

BUKU AJAR FARMASI RUMAH SAKIT BAGIAN 1

by Riski Sulistiarini

Submission date: 27-Sep-2022 05:42AM (UTC-0400)

Submission ID: 1910280837

File name: RISKI_SULISTIARINI-FARMASI_RUMAH_SAKIT.pdf (995.94K)

Word count: 27110

Character count: 175390

BUKU AJAR
FARMASI RUMAH SAKIT
BAGIAN 1

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG
HAK CIPTA
Lingkup Hak Cipta

Pasal 1 Ayat 1 :

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan Pidana:

Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Pasal 114

Setiap Orang yang mengelola tempat perdagangan dalam segala bentuknya yang dengan sengaja dan mengetahui membiarkan penjualan dan/atau pengandaan barang hasil pelanggaran Hak Cipta dan/atau Hak Terkait di tempat perdagangan yang dikelolanya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Dr. Riski Sulistiarini., S.Farm., M.Si., Apt.
Dr. Angga Cipta Narsa, S.Farm., M.Si., Apt.
Hajrah, S.Farm., M.Si., Apt.

BUKU AJAR
FARMASI RUMAH SAKIT
BAGIAN 1

Diterbitkan Oleh



Buku Ajar Farmasi Rumah Sakit Bagian 1

Penulis : Dr. Riski Sulistiarini., S.Farm., M.Si., Apt.
Dr. Angga Cipta Narsa, S.Farm., M.Si., Apt.
Hajrah, S.Farm., M.Si., Apt.
Tata Letak : Riza Ardyanto
Desain Cover : Ridwan Nur M

Penerbit:

CV. Bintang Semesta Media

Anggota IKAPI Nomor 147/DIY/2021
Jl. Karang Sari, Gang Nakula, RT 005, RW 031,
Sendangtirto, Berbah, Sleman, Yogyakarta 57773
Telp: 4358369. Hp: 085865342317
Facebook: Penerbit Bintang Madani
Instagram: @bintangpustaka
Website: www.bintangpustaka.com
Email: bintangsemestamedia@gmail.com
redaksibintangpustaka@gmail.com

Cetakan Pertama, Agustus 2022
Bintang Semesta Media Yogyakarta
x + 147 hal : 15.5 x 23 cm
ISBN Jilid 1 : 978-623-5472-93-5
ISBN Jilid Lengkap : 978-623-5472-92-8

Dicetak Oleh:
Percetakan Bintang 085865342319

Hak cipta dilindungi undang-undang
All right reserved
Isi di luar tanggung jawab percetakan

Prakata

Puji syukur kepada Allah SWT, karena atas rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku ajar berjudul “Buku Ajar Farmasi Rumah Sakit (Bagian 1)” dengan lancar. Buku ini ditulis untuk membantu pengajar atau dosen dan mahasiswa Program Studi Profesi Apoteker yang membutuhkan materi mengenai Peraturan Pelayanan Kefarmasian

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang sudah membantu sehingga buku ini selesai dengan sangat baik, yaitu Tim Pengajar Farmasi Rumah Sakit Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman, Koordinator Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman dan Dekan Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan buku ajar ini, untuk itu penulis mengharapkan saran yang membangun untuk perbaikan dan kelengkapan buku ini kedepannya. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Samarinda, 01 Juli 2022

Ringkasan Buku

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit karena merupakan pelayanan langsung yang bertanggungjawab penuh terhadap pasien terkait dengan sediaan farmasi dan orientasi kesembuhan pasien melalui ketepatan pemberian obat (Kemenkes RI, 2014). Pada Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman, Mata Kuliah Pelayanan Farmasi Rumah Sakit mencakup standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit dimulai dari Regulasi Peraturan Farmasi Rumah sakit sampai dengan Pelayanan Farmasi Klinik.

Pada pasal 3 Permenkes No. 58 tahun 2014, standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit didefinisikan sebagai pedoman pelayanan kefarmasian di rumah sakit dan tolok ukur penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di rumah. Pada permenkes tersebut standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit meliputi standar pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Tentu saja diperlukan peraturan pemerintahan yang mencakup tentang berbagai jenis pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Dalam Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman, disebutkan capaian dari perkuliahan Farmasi Rumah Sakit adalah diharapkan mahasiswa mampu melaksanakan dan mengembangkan standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit sesuai petunjuk teknis standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang diterbitkan oleh Kemenkes.

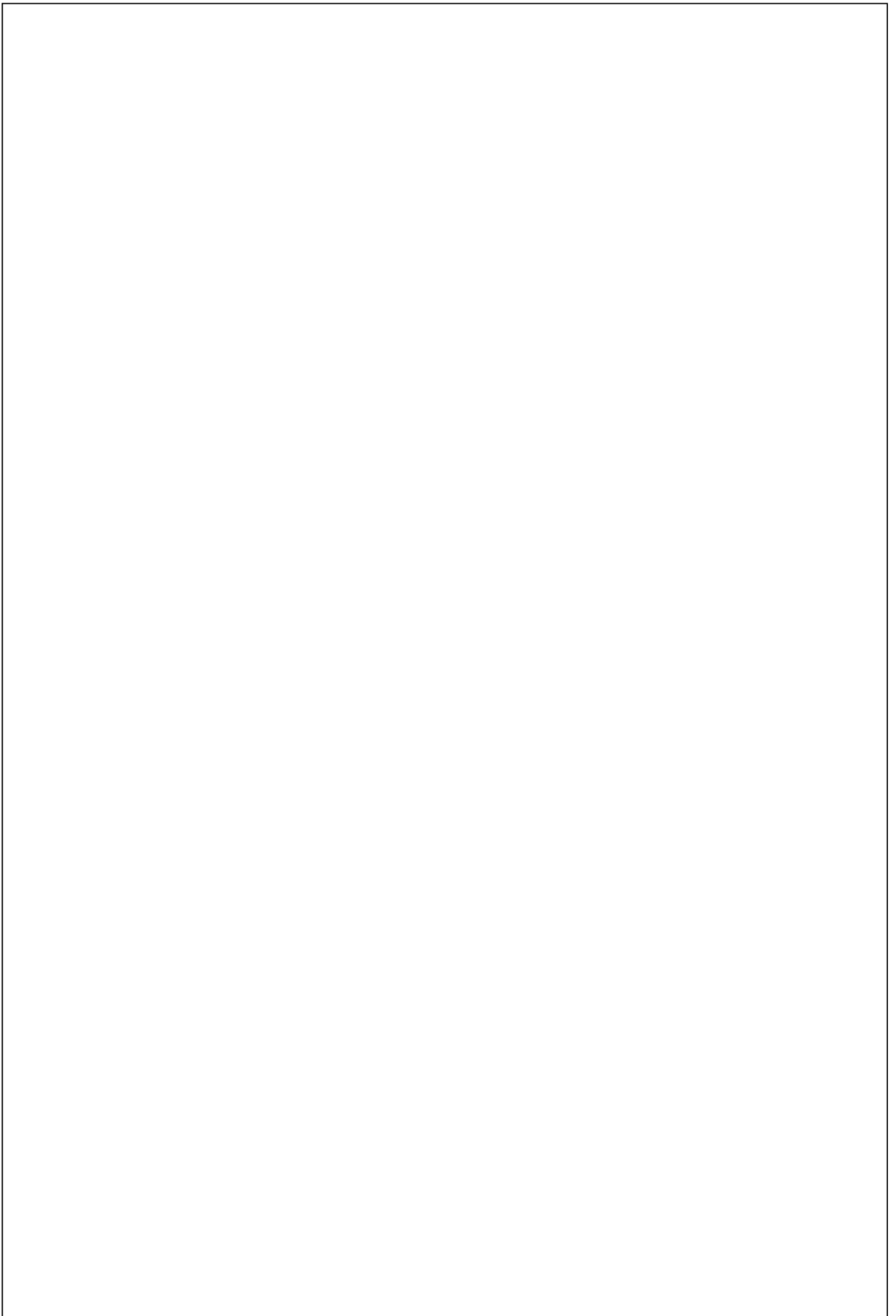
Untuk Itu didalam buku ajar ini terbagi menjadi 2 pembahasayan yakni pada bagian pertama (Buku 1) ini akan tertuang mengenai pelayanan dan Peraturan pelaksanaan pelayanan farmasi Rumah Sakit dari setiap tema pelayanan farmasi klinis meliputi : Dokumen regulasi di rumah sakit yang berbentuk kebijakan/pedoman/standar prosedur operasional, Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di rumah sakit, Pengkajian dan pelayanan resep di rumah sakit, *Compounding and dispensing* di rumah sakit, Penelusuran riwayat penggunaan obat, Rekonsiliasi obat, Visite/ronde bangsal, PIO di rumah sakit, Konseling di rumah sakit, PTO di rumah sakit, Penanganan sitostatik, Penanganan nutrisi parenteral, Pengelolaan CSSD, MESO di rumah sakit, *Home pharmacy care* di rumah sakit , Pelayanan Farmasi Preventif, Promotif, Rehabilitasi , Pelayanan Farmasi Kecerdasan , Pelayanan Farmasi Diagnostik (minimal interpretasi hasil analisis laboratorium) , Pelayanan Farmasi Estetik, Pengolahan Limbah, Pelayanan Obat Tradisional/ Bahan Alam, IFRS sebagai Unit Produksi. Sedangkan pada buku bagian kedua (Buku 2) akan membahas mengenai Penanganan sitostatik, Penanganan nutrisi parenteral, Pengelolaan CSSD, MESO di rumah sakit, *Home pharmacy care* di rumah sakit, Pelayanan Farmasi Preventif, Promotif dan Rehabilitasi, Pelayanan Farmasi Kecerdasan, Pelayanan Farmasi Diagnostik (minimal interpretasi hasil analisis laboratorium), Pelayanan Farmasi Estetik, Pengolahan Limbah, Pelayanan Obat Tradisional/ Bahan Alam dan IFRS sebagai Unit Produksi.

Diharapkan buku ajar ini dapat membantu mahasiswa mempelajari dan mempraktekkan kegiatan pelayanan farmasi di Rumah Sakit.

Daftar Isi

Prakata.....	v
Ringkasan Buku	vi
Daftar Isi.....	viii
Bab I	
Dokumen Regulasi di Rumah Sakit yang Berbentuk Kebijakan/Pedoman/Standar Prosedur Operasional.....	1
Bab II	
Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Rumah Sakit	23
Bab III	
Pengkajian dan Pelayanan Resep di Rumah Sakit.....	49
Bab IV	
Compounding and Dispensing di Rumah Sakit	59
Bab V	
Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat	73
Bab VI	
Rekonsiliasi Obat	83
Bab VII	
Visite/Ronde Bangsal.....	95
Bab VIII	
PIO di Rumah Sakit	107
Bab IX	
Konseling di Rumah Sakit	119

Bab X	
Pto di Rumah Sakit	135
Tentang Penulis.....	146





Bab I

Dokumen Regulasi di Rumah Sakit yang Berbentuk Kebijakan/Pedoman/Standar Prosedur Operasional

Pengantar

Regulasi adalah kata serapan dari bahasa Inggris "*Regulation*" yang artinya aturan. Menurut Collins Dictionary, regulasi adalah aturan yang dibuat oleh pemerintah atau otoritas lain untuk mengontrol cara sesuatu yang dilakukan atau cara orang berperilaku. Regulasi adalah istilah yang mungkin kerap terdengar di bidang pemerintahan dan bisnis.

Regulasi pemerintah adalah perpanjangan alami dari undang-undang, yang mendefinisikan dan mengontrol beberapa cara yang dapat dilakukan oleh bisnis atau individu untuk mengikuti hukum. Sementara itu, regulasi bisnis adalah aturan-aturan yang dikeluarkan untuk mengendalikan perilaku dalam berbisnis, baik aturan dalam bentuk batasan hukum oleh pemerintah pusat atau daerah, peraturan asosiasi perdagangan, regulasi industri, dan aturan lainnya.

Regulasi adalah aturan-aturan yang mengikat, baik dalam pemerintahan maupun bisnis. Fungsi regulasi adalah untuk menertibkan perilaku orang-orang yang terlibat dalam suatu

komunitas dalam batasan-batasan tertentu. Regulasi ini dirancang melalui proses-proses tertentu, di mana masyarakat atau suatu lembaga menyepakati untuk terikat dan mengikuti aturan yang telah dibuat dalam rangka mencapai tujuan bersama. Biasanya jika ada yang melanggar regulasi tersebut akan dikenakan sanksi.

Dalam Peraturan Pemerintah Kesehatan Republik Indonesia No. 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit Pasal 1 dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Farmasi rumah sakit diatur dalam dokumen regulasi terkait dengan perorganisasian terkait pelayanan di rumah sakit yang dapat berbentuk kebijakan/ pedoman/ dan standar operasional.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui defenisi dari rumah sakit
2. Mengetahui Apa tujuan pengaturan di rumah sakit
3. Mengetahui saja pengaturan-pengaturan yang diterapkan di rumah sakit
4. Mengetahui apa yang dimaksud dokumen rumah sakit
5. Mengetahui apa yang di maksud dengan pedoman rumah sakit

6. Mengetahui apa yang dimaksud system operasional rumah sakit
7. Mengetahui apa yang dimaksud dokumen lain
8. Mengetahui apa yang dimaksud dengan system 1 pintu

Pembahasan

A. Defenisi Rumah sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.

B. Tujuan pengaturan di rumah sakit

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan,
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit,
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
4. Membrtikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

C. Peraturan - Peraturan dirumah sakit

⁶ Di dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 29 ayat (1) huruf r menentukan bahwa: Setiap rumah sakit wajib menyusun dan menerapkan peraturan internal rumah sakit (*Hospital bylaws*). Penjelasan pasal tersebut menyatakan bahwa: Yang dimaksud dengan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*Corporate Bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*Medical Staff Bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik

(*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Dalam peraturan staf medis Rumah Sakit (*Medical Staff Bylaw*) antara lain diatur kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).

Peraturan internal rumah sakit “Hospital Bylaws”, secara spesifik mulai diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VII/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*), mencakup Peraturan Internal Korporate (*Corporate Bylaws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*). Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit dan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Peraturan internal korporasi (corporate bylaws)

Setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal staf medis dengan mengacu pada peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Peraturan internal staf medis (medical staff bylaws)

Setiap rumah sakit menyusun peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) untuk mengatur penyelenggaraan profesi medis dan mekanisme tata kerja komite medik di rumah sakit. Peraturan internal staf medis disusun oleh komite medik dan disahkan oleh kepala/direktur rumah sakit. Paling lama setiap tiga tahun peraturan internal staf medis rumah sakit ditinjau kembali dan disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.

Peraturan internal staf medis (medical staff bylaws) dianalogikan sebagai undang-undang praktik kedokteran bagi para staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Di dalam peraturan internal staf medis diatur tentang pembentukan komite medik, tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitennya, mitra bestari (peer-group), dan mekanisme pengambilan keputusan dalam komite medik. Peraturan internal staf medis tidak mengatur hal-hal yang bersifat pengelolaan rumah sakit, walaupun hal itu menyangkut tugas staf medis sehari-hari di rumah sakit. Hal-hal yang termasuk pengelolaan rumah sakit tersebut antara lain hal-hal yang menyangkut jasa medis, pembelian alat-alat medis, pengaturan jadwal jaga, dan sebagainya. Demikian pula, peraturan internal staf medis tidak mengatur hak dan kewajiban para staf medis seperti misalnya pengaturan tentang rekam medis, rahasia kedokteran, persetujuan pelayanan medis, dan kesejahteraan para staf medis. Walaupun beberapa segi yang menyangkut kesejahteraan para staf medis sangat penting diperhatikan oleh kepala/direktur rumah sakit agar para staf medis dapat melakukan tugasnya dengan baik, namun masalah kesejahteraan tersebut tidak termasuk dalam tugas komite medik. Peraturan internal staf medis dapat berbeda untuk setiap rumah sakit, karena situasi dan kondisi setiap rumah sakitpun berbeda (hospital specific) sesuai dengan sumber daya dan lingkup pelayanannya. Namun demikian, pada dasarnya peraturan internal staf medis memuat pengaturan pokok untuk menegakkan profesionalisme tenaga dengan mengatur mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan medis (entering to the profession), mekanisme mempertahankan profesionalisme (maintaining professionalism), dan mekanisme pendisiplinan (expelling from the profession). Peraturan internal staf medis juga mengatur tugas spesifik dari subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi sesuai dengan kondisi setiap rumah sakit.

Format peraturan internal staf medis (medical staff bylaws)

disesuaikan dengan situasi dan kondisi setiap rumah sakit (tailor made). Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia yang disusun sesederhana dan ringkas mungkin agar mudah dimengerti. Penomoran dan pengaturan bab serta rumusan pasal-pasal nya disesuaikan dengan situasi setempat. Sistematika penyusunan sekurang-kurangnya terdiri dari:

- A. MUKADIMAH/PENDAHULUAN
- B. BAB I KETENTUAN UMUM
- C. BAB II TUJUAN
- D. BAB III KEWENANGAN KLINIS
- E. BAB IV PENUGASAN KLINIS
- F. BAB V KOMITE MEDIK
- G. BAB VI RAPAT
- H. BAB VII SUBKOMITE KREDENSIAL
- I. BAB VIII SUBKOMITE MUTU PROFESI
- J. BAB IX SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI
- K. BAB X PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
- L. BAB XI TATA CARA REVIU DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
- M. BAB XII KETENTUAN PENUTUP

Dokumen Regulasi

Dokumen regulasi yang harus disiapkan terkait pengorganisasian pelayanan kefarmasian di rumah sakit dapat berbentuk kebijakan/pedoman/standar prosedur operasional.

Kebijakan

Kebijakan adalah ketetapan pimpinan RS pada tataran strategis. Narasi bersifat garis besar dan mengikat. Kebijakan yang perlu ditetapkan meliputi: pengorganisasian dan pelayanan kefarmasian

dalam hal pengelolaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan (Alkes) dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan pelayanan farmasi klinik. Kebijakan pengelolaan dan penggunaan obat di rumah sakit dapat dibuat dalam satu Peraturan Pimpinan Tertinggi Rumah Sakit. Dalam menyusun kebijakan tersebut, aspek yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Mengacu pada peraturan yang berlaku, yaitu:
 - a. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
 - 1) Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 - 2) Bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional
 - b. Undang-Undang No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
 - 1) Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan

umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

- 2) Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan;
 - 3) Untuk memenuhi hak dan kebutuhan kesehatan setiap individu dan masyarakat, untuk pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada tenaga kesehatan dan masyarakat penerima upaya pelayanan kesehatan, perlu pengaturan mengenai tenaga kesehatan terkait dengan perencanaan kebutuhan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan.
- c. Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- 1) Bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya;
 - 2) Bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik

- tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya
- 3) Bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan peningkatan pelayanan Rumah Sakit serta pengaturan hak dan kewajiban masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, perlu mengatur Rumah Sakit dengan Undang-Undang;
 - 4) Bahwa pengaturan mengenai rumah sakit belum cukup memadai untuk dijadikan landasan hukum dalam penyelenggaraan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
- d. Undang-undang No 35 tahun 2009 tentang Narkotika
- 1) Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan-golongan sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang ini.
 - 2) Prekursor Narkotika adalah zat atau bahan pemula atau bahan kimia yang dapat digunakan dalam pembuatan Narkotika yang dibedakan dalam tabel sebagaimana terlampir dalam Undang-Undang ini.
 - 3) Pedagang Besar Farmasi adalah perusahaan berbentuk badan hukum yang memiliki izin untuk melakukan kegiatan pengadaan, penyimpanan, dan penyaluran sediaan farmasi, termasuk Narkotika

dan alat kesehatan.

- 4) Industri Farmasi adalah perusahaan berbentuk badan hukum yang memiliki izin untuk melakukan kegiatan produksi serta penyaluran obat dan bahan obat, termasuk Narkotika.
- e. Undang-undang No. 5 tahun 1997 tentang Psikotropika
- 1) Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.
 - 2) Pabrik obat adalah perusahaan berbadan hukum yang memiliki izin dari Menteri untuk melakukan kegiatan produksi serta penyaluran obat dan bahan obat, termasuk tropika.
 - 3) Produksi adalah kegiatan atau proses menyiapkan, mengolah, membuat, menghasilkan, mengemas, dan/atau mengubah bentuk psikotropika.
 - 4) Kemasan psikotropika adalah bahan yang digunakan untuk mewadahi dan/atau membungkus psikotropika, baik yang bersentuhan langsung maupun tidak.
 - 5) Pedagang besar farmasi adalah perusahaan berbadan hukum yang memiliki izin dari Menteri untuk melakukan kegiatan penyaluran sediaan farmasi, termasuk psikotropika dan alat kesehatan.
- f. Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
- 1) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

- 2) Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.
 - 3) Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
 - 4) Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.
 - 5) Sediaan Farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
2. Struktur organisasi dan tata kerja unit kerja yang terlibat dalam penggunaan obat diuraikan, termasuk Unit Layanan Pengadaan (ULP), Tim Farmasi dan Terapi (TFT), IFRS, unit-unit kerja di bawah bidang penunjang medik, dan Staf Medik Fungsional (SMF).

Pedoman

Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah pelaksanaan kegiatan, contoh: Pedoman Organisasi Instalasi Farmasi, Pedoman Pelayanan Farmasi dan lain-lain. Format dan sistematika pedoman disesuaikan dengan kebutuhan RS. Pedoman harus dibuatkan surat keputusan (SK) pemberlakuannya oleh Direktur Rumah Sakit dan dievaluasi minimal 2 tahun sekali. Pedoman pengelolaan dan penggunaan obat di rumah sakit dapat dibuat dalam satu Peraturan Pimpinan Rumah Sakit.

Pedoman yang dibuat meliputi:

1. Pedoman pengorganisasian Instalasi Farmasi Rumah Sakit dan tata hubungan kerjanya dengan unit kerja terkait.
2. Pedoman pelayanan kefarmasian

SOP (Standar Operating Procedur)

Suatu perangkat atau instruksi atau langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu (Lumenta dan Nefro).

Jenis SOP :

1. SOP Profesi
2. SOP pelayanan
3. SOP administrasi

Tujuan SOP : Agar berbagai kerja rutin terlaksana dengan efisien , efektif, konsisten dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku (Lumenta & Nefro).

Langkah - langkah penulisan SOP :

1. Tetapkan kebijakan yang mendasari sesuatu prosedur kerja
2. Pertimbangkan prosedur merupakan suatu prosedur menyeluruh atau terdiri dari kumpulan beberapa prosedur lebih kecil (terutama bila prosedur tersebut cukup panjang dan dipecah - pecah misalnya : tahap perisapan, tahap kegiatan awal, tahap akhir, dan tahap evaluasi)
3. SOP dibuat sebelum sesuatu proses kerja dilaksanakan
4. Cari literatur dan informasi lain yang terkait mendukung prosedur tersebut
5. Cari masukan petugas atau staf terkait
6. Tetapkan prosedur tersebut sebagai pedoman wajib
7. Tetapkan hasil (outcome) yang diharapkan
8. Tuliskan peralatan atau fasilitas yang diperlukan.

9. Tetapkan siapa yang berwenang melakukan prosedur tersebut
10. Tulis indikasi dan kontra indikasi. Garis bawah risiko - risiko, peringatan dan hal yang diwaspadai.
11. Langkah - langkah disusun secara logika, untuk menyelesaikan proses kerja secara efektif, efisien dan aman.
12. Dapat ditambahkan bagan arus (*flow chart*) untuk mempermudah atau mempercepat pemahaman uraian langkah - langkah.
13. Dibuat sistem penomoran SOP yang teroganisir dan independen.
14. Gunakan Bahasa sehari - hari, istilah harus konsisten, susun kata - kata sependek dan sesederhana mungkin dan memudahkan pemakaian, mempunyai urutan, tidak bermakna ganda, gunakan Bahasa yang positif
15. Jelaskan bahan bacaan acuan yang perlu dibaca termasuk SOP lain
16. SOP agar diuji coba : apakah mudah dipahami, mudah pemakaiannya oleh petugas terkait
17. Sesudah uji coba mungkin diperlukan penyempurnaan
18. Sosialisasikan SOP
19. Revisi SOP dilakukan sesuai kebutuhan perkembangann : ilmu, informasi lain, perubahan unit/struktur. Bila SOP terkait dengan unit/SOP lain, maka perubahan tersebut harus dikoordinasikan
20. Sebaiknya SOP disusun oleh suatu tim yang terdiri dari : petugas yang akan melaksanakan proses kerja, petugas yang akan melaksanakan pemeliharaan alat yang digunakan dalam proses kerja tersebut, penulis yang sudah biasa menulis SOP, petugas kesehatan lingkungan / K3 / infeksi nosokomial.

Dokumen Lain

Dokumen lain yang harus tersedia, antara lain:

1. Formularium Nasional

Formularium Nasional (Fornas) adalah daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas. Obat yang masuk dalam daftar obat Fornas adalah obat yang paling berkhasiat, aman, dan dengan harga terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2. Formularium Rumah Sakit

Menurut Kementerian Kesehatan RI melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 tahun 2014, Formularium rumah sakit merupakan penerapan konsep obat esensial di rumah sakit yang berisi daftar obat dan informasi penggunaannya. Obat yang termasuk dalam daftar formularium merupakan obat pilihan utama (drug of choice) dan juga obat-obat alternatifnya.

3. Sumber informasi obat bagi petugas

4. Media informasi bagi pasien (Leaflet, brosur dan media lain)

- a. Leaflet merupakan media cetak yang berisi tulisan serta gambar yang dibuat dalam bentuk selebaran dan tidak dibukukan.
- b. Brosur dalam bentuk lembaran kertas berisi garis kata-kata dan informasi tentang suatu produk, serta beberapa gambar pendukung.

5. Daftar obat yang tersedia di rumah sakit

6. Bukti kajian sistem pengelolaan dan penggunaan obat minimal 1 kali per tahun

7. SK pengangkatan/surat penugasan, STRA, SIP, STRTTK, SIPTTK, Surat Penugasan Kewenangan Klinis (SPKK), uraian tugas, sertifikat pelatihan kefarmasian untuk seluruh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Harus dipastikan kelengkapan dokumen tersebut.

