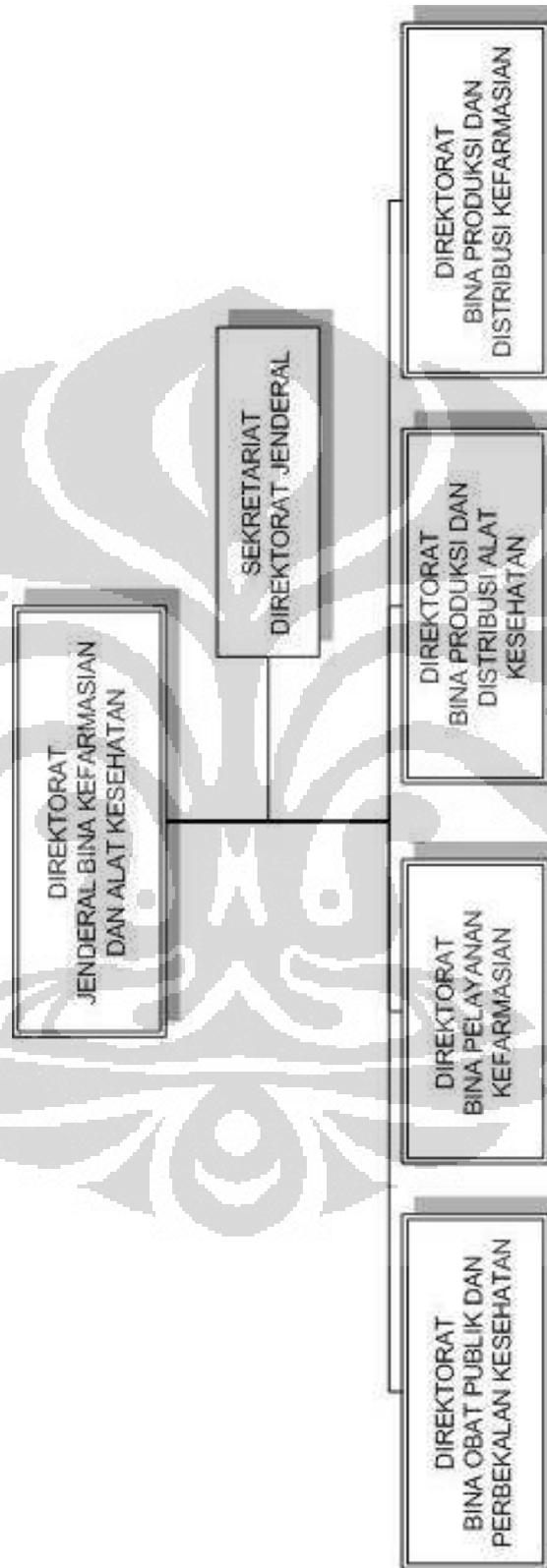
- Kementerian Kesehatan. (2005). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1575/Menkes/PER/XI/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2010). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/60/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1144/MENKES/PER/VIII/2010 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (n.d.). *Tupoksi*. February 28, 2011. <http://www.depkes.go.id/>
- Keputusan Presiden Republik Indonesia. (2001). *Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen*. Jakarta
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. (2009). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian*. Jakarta.



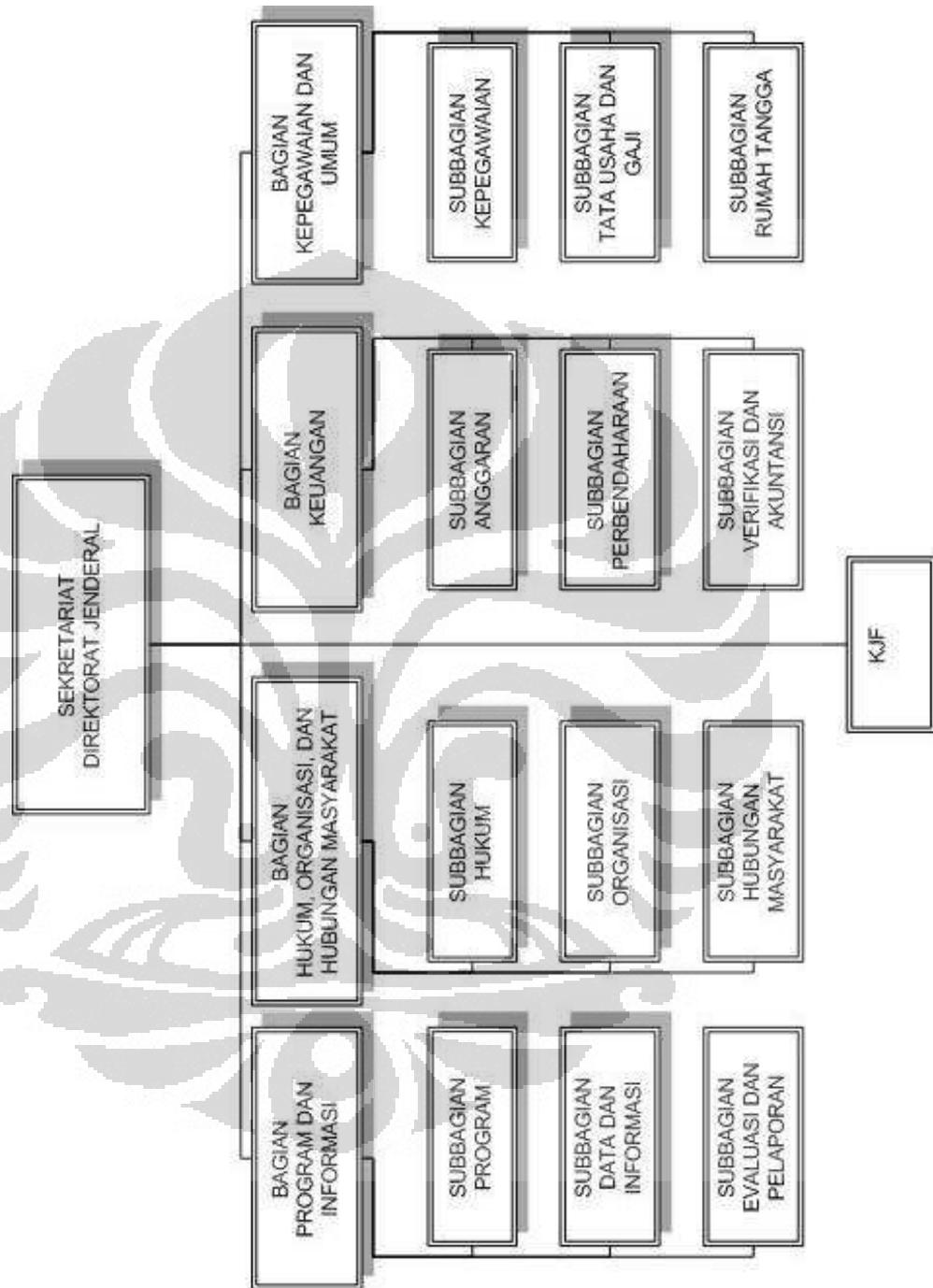
Lampiran 1. Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia



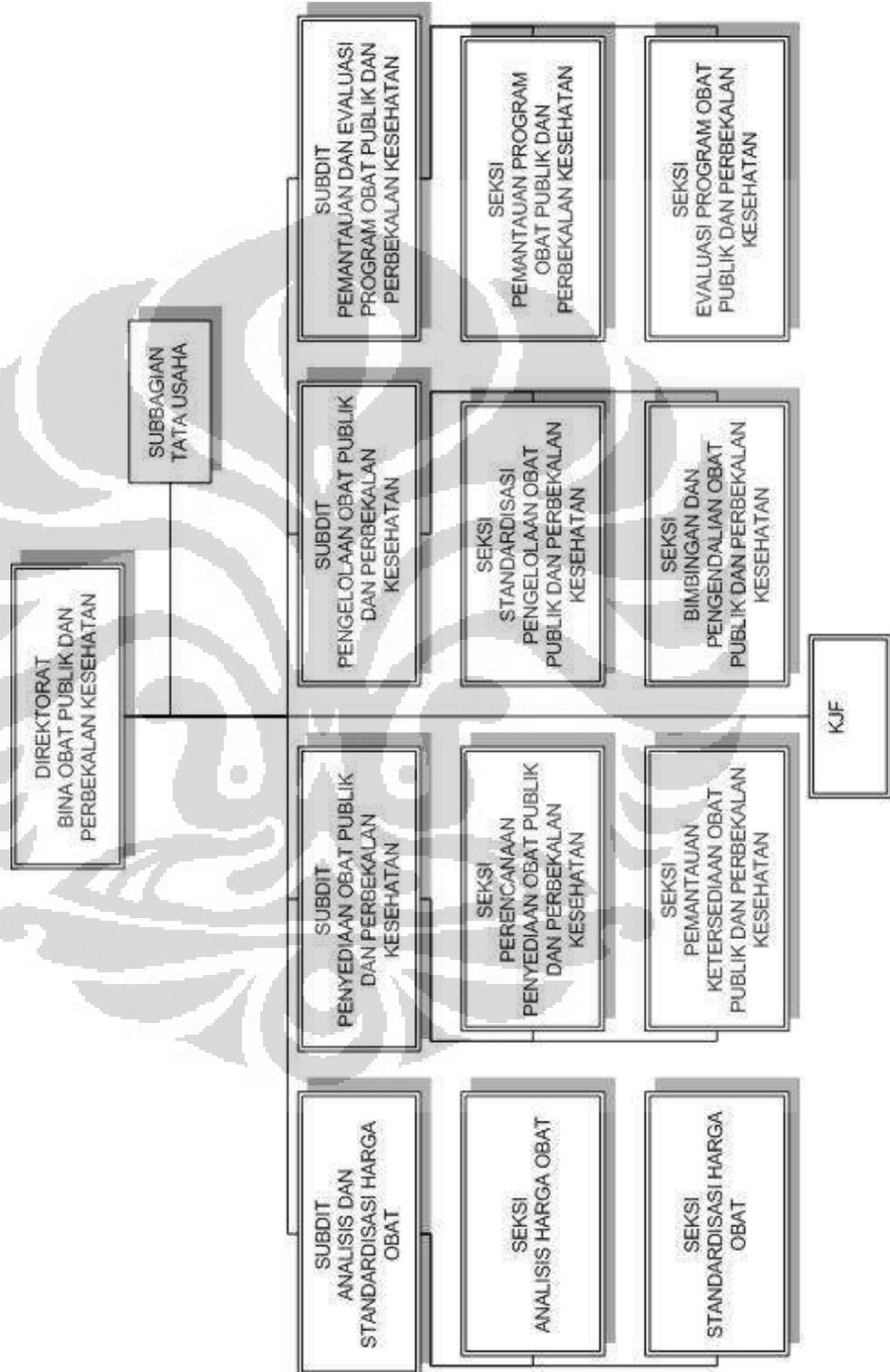
Lampiran 2. Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan



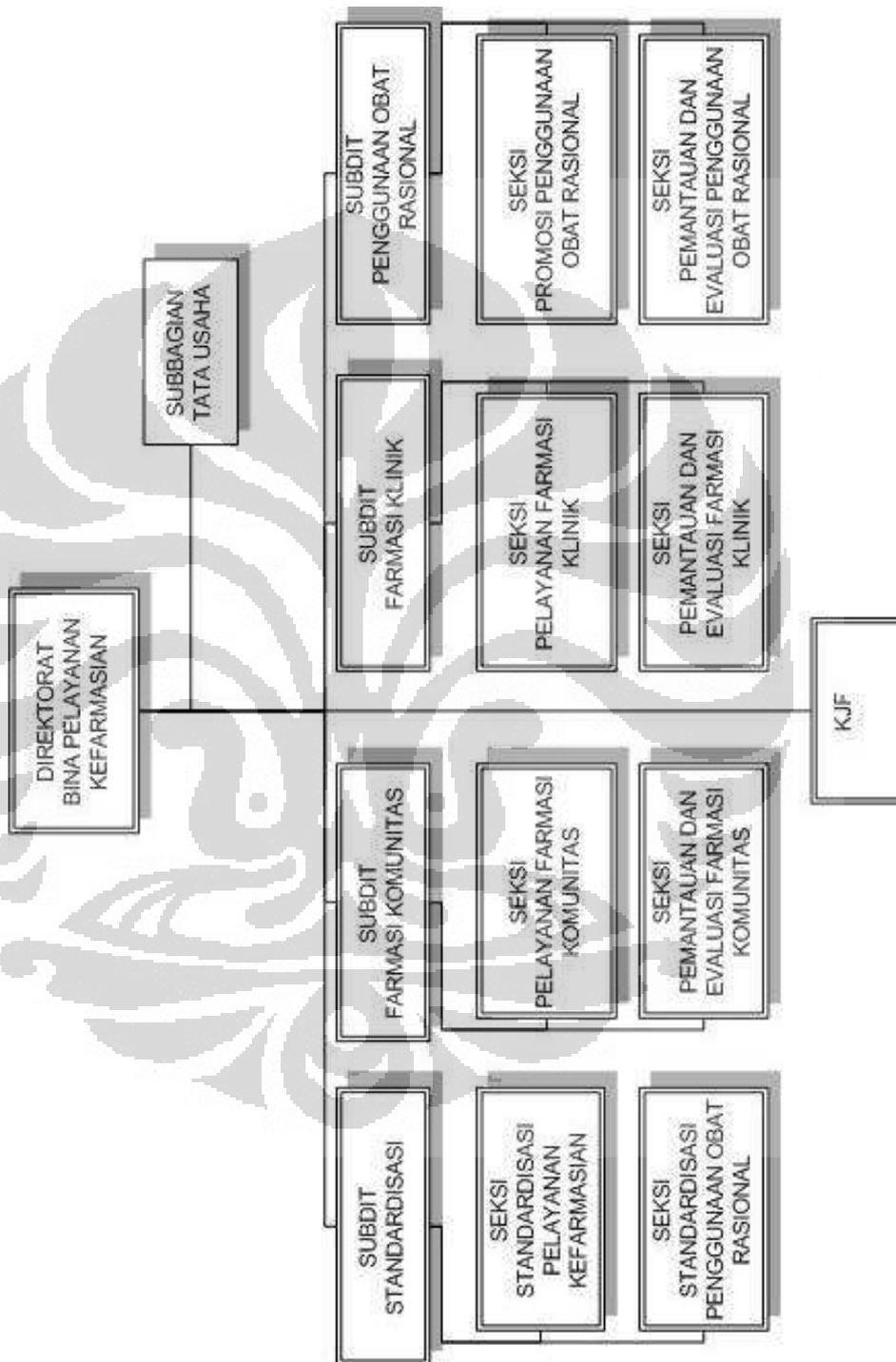
Lampiran 3. Struktur Organisasi Sekretariat Direktorat Jenderal



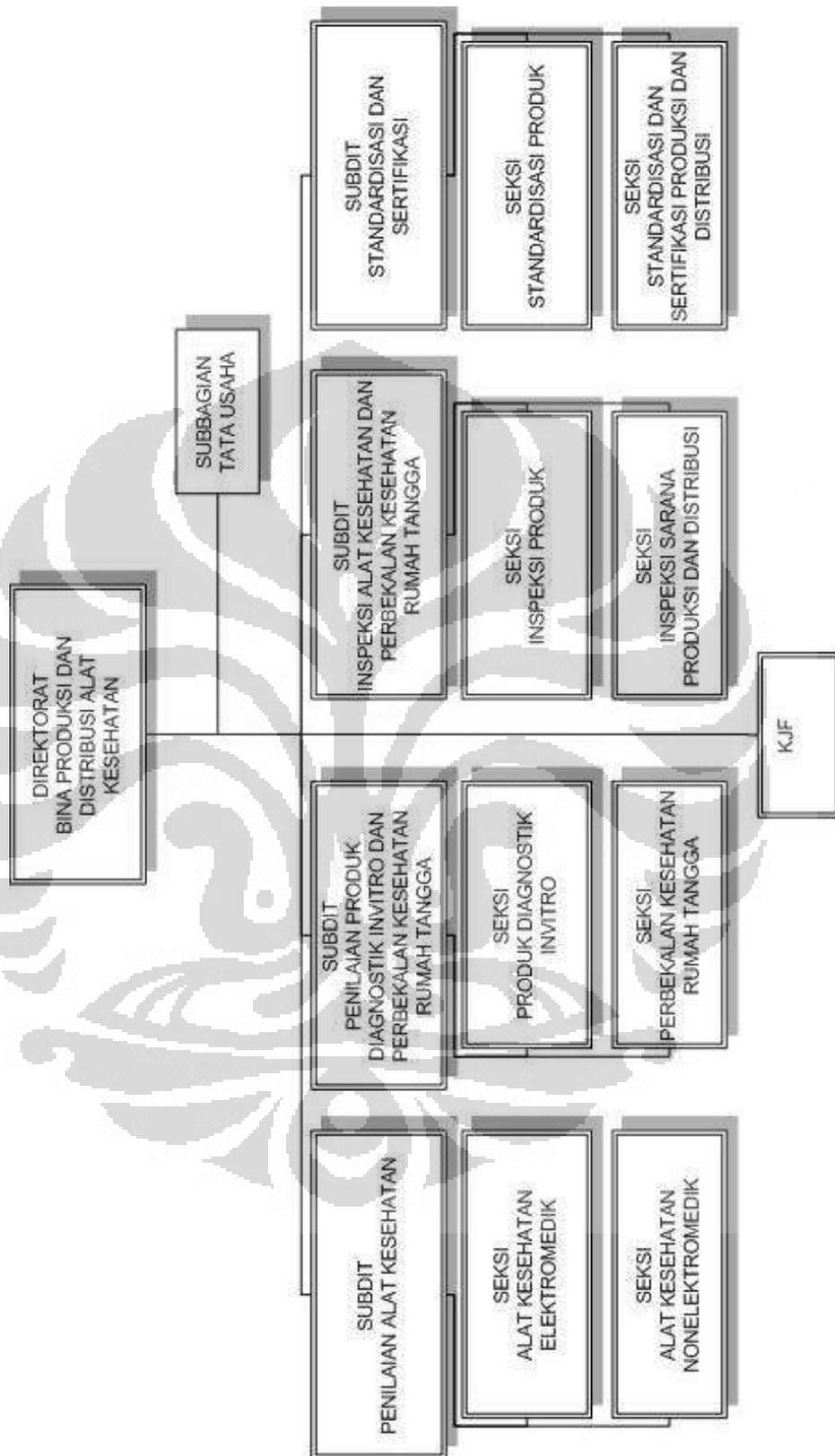
Lampiran 4. Struktur Organisasi Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan



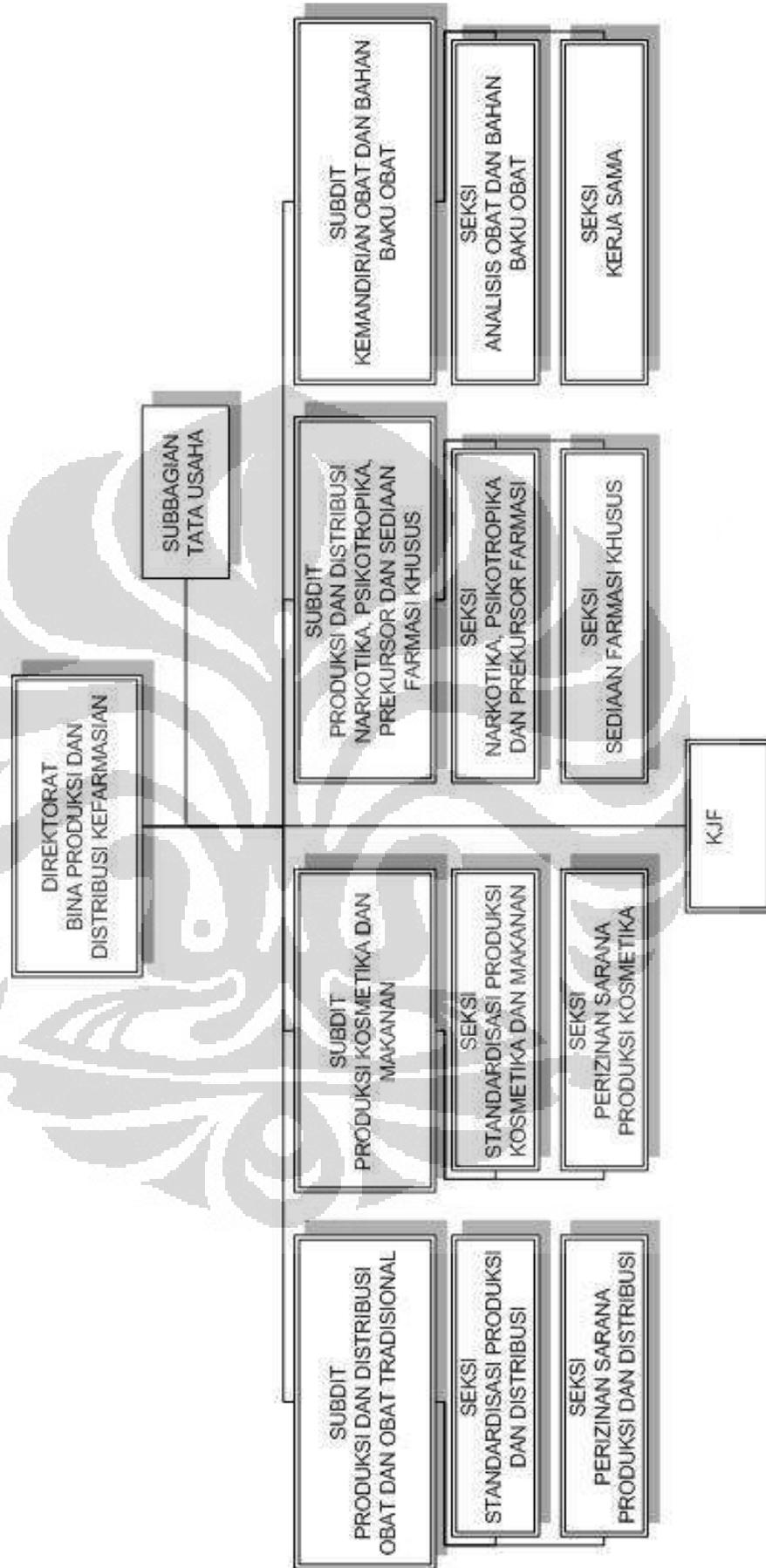
Lampiran 5. Struktur Organisasi Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian



Lampiran 6. Struktur Organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan



Lampiran 7. Struktur Organisasi Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian





UNIVERSITAS INDONESIA

**KAJIAN PEDOMAN FARMAKOEKONOMI DI NEGARA
BELANDA**

TUGAS KHUSUS PRAKTEK KERJA PROFESI APOTEKER

**BERNOULLI S. P. TAMBUN, S.Farm.
1006835122**

ANGKATAN LXXIII

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM PROFESI APOTEKER – DEPARTEMEN FARMASI
DEPOK
DESEMBER 2011**

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR ISI	ii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	2
2. TINJAUAN PUSTAKA	3
2.1 Biaya dan Perspektif Pelayanan Kesehatan.....	3
2.2 Farmakoekonomi	4
2.3 Metode Farmakoekonomi.....	6
2.3.1 <i>Cost Minimization Analysis</i> (CMA).....	6
2.3.2 <i>Cost Effectiveness Analysis</i> (CEA).....	7
2.3.3 <i>Cost Utility Analysis</i> (CUA).....	8
2.3.4 <i>Cost Benefit Analysis</i> (CBA).....	9
2.4 Penerapan Farmakoekonomi.....	9
3. METODOLOGI PENKAJIAN	12
3.1 Tempat dan Waktu Pengkajian.....	12
3.2 Metode Pengkajian	12
4. HASIL DAN PEMBAHASAN	13
4.1 Pedoman Farmakoekonomi di Negara Belanda	13
4.1.1 Gambaran Umum	13
4.1.1.1 Judul Pedoman.....	13
4.1.1.2 Lembaga yang Mengeluarkan	13
4.1.1.3 Tujuan Pedoman.....	14
4.1.1.4 Sasaran Pedoman.....	14
4.1.1.5 Sistematika Pedoman.....	14
4.1.2 Isi Pedoman	14
4.2 Pembahasan.....	19
5. KESIMPULAN DAN SARAN	21
5.1 Kesimpulan.....	21
5.2. Saran	21
DAFTAR REFERENSI	23

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini penyakit didunia termasuk di Indonesia semakin berkembang dan merupakan ancaman bagi manusia. Indonesia saat ini berada pada pertengahan transisi epidemiologi di mana penyakit tidak menular meningkat drastis sementara penyakit menular masih menjadi suatu masalah yang serius. Salah satu upaya yang dilakukan di bidang farmasi yaitu penggunaan obat secara rasional, aman dan ekonomis dengan cara yang efektif dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan proses monitoring terapi.

Masalah biaya kesehatan sejak beberapa tahun ini telah banyak menarik perhatian. Sementara itu sesuai dengan kebijakan pemerintah, tenaga kesehatan diharapkan dapat lebih mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dalam menjawab berbagai tantangan tersebut diperlukan pemikiran-pemikiran khusus dalam meningkatkan efisiensi atau penggunaan dana secara lebih rasional (Trisna, 2010). Biaya pelayanan kesehatan khususnya biaya obat telah meningkat tajam beberapa dekade terakhir, dan kecenderungan ini tampaknya akan terus berlanjut. Hal ini antara lain disebabkan populasi pasien usia lanjut yang semakin banyak dengan konsekuensi meningkatnya penggunaan obat, adanya obat-obat baru yang lebih mahal dan perubahan pola pengobatan. Di sisi lain, sumber daya yang dapat digunakan terbatas sehingga harus dicari cara agar pelayanan kesehatan menjadi efisien dan ekonomis. Tidak hanya meneliti penggunaan dan efek obat dalam hal khasiat dan keamanan saja, tetapi juga menganalisis dari segi ekonominya. Studi khusus yang mempelajari hal tersebut dikenal dengan nama farmakoekonomi.

Salah satu upaya untuk menganalisa biaya dan hasil yang diperoleh dihubungkan dengan penggunaan obat dalam pelayanan kesehatan untuk menjamin bahwa sumber daya kesehatan digunakan secara efisien dan ekonomis diperlukan ilmu farmakoekonomi. Farmakoekonomi di definisikan juga sebagai deskripsi dan analisis dari biaya terapi dalam suatu sistem pelayanan kesehatan,

lebih spesifik lagi adalah sebuah penelitian tentang proses identifikasi, mengukur dan membandingkan biaya, resiko dan keuntungan dari suatu program, pelayanan dan terapi serta determinasi suatu alternatif terbaik. Evaluasi farmakoekonomi memperkirakan harga dari produk atau pelayanan berdasarkan satu atau lebih sudut pandang (Vogenberg, 2001).

Peran farmakoekonomi yang begitu penting membuat banyak negara ingin menerapkan ilmu ini dalam penyusunan pedoman untuk analisis farmakoekonomi. Pedoman ini sangat berperan membantu pemerintah dalam hal mengambil kebijakan penentuan obat-obat yang akan disubsidi atau dibiayai oleh perusahaan asuransi. Negara Belanda merupakan negara maju yang telah mempunyai pedoman untuk analisis farmakoekonomi.

