

*Pengantar Manajemen Pelayanan
RS*



Pokok Bahasan

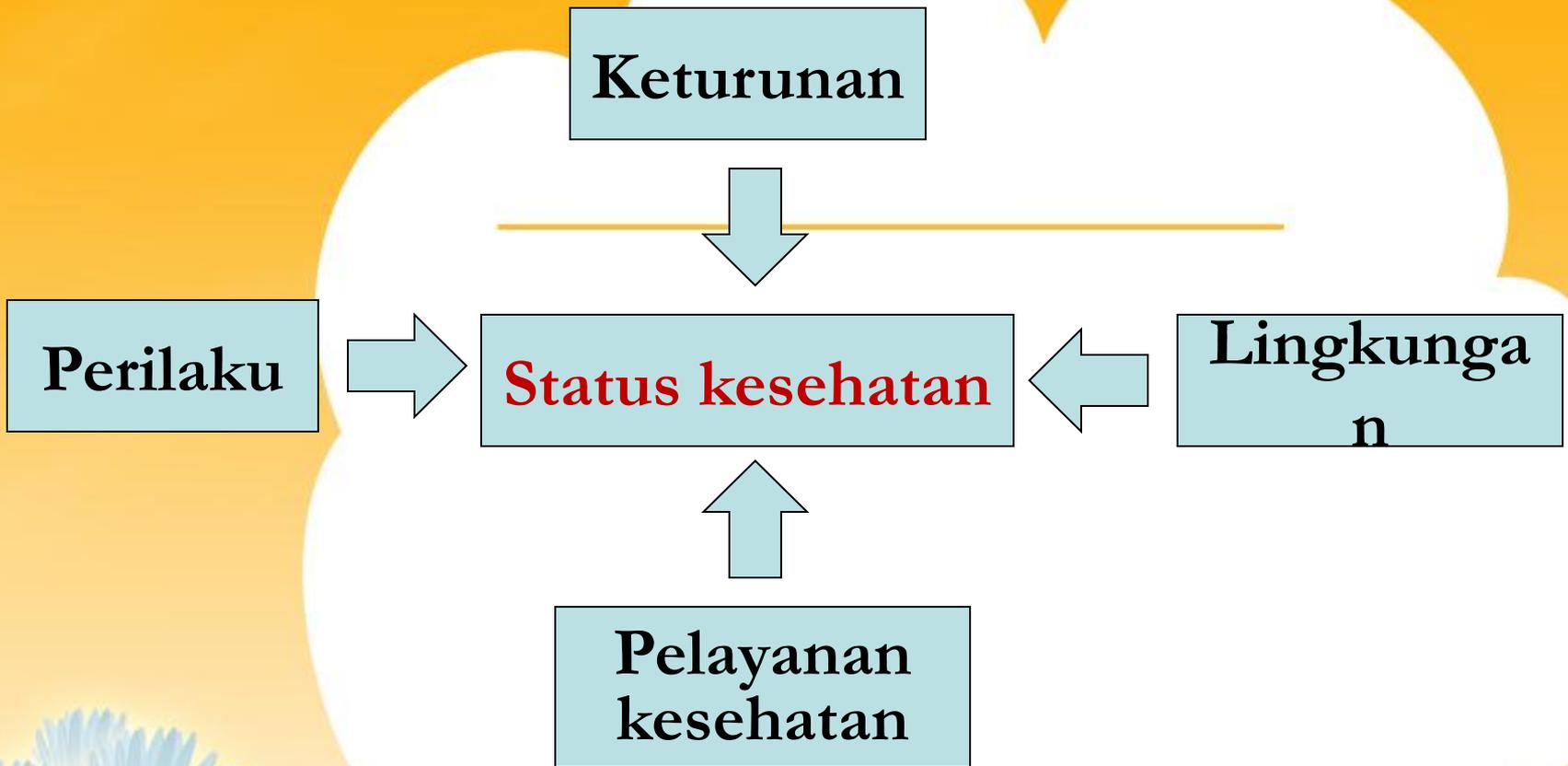
- Pendahuluan
- Konsep manajemen pelayanan RS
- Ruang lingkup manajemen pelayanan RS
- Fungsi manajemen RS
- Kerangka konsep manajemen pelayanan RS



Pendahuluan

- RS sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia
- ☞ Konsep Bloom; Faktor – faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat





☞ Apa hubungan antara pelayanan kesehatan dengan peningkatan status kesehatan...???