8. Bukti supervisi yang dilakukan IFRS terhadap proses pelayanan kefarmasian.
9. Dokumen supervisi dapat berupa notulensi rapat, laporan kegiatan, lembar supervisi, logbook (catatan kinerja harian pegawai) dan lain-lain.

Sistem Satu Pintu

Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dengan menerapkan sistem satu pintu sebagaimana dijelaskan dalam Permenkes No.72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit Sistem satu pintu pada pelayanan kefarmasian, yaitu:

1. Kegiatan pelayanan kefarmasian baik pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP, termasuk pembuatan formularium, pengadaan, dan pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP dilaksanakan melalui Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS).
2. Apabila, sesuai dengan peraturan yang berlaku, terdapat proses pengelolaan (misal: pengadaan) yang dilaksanakan oleh unit kerja lain, penetapan kebijakan tetap dilakukan berkoordinasi dengan IFRS.

Dengan kebijakan pengelolaan sistem satu pintu, IFRS merupakan satu-satunya penyelenggara Pelayanan Kefarmasian, sehingga Rumah Sakit akan mendapatkan manfaat dalam hal:

1. Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
2. Standarisasi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
3. Penjaminan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
4. Pengendalian harga sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP;
5. Pemantauan terapi Obat;

6. Penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP (keselamatan pasien);
7. Kemudahan akses data sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP yang akurat;
8. Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan citra Rumah Sakit; dan
9. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan peningkatan kesejahteraan pegawai.

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir dan menggunakan proses yang efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya. Dalam ketentuan Pasal 15 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu. Menurut **Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit**an Yang dimaksud dengan “pengeroraan alat kesehatan oleh instalasi farmasi sistem satu pintu” adalah pengelolaan alat medis habis pakai/peralatan non elektromedik, antara lain alat kontrasepsi (IUD), alat pacu jantung, implan, dan stent. Yang dimaksud dengan “bahan habis pakai” adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (single use) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan.

Latihan Soal dan Kasus

1. Mengapa diperlukan dokumen regulasi farmasi di RS?

Jawab :

Dokumen regulasi digunakan sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan, dimana kebijakan merupakan regulasi yang tertinggi di RS, kemudian diikuti dengan pedoman/panduan dan kemudian prosedur (SPO). Karena itu untuk menyusun

pedoman/panduan harus mengacu pada kebijakan-kebijakan yang sudah dikeluarkan oleh RS, sedangkan untuk menyusun SPO harus berdasarkan kebijakan dan pedoman/panduan.

2. Apa itu IFRS, apakah masuk dalam kondisi yang ditetapkan oleh dokumen regulasi

Jawab :

3 Menurut Permenkes RI No 72 tahun 2016 “ Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit” instalasi farmasi rumah sakit adalah yang membawahi semua pelayanan dan termasuk kedalam sistem satu pintu yaitu sentralisasi. Sistem satu pintu adalah satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium, pengadaan, dan pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien melalui Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Dengan demikian semua Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang beredar di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Instalasi Farmasi Rumah Sakit, sehingga tidak ada pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang dilaksanakan selain oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Dengan kebijakan pengelolaan sistem satu pintu, Instalasi Farmasi sebagai satu-satunya penyelenggara Pelayanan Kefarmasian, sehingga Rumah Sakit akan mendapatkan manfaat dalam hal:

- a. Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- b. Standarisasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- c. Penjaminan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- d. Pengendalian harga Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;

- e. Pemantauan terapi Obat;
- f. Penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (keselamatan pasien);
- g. Kemudahan akses data Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akurat;
- h. Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan citra Rumah Sakit; dan
- i. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan peningkatan kesejahteraan pegawai.

3. Apa itu alat kesehatan dan bahan medis habis pakai,?

Jawab :

Alat kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, perkakas, dan/atau implant, reagen in vitro, dan kalibrator, perangkat lunak, bahan atau material yang digunakan tunggal atau kombinasi, untuk manusia dengan satu atau beberapa tujuan sebagai berikut:

- a. Diagnosis, pencegahan, pemantauan, perawatan, atau meringankan penyakit;
- b. Diagnosis, pemantauan, perawatan, meringankan, atau memulihkan cedera;
- c. Pemeriksaan, penggantian, pemodifikasian, atau penunjang anatomi atau proses fisiologis;
- d. Menyangga atau mempertahankan hidup
- e. Mengontrol pembuahan;
- f. Desinfeksi alat kesehatan;
- g. Menyediakan informasi untuk tujuan medis atau diagnosis melalui pengujian in vitro terhadap specimen dari tubuh manusia yang aksi utamanya di dalam atau pada tubuh manusia tidak mencapai proses farmakologi, imunologi dan metabolisme, tetapi dalam mencapai fungsinya dapat dibantu oleh proses tersebut.
- h. Contoh Alat kesehatan seperti :

- 1) Termometer.
- 2) Tensimeter
- 3) Timbangan
- 4) Alat Tes Gula Darah
- 5) Inhaler dan Nebulizer
- 6) Tabung Oksigen
- 7) Pulse Oximeter

Bahan Medis Habis Pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan seperti :

- a. Alat penampung urine (*urine bag*)
- b. Jarum suntik (*sprit*)
- c. Kain kasa.
- d. Masker.
- e. Penutup kepala atau *nurse cap* (*nurse cap* ini biasanya digunakan sebagai penutup kepala oleh para perawat saat bekerja)
- f. Plester perban.
- g. Sarung tangan medis dan operasi (*handsoon*)

Apoteker bertanggung jawab terhadap pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang menjamin seluruh rangkaian kegiatan perbekalan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta memastikan kualitas, manfaat, dan keamanannya. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi yang diperlukan bagi kegiatan Pelayanan Kefarmasian.

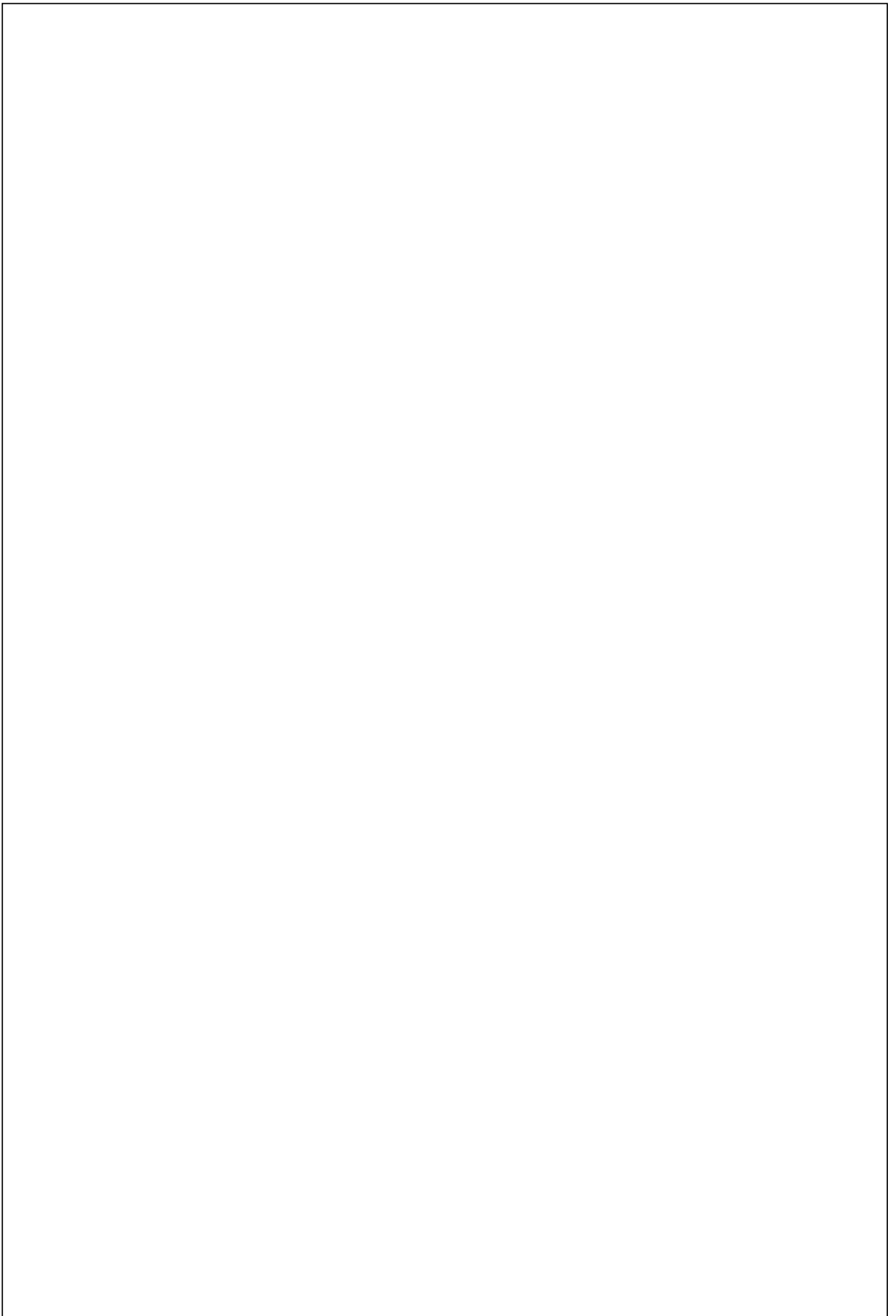
4. Apa yang dimaksud dengan sistem satu pintu ?

Jawab :

Menurut permenkes RI no. 58 tahun 2014 tentang “Standar Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit” Sistem satu pintu adalah satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium, pengadaan, dan pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien melalui Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Dengan demikian semua Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang beredar di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Instalasi Farmasi Rumah Sakit, sehingga tidak ada pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit yang dilaksanakan selain oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Dengan kebijakan pengelolaan sistem satu pintu, Instalasi Farmasi sebagai satu-satunya penyelenggara Pelayanan Kefarmasian, sehingga Rumah Sakit akan mendapatkan manfaat dalam hal:

- a. Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- b. Standarisasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis pakai;
- c. Penjaminan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- d. Pengendalian harga Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- e. Pemantauan terapi Obat;
- f. Penurunan risiko kesalahan terkait penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (keselamatan pasien);
- g. Kemudahan akses data Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akurat;

- h. Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit dan citra Rumah Sakit; dan
- i. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit dan peningkatan kesejahteraan pegawai.





Bab II

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Rumah Sakit

Latar Belakang

Pelayanan kefarmasian adalah suatu bentuk pelayanan kepada pasien yang dilakukan secara langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta pelayanan klinik.

Rumah sakit wajib menyusun kebijakan manajemen pengelolaan perbekalan sediaan farmasi yang sebaiknya selalu ditinjau kembali minimal satu tahun sekali dengan tujuan untuk melihat kembali kebutuhan, prioritas, serta untuk perbaikan sistem mutu dan keamanan penggunaan obat.

Kegiatan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP) adalah tanggung jawab Apoteker. Untuk di Rumah Sakit, kegiatan ini merupakan sistem satu pintu yang berada dibawah Instalasi Farmasi dan dikepalai oleh seorang

Apoteker. Kegiatan pengelolaan meliputi kegiatan pemilihan sediaan, perencanaan sediaan, pengadaan sediaan, penerimaan sediaan, penyimpanan sediaan, pendistribusian ke ruangan perawatan atau ke pasien, pemusnahan sediaan dan resep, penarikan sediaan, pengendalian dan kegiatan administrasi.

¹¹ Dalam Pasal 15 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instansi Farmasi Satu Pintu. Sistem satu pintu berarti kegiatan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dilaksanakan oleh Instansi Farmasi dan merupakan tanggung jawab dari Instalasi Farmasi. Tujuan dari pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP satu pintu adalah:

1. Mempermudah dalam pelaksanaan, pengendalian serta pengawasan sediaan farmasi, alkes dan BMHP
2. Menjamin standarisasi perbekalan sediaan farmasi, alkes dan BMHP
3. Menjamin mutu sediaan farmasi, alkes dan BMHP
4. Mengendalikan harga sediaan farmasi, alkes dan BMHP
5. Memantau terapi obat
6. Menurunkan rasio terjadinya kesalahan dalam hal penggunaan sediaan farmasi, alkes dan BMHP
7. Memudahkan akses data atau keakuratan data sediaan farmasi, alkes dan BMHP
8. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui pengertian Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat kesehatan dan Bahan Medis Habis pakai/ BMHP di Rumah Sakit

2. Mengetahui tujuan Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat kesehatan dan Bahan Medis Habis pakai/ BMHP di Rumah Sakit
3. Mengetahui regulasi Terkait Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai
4. Mengetahui kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai
5. Mengetahui manajemen Risiko Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Pembahasan

A. Pengertian Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai/ BMHP Di Rumah Sakit

Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai merupakan salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian, yang dimulai dari perencanaan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan dan pelaporan serta pemantauan dan evaluasi. Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai di rumah sakit merupakan salah satu unsur penting dalam fungsi manajerial rumah sakit secara keseluruhan, karena ketidakefisienan akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit baik secara medis maupun secara ekonomis.

Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai di rumah sakit diharapkan dapat berjalan dengan baik dan saling mengisi sehingga dapat tercapai tujuan pengelolaan yang efektif dan efisien agar sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang diperlukan selalu tersedia setiap saat dibutuhkan dalam jumlah cukup dan mutu terjamin untuk mendukung pelayanan yang bermutu.

B. Tujuan Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat kesehatan dan Bahan Medis Habis pakai/ BMHP di Rumah Sakit

Tujuan Pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai di rumah sakit adalah agar obat yang diperlukan tersedia setiap saat dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu yang terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu. Menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang efisien, efektif dan rasional, meningkatkan kompetensi/ kemampuan tenaga kefarmasian, mewujudkan sistem informasi manajemen, dan melaksanakan pengendalian mutu pelayanan.

C. Regulasi Terkait Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai**6**
1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

Pasal 15 ayat (3) menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu. Sistem satu pintu adalah satu kebijakan kefarmasian termasuk pembuatan formularium, pengadaan, dan pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien melalui Instalasi Farmasi.

6
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika

Pada Pasal 40 ayat (3) menyatakan sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah tertentu hanya dapat menyalurkan Narkotika kepada:

- a. Rumah sakit pemerintah;
- b. Pusat kesehatan masyarakat; dan

- c. Balai pengobatan pemerintah tertentu.
- d. Pasal 43 (1) Penyerahan Narkotika hanya dapat dilakukan oleh:
- e. Apotek;
- f. Rumah sakit;
- g. Pusat kesehatan masyarakat;
- h. Balai pengobatan; dan
- i. Dokter.

Pasal 43 ayat (3) menyatakan bahwa Rumah sakit, apotek, pusat kesehatan masyarakat, dan balai pengobatan hanya dapat menyerahkan Narkotika kepada pasien berdasarkan resep dokter.

10

3. **Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 Tentang Psikotropika**

Pasal 14 ayat (2) menyatakan bahwa penyerahan psikotropika oleh apotek hanya dapat dilakukan kepada apotek lainnya, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter dan kepada pengguna/pasien.

Pasal 14 ayat (4) bahwa penyerahan psikotropika oleh apotek, rumah sakit, puskesmas dan balai pengobatan, puskesmas dilaksanakan berdasarkan resep dokter.

10

4. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit**

Pasal 3 ayat (1) menyatakan bahwa standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi standar:

- a. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai; dan
- b. Pelayanan farmasi klinik.

Pada Pasal 3 ayat (2) bahwa Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- a. Pemilihan;
- b. Perencanaan kebutuhan;
- c. Pengadaan;
- d. Penerimaan;
- e. Penyimpanan;
- f. Pendistribusian;
- g. Pemusnahan dan penarikan;
- h. Pengendalian; dan
- i. Administrasi

5. **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 Tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, Dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, Dan Prekursor Farmasi**

Berdasarkan ketentuan Pasal 25 :

- a. Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi dapat berupa gudang, ruangan, atau lemari khusus.
- b. Tempat penyimpanan narkotika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika.
- c. Tempat penyimpanan psikotropika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain psikotropika.
- d. Tempat penyimpanan prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku.

Ketentuan Pasal 26 :

- a. Gudang khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - 1) Dinding dibuat dari tembok dan hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda;

- 2) Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi;
 - 3) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi;
 - 4) Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab; dan
 - 5) Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.
- b. Ruang khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- 1) Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat;
 - 2) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi;
 - 3) Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda;
 - 4) Kunci ruang khusus dikuasai oleh apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan; dan
 - 5) Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk.
- c. Lemari khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- 1) Terbuat dari bahan yang kuat;
 - 2) Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda;
 - 3) Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang, untuk instalasi farmasi pemerintah;
 - 4) Diletakkan di tempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum, untuk apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, instalasi farmasi klinik, dan lembaga ilmu pengetahuan; dan

- 1
- 5) Kunci lemari khusus dikuasai oleh apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.

D. Kegiatan Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

1. Pemilihan

Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai ini berdasarkan:

- a. Formularium dan standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi.
- b. Standar sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang telah ditetapkan.
- c. Pola penyakit.
- d. Efektifitas dan keamanan.
- e. Pengobatan berbasis bukti.
- f. Mutu.
- g. Harga dan
- h. Ketersediaan di pasaran.

Formularium Rumah Sakit disusun mengacu kepada Formularium Nasional. Formularium Rumah Sakit merupakan daftar Obat yang disepakati staf medis, disusun oleh Komite/ Tim Farmasi dan Terapi yang ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit. Panitia Farmasi dan Terapi adalah organisasi yang mewakili hubungan komunikasi antara para staf medis dengan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialis-spesialis yang ada dirumah sakit dan apoteker Wakil dari Farmasi Rumah Sakit, serta tenaga kesehatan lainnya. Susunan kepanitiaan Panitia Farmasi dan Terapi serta kegiatan yang dilakukan bagi

tiap rumah sakit dapat bervariasi sesuai dengan kondisi rumah sakit setempat.

- a. Panitia Farmasi dan Terapi harus sekurang-kurangnya terdiri dari 3 (tiga) Dokter, Apoteker dan Perawat.
- b. Ketua Panitia Farmasi dan Terapi dipilih dari dokter yang ada di dalam kepanitiaan dan jika rumah sakit tersebut mempunyai ahli farmakologi klinik, maka sebagai ketua adalah Farmakologi.
- c. Panitia Farmasi dan Terapi harus mengadakan rapat secara teratur, sedikitnya sebulan sekali atau 2 (dua) bulan sekali

Formularium Rumah sakit adalah himpunan obatyang diterima atau disetujui oleh Panitia Farmasi dan Terapi untuk digunakan di rumah sakit dan dapat direvisi pada setiap batas waktu yang ditentukan. Penyusunan dan revisi Formularium Rumah Sakit dikembangkan berdasarkan pertimbangan terapeutik dan ekonomi dari penggunaan Obat agar dihasilkan Formularium Rumah Sakit yang selalu mutakhir dan dapat memenuhi kebutuhan pengobatan yang rasional. Tahapan proses penyusunan Formularium Rumah Sakit:

- a. Membuat rekapitulasi usulan Obat dari masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medik;
- b. Mengelompokkan usulan Obat berdasarkan kelas terapi;
- c. Membahas usulan tersebut dalam rapat Komite/Tim Farmasi dan Terapi, jika diperlukan dapat meminta masukan dari pakar;
- d. Mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite/Tim Farmasi dan Terapi, dikembalikan ke masing-masing SMF untuk mendapatkan umpan balik;
- e. Membahas hasil umpan balik dari masing-masing SMF;

- f. Menetapkan daftar Obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit;
- g. Menyusun kebijakan dan pedoman untuk implementasi; dan
- h. Melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada staf dan melakukan monitoring.
 - Apoteker bertanggung jawab untuk menentukan jenis obat generik yang sama untuk disalurkan kepada dokter sesuai produk asli yang diminta.
 - Dokter yang mempunyai pilihan terhadap obat paten tertentu harus didasarkan pada pertimbangan farmakologi dan terapi.
 - Apoteker bertanggung jawab terhadap kualitas, kuantitas, dan sumber obat dari sediaan kimia, biologi dan sediaan farmasi yang digunakan oleh dokter untuk mendiagnosa dan mengobati pasien.

Kriteria pemilihan obat untuk masuk Formularium Rumah Sakit:

- a. Mengutamakan penggunaan obat generik;
- b. Memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita;
- c. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas;
- d. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
- e. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan;
- f. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
- g. Memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung; dan
- h. Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

Dalam rangka meningkatkan kepatuhan terhadap formularium Rumah Sakit, maka Rumah Sakit harus mempunyai kebijakan terkait dengan penambahan atau pengurangan obat dalam Formularium Rumah Sakit dengan mempertimbangkan indikasi penggunaan, efektivitas, risiko, dan biaya.

2. Perencanaan Kebutuhan

Perencanaan kebutuhan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

Pedoman perencanaan harus mempertimbangkan:

- a. Anggaran yang tersedia;
- b. Penetapan prioritas;
- c. Sisa persediaan;
- d. Data pemakaian periode yang lalu;
- e. Waktu tunggu pemesanan; dan
- f. Rencana pengembangan.

3. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan. Pengadaan yang efektif harus menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari pemilihan, penentuan jumlah yang dibutuhkan, penyesuaian

antara kebutuhan dan dana, pemilihan metode pengadaan, pemilihan pemasok, penentuan spesifikasi kontrak, pemantauan proses pengadaan, dan pembayaran. Untuk memastikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan mutu dan spesifikasi yang dipersyaratkan maka jika proses pengadaan dilaksanakan oleh bagian lain di luar Instalasi Farmasi harus melibatkan tenaga kefarmasian. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain :

- a. Bahan baku Obat harus disertai Sertifikat Analisa.
- b. Bahan berbahaya harus menyertakan *Material Safety Data Sheet* (MSDS).
- c. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus mempunyai Nomor Izin Edar.
- d. Masa kadaluarsa (*expired date*) minimal 2 (dua) tahun kecuali untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai tertentu (vaksin, reagensia, dan lain-lain), atau pada kondisi tertentu yang dapat dipertanggung jawabkan.

Rumah Sakit harus memiliki mekanisme yang mencegah kekosongan stok Obat yang secara normal tersedia di Rumah Sakit dan mendapatkan Obat saat Instalasi Farmasi tutup. Pengadaan dapat dilakukan melalui :

a. Pembelian

Untuk Rumah Sakit pemerintah pembelian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus sesuai dengan ketentuan pengadaan barang dan jasa yang berlaku. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pembelian adalah :

- 1) Kriteria Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai, yang meliputi kriteria umum dan kriteria mutu obat.

- 2) Persyaratan pemasok.
- 3) Penentuan waktu pengadaan dan kedatangan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
- 4) Pemantauan rencana pengadaan sesuai jenis, jumlah dan waktu.

b. Produksi Sediaan Farmasi

Instalasi Farmasi dapat memproduksi sediaan tertentu apabila :

- 1) Sediaan Farmasi tidak ada di pasaran;
- 2) Sediaan Farmasi lebih murah jika diproduksi sendiri;
- 3) Sediaan Farmasi dengan formula khusus;
- 4) Sediaan Farmasi dengan kemasan yang lebih kecil/ repacking;
- 5) Sediaan Farmasi untuk penelitian; dan
- 6) Sediaan Farmasi yang tidak stabil dalam penyimpanan/harus dibuat baru (*recenter paratus*).

Sediaan yang dibuat di Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan mutu dan terbatas hanya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di Rumah Sakit tersebut.

c. Sumbangan/Dropping/Hibah

Instalasi Farmasi harus melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap penerimaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sumbangan/dropping/ hibah.

Seluruh kegiatan penerimaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dengan cara sumbangan/dropping/hibah harus disertai dokumen administrasi yang lengkap dan jelas. Agar penyediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dapat membantu pelayanan kesehatan, maka jenis

Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai harus sesuai dengan kebutuhan pasien di Rumah Sakit. Instalasi Farmasi dapat memberikan rekomendasi kepada pimpinan Rumah Sakit untuk mengembalikan/menolak sumbangan/dropping/hibah Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak bermanfaat bagi kepentingan pasien Rumah Sakit.

4. Penerimaan

Penerimaan merupakan kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam kontrak atau surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima. Semua dokumen terkait penerimaan barang harus tersimpan dengan baik.

5. Penyimpanan

Setelah barang diterima di Instalasi Farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.

Komponen yang harus diperhatikan antara lain :

- a. Obat dan bahan kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang secara jelas terbaca memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus.
- b. Elektrolit konsentrasi tinggi tidak disimpan di unit perawatan kecuali untuk kebutuhan klinis yang penting.
- c. Elektrolit konsentrasi tinggi yang disimpan pada unit

perawatan pasien dilengkapi dengan pengaman, harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*) untuk mencegah penatalaksanaan yang kurang hati-hati.

- d. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang dibawa oleh pasien harus disimpan secara khusus dan dapat diidentifikasi.
- e. Tempat penyimpanan obat tidak dipergunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi.

Instalasi Farmasi harus dapat memastikan bahwa Obat disimpan secara benar dan diinspeksi secara periodik. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang harus disimpan terpisah yaitu :

- a. Bahan yang mudah terbakar, disimpan dalam ruang tahan api dan diberi tanda khusus bahan berbahaya.
- b. Gas medis disimpan dengan posisi berdiri, terikat, dan diberi penandaan untuk menghindari kesalahan pengambilan jenis gas medis. Penyimpanan tabung gas medis kosong terpisah dari tabung gas medis yang ada isinya. Penyimpanan tabung gas medis di ruangan harus menggunakan tutup demi keselamatan.

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, dan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip *First Expired First Out* (FEFO) dan *First In First Out* (FIFO) disertai sistem informasi manajemen. Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang penampilan dan penamaan yang mirip (LASA, *Look Alike Sound Alike*) tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan obat. Rumah Sakit harus dapat menyediakan lokasi

penyimpanan obat emergensi untuk kondisi kegawatdaruratan. Tempat penyimpanan harus mudah diakses dan terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian. Pengelolaan Obat emergensi harus menjamin:

- a. Jumlah dan jenis Obat sesuai dengan daftar Obat emergensi yang telah ditetapkan;
- b. Tidak boleh bercampur dengan persediaan Obat untuk kebutuhan lain;
- c. Bila dipakai untuk keperluan emergensi harus segera diganti;
- d. Dicek secara berkala apakah ada yang kadaluwarsa; dan
- e. Dilarang untuk dipinjam untuk kebutuhan lain.

