

Kajian Praktik Kefarmasian Apoteker pada Tatanan Rumah Sakit

Analysis of Pharmacy Practice by Pharmacist in Hospital Setting

Max Joseph Herman* Rini Sasanti Handayani* Selma Arsit Siahaan**

*Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, **Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Abstrak

Undang-undang Republik Indonesia No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan dan peraturan pemerintah No. 51 tahun 2009 menyatakan bahwa tenaga kesehatan harus mempunyai kualifikasi minimum yang ditetapkan oleh pemerintah. Studi kualitatif secara potong lintang pada tahun 2010 untuk mengidentifikasi kualifikasi apoteker rumah sakit dalam memenuhi persyaratan tersebut di Bandung, Yogyakarta dan Surabaya. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam terhadap 10 orang apoteker dari enam rumah sakit dan empat orang direktur/wakil direktur rumah sakit, masing-masing satu orang apoteker dari enam perguruan tinggi farmasi, tiga pengurus Ikatan Apoteker Indonesia, tiga dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Observasi praktek kefarmasian dengan menggunakan daftar tilik dilakukan pada tiap rumah sakit dan data sekunder terkait dokumentasi pemantauan dan evaluasi obat, kepuasan pasien, standar operasional prosedur dan kurikulum perguruan tinggi farmasi juga dikumpulkan. Analisis dilakukan dengan metode triangulasi dan hasil menunjukkan bahwa pengelolaan obat dalam hal pengadaan, distribusi dan penyimpanan dilaksanakan dengan baik oleh apoteker rumah sakit. Praktek farmasi klinik dan keselamatan pasien masih sangat terbatas karena alasan sumber daya manusia dan dokumentasi yang memadai. Informasi obat dan konseling kadang dilakukan tanpa fasilitas yang cukup dan apoteker juga terlibat dalam berbagai tim di rumah sakit seperti penanggulangan infeksi nosokomial dan komite farmasi dan terapi.

Kata kunci: Apoteker, praktek kefarmasian, rumah sakit

Abstract

The Indonesian Health Law No. 36 in 2009 and the Government Regulation No. 51 in 2009 state that health-care providers, including pharmacist, shall have minimum qualification set by the government. A qualitative cross sectional was conducted to identify hospital pharmacist qualification as health care professionals in meeting the requirements was done in 2010 in Bandung, Yogyakarta and Surabaya. Data were collected through indepth

interviews with pharmacists involving ten hospital pharmacists and four hospital directors/vice directors, six pharmacy colleges, three regional pharmacist associations, three provincial health offices and district health offices and observation of pharmacy practices using check list in each hospital was also conducted. Secondary data concerning documentation of drug monitoring and evaluation, patient satisfaction, standard operating procedure and pharmacy college curricula were collected too. Qualitative analysis was done descriptively using triangulation method. The study shows that drug procurement, distribution and storage, was well-managed by pharmacist. Practice in clinical pharmacy and patient safety was still limited for the reason of human resources and appropriate documentation. Drug information and counseling was sometimes conducted without adequate facilities and pharmacist was involved in various hospital teams like nosocomial infection control and pharmacy and therapy committee.

Keywords: Pharmacist, pharmacy practice, hospital

Pendahuluan

Peningkatan jumlah kebutuhan obat, inovasi produksi massal, kompetisi dagang, inovasi obat baru, dan berbagai penyakit baru memicu perkembangan perubahan mendasar konsep meracik obat. Peran apoteker meracik obat diambil alih oleh industri dan dalam evaluasi penggunaan obat memunculkan banyak masalah. Hal tersebut mengubah arah orientasi apoteker dari semula kepada obat (*drug-oriented*) menjadi kepada pasien (*patient-oriented*). Peran apoteker tidak hanya menjual obat tetapi lebih kepada menjamin ketersediaan obat berkualitas yang cukup, aman, tepa

Alamat Korespondensi: Max Joseph Herman, Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara 29, Jakarta 10560, Hp. 0816715252, e-mail: max_jh@litbang.depkes.go.id

dengan harga terjangkau serta informasi yang memadai serta pemantauan dan evaluasi penggunaan.

Menurut Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pemerintah bertanggung jawab terhadap ketersediaan sumber daya kesehatan dan ketersediaan akses serta fasilitas pelayanan kesehatan untuk memelihara derajat kesehatan setinggi-tingginya.¹ Pelayanan di fasilitas kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten serta perencanaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan diatur oleh pemerintah.²

Salah satu jenis tenaga kesehatan adalah tenaga kefarmasian antara lain apoteker yang oleh Federasi Farmasi Internasional (FIP) didefinisikan sebagai kemampuan individu apoteker untuk melakukan praktek kefarmasian sesuai dengan aturan yang berlaku serta memenuhi syarat kompetensi dan etik kefarmasian.³ Setiap tindakan apoteker mempunyai *liability* yang dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan hukum. Apoteker melakukan praktek kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian seperti rumah sakit, puskesmas, apotek, toko obat atau praktek bersama.⁴

Perkembangan teknologi farmasi dan kedokteran serta perubahan gaya hidup mengubah tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kefarmasian yang lebih menekankan praktek pengobatan yang aman, pencegahan kesalahan pengobatan, pelaporan dan pencegahan efek samping, evaluasi dan tindak lanjut pengobatan, pemberian informasi klinis praktis dan pelayanan ke rumah pasien. Advokasi terhadap masyarakat tidak terbatas pada swamedikasi, melainkan juga pada saat sakit dan harus ditolong di tempat pelayanan kesehatan.

Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit yang diterbitkan hampir bersamaan waktunya dan melengkapi Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Undang-Undang RI No. 35 tahun 2009 tentang narkotika dan peraturan pemerintah No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian mendefinisikan rumah sakit sebagai bentuk pelayanan kesehatan terintegrasi yang melibatkan banyak profesi termasuk apoteker.^{5,6} Landasan hukum tersebut menempatkan status hukum farmasi dalam berbagai pengaturan pelayanan kesehatan. Apoteker di rumah sakit menjalankan praktek kefarmasian seperti profesi kesehatan lain meliputi dokter dan perawat serta harus mempunyai kompetensi yang disyaratkan. Menurut *World Health Organization* (WHO) ada empat unsur utama praktek kefarmasian yang baik (*good pharmacy practice*) yang harus dilaksanakan, meliputi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, pengadaan dan penggunaan sediaan farmasi, swamedikasi serta faktor pengaruh preskripsi dan penggunaan obat yang tiap unsur membutuhkan standar nasional yang mencakup proses dan fasilitas.⁷

Sampai saat ini ada lebih dari 60 perguruan tinggi farmasi di Indonesia memiliki berbagai tingkat akreditasi dan sarana, prasarana serta proses pendidikan profesi apoteker yang sangat bervariasi sehingga kualitas kelulusan bervariasi.⁸ Penelitian yg berjudul "Kesiapan Tenaga Farmasi Menghadapi Era Globalisasi" menunjukkan bahwa standar pelayanan farmasi di rumah sakit belum dapat terlaksana sepenuhnya karena keterbatasan kompetensi dan bekal ilmu yang masih umum.⁹ Studi ini bertujuan mengidentifikasi kualifikasi apoteker sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit dalam rangka memenuhi ketentuan Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009.

Metode

Penelitian kualitatif deskriptif dilakukan pada tahun 2010 di Bandung, Yogyakarta, dan Surabaya. Informan adalah 10 orang apoteker bagian farmasi rumah sakit dan empat orang direktur/wakil direktur penunjang medis rumah sakit, enam apoteker bagian kurikulum perguruan tinggi farmasi, tiga apoteker Badan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), tiga apoteker dinkes provinsi dan tiga apoteker dinkes kota.

Data kompetensi apoteker dan pokok materi untuk pelatihan bersertifikasi dikumpulkan melalui wawancara mendalam. Observasi juga dilakukan di unit pelayanan farmasi rumah sakit menggunakan pedoman wawancara dan daftar tilik. Data sekunder yang dikumpulkan berupa dokumentasi monitoring dan evaluasi penggunaan obat, survei kepuasan pasien, standar operasional prosedur (SOP) yang dilaksanakan dan kurikulum perguruan tinggi farmasi. Analisis data secara deskriptif dan kualitatif dengan metode triangulasi menggunakan berbagai sumber data dan metode pengumpulan data.

Hasil

Kualifikasi Apoteker

Fokus utama pelayanan kefarmasian adalah pelayanan obat dengan orientasi pasien dan meliputi kegiatan perencanaan, pelayanan dan pengajian resep, pemantauan efek samping obat, bimbingan mahasiswa praktek yang kadang juga dilibatkan dalam konseling dan informasi obat. Instalasi farmasi rumah sakit mengelola obat, bahan habis pakai dan bahan baku serta telah memiliki SOP untuk tiap kegiatan meskipun ada yang hanya untuk syarat akreditasi, peran pengadaan (bulanan) dan pengelolaan sediaan farmasi, tidak termasuk alat medis. Perencanaan menggunakan kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dengan memerhatikan anggaran, prioritas, formularium, pola penyakit, data yang lalu dan sisa stok. Pengadaan melalui satu pintu. Penyimpanan berdasarkan bentuk sediaan atau indeks farmakoterapi, secara alfabetis, berdasarkan penyakit khusus dengan distribusi kombinasi sentralisasi-desentralisasi, atau resep individual harian karena keterbatasan jumlah pera-

wat. Pengeluaran obat berdasarkan asas FIFO-FEFO (*first in first out – first expired first out*) serta dilakukan monitoring dan evaluasi triwulanan.

Pengendalian mutu pelayanan mempertimbangkan unsur *input*, proses, lingkungan, dan standar pelayanan melalui peningkatan pelayanan farmasi yang ada, kualitas sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang ada, percepatan waktu tunggu (ada yang dengan resep elektronik), menerima kotak saran dan survei kepuasan berkala. Masih ada rumah sakit yang program pengendalian mutu farmasinya menjadi satu dengan rumah sakit melalui unit pengembangan rumah sakit yang melakukan evaluasi dua kali setahun. Ada instalasi farmasi rumah sakit yang mengevaluasi kepuasan dengan melakukan *sampling* lima pasien per hari dari unit rawat jalan dan rawat inap dan melakukan evaluasi triwulan bersama manajemen rumah sakit.

