

MENDEFINISIKAN ULANG PERAN APOTEKER DALAM PENATALAKSANAAN DIABETES DI INDONESIA: ANALISIS KEBIJAKAN, KOMPETENSI, DAN KESENJANGAN IMPLEMENTASI

Andi Maulana Kamri^{1*}, Aulia Wati², Ira Asmaliani³

¹Laboratorium Biofarmasi dan Farmakologi, Fakultas Farmasi, Universitas Muslim Indonesia, Makassar

²Laboratorium Biofarmasi dan Farmakologi, Fakultas Farmasi, Universitas Muslim Indonesia, Makassar

³Laboratorium Biofarmasi dan Farmakologi, Fakultas Farmasi, Universitas Muslim Indonesia, Makassar

email: maulana.lolo@umi.ac.id

Article Info :

Received:

2/8/2025

Revised:

16/8/2025

Accepted:

31/8/2025

ABSTRAK

Transformasi peran apoteker menjadi krusial di tengah eskalasi krisis diabetes melitus (DM) di Indonesia, yang ditandai oleh prevalensi tinggi dan beban ekonomi signifikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kerangka kebijakan yang ada, mengidentifikasi kompetensi inti yang dibutuhkan apoteker, dan mengevaluasi kesenjangan implementasi serta hambatan sistemik dalam perluasan peran klinis apoteker untuk penatalaksanaan DM. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi literatur dan analisis kebijakan. Data dianalisis secara tematik dari berbagai sumber dokumen, termasuk regulasi pemerintah, pedoman profesional, laporan epidemiologi, dan kerangka kerja kompetensi internasional. Hasil penelitian menunjukkan adanya diskoneksi signifikan antara mandat kebijakan yang progresif dengan realitas praktik kefarmasian yang masih berorientasi pada logistik. Kompetensi klinis dan interpersonal yang terdefinisi dengan jelas, yang diadaptasi dari model internasional, diidentifikasi sebagai prasyarat fundamental. Hambatan utama implementasi mencakup ambiguitas peran, kurangnya integrasi kurikulum, dan ketiadaan model remunerasi dari penjamin layanan kesehatan (BPJS Kesehatan) untuk layanan kefarmasian tingkat lanjut. Penelitian ini menyimpulkan bahwa transformasi peran apoteker bukanlah sekadar aspirasi profesional, melainkan imperatif strategis kesehatan masyarakat. Keberhasilannya menuntut strategi terpadu yang menyelaraskan implementasi kebijakan, formalisasi kerangka kompetensi, reformasi pendidikan, dan pengembangan skema insentif finansial.

Keywords : *Apoteker; Tatalaksana diabetes; BPJS; Pelayanan Kesehatan*



©2022 Authors.. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

PENDAHULUAN

Lanskap pelayanan kesehatan global sedang menyaksikan sebuah pergeseran paradigma fundamental dalam praktik kefarmasian. Secara historis, profesi ini berpusat pada produk, dengan fokus utama pada penyiapan dan distribusi obat-obatan. Namun, seiring dengan meningkatnya prevalensi penyakit kronis seperti diabetes melitus (DM) dan pengakuan yang lebih luas terhadap kompleksitas manajemen terapi obat, orientasi praktik telah berevolusi dari yang berfokus pada obat sebagai komoditas (*drug-oriented*) menjadi pelayanan komprehensif yang berfokus pada pasien (*patient-oriented*). Konsep ini, yang dikenal luas sebagai *pharmaceutical care* atau asuhan kefarmasian, menempatkan apoteker sebagai bagian integral dari tim kesehatan yang bertanggung jawab langsung terhadap luaran terapi pasien dan peningkatan kualitas hidup mereka (1).

Pergeseran ini bukanlah fenomena baru. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengartikulasikan visi ini sejak tahun 1997 melalui konsep "Seven Stars Pharmacist", yang mengidentifikasi peran apoteker tidak hanya sebagai penyedia obat, tetapi juga sebagai pemberi layanan (*care-giver*), pengambil keputusan (*decision-maker*), dan komunikator. Evolusi ini menuntut apoteker untuk secara berkelanjutan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku agar dapat berinteraksi secara efektif dan langsung dengan pasien, melampaui peran tradisional dalam penyiapan sediaan farmasi (1,2).