Berdasarkan Permenkes No. 3 tahun 2015 tentang peredaran, penyimpanan, pemusnahan, dan pelaporan narkotika, tempat penyimpanan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi di fasilitas produksi, fasilitas distribusi, dan fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat, dan mutu Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi. Berdasarkan ketentuan Pasal 25 :

- a. Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi dapat berupa gudang, ruangan, atau lemari khusus.
- b. Tempat penyimpanan narkotika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika.
- c. Tempat penyimpanan psikotropika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain psikotropika.
- d. Tempat penyimpanan prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku.

Gudang khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Dinding dibuat dari tembok dan hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda;
- b. Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi;
- c. Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi;
- d. Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab; dan
- e. Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.

Ruang khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat;
- b. Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi;
- c. Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda;
- d. Kunci ruang khusus dikuasai oleh apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan; dan
- e. Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk.

Lemari khusus obat narkotika dan psikotropika harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Terbuat dari bahan yang kuat;
- b. Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda;
- c. Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang, untuk instalasi farmasi pemerintah;

- d. ¹ Diletakkan di tempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum, untuk apotek, instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, instalasi farmasi klinik, dan lembaga ilmu pengetahuan; dan
- e. ¹ Kunci lemari khusus dikuasai oleh apoteker penanggung jawab/apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.

6. Pendistribusian

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Rumah Sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai di unit pelayanan. Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

- a. Sistem Persediaan Lengkap di Ruang (*Floor Stock*)
 - 1) Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi.
 - 2) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang disimpan di ruang rawat harus dalam jenis dan jumlah yang sangat dibutuhkan.
 - 3) Dalam kondisi sementara dimana tidak ada petugas farmasi yang mengelola (di atas jam kerja) maka pendistribusiannya didelegasikan kepada penanggungjawab ruangan.
 - 4) Setiap hari dilakukan serah terima kembali pengelolaan obat *floor stock* kepada petugas farmasi dari penanggung jawab ruangan.

5) Apoteker harus menyediakan informasi, peringatan dan kemungkinan interaksi Obat pada setiap jenis obat yang disediakan di *floor stock*.

b. Sistem Resep Perorangan (*Individual Prescription*)

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi.

c. Sistem Unit Dosis (*Unit Dose Dispensing*)

Pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai berdasarkan Resep perorangan yang disiapkan dalam unit dosis tunggal atau ganda, untuk penggunaan satu kali dosis/pasien. Sistem unit dosis ini digunakan untuk pasien rawat inap.

d. Sistem Kombinasi

Sistem pendistribusian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi a + b atau b + c atau a + c.

Sistem distribusi dirancang atas dasar kemudahan untuk dijangkau oleh pasien dengan mempertimbangkan:

- 1) efisiensi dan efektifitas sumber daya yang ada; dan
- 2) metode sentralisasi atau desentralisasi.

7. Pemusnahan dan Penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penarikan sediaan farmasi yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM

(mandatory recall) atau berdasarkan inisiasi sukarela oleh pemilik izin edar (voluntary recall) dengan tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM. Penarikan Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan terhadap produk yang izin edarnya dicabut oleh Menteri.

Pemusnahan dilakukan untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai bila:

- a. Produk tidak memenuhi persyaratan mutu;
- b. Telah kadaluwarsa;
- c. Tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan/ atau
- d. Dicabut izin edarnya.

Tahapan pemusnahan terdiri dari:

- a. Membuat daftar Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang akan dimusnahkan;
- b. Menyiapkan Berita Acara Pemusnahan;
- c. Mengoordinasikan jadwal, metode dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait;
- d. Menyiapkan tempat pemusnahan; dan
- e. Melakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku.

8. Pengendalian

Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Pengendalian penggunaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dapat dilakukan oleh Instalasi Farmasi harus bersama dengan Komite/Tim Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit.

Tujuan pengendalian persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah untuk:

- a. Penggunaan Obat sesuai dengan Formularium Rumah Sakit;
- b. Penggunaan Obat sesuai dengan diagnosis dan terapi; dan
- c. Memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Cara untuk mengendalikan persediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai adalah:
 - 1) Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (slow moving);
 - 2) Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (death stock);
 - 3) Stok opname yang dilakukan secara periodik dan berkala.

9. Administrasi

Administrasi harus dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan yang sudah berlalu.

Kegiatan administrasi terdiri dari:

a. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, pendistribusian, pengendalian persediaan, pengembalian, pemusnahan dan penarikan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai. Pelaporan dibuat secara periodik yang dilakukan Instalasi Farmasi dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulanan, semester atau pertahun).

Jenis-jenis pelaporan yang dibuat menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku. Pencatatan dilakukan untuk:

- 1) Persyaratan Kementerian Kesehatan/BPOM;
- 2) Dasar akreditasi Rumah Sakit;
- 3) Dasar audit Rumah Sakit; dan
- 4) Dokumentasi farmasi.
- 5) Pelaporan dilakukan sebagai:
- 6) Komunikasi antara level manajemen;
- 7) Penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di instalasi farmasi; dan
- 8) Laporan tahunan.

i. Administrasi Keuangan

Apabila Instalasi Farmasi harus mengelola keuangan maka perlu menyelenggarakan administrasi keuangan. Administrasi keuangan merupakan pengaturan anggaran, pengendalian dan analisa biaya, pengumpulan informasi keuangan, penyiapan laporan, penggunaan laporan yang berkaitan dengan semua kegiatan Pelayanan Kefarmasian secara rutin atau tidak rutin dalam periode bulanan, triwulanan, semesteran atau tahunan.

j. Administrasi Penghapusan

Administrasi penghapusan merupakan kegiatan penyelesaian terhadap Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang tidak terpakai karena kadaluwarsa, rusak, mutu tidak memenuhi standar dengan cara membuat usulan penghapusan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai kepada pihak terkait sesuai dengan prosedur yang berlaku.

E. Manajemen Risiko Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

Manajemen risiko merupakan aktivitas Pelayanan Kefarmasian yang dilakukan untuk identifikasi, evaluasi, dan menurunkan risiko terjadinya kecelakaan pada pasien, tenaga kesehatan dan keluarga pasien, serta risiko kehilangan dalam suatu organisasi.

Manajemen risiko pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan melalui beberapa langkah yaitu:

1. Menentukan konteks manajemen risiko pada proses pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai.
2. Mengidentifikasi Risiko

Beberapa risiko yang berpotensi terjadi dalam pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain:

- a. Ketidaktepatan perencanaan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai selama periode tertentu;
- b. Pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai tidak melalui jalur resmi;
- c. Pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai yang belum/tidak teregistrasi;
- d. Keterlambatan pemenuhan kebutuhan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;
- e. Kesalahan pemesanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai seperti spesifikasi (merek, dosis, bentuk sediaan) dan kuantitas;
- f. Ketidaktepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai;

- g. Ketidaktepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan dan kesalahan dalam pemberian;
- h. Kehilangan fisik yang tidak mampu telusur;
- i. Pemberian label yang tidak jelas atau tidak lengkap; dan
- j. Kesalahan dalam pendistribusian.

3. Menganalisa Risiko

Analisa risiko dapat dilakukan kualitatif, semi kuantitatif, dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan dengan memberikan deskripsi dari risiko yang terjadi. Pendekatan kuantitatif memberikan paparan secara statistik berdasarkan data sesungguhnya.

4. Mengevaluasi Risiko

Membandingkan risiko yang telah dianalisis dengan kebijakan pimpinan Rumah Sakit (contoh peraturan perundangundangan, Standar Operasional Prosedur, Surat Keputusan Direktur) serta menentukan prioritas masalah yang harus segera diatasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan pengukuran berdasarkan target yang telah disepakati.

5. Mengatasi Risiko

Mengatasi risiko dilakukan dengan cara:

- a. melakukan sosialisasi terhadap kebijakan pimpinan rumah sakit;
- b. mengidentifikasi pilihan tindakan untuk mengatasi risiko;
- c. menetapkan kemungkinan pilihan (cost benefit analysis);
- d. menganalisa risiko yang mungkin masih ada; dan
- e. mengimplementasikan rencana tindakan, meliputi menghindari risiko, mengurangi risiko, memindahkan risiko, menahan risiko, dan mengendalikan risiko.

Latihan Soal

1. Mana yang kalian akan pilih obat yang bagus namun mahal atau obat murah namun biasa?

Jawab:

Memilih obat dengan mempertimbangkan kemampuan pasien. Jika pasien sanggup membeli obat murah berarti menggunakan obat murah, karena obatnya pun memberikan efek yang sama yang berbeda mungkin hanya lama kerja obatnya saja. Percuma juga memilih obat mahal namun tidak bisa dijangkau oleh pasien karena yang utama adalah keselamatan dari pasien tersebut.

2. Apa itu LASA?

Jawab:

LASA (*Look Alike Sound Alike*) adalah obat yang memiliki penampilan atau bentuk yang sama serta penyebutan yang hampir sama.

Contoh look alike : Ikalep sirup dan Lactulac sirup

Contoh sound alike : Dopamim injeksi dan dobutamin injeksi

3. Apa itu obat generik dan paten ?

Jawab:

Obat generik adalah obat yang telah habis masa patennya. Sehingga biasanya perusahaan farmasi bersaing untuk memproduksi versi generiknya yakni obat generik tanpa harus membayar royalti. Sedangkan, Obat paten adalah obat yang diproduksi dan dipasarkan oleh industri farmasi, di mana industri itu punya hak paten untuk melakukan riset dan penemuan obat baru. masa hak paten kurang lebih 20 tahun, tidak boleh ada industri lain yang melakukan produksi atau memasarkan obat tersebut dengan nama generik tanpa izin. contohnya sanmol (obat bermerek), paracetamol (generik)

4. Mengapa dirumah sakit obat dikelompokkan berdasarkan kelas terapi bukan merk ?

Jawab:

Menggunakan kelas terapi lebih menguntungkan karena cakupannya luas, dan bisa mengobati kelas terapi lain.

5. Apakah vaksin masuk dalam sediaan farmasi atau BMHP?

Jawab:

Vaksin masuk dalam sediaan farmasi yang dikategorikan sebagai obat khusus yang mana memiliki fungsi tersendiri yaitu mencegah adanya penyakit yang menyebar didalam tubuh manusia, vaksin bertindak terhadap sebagai besar organisme mikro sedangkan obat yang biasanya di konsumsi bertindak melawan bakteri, maka dari itu vaksin merupakan bagian dari obat yang memiliki peran khasiat didalam kekebalan dan kesehatan manusia.

Pustaka

- Menkes RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016. Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit.
- Menkes RI. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015. Tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, Dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, Dan Prekursor Farmasi
- Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit
- Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009. Tentang Narkotika
- Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997. Tentang Psikotropika



Bab III

Pengkajian dan Pelayanan Resep di Rumah Sakit

Latar Belakang

Pelayanan kefarmasian merupakan suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Berdasarkan peraturan Menteri Nomor 72 tahun 2016³ tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit³ bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang berorientasi kepada keselamatan pasien, diperlukan standar yang dapat digunakan sebagai acuan dalam pelayanan kefarmasian.

Resep adalah permintaan tertulis dan elektronik dari seorang dokter kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan dan/atau membuat, meracik, serta menyerahkan obat kepada pasien. Resep harus ditulis dengan jelas dan lengkap.

Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan sediaan farmasi, dan perbekalan kesehatan termasuk peracikan obat, pemeriksa,

penyerahan disertai pemberian informasi obat. Pada setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*Medication Error*).

Proses pengobatan menggambarkan suatu proses normal atau “fisiologis” dari pengobatan, di mana diperlukan pengetahuan, keahlian sekaligus berbagai pertimbangan profesional dalam setiap tahap sebelum membuat suatu keputusan. Kenyataannya dalam praktek, sering dijumpai kebiasaan pengobatan (peresepan, prescribing habit) yang tidak berdasarkan proses dan tahap ilmiah tersebut. Hal ini sering menimbulkan suatu keadaan “patologik” atau tidak normal dalam peresepan dengan berbagai dampaknya yang merugikan. Secara umum patologik peresepan ini lebih dikenal sebagai peresepan yang tidak rasional atau peresepan yang tidak benar.

Kegiatan untuk menganalisa bila ditemukan masalah terkait obat harus dikonsultasikan kepada dokter penulis resep. Tenaga farmasi harus melakukan pengkajian resep sesuai Permenkes Nomor 72 Tahun 2016, meliputi persyaratan farmasetik, Administrasi, dan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Aspek administratif meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, berat badan pasien, tinggi badan, nama dokter, nomor izin, alamat, paraf dokter, tanggal resep, dan ruangan unit inap. Ketidaklengkapan resep pada aspek administratif dapat menyebabkan *medication error* yang dapat menimbulkan kegagalan terapi dan efek obat yang tidak diharapkan sehingga merugikan pasien (Megawati dan Santoso, 2017). Permasalahan yang timbul dalam pelayanan resep diantaranya penulisan resep yang tidak terbaca, kurang lengkapnya informasi pasien, tidak tercantumnya informasi pemakaian obat, dan tidak terdapat paraf dokter penulis resep.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui pelayanan kefarmasian dan pengkajian kefarmasian berdasarkan permenkes Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit.
2. Melakukan pengkajian resep secara Administratif, Farmasetik, Klinis.
3. Menghindari *medication error* yang menimbulkan kegagalan terapi.

Pembahasan

A. Pengertian Pengkajian dan Pelayanan Resep

Pelayanan resep merupakan salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian yang dilakukan oleh apoteker guna meningkatkan pelayanan kesehatan. Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Paradigma pelayanan kefarmasian mengharuskan ada perluasan dari yang berorientasi kepada produk (*drug oriented*) menjadi yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Pelayanan kefarmasian meliputi pengelolaan sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta administrasi) dan pelayanan farmasi klinik (penerimaan resep, peracikan obat, penyerahan obat, informasi obat dan pencatatan penyimpanan resep) dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah meningkatkan kualitas pelayanan farmasi, yaitu dengan perbaikan waktu tunggu pelayanan resep. Alur pelayanan resep meliputi skrining resep, penyiapan obat dan peracikan obat, penulisan etiket, pengemasan

serta penyerahan obat kepada pasien (Kemenkes RI, 2016 ; Kemenkes RI, 2014).

Pengkajian Resep Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004³ adalah Kegiatan dalam pelayanan kefarmasian yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasi dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pengkajian resep adalah salah satu bagian dari layanan farmasi klinik yang dilakukan oleh apoteker untuk menganalisa adanya masalah terkait obat dan menghindari terjadinya medication error terutama pada tahap peresepan (prescribing error). Pengkajian resep dilakukan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kelalaian pencantuman informasi, penulisan resep yang buruk dan penulisan resep yang tidak tepat.

B. Tujuan Pengkajian dan Pelayanan Resep

Kegiatan pengkajian resep dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah terkait obat yang diresepkan sebelum obat disiapkan. Pengkajian resep juga dilakukan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kesalahan pencantuman informasi, penulisan resep yang buruk, dan penulisan resep yang tidak tepat (kesalahan pengobatan). Sedangkan pelayanan resep bertujuan agar pasien mendapatkan obat dengan tepat, bermutu dan sesuai dengan kondisi pasien (Kemenkes, 2019).

C. Pelaksanaan Pengkajian Resep

Adapun pelaksanaan pengkajian resep meliputi:

1. Persyaratan administrasi meliputi:
 - a. nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien;
 - b. nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter;
 - c. tanggal Resep; dan
 - d. ruangan/unit asal Resep.

2. Persyaratan farmasetik meliputi:
 - a. nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan;
 - b. dosis dan jumlah obat;
 - c. stabilitas dan inkomptabilitas;
 - d. aturan dan cara penggunaan.
3. Persyaratan klinis meliputi:
 - a. ketepatan indikasi;
 - b. duplikasi pengobatan;
 - c. alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD);
 - d. kontraindikasi; dan
 - e. interaksi Obat. (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

D. Pelaksanaan Pelayanan Resep

Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Pada setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*). Pelayanan resep menjadi tanggung jawab apoteker (Rusly, 2016). Apoteker wajib melayani resep sesuai dengan tanggung jawab dengan keahlian profesinya dan dilandasi pada kepentingan masyarakat atau pasien. Apoteker wajib memberi informasi mengenai cara penggunaan secara tepat, aman, rasional, kepada pasien. Pelayanan kefarmasian pada saat ini telah bergeser orientasinya dari obat ke pasien yang mengacu kepada *pharmaceutical care*. Kegiatan pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien (Rusli, 2016).

Adapun kegiatan pelayanan resep meliputi:

1. Menyiapkan obat sesuai dengan permintaan resep yang sudah dilakukan pengkajian:
 - a. Menghitung kebutuhan jumlah obat sesuai dengan resep;
 - b. Mengambil obat yang dibutuhkan pada rak penyimpanan dengan memperhatikan nama obat, tanggal kedaluwarsa dan keadaan fisik obat. Lakukan *double check* kebenaran identitas obat yang diracik, terutama jika termasuk obat *high alert/LASA*.
2. Melakukan peracikan obat bila permintaan resep berupa obat racikan. Memberikan etiket pada obat disesuaikan dengan sistem penyiapan obat yang diterapkan rumah sakit. Pada etiket obat dengan sistem resep individu harus memuat informasi berupa:
 - a. Nama lengkap pasien
 - b. Nomor rekam medis dan/atau tanggal lahir
 - c. Nama obat, aturan pakai obat, instruksi khusus, tanggal kedaluwarsa obat dan tanggal penyiapan obat.Pada etiket di kantong obat dengan sistem dosis unit memuat informasi berupa:
 - a. Nama lengkap pasien
 - b. Nomor rekam medis dan/atau tanggal lahir
 - c. Instruksi khusus, dan tanggal penyiapan obat.
3. Sebelum obat diserahkan kepada perawat (untuk pasien rawat inap) atau kepada pasien/keluarga (untuk pasien rawat jalan) maka harus dilakukan telaah obat yang meliputi pemeriksaan kembali untuk memastikan obat yang telah disiapkan sesuai dengan resep. Aspek yang diperiksa dalam telaah obat meliputi 5 tepat yakni:
 - a. Tepat Obat
 - b. Tepat Pasien

- c. Tepat Dosis
 - d. Tepat Rute
 - e. Tepat Waktu Pemberian
4. Pada penyerahan obat untuk pasien rawat jalan, maka harus disertai pemberian informasi obat yang meliputi nama obat, kegunaan/indikasi, aturan pakai, efek terapi dan efek samping dan cara penyimpanan obat.
 5. Jika regulasi rumah sakit membolehkan pengantaran obat ke rumah pasien dilakukan oleh jasa pengantar, maka kerahasiaan pasien harus tetap terjaga (contoh: resep dalam amplop tertutup, obat dikemas tertutup)

Kesalahan terapi (*medication error*) sering terjadi di praktek umum maupun rumah sakit. Kesalahan yang terjadi kemungkinan disebabkan karena persepsian yang salah, dan itu terjadi karena kesalahan dalam proses pengambilan keputusan. Setiap langkah mulai dari pengumpulan data pasien (anamnesis, pemeriksaan jasmani, dan pemeriksaan penunjang lainnya) berperan penting untuk pemilihan obat dan akhirnya penulisan resep. Kesalahan pemilihan jenis obat, dosis, cara pemakaian, penulisan yang sulit dibaca merupakan faktor yang bisa meningkatkan kesalahan terapi. Faktor penyebab terjadinya *Medication Error* adalah (Rusli, 2016):

1. Kurangnya pengetahuan tentang obat
2. Kurangnya informasi tentang pasien
3. Kesalahan dan kehilangan arsip
4. Kesalahan pada penulisan
5. Kesalahan interaksi dengan tenaga kesehatan lain
6. Kesalahan dalam perhitungan dosis
7. Kurangnya kontrol dalam penggunaan obat
8. Kesalahan dalam penyimpanan obat dan pengantaran obat
9. Kesalahan dalam preparasi
10. Kurangnya standarisasi

Pada saat penyerahan obat kepada pasien harus disertai dengan pemberian informasi mengenai obat tersebut. Informasi tersebut adalah indikasi obat, cara penggunaan obat, kemungkinan efek samping obat, dan cara penyimpanan obat. Obat yang diserahkan kepada pasien juga harus disertai dengan etiket sebagai penanda kepada siapa obat tersebut ditujukan dan bagaimana aturan pakai obat tersebut. Etiket obat harus memuat informasi berupa Nama pasien, Nama dan alamat Apotek/Instalasi, Nama dan Nomor SIK APA, Nama dan Jumlah obat, Aturan pemakaian, dan Tanda lain yang diperlukan (misalnya: obat gosok, obat kumur, obat tetes mata/telinga, kocok dahulu, dan lain sebagainya) (Widyaningsih, 2018).

Latihan Soal

1. Bagaimana hubungan berat badan pasien pada pediatri dengan penentuan dosis obat?

Jawaban:

Pada pasien pediatri, berat badan menjadi tolak ukur pemberian dosis pengobatan karena adanya pertimbangan kadar lemak di dalam tubuh. Adanya obat yang mudah terdeposit di dalam lemak, terhambat penghambatannya atau dilepaskan perlahan menjadikan khasiat obat akan juga akan terpengaruhi.

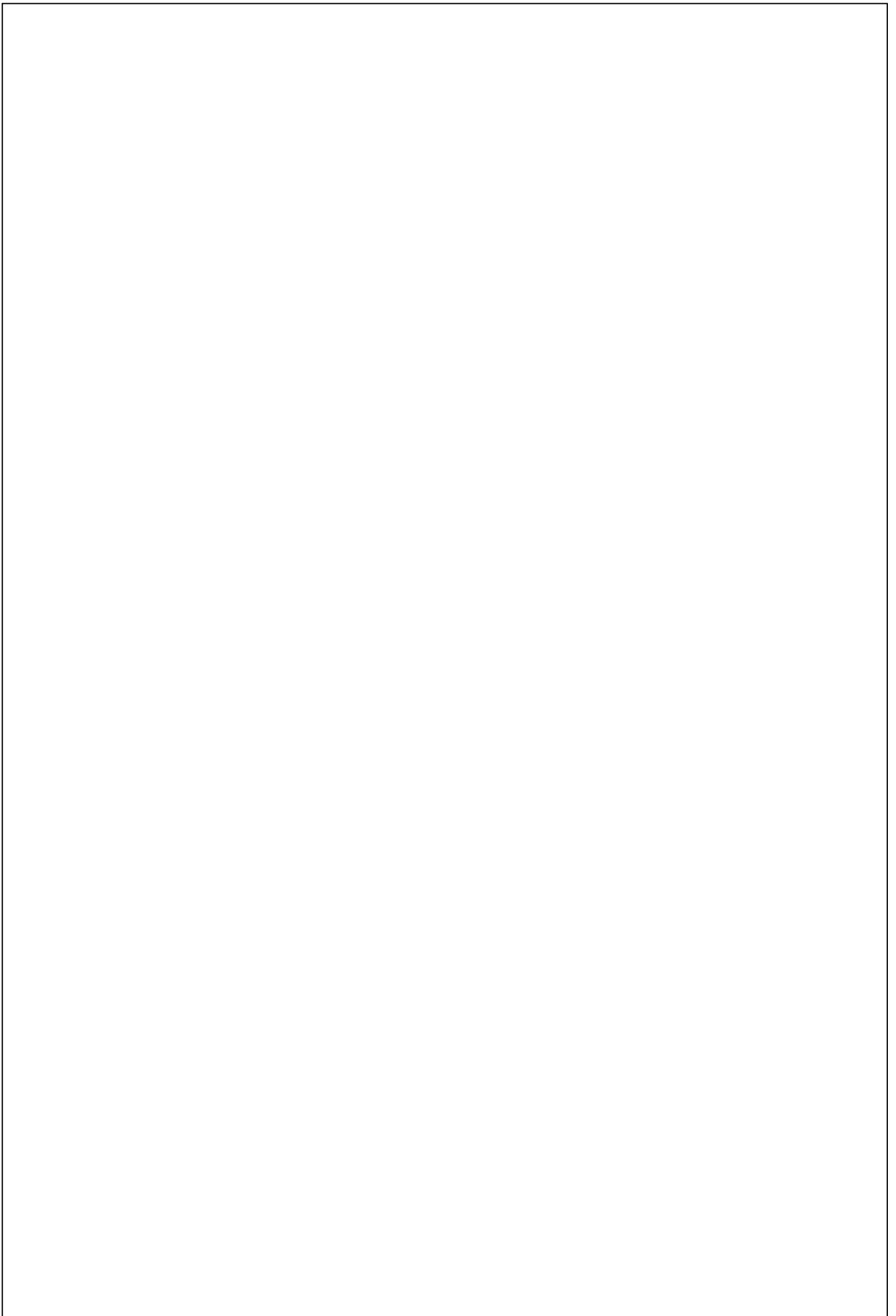
2. Apakah dokter hewan dapat menuliskan resep ?

Jawaban:

Menurut Permenkes RI No.9 Tahun 2017, menyebutkan bahwa "Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi atau dokter hewan, kepada Apoteker, baik dalam bentuk paper maupun electronic untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku. Resep memiliki nama lain yaitu *Formulae Medicae*, (Permenkes 2017).

Pustaka

- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2016, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang *Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kemenkes RI, 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 Tentang *Apotek*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019. *Petunjuk Teknis Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Megawati,F.,dan Santoso,P. 2017. Pengkajian Resep Secara Administratif Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 35 Tahun 2014 Pada Resep Dokter Spesialis Kandungan Di Apotek Sthira Dhipa. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 3(1).
- Rusli. 2016. *Farmasi Rumah Sakit dan Klinik*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Widyaningsih, W. 2018. *Modul 001: Pelayanan Resep*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi.