Untuk saat ini, Indonesia belum menyusun pedoman untuk penerapan ilmu farmakoekonomi tersebut, oleh karena itu dengan melakukan kajian terhadap pedoman farmakoekonomi negara Belanda diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian untuk mengembangkan pedoman tersebut.

1.2 Tujuan

- 1.2.1 Mengetahui gambaran umum farmakoekonomi di negara Belanda.
- 1.2.2 Mengetahui manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan farmakoekonomi.
- 1.2.3 Mengetahui tujuan ilmu farmakoekonomi dalam sistem pelayanan kesehatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Biaya dan Perspektif Pelayanan Kesehatan

Biaya adalah sesuatu yang tidak dapat terhindar dalam kehidupan manusia. Karena itu, pemahaman tentang biaya sangat diperlukan, terutama dalam melakukan analisis biaya. Dalam melakukan perbandingan biaya berbagai alternatif pengobatan merupakan sasaran setiap evaluasi ekonomi.

Dalam pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kefarmasian, ada beberapa kategori biaya yang harus dipertimbangkan. Kategori biaya itu adalah biaya akibat pemakaian sumber daya di sektor pelayanan kesehatan, biaya akibat sumber daya lain yang digunakan oleh pasien serta keluarganya, dan biaya akibat sumber daya lain yang dipakai pada sektor lain. Maka mengukur biaya dua elemen yang harus dicatat yaitu kuantitas sumber daya yang dipakai dan unit biaya (harga) (Afdhal, Ahmad Fuad, 2011)

Pelayanan kesehatan, baik kebijakan dan sistem pelayanannya perlu dikembangkan dan diperbaiki agar lebih baik. Semakin berkembangnya kebutuhan dalam pelayanan kesehatan berakibat pada meningkatnya biaya dalam pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi lima kategori yaitu (Vogenberg, 2001):

a. Biaya medis langsung (*direct medical cost*)

Biaya yang dikeluarkan oleh pasien terkait dengan jasa pelayanan medis, yang digunakan untuk mencegah atau mendeteksi suatu penyakit seperti kunjungan pasien, obat-obat yang diresepkan, lama perawatan disebut biaya medis langsung. Kategori biaya-biaya medis langsung antara lain pengobatan, pelayanan untuk mengobati efek samping, pelayanan pencegahan dan penanganan.

b. Biaya nonmedis langsung (*direct nonmedical cost*)

Biaya yang dikeluarkan pasien tidak terkait langsung dengan pelayanan medis, seperti transportasi pasien ke rumah sakit, makanan, jasa pelayanan lainnya yang diberikan pihak rumah sakit disebut biaya nonmedis langsung.

c. Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Biaya yang dapat mengurangi produktivitas pasien, atau biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang disebut biaya tidak langsung. Sebagai contoh pasien kehilangan pendapatan karena sakit yang berkepanjangan sehingga tidak dapat memberikan nafkah pada keluarganya, pendapatan berkurang karena kematian yang cepat dan lain-lain.

d. Biaya tak terwujud (*Intangible cost*)

Biaya yang dikeluarkan bukan hasil tindakan medis, tidak dapat diukur dalam mata uang disebut biaya tak terduga. Biaya yang sulit diukur seperti rasa nyeri/cacat, kehilangan kebebasan, efek samping. Sifatnya psikologis, sukar dikonversikan dalam nilai mata uang.

Perspektif pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari empat perspektif, yaitu (Vogenberg, 2001):

- a. Perspektif pasien (konsumen) yaitu pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau.
- b. Perspektif penyedia pelayanan kesehatan yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang diperlukan masyarakat. Sebagai contoh: rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, praktek dokter, dan praktek bidan.
- c. Perspektif pembayar (perusahaan asuransi) yaitu membayarkan biaya terkait dengan pelayanan kesehatan yang digunakan peserta asuransi selama pelayanan kesehatan yang digunakan peserta termasuk dalam tanggungan perusahaan bersangkutan. Menyusun program pelayanan kesehatan yang lebih efektif sehingga dapat memberikan keuntungan bagi perusahaan.
- d. Perspektif masyarakat yaitu masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan untuk mencegah terjangkitnya berbagai penyakit, seperti program pencegahan penyakit dengan imunisasi.

2.2 Farmakoekonomi

Deskripsi dan analisis dari biaya terapi obat untuk sistem perawatan kesehatan dan masyarakat merupakan pemahaman farmakoekonomi. Farmakoekonomi digunakan untuk mengidentifikasi, mengukur, dan membandingkan biaya dan konsekuensi dari produk dan jasa farmasi. Dokter dan

pembuat keputusan lain dapat menggunakan metode ini untuk mengevaluasi dan membandingkan total biaya pilihan pengobatan dan hasil yang terkait dengan pilihan ini (Rascati, 2009).

Farmakoekonomi adalah ilmu yang mengukur biaya dan hasil yang diperoleh dihubungkan dengan penggunaan obat dalam perawatan kesehatan. Analisis farmakoekonomi menggambarkan dan menganalisa biaya obat untuk sistem perawatan kesehatan. Studi farmakoekonomi dirancang untuk menjamin bahwa bahan-bahan perawatan kesehatan digunakan paling efisien dan ekonomis (Orion, 1997). Teknik farmakoekonomi tersebut mencakup *cost-minimization*, *cost-effectiveness*, *cost-utility*, *cost-benefit*, *cost of illness*, *cost-consequence*, dan teknik analisis ekonomi lainnya yang menyediakan informasi berharga bagi para pengambil keputusan pada pelayanan kesehatan untuk alokasi sumber daya yang langka.

Tujuan farmakoekonomi adalah membandingkan obat yang berbeda untuk pengobatan pada kondisi yang sama. Selain itu juga membandingkan pengobatan yang berbeda pada kondisi yang berbeda (Vogenberg, 2001). Dimana hasilnya bisa dijadikan informasi yang dapat membantu para pembuat kebijakan dalam menentukan pilihan atas alternatif-alternatif pengobatan yang tersedia agar pelayanan kesehatan menjadi lebih efisien dan ekonomis. Informasi farmakoekonomi saat ini dianggap sama pentingnya dengan informasi khasiat dan keamanan obat dalam menentukan pilihan obat mana yang akan digunakan. Farmakoekonomi dapat diaplikasikan baik dalam skala mikro maupun dalam skala makro (Trisna, 2010).

Farmakoekonomi diperlukan karena adanya sumber daya yang terbatas, dimana hal yang terpenting adalah bagaimana memberikan obat yang efektif dengan dana yang tersedia, pengalokasian sumber daya yang tersedia secara efisien, kebutuhan pasien dimana dari sudut pandang pasien adalah biaya yang seminimal mungkin (Vogenberg, 2001). Dengan keterbatasan sumber daya yang tersedia dalam memberikan pelayanan kesehatan, maka sudah seyogyanya farmakoekonomi dimanfaatkan dalam membantu membuat keputusan dan menentukan pilihan atas alternatif-alternatif pengobatan agar pelayanan kesehatan menjadi lebih efisien dan ekonomis.

2.3 Metode Farmakoekonomi

Dalam farmakoekonomi ada beberapa cara dalam evaluasi ekonomi, yang semuanya memakai pendekatan yang sama, yaitu mengidentifikasi berbagai jenis biaya dan mengukur jumlah uang yang dibelajarkan, namun berbeda kosekuensinya. Sejauh ini terdapat empat teknik yang dikenal dalam evaluasi ekonomi, yaitu analisis minimalisasi-biaya (*cost-minization analysis*), analisis efektivitas-biaya (*cost-effectiveness analysis*), analisis utilitas-biaya (*cost-utility analysis*), dan analisis manfaat-biaya (*cost-benefit analysis*) (afdhal, Ahmad Fuad, 2011)

Tabel 2.1 Tabel Perbandingan Metode Farmakoekonomi

No.	Metode	Satuan Unit	Satuan Hasil
1.	<i>Cost Minimization Analysis (CMA)</i>	Mata Uang	Hasil yang sama
2.	<i>Cost Effectiveness Analysis (CEA)</i>	Mata Uang	Unit Alamiah
3.	<i>Cost Benefit Analysis (CBA)</i>	Mata Uang	Mata Uang
4.	<i>Cost Utility Analysis (CUA)</i>	Mata Uang	Kualitas Hidup

2.3.1 *Cost-Minization Analysis (CMA)*

Tipe analisis yang menentukan biaya program terendah dengan asumsi besarnya manfaat yang diperoleh sama disebut *Cost Minimization Analysis* (Analisis Minimalisasi Biaya). Analisis ini digunakan untuk menguji biaya yang dihubungkan dengan intervensi yang sama dalam bentuk hasil yang diperoleh (Orion, 1997).