Di Indonesia, pergeseran paradigma ini bukan lagi sekadar wacana akademis, melainkan sebuah kebutuhan yang mendesak akibat krisis kesehatan masyarakat yang serius terkait diabetes. Data

epidemiologi menunjukkan skala tantangan yang masif dan terus berkembang, yang menempatkan Indonesia pada posisi yang sangat rentan. Krisis ini secara tidak langsung menyoroti sebuah ineffisiensi sistemik yang signifikan. Di satu sisi, terdapat jutaan pasien yang membutuhkan diagnosis, edukasi, dan manajemen penyakit kronis. Di sisi lain, terdapat puluhan ribu apoteker yang tersebar di seluruh penjuru negeri melalui apotek dan Puskesmas, yang merupakan tenaga kesehatan yang paling mudah diakses oleh masyarakat. Namun, peran mereka seringkali masih terbatas pada fungsi logistik dan dispensing. Kegagalan untuk memanfaatkan sumber daya profesional yang masif ini untuk layanan klinis yang lebih luas merupakan sebuah kerugian strategis bagi sistem kesehatan nasional. Oleh karena itu, evolusi peran apoteker bukan hanya tentang pengembangan profesi, tetapi tentang optimalisasi sumber daya yang ada untuk menjawab tantangan kesehatan masyarakat yang paling mendesak (3).

Selain didorong oleh kebutuhan klinis, argumen ekonomi juga menjadi katalisator kuat untuk transformasi ini. Diabetes dan komplikasinya menimbulkan beban finansial yang sangat besar, tidak hanya pada sistem jaminan kesehatan nasional tetapi juga pada individu dan keluarga. Secara global, pengeluaran terkait diabetes diproyeksikan mencapai 958 miliar dolar AS pada tahun 2045. Mencegah komplikasi melalui manajemen penyakit yang lebih baik merupakan strategi yang terbukti sangat efektif dari segi biaya (*cost-effective*). Berbagai studi internasional telah menunjukkan bahwa intervensi klinis yang dipimpin oleh apoteker mampu mengurangi biaya yang terkait dengan komplikasi, kunjungan gawat darurat, dan rawat inap di rumah sakit. Dengan demikian, advokasi untuk perluasan peran apoteker tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan luaran kesehatan pasien, tetapi juga untuk memastikan keberlanjutan finansial sistem kesehatan dalam jangka panjang, sebuah argumen yang sangat relevan bagi pembuat kebijakan dan lembaga penjamin seperti BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

1. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi literatur dan analisis kebijakan (*policy analysis*). Pendekatan kualitatif dipilih karena kemampuannya untuk menggali dan memahami secara mendalam kompleksitas fenomena sosial, dalam hal ini transformasi peran profesional dalam sistem kesehatan. Pendekatan studi literatur dan analisis kebijakan secara spesifik digunakan untuk mensintesis, menginterpretasi, dan menganalisis secara kritis data yang berasal dari beragam sumber dokumen. Metode ini dianggap paling sesuai untuk menjawab rumusan masalah yang bersifat multi-level, yang mencakup analisis regulasi, identifikasi kompetensi, dan evaluasi hambatan sistemik, yang tidak dapat diukur secara memadai melalui pendekatan kuantitatif murni (2).

2. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis konten tematik. Proses analisis ini berjalan secara sistematis melalui beberapa tahapan yang saling terkait:

1. Pengumpulan dan Kategorisasi Data: Seluruh dokumen sumber yang relevan dikumpulkan dan diorganisir berdasarkan kategori yang telah ditetapkan (regulasi, pedoman, laporan, kerangka kerja).
2. Pembacaan Mendalam dan Koding Terbuka: Setiap dokumen dibaca secara cermat dan berulang untuk mengidentifikasi dan menandai (koding) segmen teks yang berisi konsep, argumen, data, dan pernyataan kunci yang relevan dengan rumusan masalah.
3. Pengembangan Tema (Thematic Development): Kode-kode yang telah diidentifikasi kemudian dikelompokkan ke dalam kategori-kategori konseptual yang lebih luas. Melalui proses ini, tema-tema utama yang muncul dari data secara induktif diidentifikasi, seperti: "Mandat Kebijakan yang Ideal," "Realitas Praktik yang Terbatas," "Kebutuhan Kompetensi Klinis dan Interpersonal," dan "Hambatan Sistemik pada Implementasi."
4. Analisis dan Interpretasi: Tahap terakhir melibatkan analisis hubungan antar tema untuk mengidentifikasi pola, konsistensi, dan terutama kontradiksi (misalnya, antara mandat kebijakan dan realitas praktik). Temuan-temuan ini kemudian diinterpretasikan untuk membangun sebuah narasi analitis yang koheren, yang secara sistematis menjawab setiap

pertanyaan penelitian dan mensintesis berbagai sumber data menjadi sebuah kesimpulan yang utuh.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis terhadap dokumen kebijakan dan regulasi menunjukkan bahwa pemerintah Indonesia, secara de jure, telah membangun landasan hukum yang kokoh dan progresif untuk mendukung perluasan peran apoteker ke ranah klinis. Namun, temuan di lapangan menunjukkan adanya kontradiksi yang tajam antara mandat kebijakan tersebut dengan realitas praktik sehari-hari.

Temuan: Mandat Kebijakan yang Progresif

Kerangka regulasi nasional secara eksplisit mendorong apoteker untuk mengambil peran yang lebih aktif dalam pelayanan yang berorientasi pada pasien. Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 menandai sebuah evolusi kebijakan yang signifikan dengan menggeser penekanan dari layanan kuratif ke arah promotif dan preventif. Hal ini secara langsung memberikan legitimasi hukum bagi apoteker untuk terlibat lebih dalam pada kegiatan edukasi kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit, yang merupakan pilar utama dalam manajemen diabetes.

Mandat ini diperkuat oleh serangkaian peraturan teknis dari Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek dan Permenkes No. 74 Tahun 2016 (sebagaimana diubah oleh Permenkes No. 26 Tahun 2020) tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, secara tegas mengamanatkan pelaksanaan layanan farmasi klinik. Layanan ini tidak hanya terbatas pada dispensing, tetapi mencakup Pelayanan Informasi Obat (PIO), konseling, pelayanan kefarmasian di rumah (*home pharmacy care*), Pemantauan Terapi Obat (PTO), dan Monitoring Efek Samping Obat (MESO). Tujuan utama dari standar ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien (*patient safety*) dari penggunaan obat yang tidak rasional. Secara lebih spesifik, Kementerian Kesehatan pada tahun 2019 telah merilis "Pedoman Pelayanan Kefarmasian pada Diabetes Melitus," yang secara khusus menugaskan apoteker untuk berperan aktif dalam mendeteksi dan mencegah Masalah Terkait Obat (*Drug-Related Problems / DRPs*) pada pasien diabetes.

Tabel 1: Ringkasan Kerangka Regulasi Kunci dan Amanat Peran Apoteker

Dokumen Regulasi	Poin Kunci Relevan	Implikasi untuk Peran Apoteker dalam Manajemen DM
UU Kesehatan No. 17/2023	Penekanan pada layanan promotif dan preventif.	Memberikan landasan hukum yang kuat untuk peran apoteker dalam skrining, edukasi, dan pencegahan diabetes.
Permenkes No. 73/2016 (Apotek)	Mengamanatkan layanan farmasi klinik (PIO, konseling, <i>home pharmacy care</i> , PTO, MESO).	Mendefinisikan peran klinis apoteker di apotek komunitas, melampaui sekadar dispensing obat antidiabetes.
Permenkes No. 74/2016 jo. 26/2020 (Puskesmas)	Mengamanatkan layanan farmasi klinik serupa di fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah.	Mengintegrasikan apoteker sebagai bagian dari tim layanan primer untuk manajemen penyakit kronis.
Pedoman Kemenkes DM 2019	Menekankan peran apoteker dalam mendeteksi dan mencegah DRPs pada pasien DM.	Memberikan panduan teknis spesifik untuk intervensi apoteker dalam terapi diabetes.