Bab IV

Compounding and Dispensing

di Rumah Sakit

Latar Belakang

Awal dari *compounding* bermula pada abad pertengahan dengan para pendeta, biarawan, dan dukun. Spesialisasi pertama kali terjadi pada awal abad ke-9 di dunia beradab di sekitar Baghdad. Seiring waktu secara bertahap menyebar ke Eropa ketika alkimia berevolusi menjadi kimia ketika para dokter mulai meninggalkan kepercayaan yang tidak terbukti di dunia fisik. Selama masa ini, dokter mulai memberikan resep obat kepada pasien. Apoteker kemudian mulai menambah resep ini dan memproduksinya dalam jumlah massal untuk penjualan umum. Tidak sampai abad ke-19 bahwa ada perbedaan yang jelas antara apoteker sebagai peracik obat-obatan dan dokter sebagai terapis. Pada tahun 1930 dan 1940, sekitar 60% obat yang diberikan kepada pasien merupakan obat racikan. Kemudian, pada tahun 1950 dan 1960, seiring dengan banyaknya pabrik obat komersial yang telah berdiri, proses peracikan mulai menurun. Selama masa inilah seorang apoteker, yang dikenal sebagai *compounder*, dikenal sebagai tempat penyimpanan obat-obatan yang diproduksi. Pada 1980 dan sekarang pada 1990, pasien

dan dokter menyadari perlunya dosis spesifik dan obat-obatan khusus. Saat ini, hampir 43.000 bentuk sediaan majemuk dikeluarkan setiap hari (Nawab, 2014).

Seiring dengan berjalannya waktu, departemen atau layanan di rumah sakit yang di bawah arahan seorang apoteker yang kompeten secara profesional, mulai melakukan penyiapan sediaan steril seperti injeksi yang perlu penyiapan secara steril, sediaan sitostatik dan sediaan parenteral yang perlu penanganan khusus. Apoteker bertanggung jawab atas sediaan peracikan dengan kekuatan, kualitas, dan kemurnian yang dapat diterima, dengan pengemasan dan pelabelan yang tepat sesuai dengan praktik farmasi yang baik, standar resmi, dan prinsip ilmiah terkini. Apoteker harus terus memperluas pengetahuan peracikan mereka melalui seminar, literatur terkini, dan diskusi dengan profesional medis lainnya (Widyani, 2018).

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui pengertian *compounding* dan *dispensing*
2. Mengetahui tujuan dari *compounding* dan *dispensing*
3. Mengetahui regulasi *compounding* dan *dispensing*
4. Mengetahui kriteria BUD (*Beyond Use Date*)
5. Mengetahui proses dokumentasi pada *dispensing* dan *compounding*

Pembahasan

A. Pengertian *Compounding* dan *Dispensing*

Compounding didefinisikan oleh FDA sebagai kombinasi, pencampuran, atau perubahan bahan obat untuk membuat obat yang disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien. Sedangkan menurut USP *compounding* adalah persiapan, pencampuran, perakitan, pengubahan, pengemasan, dan pelabelan obat sesuai dengan resep (Watson, 2020).

Dispensing adalah tinjauan resep, persiapan, pengemasan, pelabelan, penyimpanan catatan, dan transfer obat yang diresepkan. *Dispensing* termasuk konseling pasien, agen atau orang lain yang bertanggung jawab atas pemberian obat kepada pasien (PSA, 2019).

Namun Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1197/Menkes/Sk/X/2004, *dispensing* adalah kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap validasi, interpretasi, menyiapkan/meracik obat, memberikan label, etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa *Compounding* juga termasuk kedalam *Dispensing*.

B. Tujuan Compounding dan Dispensing

1. Tujuan *dispensing* menurut Kepmenkes RI Nomor 1197/MENKES/SKX/ 2004, yaitu:
 - a. Mendapatkan dosis yang tepat dan aman
 - b. Menyediakan nutrisi bagi penderita yang tidak dapat menerima makanan secara oral atau emperal
 - c. Menyediakan obat kanker secara efektif, efisien dan bermutu.
 - d. Menurunkan total biaya obat
2. Tujuan *dispensing* sediaan steril menurut Permenkes RI Nomor 58 Tahun 2014 dan Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016
 - a. Menjamin agar pasien menerima obat sesuai dengan dosis yang dibutuhkan
 - b. Menjamin sterilitas dan stabilitas produk
 - c. Melindungi petugas dari paparan zat berbahaya
 - d. Menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.

C. Regulasi Compounding dan Dispensing

1. Dispensing menurut Kepmenkes RI Nomor 1197/MENKES/SKX/ 2004

Dispensing merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap validasi, interpretasi, menyiapkan/meracik obat, memberikan label/etiket, penyerahan obat dengan pemberian informasi obat yang memadai disertai sistem dokumentasi.

Dispensing berdasarkan sifat sediaanannya

- a. Dispensing sediaan farmasi khusus
 - 1) Dispensing sediaan farmasi parenteral nutrisi: merupakan kegiatan pencampuran nutrisi parenteral yang dilakukan oleh tenaga yang terlatih secara aseptis sesuai kebutuhan pasien dengan menjaga stabilitas sediaan, formula standar dan kepatuhan terhadap prosedur yang menyertai
 - a) Kegiatan:
 - Mencampur sediaan karbohidrat, protein, lipid, vitamin, mineral untuk kebutuhan perorangan
 - Mengemas ke dalam kantong khusus untuk nutrisi
 - b) Faktor yang perlu diperhatikan:
 - Tim terdiri dari dokter, apoteker, perawat, ahli gizi
 - Sarana dan prasarana
 - Ruang khusus
 - Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*
 - Kantong khusus untuk nutrisi parenteral
 - 2) Dispensing sediaan farmasi pencampuran obat steril: melakukan pencampuran obat steril sesuai kebutuhan pasien yang menjamin kompatibilitas

dan stabilitas obat maupun wadah sesuai dengan dosis yang ditetapkan.

a) Kegiatan:

- Mencampur sediaan intravena ke dalam cairan infus
- Melarutkan sediaan intravena dalam bentuk serbuk dengan pelarut yang sesuai
- Mengemas menjadi sediaan siap pakai

b) Faktor yang perlu diperhatikan:

- Ruang khusus
- Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*
- Hepa filter

b. Dispensing sediaan farmasi berbahaya

Penanganan obat kanker secara aseptis dalam kemasan siap pakai sesuai kebutuhan pasien oleh tenaga farmasi yang terlatih dengan pengendalian pada keamanan terhadap lingkungan, petugas maupun sediaan obatnya dari efek toksis dan kontaminasi, dengan menggunakan alat pelindung diri, mengamankan pada saat pencampuran, distribusi maupun proses pemberian kepada pasien sampai pembuangan limbahnya.

1) Kegiatan:

- Melakukan perhitungan dosis secara akurat
- Melarutkan sediaan obat kanker dengan pelarut yang sesuai
- Mencampur sediaan obat kanker dengan protokol pengobatan
- Mengemas dalam kemasan tertentu
- Membuang limbah sesuai prosedur yang berlaku

2) Faktor yang perlu diperhatikan:

- Cara pemberian obat kanker
- Ruang khusus yang dirancang dengan kondisi

- yang sesuai
 - Lemari pencampuran Biological Safety Cabinet
 - Hepa filter
 - Pakaian khusus
 - Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlatih.
2. Dispensing sediaan steril menurut Permenkes RI Nomor 58 Tahun 2014 dan Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016
- Dispensing sediaan steril: dilakukan di instalasi Farmasi Rumah Sakit dengan teknik aseptis untuk menjamin sterilisasi dan stabilitas produk dan melindungi petugas dari paparan zat berbahaya serta menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.
- a. Pencampuran obat suntik: sesuai kebutuhan pasien menjamin komparabilitas dan stabilitas obat maupun wadah sesuai dengan dosis yang ditetapkan
- 1) Kegiatan:
- Mencampur sediaan intravena ke dalam cairan infus
 - Melarutkan sediaan intravena dalam bentuk serbuk dengan pelarut yang sesuai
 - Mengemas menjadi sediaan siap pakai
- 2) Faktor yang perlu diperhatikan:
- Ruangan khusus
 - Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*
 - HEPA filter
- b. Penyiapan nutrisi parenteral: kegiatan pencampuran nutrisi parenteral yang dilakukan tenaga terlatih secara aseptis sesuai kebutuhan pasien dengan menjaga stabilitas sediaan, formula standar dan kepatuhan terhadap prosedur yang menyertai.
- 1) Kegiatan:
- Mencampur sediaan karbohidrat, protein, lipid, vitamin, mineral untuk kebutuhan prorang

- Mengemas ke dalam kantong khusus untuk nutrisi
- 2) Faktor yang perlu diperhatikan:
- Tim terdiri dari dokter, apoteker, perawat, ahli gizi
 - Sarana dan peralatan
 - Ruang khusus
 - Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*
 - Kantong khusus untuk nutrisi parenteral
- c. Penanganan sediaan sitostatik: penanganan obat kanker secara aseptis dalam kemasan siap pakai sesuai kebutuhan pasien oleh tenaga farmasi yang terlatih dengan pengendalian pada kemasan terhadap lingkungan, petugas maupun sediaan obatnya dari efek toksik dan kontaminasi, dengan menggunakan alat pelindung diri, mengamankan pada saat pencampuran, distribusi, maupun proses pemberian kepada pasien sampai pembuangan limbahnya.
- 1) Kegiatan
- Melakukan perhitungan dosis secara akurat
 - Melarutkan sediaan obat kanker dengan pelarut yang sesuai
 - Mencampur sediaan obat kanker sesuai dengan protokol pengobatan
 - Mengemas dalam kemasan tertentu
 - Membuang limbah sesuai prosedur yang berlaku.
- 2) Faktor yang perlu diperhatikan:
- Ruang khusus yang dirancang dengan kondisi yang sesuai
 - Lemari pencampuran *Biological Safety Cabinet*
 - HEPA filter
 - Alat Pelindung Diri (APD)

- Sumber daya manusia yang terlatih
- Cara pemberian obat kanker

D. Kriteria Stabilitas dan BUD (*Beyond-Use Dating*)

BUD (*Beyond-Use Dating*) adalah tanggal setelah sediaan campuran tidak boleh digunakan dan hal ini ditentukan dari tanggal sediaan diracik. Karena sediaan campuran dimaksudkan untuk pemberian segera atau setelah penyimpanan jangka pendek, BUD ditetapkan berdasarkan kriteria tertentu. Saat menetapkan BUD, peracik harus berkonsultasi dan menerapkan dokumentasi dan literatur stabilitas umum dan spesifik obat jika tersedia dan harus mempertimbangkan sifat obat dan mekanisme degradasinya, bentuk sediaan dan komponennya, potensi proliferasi mikroba, wadah pengemasan, kondisi penyimpanan yang diharapkan, dan durasi terapi yang diinginkan.

Pedoman umum untuk penetapan BUD menyatakan BUD maksimum yang direkomendasikan untuk sediaan obat majemuk nonsteril yang dikemas rapat, kedap cahaya dan disimpan pada suhu kamar yang terkendali, kecuali dinyatakan lain adalah sebagai berikut :

1. Formulasi tidak berair, BUD tidak lebih dari waktu yang tersisa sampai dengan tanggal kadaluwarsa paling awal dari setiap API atau 6 bulan, lihat yang lebih awal
2. Formulasi oral yang mengandung air, BUD tidak lebih dari 14 hari bila disimpan pada suhu dingin yang terkontrol
3. Formulasi topikal/kulit dan mukosa cairan dan semipadat yang mengandung air, Bud tidak lebih dari 30 hari

Obat-obatan atau bahan kimia yang diketahui tidak tahan terhadap dekomposisi memiliki BUD yang lebih pendek. Sediaan campuran yang rentan harus mengandung bahan antimikroba yang sesuai untuk melindungi sediaan dari cemaran bakteri, ragi, dan kontaminasi

jamur yang secara tidak sengaja masuk selama atau setelah proses peracikan. Jika pengawet antimikroba dikontraindikasikan dalam sediaan campuran tersebut, penyimpanan sediaan pada suhu dingin yang terkontrol diperlukan; untuk memastikan penyimpanan dan penanganan yang tepat dari sediaan campuran tersebut oleh pasien, pemberian informasi terkait instruksi dan konsultasi pasien yang tepat sangat penting dan harus dilakukan (USP, 2008).

E. Dokumentasi

Dokumentasi, tertulis atau elektronik, memungkinkan penyusun, melacak, mengevaluasi, dan mereplikasi langkah-langkah yang termasuk dalam seluruh proses *compounding* dan *dispensing*. Catatan ini harus disimpan untuk jangka waktu yang sama yang diperlukan untuk setiap resep di bawah undang-undang negara bagian. Catatan dapat berupa salinan resep dalam bentuk tertulis atau elektronik dan harus mencakup Catatan Formulasi Induk dan Catatan Peracikan.

Catatan Formulasi Induk harus mencakup :

1. Nama resmi atau yang ditugaskan, kekuatan, dan bentuk sediaan sediaan
2. Perhitungan yang diperlukan untuk menentukan dan memverifikasi jumlah komponen dan dosis bahan farmasi aktif
3. Deskripsi semua bahan dan jumlahnya
4. Kompatibilitas dan stabilitas informasi, termasuk referensi bila tersedia
5. Peralatan yang diperlukan untuk menyiapkan sediaan, bila sesuai
6. Instruksi pencampuran yang harus mencakup :
 - Urutan pencampuran
 - Suhu pencampuran atau kontrol lingkungan lainnya
 - Durasi pencampuran
 - Faktor lain yang berkaitan dengan replikasi sediaan

7. Contoh informasi pelabelan sampel, yang harus berisi, selain informasi yang disyaratkan secara hukum:
 - Nama generik dan jumlah atau konsentrasi masing-masing bahan aktif
 - Bud yang ditetapkan
 - Kondisi penyimpanan
 - Nomor resep atau kontrol, mana yang berlaku
8. Wadah yang digunakan dalam pengeluaran
9. Persyaratan pengemasan dan penyimpanan
10. Deskripsi sediaan akhir
11. Prosedur pengendalian mutu dan hasil yang diharapkan

Catatan Peracikan harus berisi :

1. Nama resmi atau yang ditugaskan, kekuatan, dan dosis sediaan
2. Referensi catatan formulasi induk untuk nama sediaan dan jumlah semua komponen sumber, nomor lot, dan tanggal kedaluwarsa komponen
3. Jumlah total peracikan
4. Nama orang yang menyiapkan preparat, nama orang yang melakukan prosedur pengawasan mutu, dan nama peracik yang menyetujui preparasi
5. Tanggal penyiapan kontrol yang ditetapkan atau nomor resep • bud yang ditetapkan
6. Label duplikat seperti yang dijelaskan dalam catatan formulasi induk
7. Deskripsi persiapan akhir
8. Hasil mutu prosedur pengendalian (misalnya, kisaran berat kapsul yang diisi, pH cairan berair)
9. Dokumentasi setiap masalah pengendalian kualitas dan reaksi merugikan atau masalah persiapan yang dilaporkan oleh pasien atau pengasuh

Semua prosedur signifikan yang dilakukan di area peracikan harus dicakup dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) tertulis. Prosedur hendaklah dikembangkan untuk fasilitas, peralatan, personel, penyiapan, pengemasan, dan penyimpanan sediaan racikan untuk memastikan akuntabilitas, akurasi, kualitas, keamanan, dan keseragaman dalam peracikan. Penerapan SOP menetapkan konsistensi prosedur dan juga memberikan acuan untuk orientasi dan pelatihan personel.

File Lembar Data Keselamatan Material (MSDSS) harus mudah diakses oleh semua karyawan yang bekerja dengan zat obat atau bahan kimia curah yang terletak di lokasi fasilitas peracikan. Karyawan harus diinstruksikan tentang cara mengambil dan menafsirkan informasi yang dibutuhkan (USP, 2008).

Latihan Soal

1. Pasien dewasa diberikan infus mannitol. Dosis yang dibutuhkan adalah 80g, sediaan yang tersedia adalah 20% dalam 250 ml manitol. Berapa ml yang dibutuhkan?

Jawab :

Cara I

Cara II

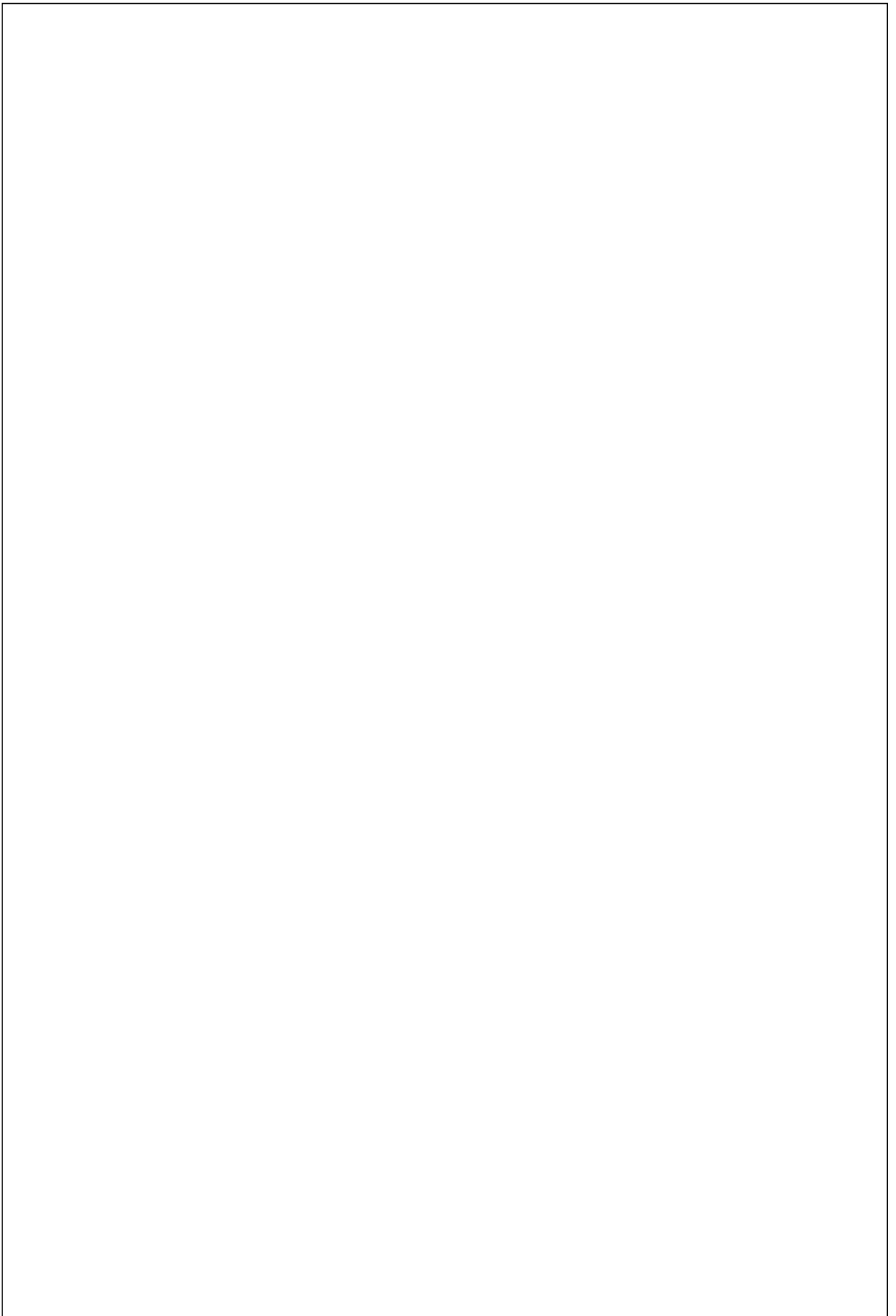
2. Seorang pasien paska operasi usus besar akan diberikan infus metronidazole 500 mg. Sediaan yg ada adalah 500 mg/100 mL. Dokter meminta apoteker untuk melakukan penyesuaian laju infus agar obat tersebut habis dalam 1 jam. Laju infus yg digunakan adalah? (1 mL = 20 tts)

Jawab :

Pustaka

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/Sk/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit. Jakarta.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit. Jakarta.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit. Jakarta.
- Nawab, Najaf Farooq, Javeria Rahat. 2014. Compounding and Dispensing Practices in Karachi's Hospital Pharmacy Amber. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Volume 2, No. 1.*
- Pharmaceutical Society Of Australia. 2019. Practice Guidelines Dispensing. Australia: Pharmaceutical Society Of Australia
- USP. 2014. Pharmaceutical Compounding - Nonsteril Preparations. Revision Bulletin.

- Watson, James C., James D. Whitley, Alicia M. Siani And Michele M. Burns. 2020. Pharmaceutical Compounding: A History, Regulatory Overview, And Systematic Review Of Compounding Errors. *Journal Of Medical Toxicology* (<https://doi.org/10.1007/s13181-020-00814-3>)
- Widayani, Septi, Sri Hartati Yuliani, Dina Christin Ayuning Putri. 2018. Peracikan Sediaan Steril Untuk Pasien Intensive Care Unit (Icu) Di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Di Semarang. *Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas*, Vol. 15 No. 02.





Bab V

Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat

Latar Belakang

Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit didefinisikan sebagai pedoman pelayanan kefarmasian di rumah sakit dan tolok ukur penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di rumah. Pada pasal 3 Permenkes No. 58 tahun 2014, standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit meliputi standar pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Pelayanan farmasi klinik yang dimaksud meliputi: pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, Pelayanan Informasi Obat (PIO), konseling, visite, Pemantauan Terapi Obat (PTO), Monitoring Efek Samping Obat (MESO), Evaluasi Penggunaan Obat (EPO), dispensing sediaan steril, Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah (PKOD) (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit karena merupakan pelayanan langsung yang bertanggungjawab penuh terhadap pasien terkait dengan sediaan farmasi dan orientasi kesembuhan pasien melalui ketepatan pemberian obat (Kemenkes

RI, 2014). Praktek pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan terpadu dengan tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat.

Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan farmasi, mengakibatkan pelayanan kefarmasian berkembang dari drug oriented menjadi patient oriented. Hal ini dipicu oleh peningkatan jumlah kebutuhan obat, perkembangan produksi dalam skala besar serta adanya inovasi dalam penemuan obat baru dan timbulnya berbagai penyakit baru. Sehingga pelayanan farmasi rumah sakit diharapkan dapat menjamin tersedianya obat yang aman dan berkualitas serta dapat memberikan informasi mengenai obat yang lengkap (Mashuda, 2011).

Pelayanan farmasi klinik, merupakan salah satu aspek pelayanan farmasi rumah sakit yang diberikan secara langsung oleh apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena obat, untuk tujuan keselamatan pasien (patient safety) sehingga kualitas hidup pasien (quality of life) terjamin (Kemenkes RI, 2014). Kejadian obat yang merugikan (adverse drug events), kesalahan pengobatan (medication errors) dan reaksi obat yang merugikan (adverse drug reaction) dalam proses pelayanan kefarmasian menempati kelompok urutan dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk dikelola dengan baik, mengingat kompleksitas kejadian kesalahan proses farmakoterapi.

Berdasarkan ¹⁰Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, penelusuran riwayat penggunaan obat merupakan proses untuk mendapatkan informasi mengenai seluruh obat atau sediaan farmasi lain yang pernah dan sedang digunakan, riwayat pengobatan dapat diperoleh dari wawancara atau data rekam medik atau pencatatan penggunaan obat pasien.

Badan akreditasi dunia The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) mensyaratkan adanya kegiatan keselamatan pasien berupa identifikasi dan evaluasi untuk mengurangi resiko cedera dan kerugian pada pasien. Sehingga pemerintah mengeluarkan standar pelayanan kefarmasian manajerial dan pelayanan farmasi klinik yang berupa peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 58 tahun 2014 dan nomor 72 tahun 2016 yang dapat dijadikan pedoman pihak rumah sakit dalam praktek pelayanan kefarmasian di instalasi farmasi rumah sakit agar pelayanan farmasi yang diberikan lebih optimal dan berkualitas.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini :

1. Diharapkan mahasiswa dapat memahami tujuan penelusuran pengeobatan pasien
2. Diharapkan mahasiswa dapat melakukan riwayat penelusuran obat

Pembahasan

A. Pengertian

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, penelusuran riwayat penggunaan obat merupakan proses untuk mendapatkan informasi mengenai seluruh obat atau sediaan farmasi lain yang pernah dan sedang digunakan, riwayat pengobatan dapat diperoleh dari wawancara atau data rekam medik atau pencatatan penggunaan obat pasien.

Menurut Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit (2019), penelusuran riwayat penggunaan obat merupakan kegiatan mendapatkan informasi yang akurat mengenai seluruh obat dan sediaan farmasi lain, baik resep maupun non resep yang pernah

atau sedang digunakan pasien. Kegiatan ini dilakukan dengan cara mewawancarai pasien, keluarga/pelaku rawat (care giver) dan dikonfirmasi dengan sumber data lain, contoh: daftar obat di rekam medis pada admisi sebelumnya, data pengambilan obat dari Instalasi Farmasi, dan obat yang dibawa pasien.

B. Tujuan

Tujuan penelusuran riwayat penggunaan obat:

1. Mendeteksi terjadinya diskrepansi (perbedaan) sehingga dapat mencegah duplikasi obat ataupun dosis yang tidak diberikan (omission).
2. Mendeteksi riwayat alergi obat.
3. Mencegah terjadinya interaksi obat dengan obat atau obat dengan makanan/herbal/food supplement.
4. Mengidentifikasi ketidakpatuhan pasien terhadap rejimen terapi obat.
5. Mengidentifikasi adanya medication error, contoh: penyimpanan obat yang tidak benar, salah minum jenis obat, dosis obat.

C. Persiapan

Persiapan penelusuran riwayat penggunaan obat:

1. Apoteker memahami SPO Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat
2. Memahami riwayat obat di rekam medis pasien
3. Mempelajari obat pasien yang digunakan saat ini
4. Mempelajari obat yang dibawa pasien

D. Dokumen yang Diperlukan

1. Rekam medis
2. Salinan resep yang dibawa pasien (jika ada)
3. Resep pasien

4. Formulir/lembar catatan farmasi klinik (sesuai kebijakan di rumah sakit)
5. Formulir Rekonsiliasi Obat

E. Tahapan

Tahapan penelusuran riwayat penggunaan obat:

1. Membandingkan riwayat penggunaan obat dengan data rekam medik atau pencatatan penggunaan obat untuk mengetahui perbedaan informasi penggunaan obat.
2. Melakukan verifikasi riwayat penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain dan memberikan informasi tambahan jika diperlukan.
3. Mendokumentasikan adanya alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD).
4. Mengidentifikasi potensi terjadinya interaksi obat.
5. Melakukan penilaian terhadap kepatuhan pasien dalam menggunakan obat.
6. Melakukan penilaian rasionalitas obat yang diresepkan.
7. Melakukan penilaian terhadap pemahaman pasien terhadap obat yang digunakan.
8. Melakukan penilaian adanya bukti penyalahgunaan obat.
9. Melakukan penilaian terhadap teknik penggunaan obat.
10. Memeriksa adanya kebutuhan pasien terhadap obat dan alat bantu kepatuhan minum obat (concordance aids).
11. Mendokumentasikan obat yang digunakan pasien sendiri tanpa sepengetahuan dokter.
12. Mengidentifikasi terapi lain, misalnya suplemen dan pengobatan alternatif yang mungkin digunakan oleh pasien.