Pendahuluan

- Seiring perkembangan jaman, terjadinya transformasi fungsi rumah sakit dari lembaga sosial menuju lembaga bisnis yang patut diperhitungkan keberadaannya

☞ RS adalah fasilitas kesehatan yang padat pakar, padat karya, padat modal, padat teknologi



Pendahuluan

- Dalam menghadapi era globalisasi, berbagai tantangan akan dihadapi oleh RS

- ✓ Jumlah RS
- ✓ Pola penyakit
- ✓ Teknologi kedokteran
- ✓ Harapan masyarakat terhadap pelayanan RS



Pendahuluan

- ✓ Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan
 - ✓ Persaingan antara pelayanan kesehatan modern dan alternatif
 - ✓ dll...
- ☞ RS harus dikelola dengan konsep manajemen yang jelas...!!!



Pendahuluan

Faktor Internal

Faktor Eksternal

*Manajemen
RS*



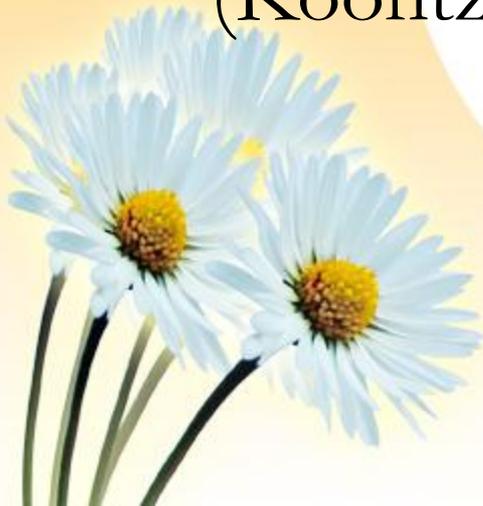
Manajemen...

- Berasal dari bahasa latin “Manui” ⇒
Tangan yang pegang kendali kuda
agar sang kuda dapat diarahkan
mencapai tujuan dengan baik



Manajemen...

- Suatu seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (Follet)
- Pencapaian sesuatu tujuan yang dilakukan melalui dan dengan orang-orang lain (Koontz & Donnel)



Manajemen...

- Proses mengelola dan mengkoordinasi sumber daya secara efektif dan efisien sebagai usaha untuk mencapai tujuan organisasi (Lewis)
 - ✓ Sesuai dengan tujuan atau sasaran
 - ✓ Penggunaan sumber daya yang optimal



Manajemen Pelayanan RS...

- Penerapan konsep manajemen umum dalam sistem pelayanan rumah sakit
 - Koordinasi antara berbagai sumber daya di RS melalui serangkaian proses untuk mencapai tujuan rumah sakit
- ☞ Apa perbedaan antara pelayanan di RS dengan pelayanan pada institusi lainnya...??



Manajemen Pelayanan RS

- Pelaksanaan manajemen di RS haruslah seperti “Bebek merenang di kolam”
- ☞ Tampak tenang di permukaan dan tetap aktif bergerak di bawah permukaan



Manajemen Pelayanan RS

- Tenang RS berhadapan dengan orang sakit
- Aktif Kompleksnya masalah yang dihadapi oleh RS

1. Sebutkan contoh pelayanan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit
2. Mengapa kita membutuhkan ilmu tentang Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit?
3. Jika kalian sebagai seorang Manajer Apotek, mengetahui ada staf yang melakukan korupsi atau pencurian terhadap bawahan kalian secara berjamaah langkah manajemen apa yang akan kalian lakukan?

*Pengantar Manajemen Pelayanan
RS*



Pokok Bahasan

- Pendahuluan
- Konsep manajemen pelayanan RS
- Ruang lingkup manajemen pelayanan RS
- Fungsi manajemen RS
- Kerangka konsep manajemen pelayanan RS



Ruang lingkup manajemen pelayanan RS

Meliputi;

- ☞ Pelayanan kesehatan (klinik)
- ☞ Pelayanan manajerial (administrasi)



a. Pelayanan kesehatan

Meliputi;

- Pelayanan medik;
 - Unit rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rehabilitasi medik
- Pelayanan penunjang medik;
 - Unit laboratorium, farmasi, radiologi, *imaging*
- Pelayanan penunjang non medik;
 - Unit gizi, *laundry*, sarana dan prasarana

b. Pelayanan Manajerial

Meliputi;

- Manajemen kebutuhan pasien
 - Penyediaan pelayanan yang baik bagi pasien
- Manajemen sumber daya RS
 - SDM, dana, fasilitas, dll
- Perencanaan pengembangan RS