Temuan: Realitas Praktik yang Kontradiktif

Meskipun kerangka regulasi tampak ideal di atas kertas, riset lapangan dan laporan praktik secara konsisten mengungkapkan sebuah kesenjangan yang signifikan. Peran apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan primer, baik di Puskesmas maupun apotek, seringkali masih terperangkap dalam fungsi manajerial dan logistik. Tugas-tugas seperti pengelolaan stok obat, pengadaan, dan pembuatan Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LP-LPO) dilaporkan masih mendominasi waktu kerja apoteker. Akibatnya, layanan klinis kunci seperti konseling, yang diamanatkan oleh regulasi, dilaporkan "terbatas" atau bahkan tidak terlaksana. Kendala yang sering dikutip antara lain adalah ketiadaan waktu yang cukup, beban kerja administratif yang tinggi, dan kurangnya infrastruktur pendukung seperti ruang konseling yang privat untuk menjaga kerahasiaan pasien. Lebih jauh, masalah fundamental seperti rendahnya tingkat kehadiran apoteker di apotek masih menjadi isu yang persisten, yang semakin menjauahkan visi pelayanan kefarmasian yang berpusat pada pasien dari kenyataan (4).

Pembahasan: Mengurai Kesenjangan dan Peran Strategis Pengetahuan Interprofesional

Kesenjangan antara kebijakan dan praktik ini menunjukkan bahwa adopsi regulasi yang progresif saja tidaklah cukup. Tanpa strategi implementasi yang terencana dan didanai dengan baik—yang mencakup alokasi anggaran untuk pengembangan infrastruktur, penyesuaian beban kerja, dan perencanaan sumber daya manusia yang realistik—regulasi tersebut berisiko menjadi "macan kertas". Kondisi ini tidak hanya gagal memberikan perbaikan nyata dalam pelayanan pasien, tetapi juga dapat menimbulkan disilusi profesional di kalangan apoteker yang telah dilatih untuk peran klinis namun tidak memiliki kesempatan atau sarana untuk mempraktikkannya (5).

Di tengah kesenjangan ini, terdapat sebuah faktor strategis yang seringkali kurang dimanfaatkan oleh apoteker untuk menjembatani jurang kredibilitas dengan profesi kesehatan lain, khususnya dokter. Salah satu hambatan kolaborasi yang dilaporkan adalah adanya perasaan "kurang mampu" atau inferioritas dari sebagian apoteker saat harus memberikan rekomendasi terapi kepada dokter. Dalam konteks praktik di Indonesia, dokter sangat berpegang pada pedoman klinis yang dikeluarkan oleh organisasi profesi mereka, seperti "Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2" dari PERKENI. Pedoman ini berfungsi sebagai standar emas dan bahasa bersama di antara para dokter (5).

Dengan demikian, penguasaan mendalam terhadap pedoman PERKENI oleh apoteker bukanlah sekadar aktivitas untuk menambah pengetahuan klinis, melainkan sebuah manuver strategis untuk membangun kredibilitas dan mengatasi hierarki profesional yang kaku. Ketika seorang apoteker memberikan rekomendasi, mereka tidak lagi berbicara atas nama opini pribadi, melainkan sebagai penafsir dari standar praktik yang diakui bersama. Komunikasi bergeser dari, "Saya rasa obat ini lebih baik," menjadi sebuah pernyataan berbasis bukti yang kuat, "Menurut pedoman PERKENI 2021, untuk pasien dengan profil risiko kardiovaskular seperti ini, terapi A direkomendasikan sebagai lini pertama karena...".