Komite farmasi dan terapi atau panitia farmasi dan terapi, yang meliputi dokter, farmasis dan perawat bertugas menetapkan formularium. Namun, ada rumah sakit yang tidak menggunakan dan belum melakukan evaluasi kepatuhan atau hanya terbatas untuk jamkesmas, dengan jumlah sesuai rencana tahunan dan bulanan melalui banyak pedagang besar farmasi dengan penunjukan rekanan. Apoteker sebagai sekretaris bekerja sama dengan ketua komite farmasi dan terapi dengan rapat rutin dan berada di bawah direktur ataupun komite medis.

Informasi obat oleh apoteker di sebagian rumah sakit telah berjalan secara aktif atau pasif melalui telepon, *leaflet*, buletin, label, konseling dan kadang seminar, khusus untuk pasien rujukan dokter, penyakit kronis, geriatri dan pediatri, polifarmasi serta pasien yang mau pulang. Namun, ruangan khusus kadang belum tersedia dan masih ada yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi kadang-kadang tidak ada, terutama pasien rawat inap, meskipun struktur pelayanan informasi obat ada dalam informasi tentang indikasi, kontra-indikasi, efek samping obat, stroke, puasa biasanya disampaikan bersama dengan obat. Kendala yang dihadapi adalah sarana informasi dan tenaga, keilmuan dan pendidikan berkelanjutan.

Rasionalisasi penggunaan obat umumnya telah ada meskipun belum semua rumah sakit melaksanakan. Skrining resep dilakukan baik secara administratif, farmasetik dan klinis meskipun kadang oleh asisten apoteker atau bahkan hanya untuk keabsahan resep, belum memerhatikan rasionalitas. Irasionalitas yang sering dijumpai antara lain polifarmasi, indikasi dan cara pakai obat, kombinasi antibiotika.

Program farmasi klinis masih ada yang belum berjalan sebagaimana mestinya atau sedang diupayakan karena kendala kapasitas sumber daya manusia dan beban pekerjaan. Sementara itu, kegiatan kunjungan ke

pasien belum dilaksanakan dan status obat belum ada, meskipun dalam struktur telah ada farmasi klinis dan apoteker sebagai koordinator. Farmasi klinis yang telah berjalan dan ada apoteker yang bertanggung jawab antara lain melakukan informasi obat, konseling, kunjungan mandiri untuk pasien ginjal, hati dan pada penggunaan obat dengan indeks terapi sempit, *ward pharmacist* (baru sebagian kecil), *drug utilization review*, penanganan sitostatika, monitoring efek Samping obat telah sampai laporan ke Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Kegiatan farmasi klinis telah didokumentasikan, meskipun ada yang belum atau kurang tertib dan dievaluasi setiap tiga bulan. Evaluasi meliputi efek samping obat. Data yang dievaluasi oleh panitia farmasi dan terapi sebagai masukan untuk periode berikutnya, misalnya pemberian ketoprofen ke pasien. Jika timbul alergi, akan didiskusikan dalam forum. Di samping itu, secara internal setiap dua minggu dipresentasikan kasus untuk dipelajari, juga kasus menarik dari sisi manajemen, dievaluasi dan mengacu pada jurnal terbaru. Kegiatan kunjungan pasien telah dilakukan oleh apoteker, misal kunjungan pasien stroke, *intensive care unit*, jamkesmas. Contoh kasus yang pernah dihadapi adalah pemberian klopidothromboplatelet untuk pasien stroke dengan empat dosis, ternyata menurut jurnal terbaru belum terbukti. Seperti halnya pemberian angkak untuk menaikkan trombosit pasien *dengue high fever* (DHF), pemberian simvastatin pada pasien kolesterol selama satu minggu, kolesterol malah naik; Efek samping obat terutama pada pemakaian obat injeksi seperti kasus melepuh pada pasien yang disuntik injeksi natrium bikarbonat atau polifarmasi.

Program *patient safety* baru dilakukan dalam jumlah kecil dan biasanya setelah akreditasi. Ada yang masih dalam proses meskipun ada komite lengkap dengan petunjuk teknis dan prosedur tetap dan apoteker tidak termasuk di dalamnya. Rapat rutin tentang kesalahan medis pasien jatuh, mati/padam listrik, resep salah, salah pasien atau dosis dilakukan dan dilaporkan ke kelompok kerja lalu ke komite *patient safety* nasional.

Selain di instalasi farmasi rumah sakit dan komite farmasi dan terapi, apoteker terlibat dalam panitia peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, tim pengendalian infeksi nosokomial, tim penanggulangan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), flu burung, demam berdarah, dan rehabilitasi narkoba, tetapi tidak ditemukan di seluruh rumah sakit. Di samping itu, apoteker juga terlibat dalam tim pengadaan, tim penerimaan, unit *Central Sterile Supply Department* (CSSD), tetapi ada juga apoteker rumah sakit yang tidak mempunyai peran lain. Apoteker yang terlibat berbagai tim lain meliputi tim stroke, trauma, akreditasi, mutu, *patient safety*, pengembangan, *International Standardization Organ-*

ization (ISO), *multi systemic therapy*, dan asupan gizi, bagian sistem pengawasan internal.