Fungsi Manajemen

- Ada berbagai versi mengenai fungsi manajemen

George Terry, L. Gullick, H. Fayol, Koonzt
O'Donnel



Fungsi Manajemen

George Terry	L. Gullick	H. Fayol	Koonzt O'Donnel
	Planning	Planning	Planning
Planning	Organizing	Organizing	Organizing
Organizing	- Staffing - Directing - Coordinating	- Commanding - Coordinating	Staffing Directing
Actuating	Reporting	Controlling	Controlling
Controlling	Budgeting		

Fungsi Manajemen

- Perencanaan (*Planning*)
- Pengorganisasian (*Organizing*)
- Penggerakan (*Actuating*)
- Pengawasan (*Controlling*)

☞ George Terry



a. Perencanaan

- Merupakan proses untuk memikirkan hal – hal yang akan dilakukan di masa yang akan datang dalam rangka mencapai tujuan RS
- Perencanaan memegang peranan yang sangat strategis dalam keberhasilan pelayanan kesehatan di RS



a. Perencanaan

- Contoh perencanaan di RS;
 - Penyusunan visi, misi, tujuan RS
 - Perencanaan pengadaan obat dan logistik, yang disusun berdasarkan pola konsumsi dan pola epidemiologi
 - Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan; dokter, perawat, bidan, dll



b. Pengorganisasian

- Proses mengatur dan mengalokasikan pekerjaan, wewenang, dan sumber daya diantara anggota RS, sehingga dapat mencapai tujuan RS



b. Pengorganisasian

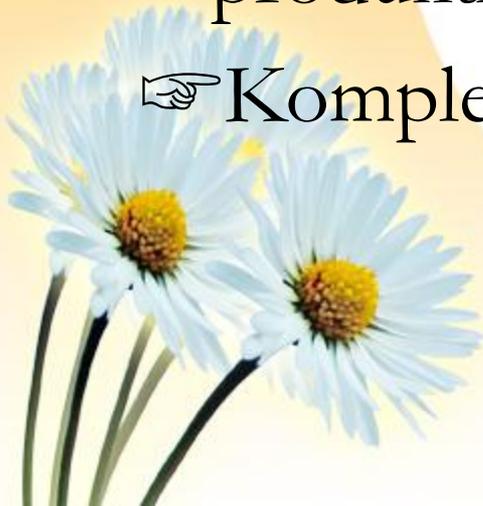
- Contoh pengorganisasian di RS;
 - Penetapan struktur organisasi RS
 - Penetapan *job description*
 - Manajemen SDM RS



c. Penggerakan

- Proses mengarahkan, mempengaruhi, dan memotivasi karyawan agar dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan penuh kesadaran dan produktifitas yang tinggi

☞ Kompleksitas fungsi penggerakan di RS



c. Penggerakan

- Kompleksitas dipengaruhi oleh;
 - Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen (*customer service*)
 - Tenaga yang bekerja di RS terdiri dari berbagai jenis profesi



d. Pengawasan

- Proses untuk mengamati secara terus menerus (berkesinambungan) pelaksanaan rencana kerja dan mengadakan koreksi (perbaikan) terhadap penyimpangan yang terjadi



d. Pengawasan

- Contoh pengawasan di RS;
 - Penetapan standar prestasi kerja
 - Penilai kinerja pegawai di RS
 - Mengevaluasi keberhasilan pencapaian tujuan
 - Melakukan koreksi/solusi atas penyimpangan yang terjadi



Unsur Manajemen (6M)

- *Man*; Sumber Daya Manusia (SDM)
- *Money*; Uang/dana
- *Material*; Bahan/material
- *Machine*; Mesin/alat
- *Method*; Cara yang digunakan dalam bekerja
- *Market*; Pasar