Pendekatan ini secara efektif memungkinkan apoteker untuk berkomunikasi menggunakan "bahasa" dan "mata uang" kredibilitas yang sama dengan dokter. Hal ini mengubah posisi apoteker dari sekedar pelaksana resep yang reaktif menjadi seorang penasihat terapi yang proaktif, kolaboratif, dan dihormati. Oleh karena itu, penguasaan pedoman interprofesional harus dipandang sebagai sebuah kompetensi strategis yang fundamental, sebuah "paspor" untuk masuk ke dalam lingkaran pengambilan keputusan klinis dan menumbuhkan budaya kerja tim yang sejati.

1. Identifikasi Kompetensi Inti untuk Penatalaksanaan Diabetes

Penatalaksanaan diabetes yang efektif dan aman menuntut serangkaian kompetensi yang spesifik dan dapat didemonstrasikan, yang jauh melampaui pengetahuan farmakologi dasar. Salah satu hambatan utama dalam perluasan peran apoteker adalah ambiguitas mengenai apa sebenarnya yang diharapkan dari mereka, baik di benak pasien, tenaga kesehatan lain, maupun apoteker itu sendiri. Formalisasi sebuah kerangka kerja kompetensi nasional menjadi langkah krusial untuk memberikan kejelasan, legitimasi, dan standar kualitas.

Temuan: Kebutuhan akan Kerangka Kerja Kompetensi Formal

Dengan mengadopsi dan mengadaptasi kerangka kerja kompetensi yang telah teruji secara internasional, Indonesia dapat menciptakan standar yang jelas untuk praktik, pendidikan, dan penjaminan mutu layanan. Model seperti *An Integrated Career and Competency Framework for Pharmacists in Diabetes* dari Inggris, yang dikembangkan oleh UKCPA dan Diabetes UK, menyediakan cetak biru yang kokoh. Kerangka kerja semacam ini mendefinisikan kompetensi di

berbagai tingkat praktik—dari praktisi umum hingga spesialis—and menguraikan domain-domain kunci yang harus dikuasai. Demikian pula, *FIP Global Competency Framework* (GbCF) menyediakan struktur yang relevan secara universal, yang dirancang untuk dapat "diadopsi dan diadaptasi" sesuai dengan konteks nasional. Kerangka kerja ini bukan sekadar daftar periksa, melainkan alat strategis untuk perencanaan karir individu, identifikasi kebutuhan pengembangan profesional, dan penjaminan layanan yang aman dan berkualitas tinggi bagi masyarakat.

Berdasarkan analisis terhadap model-model internasional tersebut dan kebutuhan spesifik dalam konteks Indonesia, domain kompetensi esensial untuk apoteker diabetes dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 2: Domain Kompetensi Esensial untuk Apoteker Diabetes di Indonesia (Adaptasi dari Model Internasional)

Domain Kompetensi	Deskripsi	Contoh Perilaku/Keterampilan Kunci
1. Pengetahuan Klinis & Manajemen Terapi	Pemahaman mendalam tentang patofisiologi DM, farmakoterapi, penatalaksanaan komplikasi, dan interpretasi data klinis.	Menganalisis hasil laboratorium (misalnya, HbA1c, profil lipid, fungsi ginjal), mengidentifikasi dan menyelesaikan DRPs, mengelola polifarmasi, dan memberikan rekomendasi terapi berbasis bukti sesuai pedoman PERKENI.
2. Edukasi Pasien & Promosi Perawatan Diri	Kemampuan untuk memberdayakan pasien agar dapat mengelola penyakit mereka secara mandiri.	Mengajarkan teknik pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM), penggunaan insulin dan perangkat injeksi, strategi modifikasi gaya hidup (diet, olahraga), perawatan kaki, dan manajemen hipoglikemia.
3. Komunikasi & Keterampilan Interpersonal	Kemampuan untuk membangun hubungan terapeutik dengan pasien dan berkolaborasi secara efektif dengan tenaga kesehatan lain.	Menggunakan teknik wawancara motivasional (<i>motivational interviewing</i>), berkomunikasi dengan empati, menyesuaikan bahasa dengan tingkat literasi kesehatan pasien, dan menyampaikan rekomendasi klinis secara jelas dan persuasif kepada dokter.
4. Promosi Kesehatan & Pencegahan	Keterlibatan proaktif dalam upaya kesehatan masyarakat untuk mencegah dan mendeteksi dini diabetes.	Melakukan skrining faktor risiko diabetes di komunitas, memberikan edukasi pencegahan kepada kelompok berisiko tinggi, dan berpartisipasi dalam kampanye kesehatan masyarakat.
5. Praktik Berbasis Sistem & Manajemen	Kemampuan untuk menavigasi sistem pelayanan kesehatan, mengelola sumber daya, dan berkontribusi pada penjaminan mutu.	Memahami alur pelayanan dalam sistem JKN (misalnya, PROLANIS), mengelola ketersediaan obat antidiabetes, melakukan audit klinis, dan mendokumentasikan intervensi secara sistematis.