Menurut beberapa apoteker di instalasi farmasi rumah sakit, yang penting untuk bekerja di rumah sakit adalah kemampuan komunikasi secara profesional, hubungan antar profesi, manajemen finansial mulai dari penganggaran sampai target yang akan dicapai, pengambilan keputusan di lapangan, peduli pasien, farmasi klinis, sikap dan karakter yang sopan dan ulet, moral yang baik, dan tuntutan mengembangkan ilmu pengetahuan. Pelatihan yang pernah diikuti cukup banyak antara lain farmasi klinis, pelayanan informasi obat, finansial dan program kunjungan, pencampuran obat steril, *patient safety*, manajemen, komunikasi profesi, seminar mengenai *off label drug* dan seminar sistem farmasi satu pintu, di samping pengenalan alat kesehatan, pelayanan persalinan, manajerial dan birokrasi.

Praktek Kefarmasian di Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan hasil pengamatan praktek kefarmasian dan data sekunder di fasilitas pelayanan kefarmasian rumah sakit, berbagai kegiatan yang tidak dilakukan antara lain dokumentasi pemantauan dan evaluasi pengelolaan sediaan farmasi, wawancara riwayat obat secara rutin dan terdokumentasi, dokumentasi survei kepuasan pasien dalam pelayanan obat, *dispensing* khusus, kunjungan secara rutin dan terdokumentasi dalam sistem *dispensing* khusus (obat steril, sitostatika) dan kunjungan, pemantauan terapi obat dan monitoring efek samping obat secara rutin, kajian penggunaan obat secara rutin dan terdokumentasi, laporan evaluasi kepatuhan terhadap formularium, pemantauan kadar obat dalam darah dalam pemantauan dan evaluasi, konseling pasien rawat inap maupun rawat jalan secara rutin terjadwal dan terdokumentasi, ruang khusus untuk konseling dan informasi obat, serta dokumentasi dan laporan evaluasi konseling dan informasi obat dalam konseling dan informasi obat. Secara ringkas kualifikasi dan pelaksanaan apoteker di rumah sakit terdapat pada Tabel 1.

Pendapat Institusi Terkait

Dalam aspek pengelolaan/administrasi obat dan farmasi, apoteker telah mempunyai pengetahuan yang baik dan mampu melakukan fungsi penyimpanan dan distribusi obat serta pengendalian mutu obat, tetapi dalam pengetahuan dan pelaksanaan farmasi klinis terutama mengenai konsep *drug related problem* interaksi obat dan farmako-kinetika klinik, *therapeutic drug monitoring*, *total parenteral nutrition* dan analisa data laboratorium serta *drug safety* masih harus banyak ditingkatkan.

Ada sedikit perbedaan ekspektasi antara manajemen rumah sakit dan apoteker. Manajemen rumah sakit berpendapat pelayanan obat ke pasien cepat dan baik adalah yang utama, apabila hal tersebut telah berjalan

baik, baru menjalankan program farmasi klinis dan pelayanan informasi obat. Manajemen rumah sakit juga berharap apoteker mempunyai pengetahuan manajemen rumah sakit dan tidak hanya terfokus pada pekerjaan farmasi. Sementara, apoteker masih fokus pada pelaksanaan pelayanan kefarmasian yang seharusnya termasuk pelayanan farmasi klinis dan tidak direpotkan oleh urusan administrasi rumah sakit.

Hasil wawancara mendalam dengan perguruan tinggi farmasi menunjukkan beberapa materi telah sesuai dengan kebutuhan, khususnya pada perguruan tinggi negeri yang terakreditasi A, program sarjana telah terpisah untuk peminatan industri dan rumah sakit. Perusahaan farmasi tertentu memisahkan secara lebih tegas program sarjana dan apoteker untuk farmasi komunitas dan klinis, farmasi industri dan farmasi bahan alam sehingga hampir seluruh materi yang diberikan telah mengacu kepada peminatan tersebut. Apabila mereka memilih program studi farmasi klinik dan komunitas, materi yang diberikan sudah spesifik, contohnya: farmakoterapi sistem saraf, sistem renal, sistem kardiovaskuler, sistem hormon dan endokrin, sistem pencernaan dan pernapasan, nutrisi, konseling dan lain sebagainya. Kemudian mereka melanjutkan ke program profesi apoteker dengan materi yang seluruhnya terkait farmasi klinik dan komunitas dan tidak ada materi terkait industri atau bahan alam. Pada perguruan tinggi farmasi lain, pemisahan baru terjadi pada tugas akhir.

Proses pengendalian mutu pelayanan farmasi pada umumnya belum berjalan rutin dan sebagian masih melekat pada program rumah sakit. Umumnya survei kepuasan pelanggan rumah sakit termasuk di instalasi farmasi rumah sakit mencakup waktu tunggu, kenyamanan, keramahan dan kejelasan informasi. Aspek ketepatan pemberian obat, kesalahan racik atau aspek kesalahan medis masih sangat kurang. Secara ringkas, pendapat berbagai institusi terkait tentang kualifikasi apoteker yang melakukan praktek kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian rumah sakit dapat dilihat dalam Tabel 2.