F. Kegiatan

Kegiatan penelusuran riwayat penggunaan obat yaitu:

1. Penelusuran riwayat penggunaan obat kepada pasien atau keluarganya.
2. Melakukan penilaian terhadap pengaturan penggunaan obat pasien.

G. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelusuran riwayat penggunaan obat di rumah sakit:

1. Memberi senyum, salam dan sapa kepada pasien/keluarga/care giver.
2. Menanyakan kepada pasien/keluarga/care giver hal-hal sebagai berikut:
 - a. Jika rawat jalan: apakah pasien kunjungan sekarang adalah waktu kontrol setelah rawat inap atau sedang periksa lebih dari satu dokter atau melanjutkan resep obat yang baru diambil sebagian.
 - b. Jika rawat inap: apakah pasien dirujuk dari pelayanan kesehatan lain atau pasien kronis dari rumah yang mengalami home care atau pindahan ruang rawat inap lain atau pasca operasi.
3. Menanyakan kepada pasien/keluarga/care giver: obat yang sedang diminum, obat yang bila perlu digunakan, nama obatnya, kekuatannya, cara menggunakan, frekuensi menggunakan dalam sehari, untuk keluhan apa.
4. Menanyakan adakah keluhan setelah minum obat dan tindakan apa yang dilakukan.
5. Melakukan identifikasi terapi lain, misalnya suplemen dan pengobatan alternatif yang mungkin digunakan oleh pasien dengan menanyakan kebiasaan minum jamu atau herbal atau food supplement.

6. Membandingkan riwayat penggunaan obat dengan data rekam medik/pencatatan penggunaan obat untuk mengetahui perbedaan informasi penggunaan obat.
7. Melakukan verifikasi riwayat penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain dan memberikan informasi tambahan jika diperlukan.
8. Mendokumentasikan adanya alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD).
9. Mengidentifikasi potensi terjadinya interaksi obat.
10. Melakukan penilaian terhadap kepatuhan pasien dalam menggunakan obat dengan menanyakan kapan tidak minum obat dan alasannya.
11. Melakukan penilaian rasionalitas obat yang diresepkan.
12. Melakukan penilaian terhadap pemahaman pasien terhadap obat yang digunakan.
13. Melakukan penilaian adanya bukti penyalahgunaan obat.
14. Melakukan penilaian terhadap teknik penggunaan obat dengan meminta pasien memperagakan teknik penggunaannya.
15. Memeriksa adanya kebutuhan pasien terhadap obat dan alat bantu kepatuhan minum obat (concordance aids).
16. Mendokumentasikan obat yang digunakan pasien.

H. Informasi yang Didapatkan

Informasi yang harus didapatkan pada penelusuran riwayat penggunaan obat yaitu:

1. Nama obat (termasuk obat non resep), dosis, bentuk sediaan, frekuensi penggunaan, indikasi dan lama penggunaan obat.
2. Reaksi obat yang tidak dikehendaki termasuk riwayat alergi.
3. Kepatuhan terhadap regimen penggunaan obat (jumlah obat yang tersisa).

I. Regulasi Tentang Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat

Regulasi yang mengatur mengenai penelusuran riwayat penggunaan obat:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
3. Kementrian Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

Latihan Soal

1. Apa yang dimaksud dengan regimen?

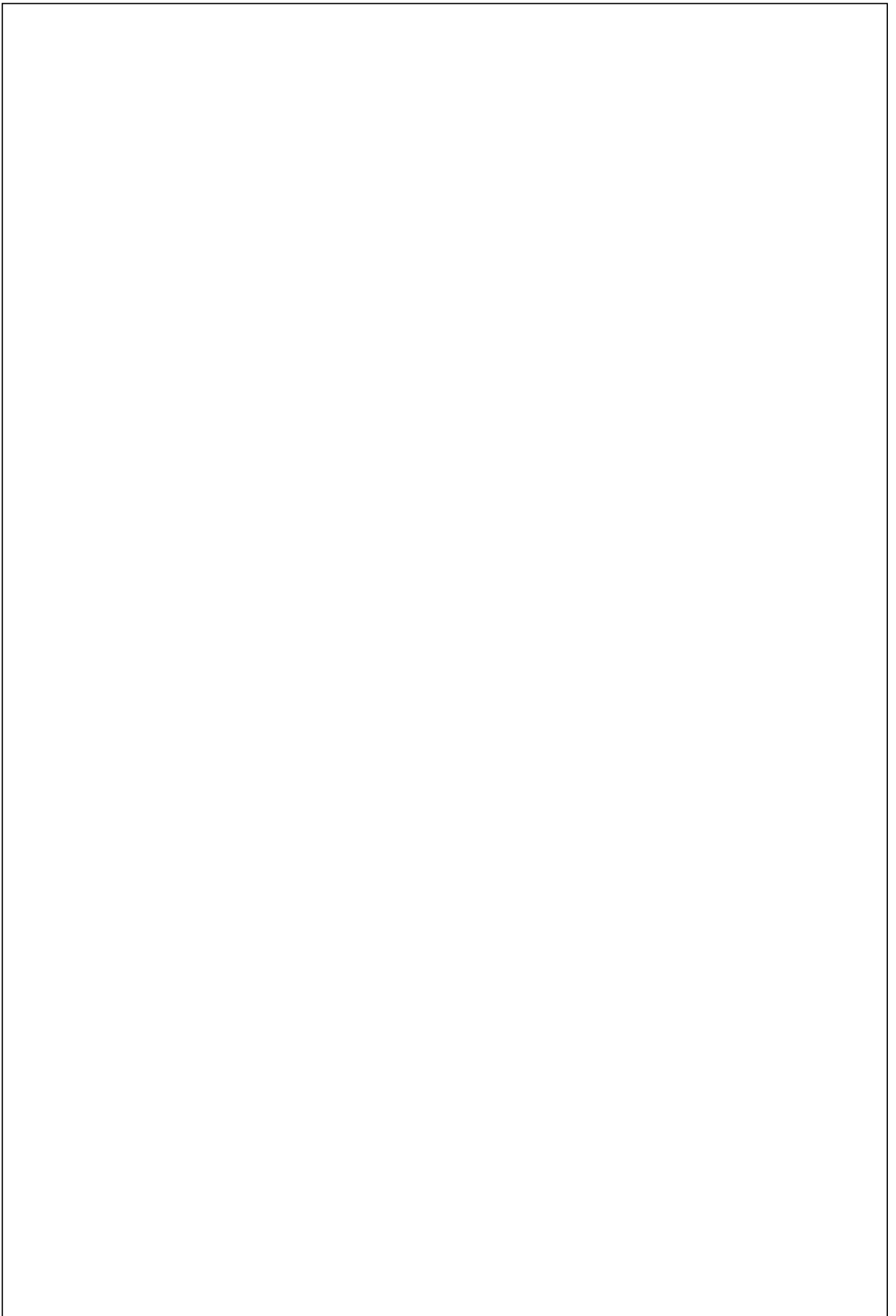
Jawaban:

Regiman merupakan komposisi jenis dan jumlah obat serta frekuensi pemberian obat sebagai upaya terapi pengobatan. Adapun regimen dosis adalah pemberian obat yang tepat dosis (takaran obat), tepat rute (cara pemberian obat), tepat saat (waktu pemberian), tepat interval (frekuensi), dan tepat lama pemberian.

Pustaka

- Kemenkes RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, R. I. 2019. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Mashuda, Ali. 2011. *Pedomanan Cara Pelayanan Kefarmasian yang Baik, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun
2014 Tentang *Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*.
6 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun
2016 Tentang *Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*.





Bab VI

Rekonsiliasi Obat

Latar Belakang

Pelayanan kefarmasian merupakan suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang berorientasi kepada keselamatan pasien, diperlukan standar yang dapat digunakan sebagai acuan dalam pelayanan kefarmasian.

Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan Apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan *outcome* terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin.

Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi

dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan obat (*medication error*) seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Kesalahan obat (*medication error*) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari Rumah Sakit ke layanan kesehatan primer dan sebaliknya.

Tujuan dilakukannya rekonsiliasi obat adalah memastikan informasi yang akurat tentang obat yang digunakan pasien, mengidentifikasi ketidak sesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter, dan mengidentifikasi ketidak sesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter.

Apoteker memiliki peranan penting dalam implementasi rekonsiliasi obat. Sebagai bagian dari tenaga kesehatan profesional yang berada dalam garda depan pemberian layanan kesehatan, apoteker memiliki kesempatan yang besar untuk berinteraksi dengan pasien dan menggali informasi terkait riwayat penggunaan obat. Peran tersebut semakin strategis bagi apoteker yang bekerja di komunitas, dalam hal ini adalah apotek, mengingat kecenderungan masyarakat di Indonesia ketika mengalami gangguan kesehatan, khususnya gangguan kesehatan yang minor (antara lain: batuk dan pilek, dll), akan datang meminta saran kepada apoteker di apotek terkait jalan keluar untuk masalah kesehatan yang dialaminya.

Pemberian layanan kesehatan oleh apoteker semakin kuat dengan diterbitkannya beberapa dokumen legalitas oleh pemerintah. Lebih lanjut, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 menyatakan salah satu peran dan fungsi apoteker di apotek adalah melakukan rekonsiliasi obat. Peran dan fungsi tersebut dikejawantahkan secara implisit dalam langkah dan kegiatan pelayanan kefarmasian klinik.

Suatu study dilaporkan hasil penelitian diinstalasi rawat inap penyakit dalam RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

menemukan angka kejadian interaksi obat mencapai 56,76% (Bintarizki, 2016). Persentase yang cukup tinggi ini perlu menjadi perhatian karena interaksi obat yang signifikan dapat merugikan pasien dalam hal efektivitas terapi dan mempengaruhi morbiditas, mortalitas dan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* membuat sebuah rekonsiliasi obat (*medication reconciliation*) diseluruh perawatan yang berlanjut dengan tujuan untuk mengurangi angka kejadian tak diinginkan (*adverse drug events*) khususnya interaksi obat selama masa transisi perawatan berlangsung. Pada tahun 2003 JCAHO mengakui bahwa kejadian medication errors berasal dari kurang adanya rekonsiliasi obat (*medication reconciliation*) yang dapat menyebabkan resiko berbahaya pada pasien yang meningkat, sehingga rekonsiliasi obat untuk pertama kali menjadi standar mereka sebagai strategi untuk meningkatkan keamanan pasien (*patient safety*) (Bintarizki,2016).

Dengan besarnya pengaruh sebuah proses rekonsiliasi obat terhadap perubahan angka kejadian medication errors khususnya interaksi obat, maka perlu pemantauan dan juga sosialisasi pentingnya penerapan rekonsiliasi obat sehingga dapat mengurangi kejadian *medication errors*.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan :

1. Mahasiswa dapat menjelaskan yang dimaksud dengan rekonsiliasi obat?
2. Mahasiswa dapat menjelaskan tujuan dari rekonsiliasi obat?
3. Mahasiswa dapat menjelaskan tahap proses rekonsiliasi obat?

Pembahasan

A. Pengertian Rekonsiliasi Obat

Proses mendapatkan dan memelihara daftar semua obat (resep dan non resep) yang sedang pasien gunakan secara akurat dan rinci, termasuk dosis dan frekuensi, sebelum masuk RS dan membandingkannya dengan resep/instruksi pengobatan ketika admisi, transfer dan *discharge*, mengidentifikasi adanya diskrepansi dan mencatat setiap perubahan, sehingga dihasilkan daftar yang lengkap dan akurat (Kemenkes, 2019).

Rekonsiliasi Obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan Obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan Obat (*medication error*) seperti Obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi Obat. Kesalahan Obat (*medication error*) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari Rumah Sakit ke layanan kesehatan primer dan sebaliknya (Permenkes, 2016).

B. Tujuan Rekonsiliasi Obat

1. Memastikan informasi yang akurat tentang obat yang digunakan pasien
2. Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terdokumentasinya instruksi dokter
3. Mengidentifikasi ketidaksesuaian akibat tidak terbacanya instruksi dokter
4. Mencegah kesalahan penggunaan obat (*omission*, duplikasi, salah obat, salah dosis, interaksi obat)
5. Menjamin penggunaan obat yang aman dan efektif

C. Tahap Proses Rekonsiliasi Obat

1. Pengumpulan data

Mencatat data dan memverifikasi obat yang sedang dan akan digunakan pasien, meliputi nama obat, dosis, frekuensi, rute, obat mulai diberikan, diganti, dilanjutkan dan dihentikan, riwayat alergi pasien serta efek samping obat yang pernah terjadi. Khusus untuk data alergi dan efek samping obat, dicatat tanggal kejadian, Obat yang menyebabkan terjadinya reaksi alergi dan efek samping, efek yang terjadi, dan tingkat keparahan.

Data riwayat penggunaan obat didapatkan dari pasien, keluarga pasien, daftar obat pasien, obat yang ada pada pasien, dan rekam medik/*medication chart*. Data obat yang dapat digunakan tidak lebih dari 3 (tiga) bulan sebelumnya. Semua obat yang digunakan oleh pasien baik resep maupun obat bebas termasuk herbal harus dilakukan proses rekonsiliasi.

2. Komparasi

Petugas kesehatan membandingkan data obat yang pernah, sedang dan akan digunakan. *Discrepancy* atau ketidakcocokan adalah bilamana ditemukan ketidakcocokan/perbedaan diantara data-data tersebut. Ketidakcocokan dapat pula terjadi bila ada obat yang hilang, berbeda, ditambahkan atau diganti tanpa ada penjelasan yang didokumentasikan pada rekam medik pasien. Ketidakcocokan ini dapat bersifat disengaja (*intentional*) oleh dokter pada saat penulisan resep maupun tidak disengaja (*unintentional*) dimana dokter tidak tahu adanya perbedaan pada saat menuliskan resep.

3. Melakukan konfirmasi kepada dokter jika menemukan ketidaksesuaian dokumentasi

Bila ada ketidaksesuaian, maka dokter harus dihubungi kurang dari 24 jam. Hal lain yang harus dilakukan oleh Apoteker adalah:

1. Menentukan bahwa adanya perbedaan tersebut disengaja atau tidak disengaja;
2. Mendokumentasikan alasan penghentian, penundaan, atau pengganti; dan
3. Memberikan tanda tangan, tanggal, dan waktu dilakukannya rekonsiliasi obat.
4. Komunikasi
5. Melakukan komunikasi dengan pasien dan/atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi. Apoteker bertanggung jawab terhadap informasi obat yang diberikan.

D. Manfaat Rekonsiliasi Obat

Manfaat Rekonsiliasi Obat yaitu Pasien terhindar dari kesalahan penggunaan obat dan apoteker mengetahui dengan pasti riwayat penggunaan obat dari pasien.

E. Pelaksana Rekonsiliasi Obat

1. Apoteker
2. Dokter

F. Persiapan

1. SPO Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat.
2. SPO rekonsiliasi obat.

G. Kertas Kerja atau Formulir

1. Formulir Rekonsiliasi Obat.
2. Resep/instruksi pengobatan.
3. Rekam medis/catatan profil obat pasien.

H. Pelaksanaan

1. Rekonsiliasi obat saat admisi
 - a. Melakukan penelusuran riwayat penggunaan obat.
 - b. Melakukan konfirmasi akurasi riwayat penggunaan obat dengan cara memverifikasi beberapa sumber data (rekam medis admisi sebelumnya, catatan pengambilan obat di apotek, obat yang dibawa pasien)
 - c. Membandingkan data Obat yang pernah/sedang digunakan pasien sebelum admisi dengan resep pertama dokter saat admisi. Apakah terdapat diskrepansi (perbedaan). Jika ditemukan perbedaan, maka apoteker menghubungi dokter penulis resep
 - d. Melakukan klarifikasi dengan dokter penulis resep apakah:
 - 1) Obat dilanjutkan dengan rejimen tetap
 - 2) Obat dilanjutkan dengan rejimen berubah
 - 3) Obat dihentikan
 - e. Mencatat hasil klarifikasi di Formulir Rekonsiliasi Obat Saat Admisi
 - f. Melakukan komunikasi dengan pasien dan/ atau keluarga pasien atau perawat mengenai perubahan terapi yang terjadi. Apoteker bertanggung jawab terhadap informasi obat yang diberikan

Berikut contoh petunjuk teknis rekonsiliasi:

- a. Rekonsiliasi obat saat admisi ditulis dalam tabel rekonsiliasi obat di halaman terakhir formulir Rekonsiliasi (Lampiran 11).
- b. Rekonsiliasi obat diisi oleh dokter/apoteker yang menerima pasien, paling lambat 1x24 jam setelah pasien dinyatakan dirawat inap .
- c. Penggunaan obat sebelum admisi diisi dengan memilih tidak atau ya dengan memberikan tanda “√”. Jika pasien

menggunakan obat sebelum admisi maka pengisian dilanjutkan ke kolom rekonsiliasi obat saat admisi.

- d. Rekonsiliasi obat saat admisi/transfer ruangan meliputi obat resep dan non resep, herbal maupun *food supplement* yang digunakan sebulan terakhir dan masih dipakai saat masuk rumah sakit.
- e. Kolom rekonsiliasi obat saat admisi meliputi:

- 1) Kolom Nama Obat

Kolom nama obat diisi dengan nama dan bentuk sediaan obat yang digunakan oleh pasien sebelum admisi. Obat yang tidak diketahui namanya saat admisi tetap harus ditulis sesuai keterangan pasien/keluarga pasien. Kolom nama obat TIDAK ditujukan untuk obat-obat di luar sediaan obat yang digunakan pasien sebelum admisi.

- 2) Kolom Dosis

Kolom dosis diisi dengan dosis obat yang akan diberikan diikuti dengan satuan berat atau unit yang sesuai dengan daftar singkatan. Misalnya: 500 mg, 250 mg, 10 unit.

- 3) Kolom Frekuensi

Kolom frekuensi diisi dengan berapa kali dan jumlah obat yang diberikan dalam 24 jam (contoh: 2x $\frac{1}{2}$, 3x1).

- 4) Kolom Cara Pemberian

Kolom cara pemberian diisi dengan PO (per oral), IV (intravena), IM (Intramuskular) atau Subkutan.

- 5) Waktu Pemberian Terakhir

Waktu pemberian terakhir diisi dengan tanggal terakhir obat diberikan.

- 6) Kolom tindak lanjut diisi dengan memilih salah satu yang sesuai dengan memberikan tanda “√” :

- a) **Lanjut aturan pakai sama**, pilih ini jika aturan pakai saat dirawat sama dengan saat sebelum admisi.
- b) **Lanjut aturan pakai berubah**, pilih ini jika aturan pakai saat dirawat berbeda dengan saat sebelum admisi.
- c) **Stop**, pilih ini jika obat dihentikan penggunaan saat dirawat.

7) Kolom Perubahan Aturan Pakai

Kolom perubahan aturan pakai diisi jika aturan pakai obat berubah saat admisi.

- a) Instruksi obat baru meliputi obat substitusi sebelum admisi dan obat baru yang digunakan saat perawatan dituliskan pada formulir instruksi pengobatan.
- b) Lakukan review rekonsiliasi obat saat admisi ketika pasien akan pulang.

2. Rekonsiliasi Obat Saat Transfer

Kegiatan yang dilakukan apoteker pada rekonsiliasi obat saat transfer antar ruang rawat adalah membandingkan terapi obat pada formulir instruksi pengobatan di ruang sebelumnya dengan resep/instruksi pengobatan di ruang rawat saat ini dan daftar obat yang pasien gunakan sebelum admisi.

Jika terjadi diskrepansi, maka apoteker menghubungi dokter penulis resep di ruang rawat saat ini. Hasil klarifikasi dicatat di Formulir Rekonsiliasi Obat Saat Transfer.

3. Rekonsiliasi Obat Saat Pasien Akan Dipulangkan (*Discharge*)

Kegiatan rekonsiliasi obat saat pasien akan dipulangkan adalah membandingkan daftar obat yang digunakan pasien sebelum admisi dengan obat yang digunakan 24 jam terakhir dan resep obat pulang. Jika terjadi diskrepansi, maka apoteker

menghubungi dokter penulis resep obat pulang. Hasil klarifikasi dicatat di Formulir Rekonsiliasi Obat Saat *Discharge*.

I. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dari persentase rekonsiliasi obat yang dilakukan.

Latihan Soal

1. Bagaimana dengan pasien yang pindah Rumah Sakit tanpa ada Rekam Medik dari Rumah Sakit sebelumnya?

Jawaban :

- a. Melakukan penelusuran riwayat penggunaan obat.
 - b. Melakukan konfirmasi akurasi riwayat penggunaan obat dengan cara memverifikasi beberapa sumberdata (rekam medis admisi sebelumnya, catatan pengambilan obat, obat yang di bawa pasien dan konfirmasi ke pasien terhadap penggunaan obat sebelumnya).
2. Mengapa Data Obat yang digunakan yang tidak lebih dari 3 bulan (paparkan dengan alasan farmakologi / dinamik / kinetik)?

Jawaban :

Karena terdapat sistem pelepasan terkontrol obat yang melepaskan obat pada tingkat yang ditentukan dan kadarnya dapat diprediksi secara matematis, baik secara sistematis atau lokal setiap periode waktu tertentu. Sistem pelepasan terkontrol terdiri dari *delayed release* dan *sustained release*.

Pada sistem pelepasan tertunda (*delayed release*), obat dilepaskan setelah masa jeda yaitu setelah beberapa waktu akibat dari sensitivitas dari sistem terhadap kondisi fisiologis jaringan atau organ target. Pelepasan yang tertunda dari sistem ini dicapai dengan menerapkan lapisan khusus di permukaan

granul, tablet atau kapsul seperti pelapis enterik atau dengan sistem penghalang seperti penggunaan kapsul gelatin keras dan lunak. Tujuannya adalah untuk mengurangi efek samping terkait dengan keberadaan obat dalam lambung atau untuk melindungi obat dari degradasi lingkungan GI.

Pada sistem pelepasan yang diperlambat (*sustained release*) obat dirancang supaya pemakaian satu unit dosis tunggal menyajikan pelepasan sejumlah obat segera setelah pemakaiannya, secara tepat menghasilkan efek terapeutik yang diinginkan secara berangsur-angsur dan terus-menerus melepaskan sejumlah obat lainnya selama periode waktu yang diperpanjang biasanya 8-12 jam. Pelepasan ini mengikuti orde nol yang artinya jumlah obat yang lepas adalah konstan, sehingga fluktuasi kadar plasma dan toksisitas dapat dihindari.

Selain itu juga terdapat contoh obat dengan pelepasan dipertahankan (*extended release*) yaitu triamcinolone injeksi yang dapat mengontrol pelepasan cairan sinovial pada sendi secara bertahap selama 12 minggu atau 3 bulan.

3. Apa itu diskrepansi?

Jawaban :

Diskrepansi merupakan ketidakcocokan atau perbedaan antara riwayat pengobatan pasien dengan resep atau intruksi pengobatan yang diberikan oleh dokter. Jika terjadi ketidakcocokan pada data tersebut, maka Apoteker wajib mengkonfirmasi kepada dokter yang menuliskan resep atau yang memberikan instruksi pengobatan untuk pasien.

PUSTAKA

- Bintarizki, L. 2016. Pengaruh Rekonsiliasi Obat (Medication Reconciliation) Terhadap Potensi Interaksi Obat Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Prof.DR. Margono Soekarjo Purwokerto. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Kemenkes, 2019. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes. 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Permenkes. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.



Bab VII

Visite/Ronde Bangsal

Latar Belakang

Pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi telah berkembang orientasinya pada pelayanan kepada pasien (pharmaceutical care). Apoteker di rumah sakit diharapkan memberikan pelayanan kefarmasian kepada pasien, yang memastikan bahwa pengobatan yang diberikan pada setiap individu pasien adalah pengobatan yang rasional. Selain mampu menjamin keamanan, khasiat dan mutu obat agar mampu memberikan manfaat bagi kesehatan dan berbasis bukti (evidence based medicines), pelayanan kefarmasian juga diharapkan mampu mengidentifikasi, menyelesaikan dan mencegah masalah terkait penggunaan obat yang aktual dan potensial.

Kegiatan pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada pasien adalah praktik apoteker ruang rawat (ward pharmacist) dengan visite sebagai salah satu aktivitasnya. Visite apoteker adalah kunjungan rutin yang dilakukan apoteker kepada pasien di ruang rawat dalam rangka mencapai hasil terapi (clinical outcome) yang lebih baik. Aktivitas visite dapat dilakukan secara mandiri atau kolaborasi secara

aktif dengan tim dokter dan profesi kesehatan lainnya dalam proses penetapan keputusan terkait terapi obat pasien.

Beberapa penelitian menunjukkan dampak positif dari pelaksanaan kegiatan *visite* pada aspek humanistik (contoh: peningkatan kualitas hidup pasien, kepuasan pasien), aspek klinik (contoh: perbaikan tanda-tanda klinik, penurunan kejadian reaksi obat yang tidak diinginkan, penurunan morbiditas dan mortalitas, penurunan lama hari rawat), serta aspek ekonomi (contoh: berkurangnya biaya obat dan biaya pengobatan secara keseluruhan).