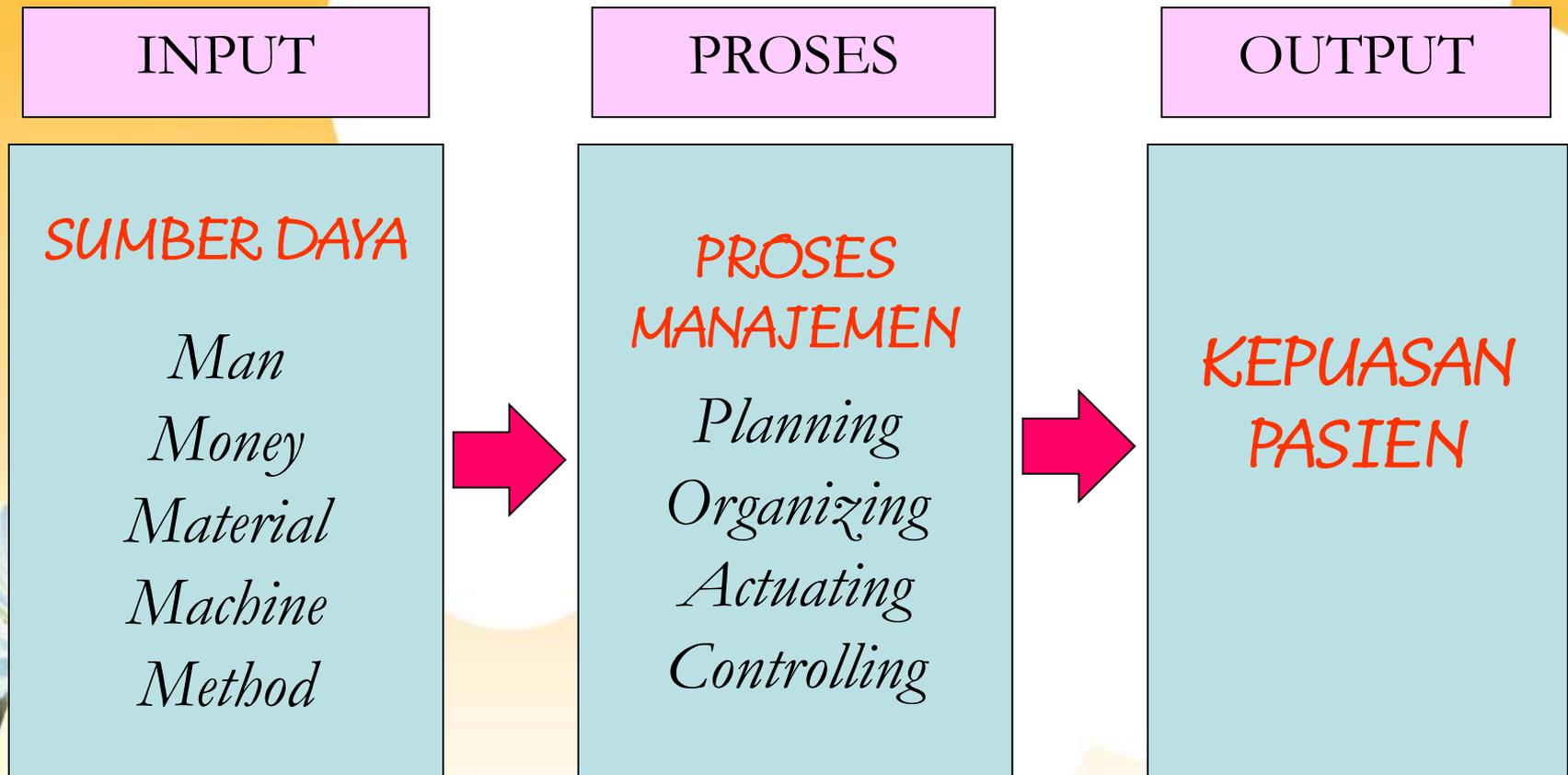


Manajer...

- Orang yang bertanggung jawab untuk menjalankan fungsi manajemen dan mengelola sumber daya yang ada di organisasi
- Manajer di RS perlu mempunyai pemahaman/keahlian medis dan non medis (manajerial)



Kerangka Konsep Manajemen Pelayanan RS



Terima Kasih



DASAR-DASAR MANAJEMEN RS

Pertemuan 3 KEFARMASIAN RUMAH SAKIT

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc

PENGERTIAN

- RS adalah suatu lembaga dalam mata rantai SKN yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat

TUGAS DAN FUNGSI

- RS bertugas melaksanakan pelayanan kesehatan, penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa sesuai dengan peraturan
- RS berfungsi melaksanakan usaha pelayanan medis, rehabilitasi medis, pencegahan, peningkatan kesehatan, perawatan, diklat, sistem rujukan dan tempat penelitian

HAK

- Membuat peraturan RS
- Mensyaratkan pasien harus mentaati peraturan RS
- Mensyaratkan pasien harus mentaati instruksi dokter kepadanya
- Memilih dan menyeleksi dokter yang bekerja
- Menuntut pasien/pihak ketiga yang melakukan wanprestasi

KEWAJIBAN UMUM

- Mentaati kode etik RS, mengawasi dan bertanggung jawab atas kejadian di RS
- Memberi pelayanan yang baik
- Memberi pertolongan emergency tanpa mengharuskan uang muka
- Memelihara rekam medis dengan baik
- Memelihara peralatan agar selalu siap pakai
- Merujuk RS lain jika tidak tersedia peralatan dan tenaga yang dibutuhkan pasien