Pembahasan

Farmasi klinis di rumah sakit belum berjalan baik atau bahkan belum berjalan di sebagian rumah sakit karena fokus utama pihak manajemen rumah sakit masih pada pelayanan kefarmasian secara umum meliputi pelayanan resep, obat tersedia dan percepatan waktu tunggu. Padahal, farmasi klinis bermanfaat untuk kepuasan pasien. Pasien pulang setelah konseling, keamanan dan hasil terapi lebih baik, masalah dapat dipantau dan diantisipasi serta rasionalisasi harga obat. Kepuasan pasien akan meningkatkan jumlah pasien dan cakupan resep mungkin naik menjadi 100% bahkan lebih karena ada salinan resep. Di samping itu, kapasitas

Tabel 1. Praktik Kefarmasian di Rumah Sakit

Kualifikasi Apoteker	Pelaksanaan Kualifikasi	Materi Pengembangan
Pengelolaan (pengadaan, penyimpanan, distribusi) serta pengendalian kualitas obat dan persediaan kesehatan lain.	Apoteker telah mengelola sediaan farmasi termasuk penyimpanan dan distribusi dengan baik meskipun ada standar operasional prosedur yang hanya untuk akreditasi dan dokumentasi kurang tertib. Kendali mutu obat terbatas organoleptis, mutu pelayanan telah ada meskipun kadang tidak mandiri.	Komunikasi antarprofesi, manajemen finansial, farmasi klinis, <i>patient safety</i> , farmasi analisis, manajemen logistik, <i>global logistic properties</i> , peraturan perundang-undangan
Farmasi klinik : Partisipasi dalam pengambilan keputusan pemberian obat pada penderita, pemilihan obat yang tepat, pemberian dan penyediaan dan pendidikan penderita	Farmasi klinis seperti pusat informasi obat, konseling, dan kunjungan belum semua melakukan karena kendala kapasitas sumber daya manusia dan dokumentasi yang kurang tertib. Rasionalisasi obat dan <i>patient safety</i> baru sebagian kecil. <i>Theurapeutic drug monitoring</i> belum ada yang melaksanakan	DRP, interaksi obat terutama parenteral, dokumentasi riwayat pengobatan pasien, farmakodinamik, pemantauan efek obat, farmakokinetik klinis, patofisiologi, analisis data lab, <i>theurapeutic drug monitoring</i> , <i>total parenteral nutrition</i> , dan studi kasus
Konsultasi, informasi dan edukasi yang berkaitan dengan penggunaan obat	Informasi obat telah berjalan meski kadang tanpa ruangan khusus dan dokumentasi kurang tertib dan tanpa laporan evaluasi. pusat informasi obat berjalan dengan kendala sarana, sumber daya manusia, pendidikan, kadang pasif	Komunikasi, farmakoterapi, evaluasi sumber literatur, psikologi
Partisipasi dan kontribusi dalam penelitian yang dilakukan di rumah sakit.	Apoteker terlibat dalam berbagai tim seperti Pengendalian infeksi nosokomial dan penyakit tertentu, peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, penanggulangan keracunan	Ilmu kefarmasian, toksikologi
Peran dalam komite farmasi dan terapi	Fungsi komite farmasi dan terapi telah berjalan, namun kepatuhan formularium ada yang belum dilakukan	Farmasi klinik, komunikasi

Tabel 2. Pendapat Institusi Terkait Kualifikasi Apoteker di Rumah Sakit

Informan	Kualifikasi Apoteker	Materi Pengembangan
Perguruan Tinggi Farmasi	Praktek kefarmasian oleh apoteker bervariasi antar rumah sakit terutama dalam farmasi klinis, sekarang masih dalam masa transisi	Farmasi klinis, komitmen diri, pembagian peminatan farmasi rumah sakit, farmakoterapi, humaniora, komunikasi personal, ilmu perilaku, manajemen
Badan Pengurus Daerah Ikatan Apoteker Indonesia	Sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 51, kualitas baik, perlu penyesuaian sinkronisasi dengan kebutuhan pengguna	Pelatihan asuhan kefarmasian, koordinasi himpunan seminar, standar kompetensi, sertifikasi berkala
Dinkes provinsi	Apoteker telah melakukan praktek pelayanan kefarmasian dengan baik, tetapi apoteker belum mendapat pengakuan	Sosialisasi pembinaan dan pengawasan Peraturan Pemerintah No. 51, kerja sama dengan organisasi profesi, farmasi klinis
Dinkes kota	Apoteker telah melakukan t praktek pelayanan kefarmasian sesuai Peraturan Pemerintah No. 51	Farmakologi obat, farmasi klinis

apoteker di bidang farmasi klinis juga masih terbatas, mengingat kurikulum farmasi klinis baru diberikan/diperkenalkan perguruan tinggi dalam beberapa tahun terakhir.