Dalam penelitian Klopotowska 2010 yang dilakukan di Belanda, partisipasi apoteker dalam *visite* pada intensive care unit telah melakukan 659 rekomendasi dari 1173 peresepan dengan tingkat penerimaan dokter sebesar 74%. Peran Apoteker dalam ruang ICU mampu menurunkan kesalahan peresepan yang bermakna ($p < 0,001$), yaitu: 190,5 per 1000 hari-pasien menjadi 62,5 per 1000 hari-pasien. Dari sisi penghematan biaya pengobatan, pencegahan reaksi obat yang tidak diinginkan menunjukkan penghematan biaya sebesar 26-40 Euro. Sebagai konsekuensi perubahan orientasi pelayanan kefarmasian, apoteker dituntut untuk terus meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku agar dapat melaksanakan *visite* dengan baik. Saat ini, masih belum tersusun secara sistematis tata cara pelaksanaan *visite* sebagai panduan bagi apoteker yang akan melakukan *visite*. Oleh karena itu diperlukan pedoman bagi apoteker dalam menjalankan praktik *visite* untuk meningkatkan hasil terapi (*clinical outcome*) dan keselamatan pasien. Pelaksanaan *visite* merupakan bagian dari implementasi standar pelayanan farmasi di rumah sakit.

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa memahami tujuan *visite*
2. Mahasiswa memahami landasan hukum pelaksanaan *visite* bagi seorang apoteker

3. Mahasiswa memahami tahapan visite
4. Mahasiswa dapat melaksanakan viste

Pembahasan

A. Pengertian Visite/ Ronde Bangsal

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016, Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan Apoteker secara mandiri atau bersama tim Tenaga Kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan reaksi obat yang tidak dikehendaki, meningkatkan terapi obat yang rasional, dan menyajikan informasi obat kepada dokter, pasien serta professional kesehatan lainnya. Sebelum melakukan kegiatan visite Apoteker harus mempersiapkan diri dengan mengumpulkan informasi mengenai kondisi pasien dan memeriksa terapi obat dari rekam medik atau sumber lain.

Visite juga dapat dilakukan pada pasien yang sudah keluar Rumah Sakit baik atas permintaan pasien maupun sesuai dengan program Rumah Sakit yang biasa disebut dengan Pelayanan Kefarmasian di rumah (*Home Pharmacy Care*).

Menurut Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Visite Tahun 2011, Visite Apoteker adalah kunjungan rutin yang dilakukan Apoteker kepada pasien di ruang rawat dalam rangka mencapai hasil terapi (*clinical outcome*) yang lebih baik.

B. Ruang Lingkup Visite Apoteker

Visite yang dilakukan oleh Apoteker berupa kunjungan Apoteker ke pasien di ruang rawat yang meliputi:

1. Identifikasi masalah terkait penggunaan obat;
2. Rekomendasi penyelesaian atau pencegahan masalah terkait

penggunaan obat dan/atau pemberian informasi obat;

3. Pemantauan implementasi rekomendasi dan hasil terapi pasien.

Apoteker dalam praktik visite harus berkomunikasi secara efektif dengan pasien/keluarga, dokter dan profesi kesehatan lain, serta terlibat aktif dalam keputusan terapi obat untuk mencapai hasil terapi (*clinical outcome*) yang optimal. Apoteker melakukan dokumentasi semua Tindakan yang dilakukan dalam praktik visite sebagai pertanggungjawaban profesi, sebagai bahan Pendidikan dan penelitian, serta perbaikan mutu praktik profesi.

C. Landasan Hukum

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah Republik No 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
4. Kepmenkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No.Per/07/M.PAN/4/2008 Tentang Jabatan Fungsional Apoteker dan Angka Kreditnya;
6. Peraturan Bersama Menkes dan Ka.BAKN No. 1113/ Menkes/PB/XII/2008 dan No.26/2008 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Apoteker dan Angka Kreditnya;

7. Keputusan Menteri Kesehatan No.1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan No.377/Menkes/PER/ V/2009 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Apoteker dan Angka Kreditnya;
9. Keputusan Menteri Kesehatan No.1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

D. Apoteker Ruang Rawat

Praktik Apoteker Ruang Rawat merupakan praktik apoteker langsung kepada pasien di ruang rawat dalam rangka pencapaian hasil terapi obat yang lebih baik dan meminimalkan kesalahan obat (*medication errors*).

Peran dan fungsi apoteker ruang rawat secara umum adalah

1. Mendorong efektifitas dan keamanan pengobatan pasien;
2. Melaksanakan dispensing berdasarkan legalitas dan standar profesi;
3. Membangun tim kerja yang baik dengan menghormati kode etik masing-masing profesi dan asas *confidential*;
4. Melaksanakan Pendidikan dan pelatihan dalam rangka pemenuhan kompetensi standar profesi; dan
5. Terlibat secara aktif dalam penelitian obat.

Pelaksanaan praktik apoteker ruang rawat bertujuan agar pasien mendapatkan obat sesuai rejimen (indikasi, bentuk sediaan, dosis, rute, frekuensi, waktu dan durasi) dan agar pasien mendapatkan terapi obat secara efektif dengan risiko minimal (efek samping, *medication errors*, dan biaya).

Tugas Pokok Apoteker ruang rawat meliputi sebagai berikut:

1. Penyelesaian masalah terkait penggunaan obat pasien;
2. Memastikan ketepatan dispensing;

3. Berpartisipasi dalam hal Pendidikan;
4. Berpartisipasi dalam hal penelitian; dan
5. berpartisipasi aktif dalam tim;

E. Persiapan Praktik Visite

Sebelum memulai praktik visite di ruang rawat, seorang apoteker perlu membekali diri dengan berbagai pengetahuan, minimal: patofisiologi, terminologi medis, farmakokinetika, farmakologi, farmakoterapi, farmakoekonomi, farmakoepidemiologi, pengobatan berbasis bukti. selain itu diperlukan kemampuan interpretasi data laboratorium dan data penunjang diagnostik lain; berkomunikasi secara efektif dengan pasien, dan tenaga kesehatan lain. Praktik visite membutuhkan persiapan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Seleksi Pasien

Seharusnya layanan visite diberikan kepada semua pasien yang masuk rumah sakit. Namun mengingat keterbatasan jumlah apoteker maka layanan visite diprioritaskan untuk pasien dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Pasien baru (dalam 24 jam pertama);
- b. Pasien dalam perawatan intensif;
- c. Pasien yang menerima lebih dari 5 macam obat;
- d. Pasien yang mengalami penurunan fungsi organ terutama hati dan ginjal;
- e. Pasien yang hasil pemeriksaan laboratoriumnya mencapai nilai kritis (*critical value*), misalnya: ketidakseimbangan elektrolit, penurunan kadar albumin;
- f. Pasien yang mendapatkan obat yang mempunyai indeks terapetik sempit, berpotensi menimbulkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD) yang fatal. Contoh: pasien yang mendapatkan terapi obat digoksin, karbamazepin, teofilin, dan sitostatika.

2. Pengumpulan Informasi Penggunaan Obat

Informasi penggunaan obat dapat diperoleh dari rekam medik, wawancara dengan pasien/keluarga, catatan pemberian obat. informasi tersebut meliputi:

- a. Data Pasien: nama, nomor rekam medis, umur, jenis kelamin, berat badan (BB), tinggi badan (TB), ruang rawat, nomor tempat tidur, sumber pembiayaan.
- b. Keluhan Utama: keluhan/ kondisi pasien yang menjadi alasan untuk dirawat.
- c. Riwayat Penyakit Saat Ini (*history of present illness*) merupakan riwayat keluhan/ keadaan pasien berkenaan dengan penyakit yang dideritanya saat ini
- d. Riwayat Sosial: kondisi sosial (gaya hidup) dan ekonomi pasien yang berhubungan dengan penyakitnya. Contoh: pola makan, merokok, minuman keras, perilaku seks bebas, pengguna narkoba, tingkat Pendidikan dan penghasilan.
- e. Riwayat Penyakit Terdahulu: riwayat singkat penyakit yang pernah diderita pasien, Tindakan dan perawatan yang pernah diterimanya yang berhubungan dengan penyakit pasien saat ini.
- f. Riwayat Penyakit Keluarga: adanya keluarga yang menderita penyakit yang sama atau berhubungan dengan penyakit yang sedang dialami pasien. Contoh: hipertensi, diabetes, jantung, kelainan darah dan kanker.
- g. Riwayat Penggunaan Obat: daftar obat yang pernah digunakan pasien sebelum dirawat dan lama penggunaan obat.
- h. Riwayat alergi/ROTD daftar obat yang pernah menimbulkan reaksi alergi.
- i. Pemeriksaan fisik: tanda-tanda vital, dan kajian sistem organ.

- j. Pemeriksaan laboratorium
 - k. Pemeriksaan diagnostik
 - l. Masalah medis meliputi gejala dan tanda klinis, diagnosis utama dan penyerta.
 - m. Catatan penggunaan obat saat ini adalah daftar obat yang sedang digunakan oleh pasien.
 - n. Catatan perkembangan pasien adalah kondisi klinis pasien yang diamati dari hari ke hari.
3. Pengkajian Masalah Terkait Obat

Pasien yang mendapatkan obat yang memiliki risiko mengalami masalah terkait penggunaan obat baik yang bersifat aktual (yang nyata terjadi) maupun potensial (yang mungkin terjadi). Masalah terkait penggunaan obat antara lain: efektifitas terapi, efek samping obat, biaya.

a. Fasilitas

Fasilitas praktik visite antara lain:

- 1) Formulir Pemantauan Terapi Obat;
- 2) Referensi dapat berupa cetakan atau elektronik, misalnya: Formularium Rumah Sakit, Pedoman Penggunaan Antibiotika, Pedoman Diagnosis dan Terapi, Daftar Obat Askes (DOA), Daftar Plafon Harga Obat (DPHO), dan lain-lain.
- 3) Kalkulator.

F. Pelaksanaan Visite

Kegiatan visite dapat dilakukan oleh Apoteker secara mandiri atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan situasi dan kondisi. Keduanya memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing yang perlu diperhatikan dalam melakukan kegiatan visite dan menetapkan rekomendasi.

Kelebihan Visite Mandiri, sebagai berikut:

1. Waktu visite disesuaikan dengan jadwal kegiatan lain;
2. Melakukan konseling, monitoring respons pasien terhadap pengobatan;
3. Dapat dijadikan persiapan untuk melakukan visite bersama dengan tenaga kesehatan lain (visite tim).

Kekurangan Visite Mandiri, sebagai berikut:

1. Rekomendasi yang dibuat terkait dengan persepsian tidak dapat segera diimplementasikan sebelum bertemu dengan dokter penulis resep;
2. Pemahaman tentang patofisiologi penyakit pasien terbatas.

Kelebihan Visite Tim, sebagai berikut:

1. Dapat memperoleh informasi terkini yang *comprehensive*;
2. Sebagai fasilitas pembelajaran;
3. Dapat langsung mengkomunikasikan masalah terkait penggunaan obat dan mengimplementasikan rekomendasi yang dibuat.

Kekurangan Visite Mandiri, sebagai berikut:

1. Jadwal visite harus disesuaikan dengan jadwal tim;
2. Waktu pelaksanaan visite terbatas sehingga diskusi dan penyampaian informasinya kurang lengkap.

Tahapan-tahapan pada Visite Mandiri yaitu sebagai berikut:

1. Memperkenalkan diri kepada pasien;
2. Mendengarkan respon yang disampaikan oleh pasien dan identifikasi masalah;
3. Memberikan rekomendasi berbasis bukti berkaitan dengan masalah terkait penggunaan obat;
4. Melakukan pemantauan implementasi rekomendasi;
5. Melakukan pemantauan efektivitas dan keamanan terkait penggunaan obat;
6. Dokumentasi praktik visite.

Tahapan-tahapan pada Visite Tim yaitu sebagai berikut:

1. Memperkenalkan diri kepada pasien dan/atau tim;
2. Mengikuti dengan seksama presentasi kasus yang disampaikan;
3. Memberikan rekomendasi berbasis bukti berkaitan dengan masalah terkait penggunaan obat;
4. Melakukan pemantauan implementasi rekomendasi;
5. Melakukan pemantauan efektivitas dan keamanan terkait penggunaan obat.
6. Dokumentasi praktik visite.

G. Evaluasi Praktik Visite

Evaluasi merupakan proses penjaminan kualitas pelayanan dalam hal ini praktik visite apoteker ruang rawat berdasarkan indikator yang ditetapkan. Indikator dapat dikembangkan sesuai dengan program mutu rumah sakit masing-masing.

Secara garis besar evaluasi dapat dilakukan pada tahap input, proses maupun output. Lingkup materi evaluasi terhadap kinerja apoteker antara lain dalam hal:

1. Pengkajian rencana pengobatan pasien;
2. Pengkajian dokumentasi pemberian obat;
3. Frekuensi diskusi masalah klinis terkait pasien termasuk rencana apoteker untuk mengatasi masalah tersebut;
4. Rekomendasi apoteker dalam perubahan rejimen obat (*clinical pharmacy intervention*).

Latihan Soal

1. Sebutkan contoh obat indeks terapi sempit yang memerlukan kondisi visite ?

Jawab :

Pasien yang mendapat obat indeks terapi sempit berpotensi menimbulkan reaksi obat tidak diinginkan (ROTD) yang

fatal. Contoh obat indeks terapi sempit yaitu digoksin dan karbamazepin. Pasien memerlukan kondisi visite karena obat indeks terapi sempit berarti bahwa batas antara konsentrasi aman dan toksik dalam serum sempit. Peningkatan konsentrasi sedikit saja dalam serum akan memungkinkan terjadi intoksikasi digitalis.

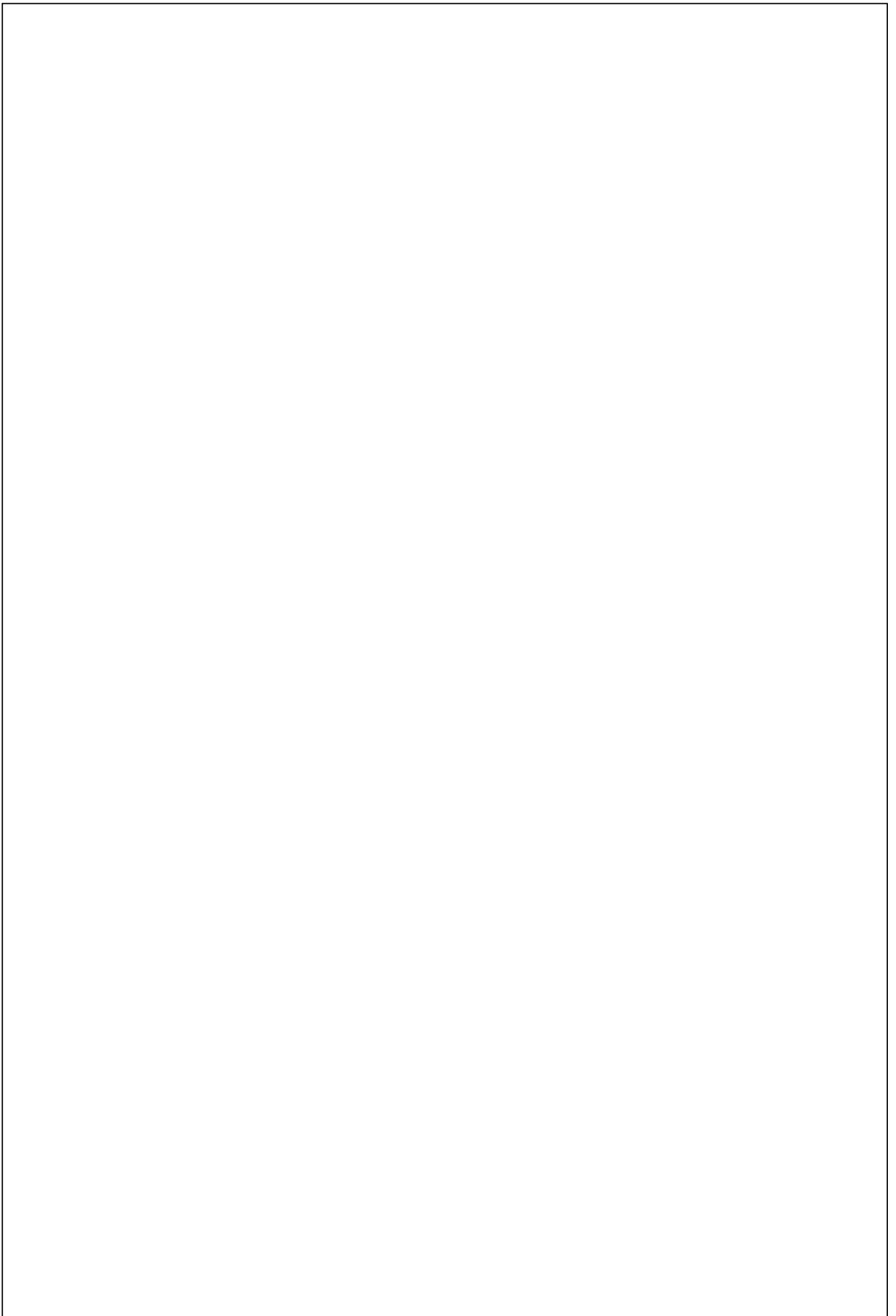
2. Bagaimana jika terdapat pasien yang memerlukan visite , tetapi kebijakan RS tidak mendukung ?

Jawab :

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Pasal 7 ayat 2 Rumah Sakit harus mendukung penerapan standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Dalam Bab 3 pelayanan kefarmasian klinik dijelaskan bahwa visite juga dapat dilakukan pada pasien yang sudah keluar Rumah Sakit baik atas permintaan pasien atau sesuai dengan program Rumah Sakit yang basa disebut *home care*. Jadi walaupun Rumah Sakit kurang mendukung, kita dapat melakukan visite mandiri atas permintaan pasien.

Pustaka

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. ³ *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Pedoman Konseling Pelayanan Kefarmasian Di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Jendral Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan. 2011. *Pedoman Visite*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
- Rusli. 2016. *Farmasi Rumah Sakit Dan Klinik*. Pusdik SDM Kesehatan. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.





Bab VIII

PIO di Rumah Sakit

A. Latar Belakang

Dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal, sudah tentu mutlak diperlukan suatu pelayanan yang bersifat terpadu komprehensif dan professional dari para profesi kesehatan. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien. Sebagai upaya untuk menjamin mutu pelayanan kefarmasian di rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien.

Pelayanan kefarmasian merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang tidak terpisahkan, salah satu aspek pelayanan kefarmasian yaitu pelayanan informasi obat yang diberikan oleh apoteker kepada pasien dan pihak-pihak terkait lainnya. Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi Obat yang independen, akurat,

tidak bias, terkini dan komprehensif yang dilakukan oleh Apoteker kepada dokter, Apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain di luar Rumah Sakit

B. Tujuan Pembelajaran

Tujuan dari pembahasan mata kuliah ini adalah agar mahasiswa dapat mengetahui dan memahami pelayanan kefarmasian yaitu pemberian informasi obat di rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku

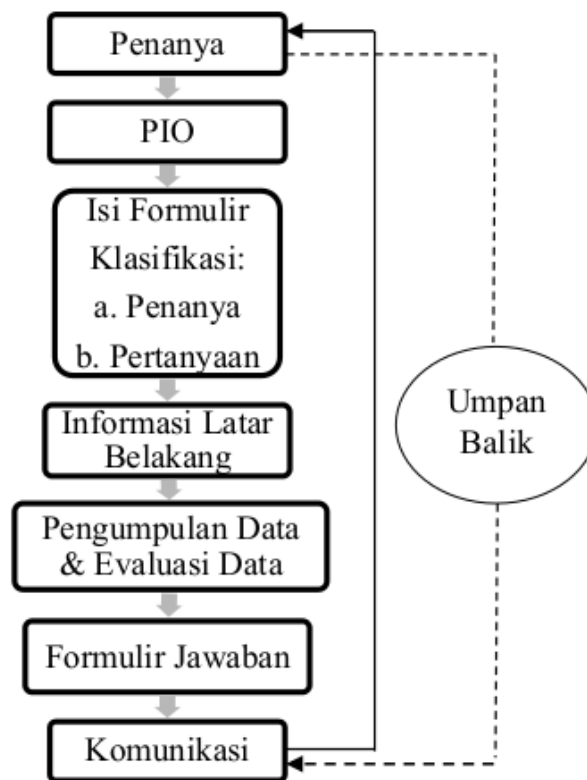
C. PEMBAHASAN

1. Definisi Pelayanan Informasi Obat

Pelayanan informasi obat (PIO) merupakan kegiatan yang dilakukan oleh Apoteker dalam pemberian informasi mengenai obat yang tidak memihak, dievaluasi dengan kritis dan dengan bukti terbaik dalam segala aspek penggunaan obat kepada profesi kesehatan lain, pasien atau masyarakat. Informasi mengenai obat termasuk obat resep, obat bebas dan herbal. Informasi meliputi dosis, bentuk sediaan, formulasi khusus, rute dan metode pemberian, farmakokinetik, farmakologi, terapeutik dan alternatif, efikasi, keamanan penggunaan pada ibu hamil dan menyusui, efek samping, interaksi, stabilitas, ketersediaan, harga, sifat fisika atau kimia dari obat dan lain-lain.

Pelayanan informasi obat merupakan salah satu bentuk pekerjaan kefarmasian berupa sebuah pelayanan langsung serta bertanggung jawab terhadap pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan pasien. Pelayanan informasi obat sangat penting dalam upaya menunjang budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.

Pelaksanaan pelayanan informasi obat merupakan kewajiban tenaga kefarmasian yang didasarkan pada kepentingan pasien, dimana salah satu bentuk pelayanan informasi obat yang wajib diberikan oleh tenaga farmasi adalah pelayanan informasi yang berkaitan dengan penggunaan obat yang diserahkan kepada pasien dan penggunaan obat secara tepat, aman, dan rasional. Salah satu manfaat dari pelayanan informasi obat adalah meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat, sehingga angka kematian dan kerugian (baik biaya maupun hilangnya produktivitas) dapat ditekan.



2. Tujuan Pelayanan Informasi Obat

Pelayanan informasi obat merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, tidak bias dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien.

Pelayanan informasi obat bertujuan untuk:

- a. Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan dilingkungan rumah sakit dan pihak lain di rumah sakit
 - b. Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan obat/sediaan farmasi, alat kesehatan dan alat medis habis pakai, terutama bagi panitia farmasi dan terapi
 - c. Meningkatkan profesionalisme apoteker
 - d. Menunjang penggunaan obat yang rasional
2. Manfaat Pelayanan Informasi Obat
- a. Promosi atau peningkatan kesehatan (Promotif): Penyuluhan; CBIA
 - b. Pencegahan penyakit (Preventif): Penyuluhan HIV, TB; Penyuluhan imunisasi; penyuluhan terhadap bahaya merokok, bahaya narkotika
 - c. Penyembuhan penyakit (Kuratif): Pemberian informasi obat; edukasi pasien rawat inap
 - d. Pemulihan kesehatan (Rehabilitatif): Rumatan metadon; program berhenti merokok
3. Sasaran Pelayanan Informasi Obat

Sasaran informasi obat adalah orang, Lembaga, kelompok orang, kepanitiaan, penerima informasi obat

- a. Dokter

Dalam proses penggunaan obat, pada tahap penetapan pilihan obat serta regimennya untuk seorang pasien tertentu, dokter memerlukan informasi dari farmasis agar ia dapat membuat keputusan yang rasional. Informasi obat diberikan langsung oleh farmasis, menjawab pertanyaan dokter melalui telepon atau sewaktu farmasis menyertai tim medis dalam kunjungan ke ruang perawatan pasien atau dalam konferensi staf medis

b. Perawat

Dalam tahap penyampaian atau distribusi obat kepada pasien dalam rangkaian proses penggunaan obat, farmasis memberikan informasi obat tentang berbagai aspek obat pasien, terutama tentang pemberian obat. Perawat adalah professional kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan pasien, karena itu perawat yang pada umumnya pertama mengamati reaksi obat atau mendengar keluhan.

c. Pasien

Informasi yang dibutuhkan pasien pada umumnya adalah informasi praktis dan kurang ilmiah dibandingkan informasi yang dibutuhkan professional kesehatan. Informasi obat untuk pasien diberikan farmasis sewaktu menyertai kunjungan tim medik ke ruang pasien. Untuk pasien rawat jalan, informasi diberikan sewaktu penyerahan obat. Informasi obat untuk pasien umumnya mencakup cara penggunaan obat, jangka waktu penggunaan, pengaruh makanan pada obat, penggunaan obat bebas dikaitkan dengan resep obat dan sebagainya.

d. Farmasis

Farmasis berinteraksi langsung dengan professional kesehatan lain dan pasien, sering menerima pertanyaan mengenai informasi obat dan pertanyaan yang tidak dapat dijawab dengan segera. Pertanyaan yang diajukan kepada farmasis lebih mendalam mengenai pengetahuan tentang informasi obat.

e. Kelompok, Tim, Kepanitiaan dan Peneliti

Selain kepada perorangan, farmasis juga memberikan informasi obat kepada kelompok professional kesehatan, misalnya mahasiswa, masyarakat, peneliti dan kepanitiaan yang berhubungan dengan obat. Kepanitiaan di rumah sakit

yang memerlukan informasi obat antara lain, panitia farmasi dan terapi, panitia evaluasi penggunaan obat, panitia system pemantauan kesalahan obat, panitia system pemantauan dan pelaporan reaksi obat merugikan, tim pengkaji penggunaan obat retrospektif, tim program pendidikan dan sebagainya.

4. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam Pelayanan Informasi Obat

Faktor yang diperlukan dalam pelaksanaan pelayanan informasi obat adalah:

a. Sumber Daya Manusia

Tenaga kefarmasian yang dapat menyampaikan informasi obat hendaknya memenuhi persyaratan tertentu, yaitu minimal apoteker. Apoteker memiliki kompetensi dasar mampu mencari sumber yang valid dan akurat serta menguasai Teknik komunikasi dalam menyampaikan informasi tersebut.

b. Tempat

Pelayanan informasi obat membutuhkan tempat tersendiri untuk pasien kasus khusus yang tidak ingin diketahui orang lain. Proses dokumentasi juga dibutuhkan dalam proses pelayanan informasi obat, sehingga dibutuhkan ruang khusus untuk keperluan pencatatan informasi.

c. Perlengkapan

Untuk mencari literature sebagai dasar informasi yang diperlukan pustaka sebagai sumber. Oleh karena itu perlengkapan seperti buku-buku standar serta internet diperlukan sebagai sarana pendukung pelaksanaan pelayanan informasi obat

5. Bentuk Pelayanan Informasi Obat

a. Berhadapan langsung dengan orang yang meminta informasi obat

b. Pelayanan informasi obat bersifat umum

- c. Pelayanan informasi obat bersifat individual di ruangan (pasien rawat inap dan rawat jalan)
 - d. Melalui telepon
 - e. Melalui website atau email
 - f. Melalui tulisan (brosur, poster, leaflet)
 - g. Melalui televisi, radio
 - h. Melalui media social
6. Kegiatan Pelayanan Informasi Obat
- Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014, kegiatan pelayanan informasi obat meliputi:
- a. Menjawab pertanyaan
 - b. Menerbitkan bulletin, leaflet, poster, newsletter
 - c. Menyediakan informasi bagi tim farmasi dan terapi sehubungan dengan penyusunan formularium rumah sakit
 - d. Bersama tim penyuluhan kesehatan rumah sakit melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap
 - e. Melakukan Pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya
 - f. Melakukan penelitian

Berdasarkan Ditjen Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan (2006), pertanyaan dari pasien dan tenaga medis lain dapat diterima secara lisan, tulisan ataupun telepon. Tenggang waktu untuk menyampaikan jawaban dapat dilakukan segera dalam 24 jam atau lebih dari 24 jam secara lisan, tulisan ataupun telepon.

Metode Pelayanan Informasi Obat

Terdapat 5 metode yang dapat digunakan untuk melakukan pelayanan informasi obat yaitu:

1. Pelayanan informasi obat dilakukan oleh apoteker selama 24 jam atau *on call*
2. Pelayanan informasi obat dilayani oleh apoteker pada jam kerja, sedangkan diluar jam kerja dilayani oleh apoteker instalasi farmasi yang sedang tugas jaga
3. Pelayanan informasi obat dilayani oleh apoteker pada jam kerja dan tidak ada pelayanan informasi obat diluar jam kerja
4. Tidak ada tugas khusus pelayanan informasi obat, dilayani oleh semua apoteker instalasi farmasi, baik pada jam kerja maupun diluar jam kerja
5. Tidak apoteker khusus, pelayanan informasi obat dilayani oleh semua apoteker instalasi farmasi di jam kerja dan tidak ada pelayanan informasi diluar jam kerja

Pelayanan informasi obat oleh farmasis pada hakikatnya adalah aplikasi dari ilmu komunikasi. Untuk itu, metode yang dapat digunakan dalam pelayanan resep dokter adalah menggunakan 3 pertanyaan dasar yang disampaikan kepada pasien sebelum melakukan PIO

1. Apa yang dikatakan dokter tentang obat anda?
2. Apa yang dokter jelaskan tentang harapan setelah meminum obat ini?
3. Bagaimana penjelasan dokter tentang cara minum obat ini?

Pengajuan ketiga pertanyaan dilakukan dengan tujuan agar tidak terjadi pemberian informasi yang tumpang tindih, mencegah pemberian informasi yang bertentangan dengan informasi yang telah disampaikan oleh dokter sehingga pasien tidak meragukan kompetensi dokter maupun farmasis dan untuk menggali informasi seluas-luasnya.

4. Sumber Informasi yang digunakan

Sumber informasi yang digunakan diusahakan terbaru dan disesuaikan dengan tingkat dan tipe pelayanan. Pustaka digolongkan ke dalam 3 kategori, yaitu:

a. Pustaka Primer

Pustaka primer adalah artikel asli yang dipublikasikan penulis atau peneliti, informasi yang terdapat didalamnya berupa hasil penelitian yang diterbitkan dalam jurnal ilmiah. Contoh pustaka primer adalah laporan hasil penelitian, laporan kasus, studi evaluative, serta laporan deskriptif

b. Pustaka Sekunder

Pustaka sekunder yaitu berupa system yang umumnya berisi kumpulan abstrak dari berbagai macam artikel jurnal. Sumber informasi sekunder sangat membantu dalam proses pencarian informasi yang terdapat dalam sumber informasi primer. Sumber informasi ini dibuat dalam berbagai database. Contoh pustaka sekunder adalah *medline* yang berisi abstrak-abstrak tentang terapi obat, *International Pharmaceutical Abstract* yang berisi abstrak penelitian kefarmasian.

c. Pustaka Tersier

Pustaka tersier yaitu berupa buku teks atau database, kajian artikel, kompendia dan pedoman praktis. Pustaka tersier umumnya berupa buku referensi yang berisi materi yang umum, lengkap dan mudah dipahami.

5. Pelaksanaan Pelayanan Informasi Obat

Tahapan pelaksanaan PIO yaitu:

- a. Apoteker Instalasi Farmasi menerima pertanyaan lewat telepon, pesan tertulis atau tatap muka.
- b. Mengidentifikasi penanya nama, status (dokter, perawat, apoteker, asisten apoteker, pasien/keluarga pasien, dietisien, umum), asal unit kerja penanya

- c. Mengidentifikasi pertanyaan apakah akan diterima, ditolak atau dirujuk ke unit kerja terkait
- d. Menanyakan secara rinci data/informasi terkait pertanyaan
- e. Menanyakan tujuan permintaan informasi (perawatan pasien, pendidikan, penelitian, umum)
- f. Menetapkan urgensi pertanyaan
- g. Melakukan penelusuran secara sistematis, mulai dari sumber informasi tersier, sekunder, dan primer jika diperlukan
- h. Melakukan penilaian (*critical appraisal*) terhadap jawaban yang ditemukan dari minimal 3 (tiga) literatur.
- i. Memformulasikan jawaban
- j. Menyampaikan jawaban kepada penanya secara verbal atau tertulis
- k. Melakukan follow-up dengan menanyakan ketepatan jawaban
- l. Mendokumentasikan kegiatan yang dilaksanakan dan mencatat waktu yang diperlukan untuk menyiapkan jawaban

Evaluasi

Dilakukan evaluasi setiap akhir bulan dengan merakapitulasi jumlah pertanyaan, penanya, jenis pertanyaan, ruangan dan tujuan permintaan informasi.

Dokumentasi

Setelah terjadi interaksi antara penanya dan pemberi jawaban, maka kegiatan harus didokumentasikan. Manfaat dokumentasi adalah mengingatkan farmasis tentang informasi pendukung yang diperlukan dalam menjawab pertanyaan dengan lengkap, sumber informasi apabila ada pertanyaan serupa dan catatan yang mungkin akan diperlukan kembali oleh penanya.

Latihan Soal dan Pembahasan

1. Apa perbedaan essensial antara PIO (Pemberian Informasi Obat) dengan konseling ?

Jawab :

Perbedaan pio dan konseling adalah:

- a. Lokasi tempat tidak masalah, konseling memerlukan tempat untuk menjaga privasi pasien
- b. Tidak perlu tatap muka, konseling harus tatap muka
- c. Orientasi kepada tenaga kesehatan, konseling orientasi pada pasien/keluarga pasien
- d. Literatur yg dibutuhkan lebih kompleks, konseling literatur relatif standar
- e. Metode untuk mengajukan pertanyaan (telpon, chat,dll), konseling bertanya secara lisan
- f. Konseling diperuntukan untuk :
 - 1) Pasien kondisi khusus (pediatri, geriatri, gangguan fungsi hati dan/atau ginjal, ibu hamil dan menyusui)
 - 2) Pasien dengan terapi jangka panjang/ penyakit kronis (misalnya: DM, AIDS, TB, epilepsi)
 - 3) Pasien yang menggunakan obat dengan instruksi khusus
 - 4) Pasien yang menggunakan obat dengan indeks terapi sempit
 - 5) Pasien dengan polifarmasi
 - 6) Pasien dengan tingkat kepatuhan minum obat rendah
- g. Untuk pasien yang mengalami gatal-gatal akibat panu ingin membeli obat, maka pasien tersebut perlu di berikan PIO

Pustaka

- Dianita, P. S., Kusuma, T. M., & Septianingrum, N. M. A. N. 2017. Evaluasi penerapan standar pelayanan kefarmasian di puskesmas kabupaten Magelang berdasarkan Permenkes RI no. 74 tahun 2016. *URECOL*, 125-134.
- Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. 2006. Pedoman Pelayanan Informasi Obat di Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Rusli, R. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Farmasi Rumah Sakit dan Klinik. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.



Bab IX

Konseling di Rumah Sakit

A. Latar Belakang

Pelayanan kefarmasian dirumah sakit mengharuskan untuk menyelenggarakan pelaksanaan suatu system yang sangat penting,yaitu bagaimana suatu aturan tata laksana yang telah ditentukan oleh pemerintah berdasarkan kebutuhan masyarakat. Memberikan pelayanan kefarmasian secara langsung yang dengan adanya ruang praktek sendiri bagi apoteker yang berstandar dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan adanya sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Kegiatan yang dilakukan instalasi farmasi di Rumah Sakit meliputi pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan. Pengelolaan perbekalan farmasi meliputi pemilihan, perencanaan, pengadaan, memproduksi, penerimaan, penyimpanan, dan pendistribusian. Pada pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan sangat diperlukan peran profesionalisme apoteker, sebagai salah satu pelaksana pelayanan kesehatan.

Disisi lain, pada farmasi klinik, apoteker didefinisikan terlibat dalam merawat pasien pada semua fase perawatan kesehatan. Mereka harus memiliki pengetahuan yang mendalam tentang obat yang terintegrasi dengan pemahaman yang mendasar dari biomedis, farmasi, kehidupan sosial, dan ilmu klinis. Apoteker klinis berpedoman pada bukti terapi, ilmu berkembang, teknologi terbaru, dan prinsip-prinsip hukum, etika, sosial, budaya, ekonomi, serta profesional yang relevan.

3 Di Indonesia, Berdasarkan Permenkes No.72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit, pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan efek terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin. Pelayanan farmasi klinik yang harus diselenggarakan menurut Permenkes No.72 Tahun 2016 di antaranya adalah pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat obat, rekonsiliasi obat, pelayanan informasi obat, konseling, visite, pemantauan terapi obat, monitoring efek samping obat, evaluasi penggunaan obat, dan dispensing sediaan steril.

Salah satu interaksi antara apoteker dengan pasien adalah melalui konseling obat. Konseling obat sebagai salah satu cara atau metode pengetahuan pengobatan secara tatap muka atau wawancara merupakan usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien dalam penggunaan obat. Melalui konseling, apoteker dapat mengetahui kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang. Apoteker dapat memberikan informasi kepada pasien apa yang perlu diketahui oleh pasien, keterampilan apa yang harus dikembangkan dalam diri pasien, dan masalah yang perlu diatasi. Selain itu, apoteker diharapkan bisa menentukan perilaku dan sikap pasien yang perlu diperbaiki.

Berdasarkan data penelitian yang dilakukan oleh Arhayani (2007) di Instalasi farmasi Rumah Sakit Immanuel Bandung, kebutuhan penderita terhadap konseling obat diperoleh angka 96,93%. Sebanyak 49,88% pasien menginginkan konseling yang dilakukan apoteker berdurasi 5-10 menit, dan 58,54% penderita mengusulkan efek samping dijadikan sebagai materi pada konseling. Kemudian ada penelitian yang dilakukan terhadap komunitas apoteker di Nepal menunjukkan 56,67% (n=34) percaya bahwa konseling sangat diperlukan karena tugas sebagai apoteker dan 48,33% (n=29) menyatakan bahwa konseling dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mengetahui definisi dari konseling
2. Mengetahui tujuan dilakukannya konseling
3. Mengetahui kegiatan yang dilakukan dalam konseling
4. Mengetahui faktor yang perlu diperhatikan dalam konseling
5. Mengetahui konseling pada saat pandemi covid-19
6. Mengetahui konseling untuk pasien rawat jalan
7. Mengetahui konseling untuk pasien rawat inap.

C. Pembahasan

Konseling Obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi Obat dari Apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di semua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif Apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap Apoteker.

Pemberian konseling Obat bertujuan untuk mengoptimalkan hasil terapi, meminimalkan risiko reaksi Obat yang tidak dikehendaki

(ROTD), dan meningkatkan *costeffectiveness* yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan Obat bagi pasien (*patient safety*).

Secara khusus konseling Obat ditujukan untuk:

1. meningkatkan hubungan kepercayaan antara Apoteker dan pasien;
2. menunjukkan perhatian serta kepedulian terhadap pasien;
3. membantu pasien untuk mengatur dan terbiasa dengan Obat;
4. membantu pasien untuk mengatur dan menyesuaikan penggunaan Obat dengan penyakitnya;
5. meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan;
6. mencegah atau meminimalkan masalah terkait Obat;
7. meningkatkan kemampuan pasien memecahkan masalahnya dalam hal terapi;
8. mengerti permasalahan dalam pengambilan keputusan; dan
9. membimbing dan mendidik pasien dalam penggunaan Obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien.

Kegiatan Dalam Konseling

Kegiatan dalam konseling Obat meliputi:

1. membuka komunikasi antara Apoteker dengan pasien;
2. mengidentifikasi tingkat pemahaman pasien tentang penggunaan Obat melalui *Three Prime Questions*;
3. menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan Obat;
4. memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah penggunaan Obat;
5. melakukan verifikasi akhir dalam rangka mengecek pemahaman pasien; dan
6. dokumentasi.

Faktor Yang Perlu Diperhatikan Dalam Konseling

Faktor yang perlu diperhatikan dalam konseling Obat:

1. Kriteria Pasien:
 - a. pasien kondisi khusus (pediatri, geriatri, gangguan fungsi ginjal, ibu hamil dan menyusui);
 - b. pasien dengan terapi jangka panjang/penyakit kronis (TB, DM, epilepsi, dan lain-lain);
 - c. pasien yang menggunakan obat-obatan dengan instruksi khusus (penggunaan kortikosteroid dengan *tapering down/off*);
 - d. pasien yang menggunakan Obat dengan indeks terapi sempit (digoksin, phenytoin);
 - e. pasien yang menggunakan banyak Obat (polifarmasi); dan
 - f. pasien yang mempunyai riwayat kepatuhan rendah.
2. Sarana dan Peralatan:
 - a. ruangan atau tempat konseling; dan
 - b. alat bantu konseling (kartu pasien/catatan konseling).

Standar Pelayanan Konseling di Rumah Sakit

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019, kegiatan konseling di rumah sakit dilaksanakan sebagai berikut:

1. Pelaksana : Apoteker
2. Persiapan
Sarana dan peralatan :
 - a. ruangan atau tempat konseling;
 - b. alat bantu konseling (kartu pasien/catatan konseling).
3. Pelaksanaan
 - a. Pelayanan konseling obat dilakukan oleh apoteker
 - b. Melakukan seleksi pasien berdasarkan prioritas yang sudah ditetapkan

- c. Menyiapkan Formulir Informasi Obat Pulang (pada konseling obat pasien pulang)
- d. Menyiapkan obat yang akan dijelaskan kepada pasien/ keluarga pasien
- e. Menyiapkan informasi lengkap dari referensi kefarmasian seperti handbook, e-book atau internet.

Konseling Pasien Rawat Jalan

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2007, pemberian konseling untuk pasien rawat jalan dapat diberikan pada saat pasien mengambil obat di apotik, puskesmas dan di sarana kesehatan lain. Kegiatan ini bisa dilakukan di counter pada saat penyerahan obat tetapi lebih efektif bila dilakukan di ruang khusus yang disediakan untuk konseling. Pemilihan tempat konseling tergantung dari kebutuhan dan tingkat kerahasiaan / kerumitan akan hal-hal yang perlu dikonselingkan ke pasien. Konseling pasien rawat jalan diutamakan pada pasien yang:

1. Menjalani terapi untuk penyakit kronis, dan pengobatan jangka panjang. (Diabetes, TBC, epilepsi, HIV / AIDS, dll)
2. Mendapatkan obat dengan bentuk sediaan tertentu dan dengan cara pemakaian yang khusus Misal: suppositoria, enema, inhaler, injeksi insulin dll.
3. Mendapatkan obat dengan cara penyimpanan yg khusus. Misal: insulin dll
4. Mendapatkan obat-obatan dengan aturan pakai yang rumit, misalnya: pemakaian kortikosteroid dengan tapering down.
5. Golongan pasien yang tingkat kepatuhannya rendah, misalnya: geriatrik, pediatri.
6. Mendapatkan obat dengan indeks terapi sempit (digoxin, phenytoin, dll)
7. Mendapatkan terapi obat-obatan dengan kombinasi yang banyak (polifarmasi

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, pelayanan konseling pada pasien rawat jalan dilakukan dengan cara:

1. Membuka komunikasi antara apoteker dengan pasien.
2. Menulis identitas pasien (nama, jenis kelamin, tanggal lahir), nama dokter, nama obat yang diberikan, jumlah obat, aturan pakai, waktu minum obat (pagi, siang, sore, malam).
3. Jika ada informasi tambahan lain dituliskan pada keterangan.
4. Menemui pasien/keluarga di ruang konseling.
5. Memastikan identitas pasien dengan cara menanyakan dengan pertanyaan terbuka minimal 2 identitas: nama lengkap dan tanggal lahir.
6. Mengidentifikasi dan membantu penyelesaian masalah terkait terapi obat.
7. Menilai pemahaman pasien tentang penggunaan obat melalui Three Prime Questions, yaitu:
 - a. Apa yang disampaikan dokter tentang obat anda?
 - b. Apa yang dijelaskan oleh dokter tentang cara pemakaian obat anda?
 - c. Apa yang dijelaskan oleh dokter tentang hasil yang diharapkan setelah anda menerima terapi obat tersebut dan efek samping yang mungkin terjadi?
8. Menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan obat.
9. Memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah penggunaan obat.
10. Memberikan informasi dan edukasi obat kepada pasien/keluarga, terutama untuk obat yang akan digunakan secara mandiri oleh pasien mengenai: indikasi, dosis, waktu dan cara minum/menggunakan obat, hasil terapi yang diharapkan, cara penyimpanan obat, efek samping obat jika diperlukan,

dan hal-hal lain yang harus diperhatikan selama penggunaan obat.

11. Meminta pasien/keluarga pasien untuk mengulangi penjelasan terkait penggunaan obat yang telah disampaikan.
12. Melakukan verifikasi akhir untuk memastikan pemahaman pasien apoteker mendokumentasikan konseling dengan meminta tanda tangan pasien sebagai bukti bahwa pasien memahami informasi yang diberikan dalam konseling.

Konseling Pasien Rawat Inap

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2007, konseling pada pasien rawat inap, diberikan pada saat pasien akan melanjutkan terapi dirumah. Pemberian konseling harus lengkap seperti pemberian konseling pada rawat jalan, karena setelah pulang dari rumah sakit pasien harus mengelola sendiri terapi obat dirumah. Selain pemberian konseling pada saat akan pulang, konseling pada pasien rawat inap juga diberikan pada kondisi sebagai berikut:

1. Pasien dengan tingkat kepatuhan dalam minum obat rendah. Kadang-kadang dijumpai pasien yang masih dalam perawatan tidak meminum obat yang disiapkan pada waktu yang sesuai atau bahkan tidak diminum sama sekali.
2. Adanya perubahan terapi yang berupa penambahan terapi, perubahan regimen terapi, maupun perubahan rute pemberian.

Berdasarkan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, pelayanan konseling pada pasien rawat inap dilakukan dengan cara:

1. Dilakukan bila pasien membutuhkan konseling obat selama rawat inap.
2. Menemui pasien/keluarga pasien di ruang rawat.
3. Memastikan identitas pasien dengan cara menanyakan dengan pertanyaan terbuka minimal 2 identitas: nama

- lengkap dan tanggal lahir atau nomor rekam medik
4. Memulai pertemuan dengan mendengarkan uraian/masalah dari pasien/keluarga terkait terapi obat.
 5. Mengidentifikasi dan membantu penyelesaian masalah terkait terapi obat
 6. Mengisi Formulir Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi sebagai bukti melakukan konseling pasien rawat inap

Aspek konseling yang harus disampaikan kepada pasien (Depkes RI, 2007)

1. Deskripsi dan kekuatan obat
 Apoteker harus memberikan informasi kepada pasien mengenai:
 - Bentuk sediaan dan cara pemakaiannya
 - Nama dan zat aktif yang terkandung didalamnya
 - Kekuatan obat (mg/g)
2. Jadwal dan cara penggunaan
 Penekanan dilakukan untuk obat dengan instruksi khusus seperti “minum obat sebelum makan”, “jangan diminum bersama susu” dan lain sebagainya. Kepatuhan pasien tergantung pada pemahaman dan perilaku sosial ekonominya.
3. Mekanisme kerja obat
 Apoteker harus mengetahui indikasi obat, penyakit/gejala yang sedang diobati sehingga Apoteker dapat memilih mekanisme mana yang harus dijelaskan, ini disebabkan karena banyak obat yang multi-indikasi. Penjelasan harus sederhana dan ringkas agar mudah dipahami oleh pasien
4. Dampak gaya hidup
 Banyak regimen obat yang memaksa pasien untuk mengubah gaya hidup. Apoteker harus dapat menanamkan kepercayaan pada pasien mengenai manfaat perubahan gaya hidup untuk meningkatkan kepatuhan pasien.

5. Penyimpanan

Pasien harus diberitahukan tentang cara penyimpanan obat terutama obat-obat yang harus disimpan pada temperatur kamar, adanya cahaya dan lain sebagainya. Tempat penyimpanan sebaiknya jauh dari jangkauan anak-anak.

6. Efek potensial yang tidak diinginkan

Apoteker sebaiknya menjelaskan mekanisme atau alasan terjadinya toksisitas secara sederhana. Penekanan penjelasan dilakukan terutama untuk obat yang menyebabkan perubahan warna urin, yang menyebabkan kekeringan pada mukosa mulut, dan lain sebagainya. Pasien juga diberitahukan tentang tanda dan gejala keracunan.

Latihan Soal

1. Mengapa pasien perlu patuh dalam meminum obat:

Jawab:

kepatuhan menggunakan obat berperan sangat penting terhadap keberhasilan terapi. Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana kesesuaian pasien dalam menggunakan rejimen obat (interval dan dosis) seperti yang telah ditentukan berdasarkan resep dokter

2. Jelaskan tata cara konseling menegani obat insulin!

Jawab:

Apoteker : “selamat pagi Pak, selamat datang di Apotek Sehat Farma”

Pasien : “ iya pagi Mbak”

Apoteker : “ada yang bisa saya bantu Pak, perkenalkan saya Nurul Ismi apoteker di apotek ini”

Pasien : “Iya Mbak, saya mau menebus resep (memberikan resep)”

- Apoteker : "ini benar dengan Ibu Esa sendiri?" Apakah Ibu tadi periksa ke dokter Fachrudin?
- Pasien : "Benar mbak Iya, saya habis periksa dari sana tadi"
- Apoteker : "baik Pak saya baca resep dan perhitungkan untuk harga obatnya dulu ya bu (membaca resep)"
- Pasien : "iya Mbak"
- Apoteker : "Bu ini totalnya Rp. 645.051,-. Apakah mau langsung ditebus semuanya?"
- Pasien : "Iya mbak, langsung saya tebus semuanya"
- Apoteker : "Baik bu. Tunggu sebentar ya"
- Pasien : " Iya"
- Apoteker : "terimakasih bu sudah mau menunggu. mohon maaf apakah bapak bersedia untuk melakukan konseling sebentar bu? Paling cuman 10 sampai 15 menit saja bu konselingnya, biar saya jelaskan cara penggunaan obatnya ini."
- Pasien : "oh iya mbak, boleh saya mau "
- Apoteker : "iya bu, mari ikut saya. Kita ke ruang konseling saya bu"
- Pasien : "Kita akan melakukan konseling ya bu, lewat konseling ini harapannya nanti bapak bisa tau tentang obat yang bapak dapat dan cara penggunaan obatnya (Sambil menunjukkan obat kepada pasien). Ibu maaf, apakah ibu sebelumnya sudah pernah menggunakan obat ini?"
- Pasien : "Belum pernah mbak"
- Apoteker : "sebelumnya apakah dokter sudah menjelaskan kegunaan obat ini bu?"

- Pasien : "Tadi kata dokter untuk mengatasi kadar gula darah saya mbak"
- Apoteker : "Apakah dokter sudah menjelaskan bagaimana cara penggunaan obatnya?"
- Pasien : "Belum mbak"
- Apoteker : "Apa yang dikatakan dokter tentang harapan terhadap pengobatan bu?"
- Pasien : "Harapannya supaya gula darah saya bisa terkontrol mbak"
- Apoteker : "baik bu kalau gitu saya jelaskan penggunaan obat yang ibu dapatkan. obat Novomix dimana obat ini sendiri untuk DM b, dimana cara penggunaannya yaitu menggulung pen diantara telapak tangan selama 10 kali, kemudian gerakan pen ke atas dan kebawah sampai sespen cairan tercampur rata. Kemudian pasang jarung pada pennya, pasang dosis insulin di 12 unit dan pen dibalik keatas kemudian ketuk-ketuk agar tidak ada gelembung udara, masih jarum menghadap ke atas, tekan push-button sampai dosisnya 0 unit, cairan insulin keluar. pastikan dosis unit sudah 0, kemudian atur dosis di 12 unit dengan memutar dose selector. Setelah itu ibu suntik pada tubuh misalnya daerah perut atau lengan sebelum disuntik gosokkan alcohol pada daerah yang akan disuntik. Lalu dicubit dulu setelah itu suntik secara tegak lurus 90⁰ dan ketika selesai suntik jangan dilepas dulu biarkan 5-10 detik baru dilepas agar insulin tersuntikkan dengan sempurna, jarum dicabut, kemudian ditutup kembali dan penya disimpan di suhu kamar dan dijauhkan dari jangkauan anak-anak."
- Pasien : "Oh gitu mbak"

- Apoteker : “Berarti ibu sudah paham apa yang saya jelaskan?”
- Pasien : “Iya mbak saya sudah paham”
- Apoteker : “Kalau begitu bolehkah ibu mengulang apa yang tekah saya jelaskan tadi ?”
- Pasien : “untuk penggunaan obat insulin novomix yaitu menggulung pen diantara telapak tangan selama 10 kali, kemudian gerakan pen ke atas dan kebawah sampai sespen cairan tercampur rata. Kemudian pasang jarung pada pennya, pasang dosis insulin di 12 unit dan pen dibalik keatas kemudian ketuk-ketuk agar tidak ada gelembung udara, masih jarum menghadap ke atas, tekan push-button sampai dosisnya 0 unit,cairan insulin keluar.pastikan dosis unit sudah 0, kemudian atur dosis di 12 unit dengan memutar dose selector. Setelah itu suntik pada tubuh bapak misalnya daerah perut atau lengan sebelum disuntik gosokkan alcohol pada daerah yang akan disuntik. Lalu dicubit dulu setelah itu suntik secara tegak lurus 900 dan ketika selesai suntik jangan dilepas dulu biarkan 5-10 detik baru dilepas agar insulin tersuntikkan dengan sempurna, jarum dicabut, kemudian ditutup kembali dan penya disimpan di suhu kamar dan dijauhkan dari jangkauan anak-anak.”
- Apoteker : “Baik pak jadi ibu sudah paham ya, apakah ada pertanyaan lagi?”
- Pasien : “Tidak ada mbak”
- Apoteker : “Baik bu saya juga sarankan agar ibu rajin berolahraga, kurangi makanan/minuman yang manis, dan makanan sayur dan buah-buahan serta banyak konsumsi air putih”
- Pasien : “Iya mbak”

Apoteker : "Ini obatnya bu silahkan untuk pembayaran langsung ke kasir ya bu, semoga lekas sembuh"
Pasien : "Iya mbak terimakasih"
Apoteker : "Sama-sama ibu"

3. Jelaskan tata cara konseling obat Supositoria!

Jawab:

Pasien : " Assalamu'alaikum "

Apoteker : " Wa'alaikumussalam, silahkan duduk pak."