Metode analisis farmakoekonomi merupakan tipe yang paling sederhana karena fokus terhadap pengukuran biaya dan *outcome* yang dianggap sama, dimana tujuannya adalah untuk mengidentifikasi alternatif dengan biaya yang terendah. Namun penggunaan metode ini terbatas, karena hanya dapat membandingkan alternatif dengan *outcome* yang sama (Rascati, 2009). Bila asumsi terhadap *outcome* tidak benar, maka data yang didapat menjadi tidak akurat. Contoh dari CMA adalah terapi dengan obat generik dengan obat bermerek dimana *outcome* klinik (efek samping dan efikasi) sama, yang

Universitas Indonesia

berbeda adalah onset dan durasinya. Maka pemilihan obat difokuskan pada obat yang biaya per harinya lebih murah (Trisna, 2007). Dengan kata lain obat generik yang dipilih, karena memiliki harga yang lebih murah (Gattani, 2009).

2.3.2 *Cost-Effectiveness Analysis* (CEA)

Tipe analisis yang membandingkan biaya dan *outcome* dalam satuan kesehatan, seperti proporsi kesembuhan, penurunan tekanan darah dan kadar kolestrol, serta jumlah nyawa yang berhasil diselamatkan disebut *Cost Effectiveness Analysis* (Analisi Efektivitas Biaya). Hasil CEA dinyatakan dalam rasio yaitu yang disebut sebagai *Average Cost Effectiveness Ratio* (ACER) dan *Incremental Cost Effectiveness Ratio* (ICER) (Rascati, 2009).

ACER menggambarkan total biaya dari program atau alternatif terapi dibandingkan dengan *outcome* klinik menghasilkan rasio harga dalam mata uang per *outcome* klinik yang diperoleh.

ICER digunakan untuk mendeterminasikan biaya tambahan dan pertambahan efektivitas dari suatu terapi dibandingkan terapi yang paling baik, yang dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut (Souich, 2004).

$$\text{ICER} = \frac{\text{Biaya A (\$)} - \text{Biaya B (\$)}}{\text{Efek A (\%)} - \text{Efek B (\%)}}$$

Metode ini cocok jika terapi yang dibandingkan memiliki hasil terapi (*outcome*) yang berbeda. Metode ini digunakan untuk membandingkan obat-obat yang pengukuran hasil terapinya dapat dibandingkan. Sebagai contoh, membandingkan dua obat yang digunakan untuk indikasi yang sama tetapi biaya dan efektifitasnya berbeda. CEA mengubah biaya dan efektifitas kedalam bentuk rasio, yang meliputi rasio *cost per cure* (contoh: antibiotika) atau *cost per year of life gained* (contoh: obat yang digunakan pada serangan jantung). Pada saat membandingkan dua macam obat, biasanya digunakan pengukuran ICER yang menunjukkan biaya tambahan (misalnya *per cure* atau *per life saved*) akibat digunakannya suatu obat dibanding dengan penggunaan obat lain. Jika biaya tambahan ini rendah, berarti obat tersebut baik untuk dipilih, sebaliknya jika

biaya tambahannya sangat tinggi maka obat tersebut tidak baik untuk dipilih (Trisna, 2007).

Keuntungan menggunakan CEA adalah *outcome* tidak perlu dikonversi dalam mata uang dan *outcome* dapat diukur dalam satuan klinis yang dapat diterima oleh praktisi kesehatan. Kerugiannya adalah hanya satu *outcome* pada satu waktu yang dapat dibandingkan. Pilihan yang digunakan dalam perbandingan harus mempunyai *outcome* yang dapat diukur dalam satuan yang sama (Rascati, 2009).

2.3.3 *Cost-Utility Analysis* (CUA)

Tipe analisis yang membandingkan biaya terhadap program kesehatan yang diterima dihubungkan dengan peningkatan kesehatan yang diakibatkan pelayanan kesehatan disebut *Cost Utility Analysis* (Analisis Utilitas Biaya) (Bootman, 2005). Metode ini dianggap sebagai subkelompok CEA karena CUA juga menggunakan rasio *cost-effectiveness*, tetapi menyesuaikan dengan skor kualitas hidup. Biasanya diperlukan wawancara dan meminta pasien untuk memberi skor tentang kualitas hidup mereka (Trisna, 2007).

. Dalam CUA, peningkatan kesehatan diukur dalam bentuk jumlah tahun berkualitas yang disesuaikan (*quality adjusted life years/QALYs*) dan hasilnya ditunjukkan dengan biaya per jumlah tahun. Data kualitas dan kuantitas hidup dapat dikonversi ke dalam nilai QALYs. Sebagai contoh jika pasien dinyatakan benar-benar sehat, nilai QALYs dinyatakan dengan angka 1 (satu).

Keuntungan CUA adalah berbagai tipe hasil terapi atau penyakit dengan bermacam *outcome* dapat diperbandingkan (tidak seperti CEA) menggunakan satu unit pengukuran, yaitu QALYs. CUA menggabungkan morbiditas dan mortalitas dalam satu unit pengukuran tanpa harus mengkonversikannya dalam bentuk moneter (tidak seperti CBA) (Rascati, 2009). Kekurangan analisis ini bergantung pada penentuan QALYs pada status tingkat kesehatan pasien, dimana sukar untuk menentukan nilai QALYs dengan akurat (Rascati, 2009).

2.3.4 *Cost-Benefit Analysis* (CBA)

Cost Benefit Analysis (analisis manfaat-biaya) merupakan metode analisis yang mengukur biaya dan manfaat suatu intervensi dengan ukuran moneter dan pengaruhnya terhadap hasil perawatan kesehatan. Dapat digunakan untuk membandingkan perlakuan yang berbeda untuk kondisi yang berbeda. Analisis ini sangat bermanfaat pada kondisi antara manfaat dan biaya mudah dikonversi ke dalam bentuk rupiah (Bootman, 2005).

Contoh dari CBA adalah membandingkan program penggunaan vaksin dengan program penggunaan obat antihiperlipidemia. Pengukuran dapat dilakukan dengan menghitung jumlah episode penyakit yang dapat dicegah, kemudian dibandingkan dengan biaya kalau program perawatan penyakit dilakukan. Semakin tinggi *benefit-cost*, maka program makin menguntungkan (Trisna, 2010).

CBA merupakan tipe penelitian farmakoekonomi yang komprehensif dan sulit dilakukan karena mengkonversi benefit kedalam nilai uang. Pertanyaan yang harus dijawab dalam CBA adalah alternatif mana yang harus dipilih diantara alternatif-alternatif yang dapat memberikan manfaat atau benefit yang paling besar.

Keuntungan metode ini adalah banyaknya *outcome* berbeda yang dapat diperbandingkan, selama pengukuran *outcome* dapat diukur dengan nilai moneter. Kerugiannya adalah penempatan nilai ekonomi pada hasil terapi bukanlah hal yang mudah dan tidak ada kesepakatan yang universal atau standar untuk memenuhi hal tersebut (Rascati, 2009).

2.4 Penerapan Farmakoekonomi

Dalam menerapkan ilmu farmakoekonomi harus mempertimbangkan segi manfaat dan kendala. Manfaat yang dapat diperoleh dengan penerapan farmakoekonomi antara lain:

- a. Memberikan pelayanan maksimal dengan biaya yang terjangkau. Terdapat banyak pilihan obat yang dapat diberikan untuk tindakan terapi bagi pasien. Namun, banyaknya pilihan terapi ini tidak akan bermanfaat apabila ternyata pasien tidak sanggup membeli karena harganya yang mahal. Oleh karena itu,

Universitas Indonesia

pertimbangan farmakoekonomi dalam menentukan terapi yang akan diberikan kepada pasien sangat diperlukan dengan biaya yang terjangkau, misalnya dengan penggunaan obat generik.

b. Angka kesembuhan meningkat, dimana angka kesehatan meningkat dan angka kematian menurun. Terapi yang diberikan oleh dokter akan berhasil apabila pasien patuh terhadap pengobatan penyakitnya. Kepatuhan ini salah satunya dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Misalnya saja harga obat yang diresepkan oleh dokter terlalu mahal maka pasien tidak akan sanggup membeli dan tentu saja tidak dapat mengkonsumsi obatnya. Dan sebaliknya apabila harga obat terjangkau, maka pasien dapat mengkonsumsi obatnya dan mengalami kesembuhan. Selain itu ketepatan dokter dalam memilih terapi yang tepat untuk penyakit pasien atau berdasarkan *Evidence Based Medicine* (EBM) juga berpengaruh. Misalnya saja dokter hanya memberikan obat yang sifatnya simptomatis kepada pasien, tentu saja penyakit pasien tidak sembuh dan harus kembali berobat dan biaya yang dikeluarkan untuk mencapai kesembuhan semakin besar.

c. Menghindari tuntutan dari pihak pasien dan asuransi terhadap dokter dan rumah sakit karena pengobatan yang mahal. Saat ini telah terjadi perubahan paradigma dalam masyarakat, dimana jasa pelayanan kesehatan tidak berbeda dengan komoditas jasa lain. Perubahan paradigma ini mengubah hubungan antara pasien, dokter, dan lembaga pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Seorang pasien menjadi semakin kritis dan ingin tahu untuk apa saja ia membayar, termasuk dalam hal obat-obatan atau terapi serta pemeriksaan yang dilakukan. Apabila ada kesan kelalaian dokter dan pihak rumah sakit, pasien berhak mengajukan tuntutan ke pengadilan. Apabila dokter telah memberikan obat generik dengan harga yang murah dengan syarat memang tepat indikasi untuk penyakit pasien, dan rumah sakit selalu menyediakannya, maka dokter dan rumah sakit akan terhindar dari tuntutan pasien dan pihak asuransi atas biaya pengobatan yang mahal.