Suatu penelitian terhadap apoteker yang bekerja pada

pelayanan kesehatan primer menemukan bahwa konsultasi oleh apoteker yang mencerminkan penerimaan pasien dapat meningkatkan efisiensi persepsi dan merupakan umpan balik informasi yang penting bagi anggota tim kesehatan lain untuk memahami persepsi pasien yang pada gilirannya dapat memfasilitasi manajemen pasien.¹⁰ Studi lain pada pelayanan kesehatan primer menunjukkan bahwa perawatan langsung pasien dengan penekanan pada manajemen kebutuhan pasien yang terkait dengan medikasi merupakan fokus utama apoteker pada pelayanan kesehatan primer yang membutuhkan kemampuan komunikasi, kolaborasi, dan profesionalisme.¹¹

Masih banyak kegiatan yang belum dilaksanakan dalam praktek kefarmasian antara lain dokumentasi monitoring dan evaluasi, wawancara riwayat obat secara rutin, dokumentasi survei kepuasan pasien, *dispensing* khusus, kunjungan secara rutin dan terdokumentasi, pemantauan terapi obat dan monitoring efek samping obat secara rutin, kajian penggunaan obat, evaluasi kepatuhan terhadap formularium, pemantauan obat dalam darah, konseling yang terjadwal dan rutin. Hal ini menunjukkan standar pelayanan farmasi di rumah sakit yang dikeluarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2007 belum dapat dilaksanakan secara penuh.

Standar pelayanan minimal pelayanan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan pengadaan obat ter-

masuk penyimpanan sebagian belum terpenuhi di rumah sakit umum daerah dan dibutuhkan pelatihan pengelolaan obat yang lebih intensif.¹² Di Pakistan, meskipun profesi farmasi terus berkembang, sistem pelayanan kesehatan belum mengenal peran apoteker. Hal ini disebabkan oleh interaksi apoteker dengan publik yang kurang dan hanya mementingkan peran profesional dalam sistem pelayanan kesehatan. Masalah utama adalah kekurangan jumlah apoteker di instalasi farmasi/apotek dan pelayanan lebih mengutamakan manajemen daripada pasien.¹³ Di dua puluh enam kabupaten di Indonesia, selain prasarana terbatas, juga ditemukan kekurangan tenaga kefarmasian apoteker atau asisten apoteker pada unit pengelola obat publik.¹⁴ Pelayanan informasi obat di apotek belum berjalan sebagaimana mestinya dan analisis *Strength Weakness Opportunity Threat* (SWOT) menunjukkan komunikasi, informasi dan edukasi pasien merupakan titik terlemah.¹⁵ Sebaliknya, di negara maju seperti Amerika Serikat, suatu survei terhadap direktur farmasi dari 1.364 rumah sakit di Amerika Serikat menunjukkan bahwa farmasis sangat terlibat dalam monitoring terapi obat dan kurang terlibat dalam kegiatan pendidikan, praktek kefarmasian rumah sakit makin terintegrasi dan farmasis terlibat dalam peran distribusi juga klinis.¹⁶

Penurunan kejadian kesalahan medis serius dari sebelumnya (29 per 1.000 pasien hari) di *intensive care unit* menjadi 6 per 1.000 pasien hari dengan menempatkan apoteker klinis unit *base* di bangsal, sedangkan apoteker paruh waktu di bagian umum tidak menurunkan kejadian kesalahan.¹⁷ Di Indonesia, rata-rata dua *drug related problem* per pasien yang sebagian besar melibatkan anti infeksi. Apoteker paling mungkin melakukan intervensi pada kasus *drug related problem*, meskipun kadang usul intervensi tidak disetujui penulis resep.¹⁸ Kejadian kesalahan pelayanan obat di rumah sakit, terutama yang menyangkut peresepan yang tidak mencantumkan usia pasien atau berat badan, kesalahan aturan pakai dan dosis, peracikan dan penyerahan obat, sesungguhnya dapat dicegah apabila apoteker melakukan penilaian pasien dengan menggali keterangan tentang nama, usia, berat badan, keadaan hamil, riwayat alergi, riwayat penyakit, dan kontrasepsi bila ada.¹⁹

Kualitas apoteker berhubungan erat dengan beban kerja apoteker di rumah sakit. Apabila di rumah sakit, apoteker bekerja terlalu banyak dan waktu tersita untuk mengurus aspek administrasi rumah sakit, kemampuan apoteker untuk pekerjaan pelayanan kefarmasian yang berhubungan dengan farmasi klinis dan *drug safety* kurang berkembang. Sebaiknya, standar pelayanan kefarmasian rumah sakit yang dikeluarkan oleh kementerian kesehatan yang mensyaratkan satu apoteker untuk tiga puluh tempat tidur supaya diikuti. Pada kenyataannya, hal tersebut belum berjalan akibat keterbatasan

jumlah sumber daya manusia sebagai apoteker.

Tiap negara membutuhkan tenaga kefarmasian untuk pelayanan dan pendampingan preskripsi obat dan penggunaan obat yang rasional, manajemen unit farmasi dan formularium untuk menjamin akses terhadap obat, pengembangan pedoman klinis dan pelayanan informasi serta konseling. Komposisi, kompetensi dan ukuran petugas yang dibutuhkan untuk tiap peran berbeda-beda bergantung kebutuhan. Pedoman kebijakan sangat kurang dan masa depan farmasi rumah sakit bergantung pada kemampuan profesi untuk memberikan bukti nyata perencanaan tenaga farmasi rumah sakit yang berkesinambungan dan terintegrasi yang penting.²⁰ Di samping itu, kapasitas apoteker di bidang farmasi klinis juga masih terbatas, mengingat kurikulum farmasi klinis baru diberikan/diperkenalkan perguruan tinggi dalam beberapa tahun terakhir sehingga apoteker-apoteker lulusan lama belum menguasai ilmu tersebut. Konsekuensinya apoteker masih memerlukan pendidikan berkelanjutan yang mengacu kepada kebutuhan lapangan seperti farmasi klinis dan *drug safety*.