Pembahasan: Prioritas pada 'Soft Skills' dan Implikasinya pada Pendidikan Farmasi

Implementasi kerangka kompetensi nasional adalah langkah fundamental untuk mengubah diskusi dari "apoteker seharusnya lebih terlibat" menjadi "inilah profil apoteker diabetes yang kompeten, dan inilah cara kita akan melatih dan mengintegrasikan mereka ke dalam sistem". Namun, salah satu temuan kualitatif yang paling signifikan adalah penekanan yang diberikan oleh pasien pada

"keterampilan lunak" (*soft skills*) seperti empati, kemampuan mendengarkan, dan komunikasi yang mendukung. Hal ini seringkali tidak selaras dengan kurikulum pendidikan farmasi tradisional di banyak negara, termasuk Indonesia, yang cenderung memberikan bobot lebih besar pada ilmu-ilmu eksak seperti farmakologi, kimia farmasi, dan farmasetika.

Seorang apoteker bisa saja menguasai setiap mekanisme kerja obat antidiabetes secara molekuler, tetapi jika ia tidak dapat membangun kepercayaan dan berkomunikasi secara efektif dengan seorang pasien lansia yang memiliki tingkat literasi kesehatan rendah tentang *mengapa* dan *bagaimana* cara menggunakan insulin mereka dengan benar, maka keahlian farmakologinya menjadi tidak berarti dalam praktik. Kegagalan dalam komunikasi dapat berujung pada ketidakpatuhan, kesalahan pengobatan, dan pada akhirnya, luaran klinis yang buruk (6).

Oleh karena itu, evolusi peran apoteker harus diiringi dengan evolusi pendidikan farmasi. Institusi pendidikan tinggi farmasi di Indonesia harus secara sadar dan terstruktur mengintegrasikan pengajaran dan penilaian kompetensi kritis ini ke dalam kurikulum inti. Ini bukan lagi sekadar tambahan, melainkan komponen esensial. Mata kuliah seperti psikologi kesehatan, komunikasi terapeutik, wawancara motivasional, dan kompetensi budaya (misalnya, memahami bagaimana berkomunikasi dengan pasien dari berbagai latar belakang etnis dan sosial ekonomi di Indonesia) harus menjadi bagian wajib dari pendidikan sarjana farmasi dan program CPD. Keberhasilan model pelayanan yang benar-benar berpusat pada pasien sangat bergantung pada pergeseran fundamental dalam filosofi pendidikan ini (7).

2. Jalur Pengembangan Profesional dan Hambatan Sistemik Kunci

Untuk dapat menangani kebutuhan pasien diabetes yang kompleks, Indonesia perlu membangun jalur karir yang terstruktur bagi apoteker, yang memungkinkan mereka berkembang dari praktisi umum menjadi praktisi tingkat lanjut atau spesialis. Hal ini memerlukan ekosistem yang kuat mencakup pelatihan pascasarjana, sistem sertifikasi yang diakui, dan program Pengembangan Profesional Berkelanjutan (CPD) yang relevan dan dapat diakses.