Selain adanya manfaat dalam penerapan farmakoekonomi, terdapat pula kekurangan atau kendala yang mungkin dihadapi antara lain:

- a. Untuk mendapatkan manfaat dari farmakoekonomi secara maksimal maka diperlukan edukasi yang baik bagi praktisi medik termasuk dokter maupun masyarakat. Dokter harus memperdalam ilmu farmakologi dan memberikan obat berdasarkan bukti ilmiah terkini (*Evidence Based Medicine*) dari penyakit pasien. Pendidikan masyarakat tentang kesehatan harus ditingkatkan melalui pendidikan formal maupun informal, dan menghilangkan pandangan masyarakat bahwa obat yang mahal itu pasti bagus. Hal ini belum tentu karena obat yang rasional adalah obat yang murah tapi tepat untuk penyakitnya.
- b. Diperlukan peran pemerintah membuat regulasi obat generik yang bermutu untuk digunakan dalam pelayanan kesehatan baik tingkat pusat sampai kecamatan dan desa. Karena dalam banyak kasus, obat non generik yang harganya jauh lebih mahal terpaksa diberikan karena tidak ada pilihan obat lain bagi pasien. Terutama bagi pasien yang menderita penyakit berat, seperti kanker. Seperti contoh obat peningkatan protein jenis albumin dan antibiotik jenis botol ampul yang harganya bisa mencapai jutaan rupiah.
- c. Tidak selamanya ke empat evaluasi farmakoeonomi yang meliputi *Cost-Minimization Analysis* (CMA), *Cost-Effectiveness Analysis* (CEA), *Cost-Benefit Analysis* (CBA), dan *Cost-Utility Analysis* (CUA) dapat berjalan bersamaan.

Ilmu farmakoekonomi ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan (seperti dokter, perawat, apoteker), pengamat ekonomi kesehatan, perusahaan farmasi, dan perusahaan asuransi.

BAB 3 METODOLOGI PENKAJIAN

3.1 Waktu dan Tempat Pengkajian

Dilaksanakan pada tanggal 6 Juni 2011 – 20 Juni 2011 yang bertempat di Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

3.2 Metode Kajian

Metode yang digunakan dalam pengkajian mengenai pedoman farmakoekonomi di negara Belanda. Adapun pustaka yang digunakan sebagai referensi dalam melakukan kajian ini adalah:

- a. Buku pedoman untuk analisis farmakoekonomi negara Belanda.
- b. Buku referensi farmakoekonomi dan biaya.
- c. Berbagai literatur dari internet dan pustaka lainnya

Dari pustaka yang digunakan tersebut dilakukan kajian terhadap pedoman farmakoekonomi dari negara Belanda yang didalamnya meliputi lembaga yang membuat, tujuan, tipe analisis yang digunakan dan lain sebagainya.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pedoman Farmakoekonomi di Negara Belanda

Negara Belanda merupakan salah satu negara yang telah melaksanakan farmakoekonomi untuk menentukan kebijakan dibidang kesehatan, dengan membuat buku pedoman untuk melakukan analisis farmakoekonomi.

4.1.1 Gambaran umum

Guidelines for Pharmacoeconomic Research (GFPR) atau Pedoman untuk meneliti farmakoekonomi merupakan sebagai kerangka kerja untuk mengevaluasi penilaian farmakoekonomi pada negara Belanda. Kerangka kerja penilaian ini digunakan untuk memeriksa apakah efektivitas biaya obat yang telah dipilih sesuai dengan ketentuan. Pedoman ini berhubungan dengan prosedur untuk meminta obat pengganti, yang memerlukan peranan farmakoekonomi dalam mengambil keputusan pada pemberian obat pada Sistem Pergantian Biaya Obata tau Drug Reimbursement System (GVS).

4.1.1.1 Judul pedoman

Pertama kali diterbitkan 'pedoman untuk penelitian farmakoekonomi di negara Belanda' pada tahun 1999 oleh Dewan Asuransi Kesehatan. Pedoman ini baru-baru ini diperbarui dan diterbitkan dalam laporan 'Pedoman untuk penelitian, evaluasi dan aktualisasi pharmacoeconomic' yang dikirim kepada Menteri Kesehatan, Kesejahteraan dan Olahraga pada tanggal 27 Oktober 2005. Laporan ini menjelaskan latar belakang dan metode untuk memperbarui pedoman. Untuk kenyamanan maka isi pedoman diperbarui juga diterbitkan secara terpisah melalui buku ini.

4.1.1.2 Lembaga yang mengeluarkan

Dewan Asuransi Kesehatan atau College Voor Zorgverzekering (CVZ) masuk kedalam departemen PAKKET merupakan suatu institusi yang menerbitkan pedoman untuk penelitian farmakoekonomi di negara Belanda. Dewan Asuransi Kesehatan melakukan pembaharuan dan kemudian diterbitkan ke

dalam laporan ‘Pedoman untuk penelitian, evaluasi dan aktualisasi farmakoekonomi’ yang kemudian ditujukan kepada Menteri Kesehatan dan Olahraga.

4.1.1.3 Tujuan pedoman

Tujuan pedoman ini dimaksudkan untuk merancang, melaksanakan dan melaporkan penelitian farmakoekonomi, dan juga berlaku untuk evaluasi ekonomi secara umum dalam bidang perawatan kesehatan.

4.1.1.4 Sasaran pedoman

Dokumen ini dimaksudkan untuk digunakan oleh tenaga kesehatan, perusahaan farmasi dan ekonom kesehatan.

4.1.1.5 Sistematika pedoman

Sistematis dari pedoman tersebut.

a) Pendahuluan

b) Pedoman pembaruan terdiri dari 11 pedoman, yaitu:

- Pedoman 1 yaitu perspektif dari evaluasi
- Pedoman 2 yaitu pilihan dari perbandingan pengobatan/indikasi
- Pedoman 3 yaitu teknik analisis
- Pedoman 4 yaitu *time horizon*
- Pedoman 5 yaitu identifikasi, pengukuran dan evaluasi biaya
- Pedoman 6 yaitu penilaian kualitas dari hidup dan QALYs
- Pedoman 7 yaitu pemodelan
- Pedoman 8 yaitu biaya tambahan
- Pedoman 9 yaitu pemotongan efek kedepan dan biaya
- Pedoman 10 yaitu analisis ketidak menentuan
- Pedoman 11 yaitu menggunakan panel ahli

c) Daftar pustaka

4.1.2 Isi pedoman

Isi pedoman meliputi hal-hal yang tercakup dalam sistematika.

4.1.2.1 Pendahuluan

Dewan Asuransi Kesehatan (College voor zorgverzekering, CVZ) masuk kedalam departemen PAKKET merupakan suatu institusi yang menerbitkan pedoman untuk penelitian farmakoekonomi di negara Belanda. Dewan Asuransi Kesehatan melakukan pembaharuan dan kemudian diterbitkan ke dalam laporan “pedoman untuk penelitian, evaluasi dan aktualisasi farmakoekonomi’ yang kemudian ditujukan kepada Menteri Kesehatan dan Olahraga.

Tujuan pedoman ini dimaksudkan untuk merancang, melaksanakan dan melaporkan penelitian farmakoekonomi, dan juga berlaku untuk evaluasi ekonomi secara umum dalam bidang perawatan kesehatan. Pedoman ini tidak dapat ditafsirkan tanpa menggunakan 'Manual untuk penelitian biaya', yang ditulis atas permintaan CVZ oleh Institute of Medical Technology Assessment (IMTA) di Rotterdam. Pedoman 5 (tentang identifikasi, pengukuran dan evaluasi dari biaya) mengacu pada biaya manual ini.

Dalam penerapan penggantian obat, CVZ menggunakan pedoman ini sebagai kerangka kerja untuk mengevaluasi penilaian farmakoekonomi yang merupakan bagian dari penggantian. Ini kerangka penilaian digunakan untuk memeriksa apakah efektivitas biaya obat yang telah diminta, dimana penggantian telah cukup terbukti. Untuk pedoman penggantian obat yang digunakan 'Prosedur untuk meminta obat pengganti', yang meliputi peran farmakoekonomi dalam pengambilan keputusan pada penyerapan obat didalam Sistem Penggantian Obat (GVS).

Tanggal 1 April 2006 CVZ evaluasi farmakoekonomi masih dinilai sebagai bagian dari file pengganti sebelumnya, yaitu sesuai dengan pedoman awalnya pada tahun 1999. Setelah tanggal tersebut pedoman yang telah diperbaharui berlaku.

4.1.2.2 Pedoman pembaruan terdiri dari 11 pedoman

Pedoman terdiri dari teks pedoman sebenarnya, penjelasan dan literatur yang menyediakan bacaan tentang masalah pedoman. Literatur dikutip tidak

dimaksudkan untuk menjadi lengkap. Semua evaluasi farmakoekonomi disampaikan dalam mendukung permintaan untuk penggantian, harus dilakukan sesuai dengan panduan ini. Berangkat dari pedoman ini hanya diizinkan bila file yang berisi argumen tentang mengapa evaluasi belum dilakukan atau tidak dilakukan sesuai dengan pedoman.

a. Pedoman 1 yaitu perspektif dari evaluasi

Evaluasi farmakoekonomi harus dilakukan dan dilaporkan dari perspektif sosial, di mana semua biaya dan manfaat yang disertakan, terlepas siapa yang sebenarnya menanggung biaya atau manfaat.