International Pharmaceutical Federation menyatakan apoteker akan tetap berperan penting dalam penyediaan informasi obat yang tepat dan dapat dipertanggungjawabkan baik lisan maupun tertulis kepada pasien. Dengan akses informasi dari internet yang makin meningkat, apoteker dapat bertindak sebagai pemandu dan penerjemah. Penjelasan lisan tetap menjadi prioritas bagi pasien, tetapi harus terkait erat dengan informasi tertulis. Keduanya harus mencerminkan pemahaman kesehatan pasien dan perawat. Harus dipastikan bahwa informasi tertulis bukanlah substitusi diskusi dan pasien didorong untuk menggunakan informasi tertulis serta mengajukan pertanyaan yang timbul. Apoteker juga harus bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk menjamin pasien menerima informasi yang memadai, tepat dan konsisten. Lebih jauh lagi apoteker dapat memberikan dokumen tertulis bersama obat sebagai pengingat untuk mendukung informasi lisan yang diberikan.²¹ Manajemen penyakit kronis yang efektif harus melibatkan partisipasi aktif pasien karena peran apoteker tidak dibatasi pada obat dan perlu diperluas dalam sistem pelayanan kesehatan primer. Lebih jauh, dibutuhkan dukungan pemerintah dengan meningkatkan peran apoteker dalam pelayanan kesehatan dan pengembangan kerjasama pemerintah dan swasta dengan apoteker komunitas.²²

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009, apoteker berkewajiban untuk menyerahkan obat langsung kepada pasien. Suatu penelitian terhadap pengunjung apotek di kota Depok menunjukkan bahwa konsumen membutuhkan pelayanan informasi obat meskipun mereka kurang mengetahui siapa yang berhak memberikan informasi obat tersebut.²³ Ternyata di

rumah sakit pun hal ini masih belum berjalan sepenuhnya. Hal tersebut mungkin terjadi, apoteker rumah sakit harus rela menyerahkan pekerjaan administrasi yang dapat dilimpahkan kepada tenaga nonfarmasi, misalnya pembelian dan pembiayaan sehingga dapat konsentrasi penuh pada pelayanan farmasi.

Kurikulum pendidikan sarjana farmasi dan apoteker yang memenuhi kebutuhan pekerjaan kefarmasian di rumah sakit perlu dikaji. Sebaiknya perusahaan farmasi melakukan pemisahan secepat mungkin agar materi yang diberikan dapat lebih fokus terhadap peminatan yang sesuai agar apoteker yang dihasilkan siap untuk bekerja di rumah sakit. Surat Keputusan Kementerian Kesehatan No. 1197/Menkes/SK/IX/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit harus direvisi dengan Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009. Sebaiknya, standar tersebut lebih rinci dan menyebutkan bahwa beberapa perbedaan kompetensi pada jenis rumah sakit, misalnya pelayanan total parenteral nutrisi dibutuhkan untuk rumah sakit kelas A dan B yang mempunyai fasilitas ruangan produksi steril. Penentuan kadar obat dalam darah juga perlu dipertimbangkan apakah masih perlu dilakukan oleh apoteker rumah sakit atau tidak, selain hal tersebut membutuhkan keahlian yang spesifik, dalam penelitian ini tidak dijumpai satupun adanya praktik tersebut di rumah sakit. Perlu ada pembagian kompetensi pelayanan kefarmasian antara rumah sakit kelas A, B, C dan rumah sakit khusus.

Keberadaan apoteker pada unit CSSD juga masih perlu dikaji ulang. Pada umumnya, unit CSSD di rumah sakit merupakan unit terpisah dari instalasi farmasi dan kepala CSSD umumnya juga apoteker. Pelaksanaan Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 belum berjalan sepenuhnya karena fokus pekerjaan apoteker masih terbagi. Oleh sebab itu, lebih baik seluruh apoteker yang ada di rumah sakit diutamakan pada unit farmasi agar pelayanan kefarmasian dapat berjalan baik. Apabila pelayanan farmasi telah baik dan jumlah serta kualitas apotekernya telah lebih dari cukup baru mengurus CSSD.

Akreditasi rumah sakit juga mendukung kelangsungan pelayanan farmasi rumah sakit yang baik, tetapi konsep akreditasi sering hanya berjalan pada waktu seputar penilaian akreditasi. Setelah lulus akreditasi, pola lama yang kurang baik berjalan lagi. Dalam upaya peningkatan pelaksanaan fungsi farmasi klinis dan *patient safety* serta komunikasi, informasi dan edukasi dibutuhkan peningkatan pengetahuan farmakoterapi, farmasi klinis termasuk konsep *drug related problem*, patofisiologi dan analisa data laboratorium, komunikasi, farmakokinetik klinik dan interaksi obat, *theurapeutic drug monitoring* dan *total parenteral nutrition* serta studi kasus-kasusnya. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan melalui ceramah interaktif, diskusi kelompok maupun studi kasus.

Sebaliknya, apoteker tidak terlalu dibebani dengan fungsi administratif dan kuantitasnya ditambah sesuai dengan beban kerja kefarmasian di rumah sakit.