Temuan: Model Praktik Tingkat Lanjut dan Inisiatif Nasional

Model sertifikasi internasional dapat dijadikan tolok ukur yang berharga. Di Amerika Serikat, misalnya, terdapat dua tingkat kredensial utama. Pertama, *Certified Diabetes Care and Education Specialist* (CDCES), yang ditujukan bagi berbagai tenaga kesehatan (termasuk apoteker) yang memiliki pengalaman luas dalam edukasi dan manajemen diabetes. Untuk dapat mengikuti ujian sertifikasi ini, seorang kandidat harus memiliki lisensi profesional yang aktif, minimal 1.000 jam pengalaman praktik dalam edukasi diabetes, dan 15 jam kredit pendidikan berkelanjutan yang relevan dalam dua tahun terakhir. Kredensial yang lebih tinggi adalah *Board Certified - Advanced Diabetes Management* (BC-ADM), yang secara spesifik ditujukan bagi praktisi tingkat lanjut yang memiliki kewenangan untuk menyesuaikan dosis obat secara mandiri, menangani komplikasi kompleks, dan memberikan konseling tingkat tinggi. Persyaratannya lebih ketat, mencakup gelar minimal magister di bidang yang relevan dan 500 jam praktik klinis di bawah supervisi (7).

Di Indonesia, beberapa inisiatif penting untuk membangun jalur ini sedang berjalan. Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) menunjukkan komitmennya untuk meningkatkan keterampilan tenaga kerja melalui CPD. Kolaborasi IAI dengan FAPA-CP untuk mengembangkan program pascasarjana dan sertifikasi berjenjang di bidang Farmasi Komunitas, serta pengembangan *Indonesian Advanced Development Framework* (IADF), adalah langkah-langkah strategis ke arah yang benar. Selain itu, Kementerian Kesehatan juga telah menawarkan berbagai kurikulum pelatihan yang relevan, seperti "Pelatihan Edukator Diabetes Melitus" dan "Pelatihan Pemantauan Terapi Obat (PTO)".

Pembahasan: Hambatan Sistemik Kunci – Siklus Stagnasi Remunerasi dan Akses Pelatihan

Meskipun inisiatif-inisiatif di atas sangat positif, pengembangan jalur praktik tingkat lanjut ini berisiko menjadi sekadar latihan akademis jika tidak terhubung secara formal dengan tiga pilar pendukung: pengakuan profesional, perluasan lingkup praktik yang sah, dan yang terpenting, remunerasi yang sesuai dari lembaga penjamin. Motivasi utama bagi seorang apoteker untuk menginvestasikan waktu, tenaga, dan biaya yang tidak sedikit untuk memperoleh sertifikasi lanjutan adalah prospek kemajuan karir, peningkatan otonomi profesional, dan kompensasi finansial yang lebih baik.

Saat ini, sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan tampaknya belum memiliki mekanisme atau kode layanan spesifik untuk memberikan imbalan atas

"pelayanan kefarmasian tingkat lanjut" yang diberikan oleh seorang apoteker spesialis bersertifikat. Layanan konseling mendalam atau manajemen terapi komprehensif yang mungkin memakan waktu 30-45 menit per pasien dihargai sama (atau bahkan tidak dihargai sama sekali) dengan layanan dispensing resep yang hanya memakan waktu beberapa menit. Ketiadaan insentif finansial ini menciptakan sebuah siklus stagnasi profesional yang melumpuhkan (8).