Pasien : "Terima kasib mbak"

Apoteker : " Perkenalkan saya Dewi apoteker di rumah sakit ini, yang akan memberikan informasi tentang obat yang mbak terima, sebelumnya saya cek dulu ya mbak Apa benar ini dengan bapak Maulid, alamat jl. Kalimantan no. 10"

Pasien : "Iya benar"

Apoteker : "baik pak, apa yang bapak keluhkan?"

Pasien : " badan saya panas dan saya merasakan nyeri ditubuh saya mbak"

Apoteker : "tadi sudah dijelaskan apa saja oleh dokter mengenai obat ini"

Pasien : " tadi dokter tidak menjelaskan penggunaan obatnya, dokter hanya menjelaskan saya hanya mengalami panas biasa tetapi keluhan saya tidak bisa minum obat dengan cara ditelan."

Apoteker : " ya baiklah pak, ini ada obat suppostoria dari resep dokter, obat suppositoria ini cara penggunaannya tidak ditelan melainkan dimasukkan kedubur"

Pasien : "dimasukkan kedubur Maksudnya bagaimana ya mbak?"

- Apoteker :“ jadi begini ya pak saya jelaskan terlebih dahulu kegunaan obat ini untuk meenurunkan panas dan menghilangkan rasa nyeri terutama bagi pasien yang tidak bisa menelan obat, nah seperti bapak tadi bilang bahwa mbak tidak bisa meminum obat dengan cara ditelan. Adapun cara pemakaianya bapak cuci tangan terlebih dahulu setelah itu bapak tidur dalam posisi miring baik kekanan maupun kekiri, jika bapak miring kekanan posisi kaki kiri itukan diatas nnti kaki kirinya ditekuk sampai di atas perut, setelah itu kemasan obatnya dibuka nah inikan obatnya ada bagian yang runcing, bagian yang runcing ini nanti yang pertama kali dimasukkan kedubur, sebelum memasukkan obatnya dibasahi terlebih dahulu.”
- Pasien :“ kegunaannya untuk dibasahi itu untuk apa ya mbak”
- Apoteker :“ kegunaannya supaya obatnya licin agar mudah untuk masuk kedalam, setelah dimasukkan obatnya ditahan dulu sekitar lima menit ya mbak agar obatnya tadi benar-benar masuk dan tidak keluar kembali.”
- Pasien :“ oh ya mbak”
- Apoteker :“ untuk aturan pakainya ini digunakan 1 kali sehari 1 suppositoria, dan lebih baik penggunaannya waktu malam, sebelum penggunaan diusahakan perut dalam keadaan kosong, dan untuk penyimpanannya disimpan didalam kulkas ya pak. Dan obat ini kedaluarsanya 1 bulan ya pak setelah satu bulan jangan di gunakan. Bagaimana mbak apakah ada yang belum jelas atau ada yang mau ditanyakan?”
- Pasien :“ Baik saya sudah paham mbak”

- Apoteker : "Baik kalau bapak suda faham saya minta bapak mengulang informasi yang saya sampaikan tadi supaya saya tahu bahwa bapak benar-benar faham, takutnya nanti ada kesalahan informasi"
- Pasien : "cara pemakaiaanyacuci tangan terlebih dahulu setelah itu tidur dalam posisi miring baik kekanan maupun kekiri, jika miring kekanan posisi kaki kiri itukan diatas nnti kaki kirinya ditekuk sampai di atas perut, setelah itu kemasan obatnya dibuka nah inikan obatnya ada bagian yang runcing, bagian yang runcing ini nanti yang pertama kali dimasukkan kedubur, sebelum memasukkan obatnya dibasahi terlebih dahulu."
- Apoteker : "Baik, bapak sudah paham. Ini obatnya pak"
- Pasien : "Iya terima kasih mbak"
- Apoteker : "Sama-sama bapak, semoga lekas sembuh"

Pustaka

- Arhayani, 2007, *Perencanaan dan Penyiapan Pelayanan Konseling Obat Serta Pengkajian Resep Bagi Penderita Rawat Jalan di Rumah Sakit Immanuel Bandung*. Program Studi Sains Dan Teknologi Farmasi. Institut Teknologi Bandung.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta
- Poudel, A., Khanal, S., Alam, K., dan Palaian, S., 2009, *Perception of Nepalese Community Pharmacists toward Patient Conseling and Continuing Pharmacy Education Program, A Multicentric Study*, Journal of Clinical and Diagnostic Research.



Bab X

PTO di Rumah Sakit

A. Latar Belakang

Pemantauan terapi obat (PTO) adalah suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien. Kegiatan tersebut mencakup: pengkajian pilihan obat, dosis, cara pemberian obat, respons terapi, reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD),) dan rekomendasi perubahan atau alternatif terapi. Pemantauan terapi obat harus dilakukan secara berkesinambungan dan dievaluasi secara teratur pada periode tertentu agar keberhasilan ataupun kegagalan terapi dapat diketahui (Depkes RI, 2009).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) adalah suatu unit/bagian di rumah sakit yang melakukan pekerjaan dan memberikan pelayanan kefarmasian secara menyeluruh, khususnya kepada pasien, profesional kesehatan rumah sakit serta masyarakat pada umumnya. Pasien yang mendapatkan terapi obat mempunyai risiko untuk mengalami masalah terkait obat seperti kompleksitas penyakit dan penggunaan obat, serta respons pasien yang sangat individual meningkatkan munculnya masalah terkait obat, hal tersebut menyebabkan perlunya

dilakukan PTO dalam praktek profesi untuk mengoptimalkan efek terapi dan meminimalkan efek yang tidak dikehendaki (Depkes RI, 2009).

Reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD) sering kali menyebabkan hambatan-hambatan dalam pelaksanaan layanan kesehatan (*health care*). Morbiditas dan mortalitas karena penggunaan obat merupakan masalah nyata yang sedang dihadapi farmasis saat ini. Hasil meta-analisis yang dilakukan di Amerika Serikat pada pasien rawat inap didapatkan hasil angka kejadian ROTD yang serius sebanyak 6,7% dan ROTD yang fatal sebanyak 0,32%. Beberapa masalah yang ditemukan dalam praktek apoteker komunitas di Amerika Serikat, antara lain: efek samping obat, interaksi obat, penggunaan obat yang tidak tepat. Sementara di Indonesia, data yang dipublikasikan tentang praktek apoteker di komunitas masih terbatas dan telah diperkirakan bahwa 41% pasien yang menggunakan obat-obat yang diresepkan pertama kali akan mengalami reaksi efek samping obat (Strand dkk, 1998).

Oleh karena itu, keberadaan apoteker memiliki peran yang penting dalam mencegah munculnya masalah terkait obat. Apoteker sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam PTO. Pengetahuan penunjang dalam melakukan PTO adalah patofisiologi penyakit; farmakoterapi; serta interpretasi hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik. Selain itu, diperlukan keterampilan berkomunikasi, kemampuan membina hubungan interpersonal, dan menganalisis masalah. Proses PTO merupakan proses yang komprehensif mulai dari seleksi pasien, pengumpulan data pasien, identifikasi masalah terkait obat, rekomendasi terapi, rencana pemantauan sampai dengan tindak lanjut. Proses tersebut harus dilakukan secara berkesinambungan sampai tujuan terapi tercapai (Depkes RI, 2009).

B. Tujuan Pengajaran

Diharapkan mahasiswa dapat mengetahui acuan apoteker dalam melaksanakan PTO untuk pelayanan dan penerapan pelayanan farmasi klinik di Rumah Sakit dan Komunitas.

C. Pembahasan

Pemantauan terapi obat (PTO) seharusnya dilaksanakan untuk seluruh pasien. Mengingat terbatasnya jumlah apoteker dibandingkan dengan jumlah pasien, maka perlu ditentukan prioritas pasien yang akan dipantau. Seleksi dapat dilakukan berdasarkan:

1. Kondisi Pasien

- Pasien yang masuk rumah sakit dengan multi penyakit sehingga menerima polifarmasi.
- Pasien kanker yang menerima terapi sitostatika.
- Pasien dengan gangguan fungsi organ terutama hati dan ginjal.
- Pasien geriatri dan pediatri.
- Pasien hamil dan menyusui.
- Pasien dengan perawatan intensif.

2. Obat

a. Jenis Obat

Pasien yang menerima obat dengan risiko tinggi seperti :

- 1) obat dengan indeks terapi sempit (contoh: digoksin, fenitoin),
- 2) obat yang bersifat nefrotoksik (contoh: gentamisin) dan hepatotoksik (contoh: OAT)
- 3) sitostatika (contoh: metotreksat),
- 4) antikoagulan (contoh: warfarin, heparin),
- 5) obat yang sering menimbulkan ROTD (contoh: metoklopramid, AINS),
- 6) obat kardiovaskular (contoh: nitrogliserin).

- b. Kompleksitas Regimen
 - 1) Polifarmasi
 - 2) Variasi rute pemberian
 - 3) Variasi aturan pakai
 - 4) Cara pemberian khusus (contoh: inhalasi)

Pengumpulan Data Pasien

Data dasar pasien merupakan komponen penting dalam proses PTO. Data tersebut dapat diperoleh dari:

- Rekam medik,
- Profil pengobatan pasien/pencatatan penggunaan obat,
- Wawancara dengan pasien, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan lain.

Rekam medik merupakan kumpulan data medik seorang pasien mengenai pemeriksaan, pengobatan dan perawatannya di rumah sakit. Data yang dapat diperoleh dari rekam medik, antara lain: data demografi pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penggunaan obat, riwayat keluarga, riwayat sosial, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnostik, diagnosis dan terapi.

Data tersebut di pelayanan komunitas dapat diperoleh melalui wawancara dengan pasien, meskipun data yang diperoleh terbatas.

Profil pengobatan pasien di rumah sakit dapat diperoleh dari catatan pemberian obat oleh perawat dan kartu/formulir penggunaan obat oleh tenaga farmasi. Profil tersebut mencakup data penggunaan obat rutin, obat p.r.n (obat jika perlu), obat dengan instruksi khusus (contoh: insulin).

Semua data yang sudah diterima, dikumpulkan dan kemudian dikaji. Data yang berhubungan dengan PTO diringkas dan diorganisasikan ke dalam suatu format yang sesuai

Sering kali data yang diperoleh dari rekam medis dan profil pengobatan pasien belum cukup untuk melakukan PTO, oleh karena itu perlu dilengkapi dengan data yang diperoleh dari wawancara pasien, anggota keluarga, dan tenaga kesehatan lain.

Identifikasi Masalah Terkait Obat

Setelah data terkumpul, perlu dilakukan analisis untuk identifikasi adanya masalah terkait obat. Masalah terkait obat menurut Hepler dan Strand dapat dikategorikan sebagai berikut

1. Ada Indikasi Tetapi Tidak Diterapi

Pasien yang diagnosis telah ditegakkan dan membutuhkan terapi obat tetapi tidak diresepkan. Perlu diperhatikan bahwa tidak semua keluhan/ gejala klinik harus diterapi dengan obat.

2. Pemberian Obat Tanpa Indikasi

Pasien mendapatkan obat yang tidak diperlukan.

3. Pemilihan Obat Yang Tidak tepat

Pasien mendapatkan obat yang bukan pilihan terbaik untuk kondisinya (bukan merupakan pilihan pertama, obat yang tidak *cost effective*, kontra indikasi.

4. Dosis Terlalu Tinggi

5. Dosis Terlalu Rendah

6. Reaksi Obat Yang Tidak Dikehendaki (ROTD)

7. Interaksi Obat

8. Pasien Tidak Menggunakan Obat Karena Suatu Sebab

Beberapa penyebab pasien tidak menggunakan obat antara lain: masalah ekonomi, obat tidak tersedia, ketidakpatuhan pasien, kelalaian petugas.

Apoteker perlu membuat prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, dan menentukan masalah tersebut sudah terjadi atau berpotensi akan terjadi. Masalah yang perlu penyelesaian segera harus diprioritaskan.

Rekomendasi Terapi

Tujuan utama pemberian terapi obat adalah peningkatan kualitas hidup pasien, yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Menyembuhkan penyakit (contoh: infeksi)
2. Menghilangkan atau mengurangi gejala klinis pasien (contoh: nyeri)
3. Menghambat progresivitas penyakit (contoh: gangguan fungsi ginjal)
4. Mencegah kondisi yang tidak diinginkan (contoh: stroke)

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penetapan tujuan terapi antara lain: derajat keparahan penyakit dan sifat penyakit (akut atau kronis). Pilihan terapi dari berbagai alternatif yang ada ditetapkan berdasarkan: efikasi, keamanan, biaya, regimen yang mudah dipatuhi.

Rencana Pemantauan

Setelah ditetapkan pilihan terapi maka selanjutnya perlu dilakukan perencanaan pemantauan, dengan tujuan memastikan pencapaian efek terapi dan meminimalkan efek yang tidak dikehendaki. Apoteker dalam membuat rencana pemantauan perlu menetapkan langkah-langkah:

1. Menetapkan parameter farmakoterapi.
Hal-hal yang harus dipertimbangkan dalam memilih parameter pemantauan, antara lain:
 - a. Karakteristik obat (contoh: sifat nefrotoksik dari allopurinol, aminoglikosida). Obat dengan indeks terapi sempit yang harus diukur kadarnya dalam darah (contoh: digoksin)
 - b. Efikasi terapi dan efek merugikan dari regimen
 - c. Perubahan fisiologik pasien (contoh: penurunan fungsi ginjal pada pasien geriatri mencapai 40%)

- d. Efisiensi pemeriksaan laboratorium
- e. Kepraktisan pemantauan (contoh: pemeriksaan kadar kalium dalam darah untuk penggunaan furosemide dan digoxin secara bersamaan)
- f. Ketersediaan (pilih parameter pemeriksaan yang tersedia)
- g. Biaya pemantauan.

2. Menetapkan sasaran terapi (*end point*).

Penetapan sasaran akhir didasarkan pada nilai/gambaran normal atau yang disesuaikan dengan pedoman terapi. Apabila menentukan sasaran terapi yang diinginkan, apoteker harus mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Faktor khusus pasien seperti umur dan penyakit yang bersamaan diderita pasien
- b. (Contoh: perbedaan kadar teofilin pada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronis/PPOK dan asma)
- c. Karakteristik obat Bentuk sediaan, rute pemberian, dan cara pemberian akan mempengaruhi sasaran terapi yang diinginkan (Contoh: perbedaan penurunan kadar gula darah pada pemberian insulin dan anti diabetes oral).
- d. Efikasi dan toksisitas

3. Menetapkan frekuensi pemantauan

Frekuensi pemantauan tergantung pada tingkat keparahan penyakit dan risiko yang berkaitan dengan terapi obat. Sebagai contoh pasien yang menerima obat kanker harus dipantau lebih sering dan berkala dibanding pasien yang menerima aspirin. Pasien dengan kondisi relatif stabil tidak memerlukan pemantauan yang sering. Berbagai faktor yang mempengaruhi frekuensi pemantauan antara lain:

- a. Kebutuhan khusus dari pasien Contoh: penggunaan obat nefrotoksik pada pasien gangguan fungsi ginjal.
- b. Karakteristik obat pasien Contoh: pasien yang menerima warfarin

- c. Biaya dan kepraktisan pemantauan
- d. Permintaan tenaga kesehatan lain

Data pasien yang lengkap mutlak dibutuhkan dalam PTO, tetapi pada kenyataannya data penting terukur sering tidak ditemukan sehingga PTO tidak dapat dilakukan dengan baik. Hal tersebut menyebabkan penggunaan data subyektif sebagai dasar PTO. Jika parameter pemantauan tidak dapat digantikan dengan data subyektif maka harus diupayakan adanya data tambahan. Proses selanjutnya adalah menilai keberhasilan atau kegagalan mencapai sasaran terapi. Keberhasilan dicapai ketika hasil pengukuran parameter klinis sesuai dengan sasaran terapi yang telah ditetapkan. Apabila hal tersebut tidak tercapai, maka dapat dikatakan mengalami kegagalan mencapai sasaran terapi. Penyebab kegagalan tersebut antara lain: kegagalan menerima terapi, perubahan fisiologis/kondisi pasien, perubahan terapi pasien, dan gagal terapi.

Salah satu metode sistematis yang dapat digunakan dalam PTO adalah *Subjective Objective Assessment Planning* (SOAP).

- S : Subjective Data subyektif adalah gejala yang dikeluhkan oleh pasien. Contoh : pusing, mual, nyeri, sesak nafas.
- O : Objective Data obyektif adalah tanda/gejala yang terukur oleh tenaga kesehatan. Tanda-tanda obyektif mencakup tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi, kecepatan pernafasan), hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik.
- A : Assessment Berdasarkan data subyektif dan obyektif dilakukan analisis untuk menilai keberhasilan terapi, meminimalkan efek yang tidak dikehendaki dan kemungkinan adanya masalah baru terkait obat.
- P : Plans Setelah dilakukan SOA maka langkah berikutnya adalah menyusun rencana yang dapat dilakukan untuk

menyelesaikan masalah. Rekomendasi yang dapat diberikan:

- Memberikan alternatif terapi, menghentikan pemberian obat, memodifikasi dosis atau interval pemberian, merubah rute pemberian.
- Mengedukasi pasien.
- Pemeriksaan laboratorium.
- Perubahan pola makan atau penggunaan nutrisi parenteral/enteral.
- Pemeriksaan parameter klinis lebih sering.

Tindak Lanjut

Tindak Lanjut Hasil identifikasi masalah terkait obat dan rekomendasi yang telah dibuat oleh apoteker harus dikomunikasikan kepada tenaga kesehatan terkait. Kerjasama dengan tenaga kesehatan lain diperlukan untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan terapi. Informasi dari dokter tentang kondisi pasien yang menyeluruh diperlukan untuk menetapkan target terapi yang optimal. Komunikasi yang efektif dengan tenaga kesehatan lain harus selalu dilakukan untuk mencegah kemungkinan timbulnya masalah baru.

Kegagalan terapi dapat disebabkan karena ketidakpatuhan pasien dan kurangnya informasi obat. Sebagai tindak lanjut pasien harus mendapatkan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) secara tepat. Informasi yang tepat sebaiknya:

- Tidak bertentangan/berbeda dengan informasi dari tenaga kesehatan lain,
- Tidak menimbulkan keraguan pasien dalam menggunakan obat,
- Dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat,

Latihan Soal

1. Pada tahapan PTO, jika terlaksana dengan baik ROTD apa yang bisa dihindari?

Pembahasan:

- Pasien lanjut usia rentan terhadap ROTD terutama karena regimen multi obat dan perubahan dalam farmakokinetik dan farmakodinamik yang berhubungan dengan usia. Seringkali mempunyai banyak penyakit dan banyak diantaranya merupakan penyakit kronik yang memerlukan banyak obat secara bersamaan. Diperkirakan pula bahwa ada saja pasien lanjut menggunakan obat tanpa resep hal ini perlunya diperhatikan terhadap resiko ROTD pasien lanjut.
- ROTD yang dapat dihindari yaitu ROTD reaksi tipe A, dimana jika dosisnya sudah sesuai maka, ROTD dapat dihindari. Contohnya : terjadi bradikardi karena pemakaian penghambat adrenoreseptor beta (*beta blocker*) timbulnya mulut kering karena pemakaian antidepresi trisiklik yang disebabkan aktivitas antimuskarinik. Reaksi obat tipe A umumnya tergantung pada dosis, frekuensinya terjadi cukup sering, namun jarang sekali menimbulkan efek yang serius.
- ROTD yang dapat dihindari berikutnya yaitu reaksi tipe B. Reaksi ini tidak berhubungan dengan farmakologi obat, namun berkaitan dengan metabolisme obat dan system imun tubuh. Contoh : gejala anafilaksis setelah pemakaian antibiotik.

Pustaka

- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Pemantauan Terapi Obat*.
Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik; Jakarta.
- Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, *Pharmaceutical Care Practice*, New
York, Mc Graw Hill Company; 1998.

Tentang Penulis



Dr. Riski Sulistiarini, S.Farm., M.Si., Apt. Adalah seorang Dosen Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman. Lahir dan Besar di Kota Tarakan Kalimantan Utara.

Penulis memulai pendidikan formal pada SD, SMP dan SMA di Kota Tarakan Kalimantan Utara.

Penulis memulai Pendidikan Tinggi pada program Sarjana pada tahun 2006 di Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman dan menjalankan program Pendidikan Profesi Apotekernya di Universitas yang sama. Penulis menyelesaikan program Magister dan Doktornya pada Sekolah Farmasi, Institut Teknologi Bandung pada tahun 2020.

Penulis merupakan Staf Pengajar pada Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman sejak tahun 2021.



Dr. Angga Cipta Narsa, S.Farm., M.Si., Apt dilahirkan di Kota Jakarta Provinsi DKI Jakarta, dan besar di Kota Samarinda Kalimantan Timur. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah dasar di SD, SMP di Samarinda dan SMU di Bandung. Menyelesaikan jenjang pendidikan sarjana S1 di jurusan S1 Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2006, Pendidikan Profesi Apoteker di Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran tahun 2007. Pada tahun yang sama penulis menjadi tenaga pengajar pada Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman Samarinda. Tahun 2009 penulis melanjutkan

pendidikan Magister Ilmu Farmasi minat Teknologi Farmasi di Institut Teknologi Bandung. Tahun 2013 penulis memperoleh kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang Doktor Ilmu Kimia Departemen Kimia Fakultas MIPA Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan Koordinator Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman sejak tahun 2021 dan merupakan staf pengajar para program studi tersebut.



Hajrah.,S.Farm.,M.Si.,Apt. merupakan seorang salah satu pengajar di Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman dengan fokus keilmuan dalam bidang farmakologi dan toksikologi. Penulis lahir dan besar di Kota Bontang Kalimantan Timur.

Penulis memulai program Sarjana pada tahun 2006 di Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman. Pada tahun 2013 menyelesaikan Pendidikan Magister di Sekolah Farmasi, Institut Teknologi Bandung dan di tahun 2015 menyelesaikan Pendidikan Profesi Apoteker di Fakultas Farmasi, Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis merupakan staf pengajar di Program Studi Profesi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Mulawarman.

BUKU AJAR FARMASI RUMAH SAKIT BAGIAN 1

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

0%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universitas Jambi Student Paper	2%
2	Langit Rafi Soemarsono, Rianda Dirkareshza. "URGENSI PENEGAKAN HUKUM HAK CIPTA TERHADAP PEMBUAT KONTEN DALAM PENGGUNAAN LAGU DI MEDIA SOSIAL", JURNAL USM LAW REVIEW, 2021 Publication	1%
3	Wahyu M. Ardiany, Gayatri Citraningtyas, Deby A. Mpila. "STRATEGI PENGEMBANGAN INSTALASI FARMASI RSUD DATOE BINANGKANG DI KABUPATEN BOLAANG MONGONDOW MENGGUNAKAN ANALISIS SWOT", PHARMACON, 2020 Publication	1%
4	Masruri Muchtar, Ken Abdulah Aziz Romadhoni. "TANTANGAN DAN STRATEGI PENGAWASAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA, DAN PREKURSORDI MASA PANDEMI COVID-19", JURNAL PERSPEKTIF BEA DAN CUKAI, 2020 Publication	<1%
5	"1st Annual Conference of Midwifery", Walter de Gruyter GmbH, 2020 Publication	<1%
6	Budiman Budiman, A. Djoko Sumaryanto, W. Danang Widoyoko. "Tanggungjawab Pidana Pengendara yang Mengemudikan Kendaraan	<1%

Bermotor di Bawah Pengaruh Narkotika di Surabaya", Anima Legis, 2022

Publication

-
- 7** Ulil Kholili. "Pengenalan Ilmu Rekam Medis Pada Masyarakat Serta Kewajiban Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit", Jurnal Kesehatan Komunitas, 2011
Publication <1 %
-
- 8** Ratih, Koesoemo. "Preparing for Quality: Examining Global, National and Local Institutional Policies and the Experience of EFL Teaching Practice in Central Java, Indonesia", Charles Darwin University (Australia), 2021
Publication <1 %
-
- 9** Baiq Setiani. "Pertanggungjawaban Hukum Perawat Dalam Hal Pemenuhan Kewajiban dan Kode Etik Dalam Praktik Keperawatan", Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia, 2018
Publication <1 %
-
- 10** Kariodimedjo, Dina Widyaputri. "Illuminating the Future by Safeguarding and Protecting Intangible Cultural Heritage in Indonesia", Charles Darwin University (Australia), 2021
Publication <1 %
-
- 11** Daffa Okta Permana, Esther Masri, Clara Ignatia Tobing. "Implementasi Royalti Terhadap Pencipta Lagu Berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta", KRTHA BHAYANGKARA, 2021
Publication <1 %
-

Exclude bibliography On