Ada konsensus (kesepakatan kata/permufakatan bersama mengenai pendapat dsb, yg dicapai melalui pembulatan suara) yang luas, baik nasional maupun internasional, yang untuk alasan teoritis kesejahteraan dari perspektif sosial seharusnya menjadi dasar untuk evaluasi farmakoekonomi. Selain itu, tujuan dari pertanyaan evaluasi dan/atau latar belakang yang perlu dijawab dengan evaluasi merupakan aspek penting yang menentukan perspektif dari mana evaluasi farmakoekonomi harus dilakukan. Evaluasi farmakoekonomi merupakan bagian dari file pengganti berdasarkan keputusan Menteri apakah obat tersebut akan disertakan pada 1B Daftar dari Sistem pengantian obat).

b. Pedoman 2 yaitu pilihan dari perbandingan pengobatan/indikasi

Obat pada indikasi tertentu harus dibandingkan dengan pengobatan standar, atau jika yang tidak ada dengan pengobatan yang biasa. Ini bisa dengan penanganan obat atau terapi non-obat. Pengobatan ini dianggap standar pengobatan dalam praktik sehari-hari sebagai pilihan pertama, yang efektivitas telah terbukti. Pemegang izin harus menggunakan perlakuan perbandingan yang sama, pengobatan atau untuk evaluasi farmakoekonomi dalam menilai klaim terapi (ditambahkan). Jika efektivitas belum terbukti atau tidak cukup dalam pengalaman dari istilah 'pengobatan biasa' yang digunakan oleh Komite Bantuan Farmasi (CFH).

c. Pedoman 2 yaitu pilihan dari perbandingan pengobatan/indikasi

Jika peningkatan kualitas hidup merupakan efek penting dari obat yang sedang dinilai, maka perlu untuk melakukan analisis biaya-utilitas (CUA). Jika hal

ini tidak terjadi, maka analisis biaya efektivitas (CEA) harus dilakukan. Jika produsen tidak mengharapkan terapi obat memiliki nilai tambah, atau akan diganti dengan satu sama lain (a) obat yang berbeda (s), maka analisis biaya-minimisasi (CMA) dapat dilakukan.

Dalam kasus obat baru, penelitian ini terutama bertujuan untuk menentukan nilai terapeutik dan apakah masing-masing diganti dengan obat lain. Jika obat tidak saling digantikan dengan obat lain, perlu untuk menilai evaluasi farmakoekonomi biaya obat dalam kaitannya dengan nilai terapeutik (ditambahkan). Semua aspek dari pengobatan, seperti efek yang dimaksudkan, efek samping dan biayanya, harus dimasukkan dalam evaluasi. Ketika melakukan evaluasi farmakoekonomi, pilihan dapat dibuat dari analisis biaya-manfaat (CUA), analisis biaya-efektivitas (CEA) atau biaya-minimisasi analisis (CMA).

d. Pedoman 4 yaitu *time horizon*

Time horizon evaluasi farmakoekonomi harus sedemikian rupa untuk memungkinkan pernyataan yang valid dan dapat diandalkan harus dibuat tentang efek dan biaya pengobatan yang dibandingkan. Ini mencakup efek dari kedua yang dimaksudkan dan efek dan biaya yang tidak diinginkan (misalnya efek samping).

e. Pedoman 5 yaitu identifikasi, pengukuran dan evaluasi biaya

Bila memungkinkan, 'Manual untuk biaya penelitian' Dewan Asuransi Kesehatan harus diterapkan untuk melakukan identifikasi, pengukuran dan biaya evaluasi. Tujuan menggunakan manual ini adalah untuk meningkatkan keseragaman dan standarisasi biaya pengukuran dan evaluasi dalam evaluasi farmakoekonomi.

Evaluasi farmakoekonomi dilakukan dari perspektif sosial harus mencakup baik biaya langsung dan tidak langsung dalam dan di luar sistem kesehatan. Biaya tidak langsung dalam sistem kesehatan tidak terkait dengan pengobatan harus dihapus. Ketika biaya tidak langsung di luar sistem perawatan kesehatan (juga dikenal sebagai biaya produktivitas) yang terlibat, ini harus dihitung dengan menggunakan metode biaya gesekan (*friction*). Setelah mengidentifikasi jenis biaya yang perlu dimasukkan dalam analisis, biaya yang diukur. Pengukuran ini

terdiri dari daftar penyebaran orang dan artinya selama pengobatan. Semua data biaya yang diperoleh dari studi internasional harus divalidasi untuk digunakan dalam situasi Belanda.

f. Pedoman 6 yaitu penilaian kualitas dari hidup dan QALYs

Jika peningkatan kualitas hidup adalah efek penting dari obat yang dinilai, maka analisis biaya-manfaat (CUA) harus dilakukan. Ketika melakukan analisis biaya-utilitas, penilaian untuk menyatakan kesehatan pasien perlu ditentukan untuk menghitung jumlah 'kualitas-disesuaikan tahun kehidupan' (QALYs). Penilaian status kesehatan dan data kelangsungan hidup harus dilaporkan secara terpisah. Kombinasi dari dua elemen untuk QALY harus disajikan dengan jelas. Deskriptif kuesioner kualitas-hidup (generik, terkait penyakit dan terkait domain/daerah) tidak dapat digunakan sebagai pengukuran efek dalam evaluasi pharmacoeconomic. Hal ini sering sangat berguna untuk menambah kuesioner untuk belajar/pengamatan, terutama untuk menentukan domain kesehatan di mana perubahan terjadi.

g. Pedoman 7 yaitu pemodelan

Dalam rangka untuk dapat mendukung pengambilan keputusan, model harus transparan, harus didasarkan pada publikasi '*peer-review*' dan dengan *user-friendly* versi elektronik. Untuk membuat model transparan, model harus sesederhana mungkin, dan jelas itu harus mencakup semua proses yang paling penting. Pemodelan harus tambahan, dan sejalan dengan analisis farmakoekonomi dari uji klinis (sebaiknya dengan seseorang yang sudah dipublikasikan).

h. Pedoman 8 yaitu biaya tambahan

Pedoman 8 Harus ada laporan rinci tentang nilai tambah efek dan biaya perawatan untuk perbandingan. Efektivitas biaya pengobatan yang akan dibandingkan disajikan dengan melaporkan efek tambahan dan biaya perawatan.

i. Pedoman 9 yaitu pemotongan efek kedepan dan biaya

Dalam literatur terbaru telah ada perdebatan tentang kebutuhan untuk menerapkan tingkat diskonto yang sama untuk efek dan biaya, dan juga pada validitas dari argumen di atas. Pemilihan tingkat diskonto untuk efek dan biaya

harus didasarkan pada penilaian dampak dan biaya berubah dari waktu ke waktu. Pilihan tingkat diskonto 4% untuk biaya sebagian didasarkan pada kembalinya saat ini pada kewajiban dan kepustakaan. Pilihan untuk tingkat diskonto sebesar 1,5% untuk efek ini juga berdasarkan literatur, dan fakta bahwa (sehat) harapan hidup penduduk masih meningkat. Hasil harus disajikan baik diskon dan terdiskonto.

j. Pedoman 10 yaitu analisis ketidakmenentuan

Sebelum presentasi dari estimasi definitif dari biaya, efek dan rasio efektivitas biaya, sejumlah pilihan metodologis telah dibuat dan sejumlah parameter yang telah diperkirakan. Dalam sebuah analisis sensitivitas lebih disukai untuk pertama merumuskan batas atas dan bawah untuk memperkirakan masing-masing mencerminkan margin ketidakpastian. Selanjutnya, kita dapat menentukan besarnya biaya, efek dan perubahan rasio efektivitas biaya jika batas ekstrim diterapkan. Jika prosedur ini diikuti berturut-turut untuk semua parameter, ini dikenal sebagai analisis sensitivitas banyak variat (*univariate*).

k. Pedoman 11 yaitu menggunakan panel ahli

Jika ada kekurangan data penelitian dan ahli dikonsultasikan untuk mendapatkan data untuk masuk ke dalam model, atau desain template, penyusunan (metode) dan panel bagaimana konsensus dicapai harus dijelaskan dalam evaluasi farmakoekonomi berdasarkan ilmiah yang diakui.

4.2 Pembahasan

Pada Negara Belanda dalam melakukan evaluasi farmakoekonomi membuat pedoman yang disebut dengan *Guidelines for Pharmacoeconomic Research* (GFPR). GFPR ini membuat pilihan metode analisis terdiri dari *Cost Utility Analysis* (CUA), analisis biaya-efektifitas atau *Cost Minimization Analysis* (CMA). Negara Belanda dalam melakukan teknik analisis pedoman yang dijalankan dengan menilai kasus yang sedang terjadi dan tidakkan yang diharapkan. Jika peningkatan kualitas hidup merupakan hal yang penting dari obat yang sedang dinilai, maka perlu untuk menggunakan metode *Cost Utility Analysis* (CUA). Apabila hal ini tidak terjadi, maka metode *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) harus dilakukan. Akan tetapi jika produsen tidak mengharapkan obat yang

memiliki nilai terapi tambahan, atau akan diganti satu sama yang lain dengan obat yang berbeda, maka menggunakan metode *Cost Minimization Analysis (CMA)*.