Siklus ini bekerja sebagai berikut: karena tidak ada jaminan *return on investment* (ROI) yang jelas, hanya segelintir apoteker yang termotivasi untuk menempuh jalur sertifikasi lanjutan yang mahal dan menantang. Akibatnya, jumlah praktisi ahli yang kompeten tetap kecil dan tersebar. Dari perspektif BPJS Kesehatan, karena tidak ada "massa kritis" dari praktisi yang menyediakan layanan ini dalam skala besar, tidak ada tekanan atau justifikasi data yang kuat untuk menciptakan kode layanan dan model remunerasi baru. Ini adalah masalah klasik "ayam dan telur" (*chicken-and-egg problem*): profesi tidak dapat berkembang tanpa insentif, dan insentif tidak akan dibuat tanpa adanya bukti skala dari praktik yang berkembang. Untuk memutus siklus ini, advokasi yang kuat dari IAI dan Kemenkes kepada BPJS Kesehatan menjadi sangat krusial. Advokasi ini bukan hanya tentang meminta "imbalan yang lebih baik", tetapi tentang menyajikan argumen *cost-effectiveness* yang kuat, yaitu menunjukkan bahwa investasi pada layanan kognitif apoteker akan menghasilkan penghematan biaya jangka panjang melalui pencegahan komplikasi yang mahal. Hambatan sistemik kedua adalah tantangan geografis. Indonesia sebagai negara kepulauan yang luas membuat penyelenggaraan pelatihan tatap muka tradisional menjadi tidak efisien, mahal, dan tidak merata. Apoteker yang bertugas di daerah terpencil atau di luar pulau Jawa seringkali menghadapi kesulitan besar untuk mengakses program CPD berkualitas tinggi yang umumnya terpusat di kota-kota besar. Dalam konteks ini, adopsi model pembelajaran campuran (*blended learning*) bukan lagi sekadar inovasi atau tren modern, melainkan sebuah kebutuhan strategis. Dengan memanfaatkan platform daring untuk penyampaian materi teoretis, dan memfokuskan sesi tatap muka yang lebih singkat untuk praktik keterampilan di pusat-pusat regional, akses terhadap pelatihan dapat diperluas secara dramatis. Strategi nasional untuk CPD apoteker harus memprioritaskan pengembangan dan peluncuran program *blended learning* terakreditasi dan berkualitas tinggi sebagai cara yang paling layak dan hemat biaya untuk membangun massa kritis praktisi terampil di seluruh nusantara (9).

KESIMPULAN

Analisis ini menegaskan bahwa Indonesia menghadapi krisis diabetes melitus yang parah, namun di saat yang sama memiliki sumber daya laten yang signifikan dalam wujud tenaga kerja kefarmasiannya yang besar dan tersebar luas. Terdapat sebuah imperatif strategis untuk mentransformasi tenaga kerja ini dari peran yang berorientasi pada produk menjadi praktisi klinis yang berorientasi pada pasien. Visi ini telah didukung oleh kerangka kebijakan nasional yang progresif dan aspirasi profesional yang kuat.

Namun, realisasi visi ini terkendala secara serius oleh tiga faktor utama: (1) kesenjangan implementasi yang dalam antara mandat kebijakan dan realitas praktik di lapangan; (2) ketiadaan kerangka kerja kompetensi yang terdefinisi dengan jelas dan terintegrasi ke dalam sistem pendidikan; dan (3) adanya hambatan sistemik yang fundamental, terutama ketiadaan model remunerasi yang mengakui layanan kognitif apoteker dan tantangan dalam meningkatkan keterampilan tenaga kerja dalam skala nasional. Mengatasi tantangan-tantangan ini secara parsial tidak akan efektif. Diperlukan sebuah pendekatan strategis yang terkoordinasi, komprehensif, dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan untuk secara simultan menyelaraskan kebijakan, praktik, kompetensi, dan insentif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dina Sintia Pamela, D., Pahlemy, H., & Fitriansyah, A. (2019). *Pedoman pelayanan kefarmasian pada diabetes melitus*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
2. International Diabetes Federation. (2024). *IDF Diabetes Atlas (11th ed.)*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Retrieved from <https://diabetesatlas.org/>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan*

Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Nasional Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023.* Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
6. Munir, M. A., Bangkele, E. Y., Larasati, R. D., & Basry, A. (2025). Dampak Psikologi dan Etika Profesi Tenaga Kesehatan Terkait Pengesahan UU Kesehatan No.17 Tahun 2023 di Rumah Sakit Undata Sulawesi Tengah. *Jurnal Ners*, 9(2), 1211–1216.
7. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021.* Semarang: PB PERKENI.
8. Soelistijo, S., Lindarto, D., Decroli, E., Permana, H., Sucipto, K. W., & Kusnadi, Y. (2021). Pedoman pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 dewasa di Indonesia 2021. *PB PERKENI.*
9. Widjaja, G. (2023). Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Menurut UU No.17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 3(6), 2490–2498.