Kesimpulan

Dalam aspek pengelolaan/administrasi obat dan sediaan farmasi, apoteker yang melakukan praktek kefarmasian di rumah sakit telah mempunyai pengetahuan yang baik, tetapi dalam hal pengetahuan mengenai farmasi klinis dan *patient safety* masih harus banyak ditingkatkan. Apoteker khususnya lulusan lama masih perlu pendidikan lebih lanjut yang mengacu kepada kebutuhan lapangan seperti farmasi klinis dan *patient safety*. Pelaksanaan fungsi farmasi klinis dan *patient safety* serta komunikasi, informasi dan edukasi oleh apoteker membutuhkan peningkatan pengetahuan farmakoterapi, farmasi klinis termasuk *drug related problem*, patofisiologi dan komunikasi, dokumentasi riwayat pengobatan pasien, farmakokinetik klinik dan interaksi obat, *theurapeutic drug monitoring*, dan *total parenteral nutrition* serta studi kasusnya. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan melalui ceramah interaktif, diskusi kelompok ataupun studi kasus. Apoteker juga jangan terlalu dibebani dengan fungsi administratif dan kuantitasnya ditambah sesuai dengan beban kerja kefarmasian di rumah sakit.

Saran

Berdasarkan hal-hal tersebut, pendidikan minimal yang dicapai kepala instalasi farmasi rumah sakit sebaiknya yang memiliki jenjang pendidikan magister farmasi klinis atau rumah sakit agar dapat menjalankan program-program pelayanan farmasi rumah sakit dengan baik.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 161/Menkes/Per/1/2010 tentang registrasi tenaga kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
3. International Pharmaceutical Federation. Federation of International Pharmaceutical reference guide on good pharmacy practice in community and hospital settings. 1st ed. The Hague (The Netherlands): Federation of International Pharmaceutical; 2009.
4. Sekretariat Negara Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian. Jakarta: Kesekretariatan Negara Republik Indonesia; 2009.
5. Sekretariat Negara Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, 2009. Jakarta: Kesekretariatan Negara Republik Indonesia; 2009.
6. Sekretariat Negara Republik Indonesia. Undang-Undang Republik

- Indonesia No. 35 tahun 2009 tentang narkotika. Jakarta: Sekretariat Negara Republik Indonesia; 2009.
7. World Health Organization. Good pharmacy practice in community and hospital pharmacy settings, 1996 [cited 2010 Jan 5]. Available from: whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_PHARM_DAP_96.1.pdf.
 8. Asosiasi Pendidikan Tinggi Farmasi Indonesia. Keputusan Majelis Asosiasi Pendidikan Tinggi Farmasi Indonesia No. 13/APTFI/MA/2010 tentang standar praktik kerja profesi apoteker. Jakarta: Asosiasi Pendidikan Tinggi Farmasi Indonesia; 2010.
 9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di rumah sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2004.
 10. Chen J, Britten N. Strong medicine: an analysis of pharmacist consultations in primary care. *Family Practice*. 2000; 17: 480-5.
 11. Kennie-Kaulbach N, Farrel B, Ward N, Johnston S, Gubbels A, Equale T, et al. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. *BMC Family Practice*. 2012; 13: 27.
 12. Herman MJ, Handayani RS, Yuniar Y. Drug management reviews in district drug management unit and general hospital. *Makara Seri Kesehatan*. 2009; 13(2): 59-62.
 13. Azhar S, Hassali MA, Ibrahim MI, Ahmad M, Masood I, Shafie AA. The role of pharmacists in developing countries: the current scenario in Pakistan. *Human Resources for Health* [serial on the Internet]. 2009; 7: 54 [cited 2010 Jun 5]. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/54>.
 14. Herman MJ, Sasanti R. Eksistensi unit pengelola obat public di beberapa kabupaten/kota suatu analisis paska desentralisasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2009; 12(4): 209-17.
 15. Herman MJ, Sasanti R, Raharni, Siahaan S. Analisis faktor internal dan eksternal yang terkait dengan model pelayanan prima di apotek. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2008; 11(2): 145-55.
 16. Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education-2009. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2010; 67: 542-58.
 17. Kaushal R, Bates DW, Abramson EL, Soukup JR, Goldmann DA. Unit-based clinical pharmacists' prevention of serious medication errors in pediatric inpatients. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2008; 65: 1254-60.
 18. Herman MJ, Sari ID. Analisis of drug related problem in five hospital conducted in 2010. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*. 2012; 10(2): 163-9.
 19. Purba AV, Soleha M, Sari ID. Kesalahan dalam pelayanan obat (medication error) dan usaha pencegahannya. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2007; 10(1): 31-6.
 20. Wuliji T. Current status of human resources and training in hospital pharmacy. *American Journal of Health System Pharmacy*. 2009; 66(5): S56-60.
 21. International Pharmaceutical Federation. Federation of International Pharmaceutical statement of policy medicines information for patients, 2008. The Hague (The Netherlands): Federation of International Pharmaceutical; 2008.
 22. Wong FY, Chan FW, You JH, Wong EL, Yeoh EK. Patient self-management and pharmacist-led patient self-management in Hong Kong: a focus group study from different healthcare professionals' perspectives. *BMC Health Services Research*. 2011; 11: 121.