Pada negara Belanda ada pilihan-pilihan metode farmakoekonomi akan tetapi lebih memprioritaskan aplikasi metode CUA selain CMA dan CEA. Keduanya secara umum mengutamakan metode CUA yang membandingkan biaya terhadap program kesehatan yang diterima dihubungkan dengan peningkatan kesehatan yang diakibatkan perawatan kesehatan. Pada CUA juga terdapat peningkatan kesehatan diukur dalam kualitas hidup yang di sesuaikan (*Quality Adjusted Life Years, QALYs*) dan hasilnya ditunjukkan dengan biaya per tahun hidup yang disesuaikan (*cost per year of life gained*).

Oleh karena itu, farmakoekonomi memiliki peranan yang sangat penting dalam menerapkan pelayanan kesehatan yang terkait dengan biaya pengobatan itu sendiri. Negara-negara maju telah menerapkan farmakoekonomi dengan membuat buku pedoman untuk menganalisis farmakoekonomi. Indonesia merupakan negara berkembang, dengan keadaan ekonomi yang kurang kuat sangat pentingnya menerapkan farmakoekonomi dengan melakukan kajian buku pedoman analisis farmakoekonomi negara lain.

Saat ini biaya pelayanan kesehatan khususnya biaya obat telah meningkat tajam beberapa dekade terakhir ini, dan kecendrungan ini tampaknya akan terus berlanjut. Hal ini antara lain disebabkan populasi pasien usia lanjut semakin banyak dengan konsekuensi meningkatnya penggunaan obat. Disisi lain sumber daya yang dapat digunakan terbatas sehingga harus dicari cara agar pelayanan kesehatan menjadi efisien dan ekonomis. Tidak hanya meneliti penggunaan dan efek obat dalam hal khasiat dan keamanan saja, tetapi juga menganalisis dari segi ekonominya. Oleh sebab itu dirasa penting menerapkan farmakoekonomi.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Pedoman farmakoekonomi di negara Belanda berjudul *Guidelines for Pharmacoeconomic Research* (GFPR), dikeluarkan oleh suatu lembaga Dewan Asuransi Kesehatan atau College Voor Zorgverzekering (CVZ), departemen PAKKET pada tanggal 27 Oktober 2005. Dalam melakukan analisis farmakoekonomi, metode analisis yang diprioritaskan oleh negara Belanda adalah *Cost Utility Analysis* (CUA).
- 5.1.2 Manfaat yang diperoleh dari penerapan farmakoekonomi antara lain:
- a. Memberikan hasil yang maksimal dengan biaya yang terjangkau, karena menilai dari segi manfaat dan biaya.
 - b. Angka kesembuhan meningkat, dimana angka kesehatan meningkat dan angka kematian menurun.
 - c. Menghindari tuntutan dari pihak pasien dan asuransi terhadap dokter serta rumah sakit karena pengobatan yang mahal.
- 5.1.3 Ilmu farmakoekonomi dalam sistem pelayanan kesehatan adalah membandingkan membandingkan obat yang berbeda untuk pengobatan pada kondisi yang sama. Selain itu juga pengobatan yang berbeda pada kondisi yang berbeda. Dimana hasilnya bisa dijadikan informasi yang dapat membantu para pembuat kebijakan dalam menentukan pilihan atas alternatif-alternatif pengobatan yang tersedia agar pelayanan kesehatan menjadi lebih efisien dan ekonomis.

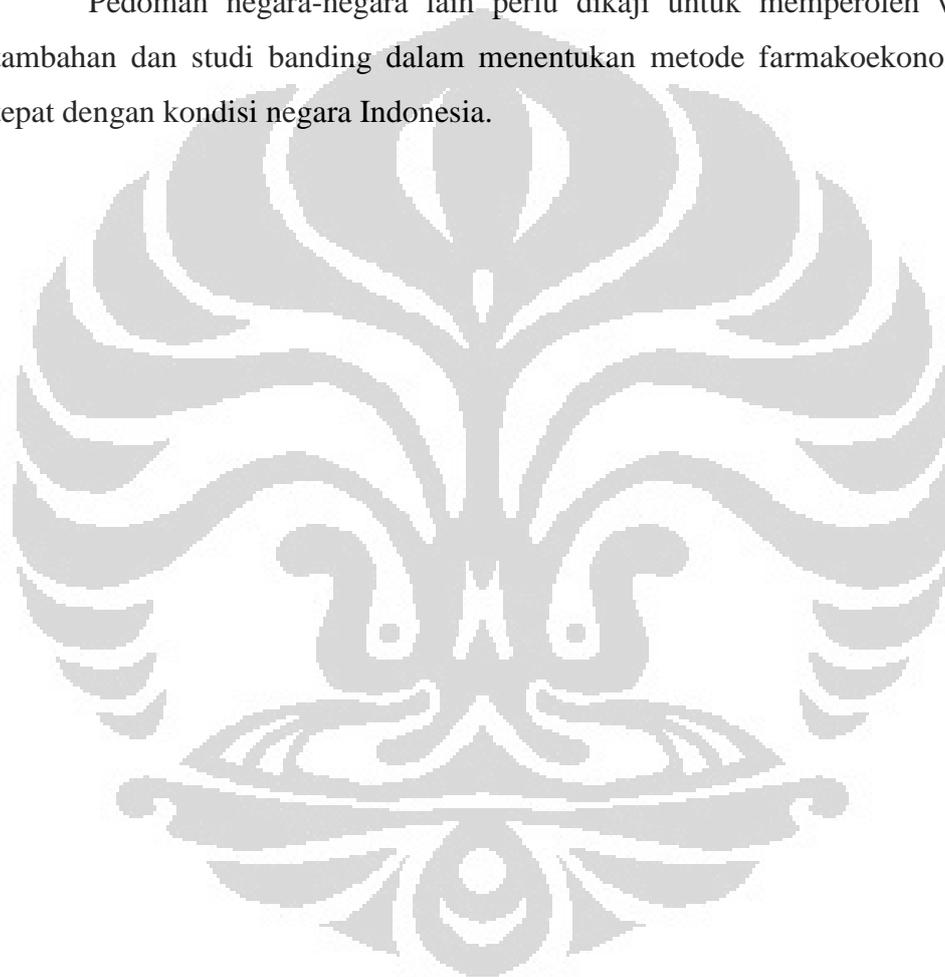
5.2 Saran

Negara Indonesia sebagai negara berkembang memiliki masalah dalam hal keterbatasan anggaran terutama anggaran dalam bidang kesehatan. Di samping masalah tersebut Indonesia sebagian besar penduduknya di bawah garis kemiskinan. Dalam hal ini perlunya kebijakan nasional untuk menggunakan obat secara rasional dan melakukan evaluasi ekonomi di bidang kesehatan melalui aplikasi farmakoekonomi. Farmakoekonomi di Indonesia belum dilaksanakan,

maka perlunya dukungan pemerintah untuk mengupayakan dalam pengadaanya dengan membentuk tim khusus yang meliputi ekonom kesehatan dan tenaga ahli kesehatan lain yang berkopetensi dibidang ini.

Tim ekonom kesehatan dapat melakukan studi banding terhadap negara-negara maju yang telah mengaplikasikan farmakoekonomi di negaranya. Tim ekonom kesehatan juga melakukan evaluasi secara kritis untuk menentukan metode-metode farmakoekonomi yang tepat untuk di aplikasikan di Indonesia.

Pedoman negara-negara lain perlu dikaji untuk memperoleh wawasan tambahan dan studi banding dalam menentukan metode farmakoekonomi yang tepat dengan kondisi negara Indonesia.



DAFTAR REFERENSI

- Afdhal, Ahmad Fuad. (2011). *Pisau Analisis Terbaru Dunia Farmasi*. Jakarta.
- Arnold, Renee J.G. (2010). *Pharmacoeconomics From Theory to Practise*. US: CRC Press, Taylor and Francis Group.
- Bootman, J.L. (2005). *Principles of Pharmacoeconomics*. United States of America: Harvey Whitney Books Company.
- Orion. (1997). *Pharmacoeconomics Primer and Guide Introduction to Economic Evaluation*. Hoesch Marion Rousell Incorporation. Virginia.
- Rascati, Karen L. (2009). *Essentials of Pharmacoeconomics*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Souich, P; Michael Orme; Sergio Erill. (2004). *The Iuphar Compendium of Basic Principles For Pharmacological Research in Human. Chapter 9: Pharmacoeconomics and Economic Evaluation of Drus Therapies*. Irvine: IUPHAR.
- Trisna, Yulia. (2007). *Aplikasi Farmakoekonomi Dalam Pelayanan Kesehatan*. Majalah Medisina Edisi 3, September – November 2007.
- Vogenberg, F.R. (2001). *Introduction To Applied Pharmacoeconomics*. McGraw-Hill Companies. USA.
- College voor zorgverzekeringen. (2006). *Guidelines for pharmacoeconomic research, updated version*. Netherland.