KEWAJIBAN TERHADAP PASIEN

- Mengindahkan hak azasi pasien
- Mengindahkan privacy pasien
- Menjaga rahasia pasien
- Memberi penjelasan tentang penyakit dan tindakan yang akan diberikan
- Meminta persetujuan sebelum melakukan tindakan medis
- Peka terhadap kritik dan saran serta berlaku jujur dan terbuka terhadap masyarakat

KEWAJIBAN TERHADAP TENAGA RS

- Mengadakan seleksi tenaga
- Mengadakan koordinasi dan mencipta hubungan yang baik antar tenaga
- Mengawasi secara adil tanpa pilih kasih agar tenaga dapat melaksanakan tugas sesuai kode etik profesinya

PELANGGARAN

- Pelanggaran dapat ditangani jika ada pengaduan pelanggaran atau Badan Etika RS menduga ada pelanggaran
- Pengaduan sah jika dibuat tertulis, disertai nama dan alamat yang jelas si pengadu
- Pengaduan dapat dilakukan semua pihak kepada Badan Etika RS
- Sanksi diberikan jika pengaduan terbukti, tergantung berat/ringannya pelanggaran

JENIS

- Jenis RS terdiri RS Pemerintah dan RS Swasta
- RS pemerintah pengelolaannya didanai oleh pemerintah dengan cara menganggarkannya dalam APBN/APBD, dan jika pemasukan dan pengeluaran tidak seimbang didirikan Pav. Swasta. RS dikelola oleh Depkes, Depdagri, TNI, Pemda, BUMN, BUMD

JENIS

- RS swasta didirikan oleh pihak swasta, yaitu beberapa orang yang sepakat untuk mendirikan perusahaan / badan hukum dalam bentuk yayasan. Yayasan adalah badan hukum yang mempunyai harta kekayaan sendiri yang terpisah dari pemiliknya dengan tujuan tertentu dan diurus badan pengurus tanpa mempunyai anggota

KELAS RS PEMERINTAH

- RS Kelas A : menyediakan pelayanan medis Spesialistik dan sub spesialistik luas
- RS Kelas B : menyediakan pelayanan medis spesialistik dan sub spesialistik terbatas
- RS Kelas C : menyediakan 4 vak besar (Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Kebidanan & Kandungan)
- RS Kelas D : menyediakan pelayanan medis dasar oleh dokter umum
- RS Kelas E : RS Khusus

KELAS RS SWASTA

- RSU Pratama : hanya melakukan pelayanan medis umum
- RSU Madya : hanya melakukan pelayanan spesialisik
- RS Utama : melakukan pelayanan spesialisik dan sub spesialisik

SIFAT

- Non profit (sosial) : tujuan yayasan bersifat ideal, bukan mencari keuntungan, sarana menolong orang tidak mampu, biaya berasal dari sumbangan dermawan
- RS sebagai IPSM (Sosial ekonomi) : biaya dari sumbangan dermawan makin sulit, seluruh biaya perawatan dan pengobatan ditagih pada pasien, prinsip ekonomi mulai diterapkan
- RS sebagai business enterprise (profit oriented) : banyak yayasan mencari keuntungan. Permenkes 84/1990 menegaskan pelayanan kesehatan swasta boleh diselenggarakan oleh perorangan, yayasan dan badan hukum lainnya

BENTUK

- RS Khusus : menyelenggarakan satu atau lebih pelayanan medis spesialisik atau penunjang medis, rawat jalan, rawat inap dengan atau tanpa instalasi
- RS Wanita : melayani kehamilan, persalinan, nifas, neonatus patologik, semua aspek alat reproduksi wanita, di bawah tanggung jawab dokter kebidanan dan dokter anak

BENTUK

- RS Bersalin : melayani kehamilan, bersalin, nifas, neonatus patologik, di bawah tanggung jawab dokter kebidanan dan dokter anak
- Rumah Bersalin : melayani kehamilan, persalinan, nifas, neonatus tanpa penyakit selama 2 minggu sesudah bayi lahir.
- Klinik Bersalin : melayani kehamilan, persalinan, nifas, tindakan obgin ringan, dengan rawat jalan dan rawat inap kurang dari 24 jam.

REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc

Pengertian Rekam Medis

- **Permenkes 269 tahun 2008**
 - Berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan
- **SK Dirjen Yanmed No. 78 tahun 1991**
 - Berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap

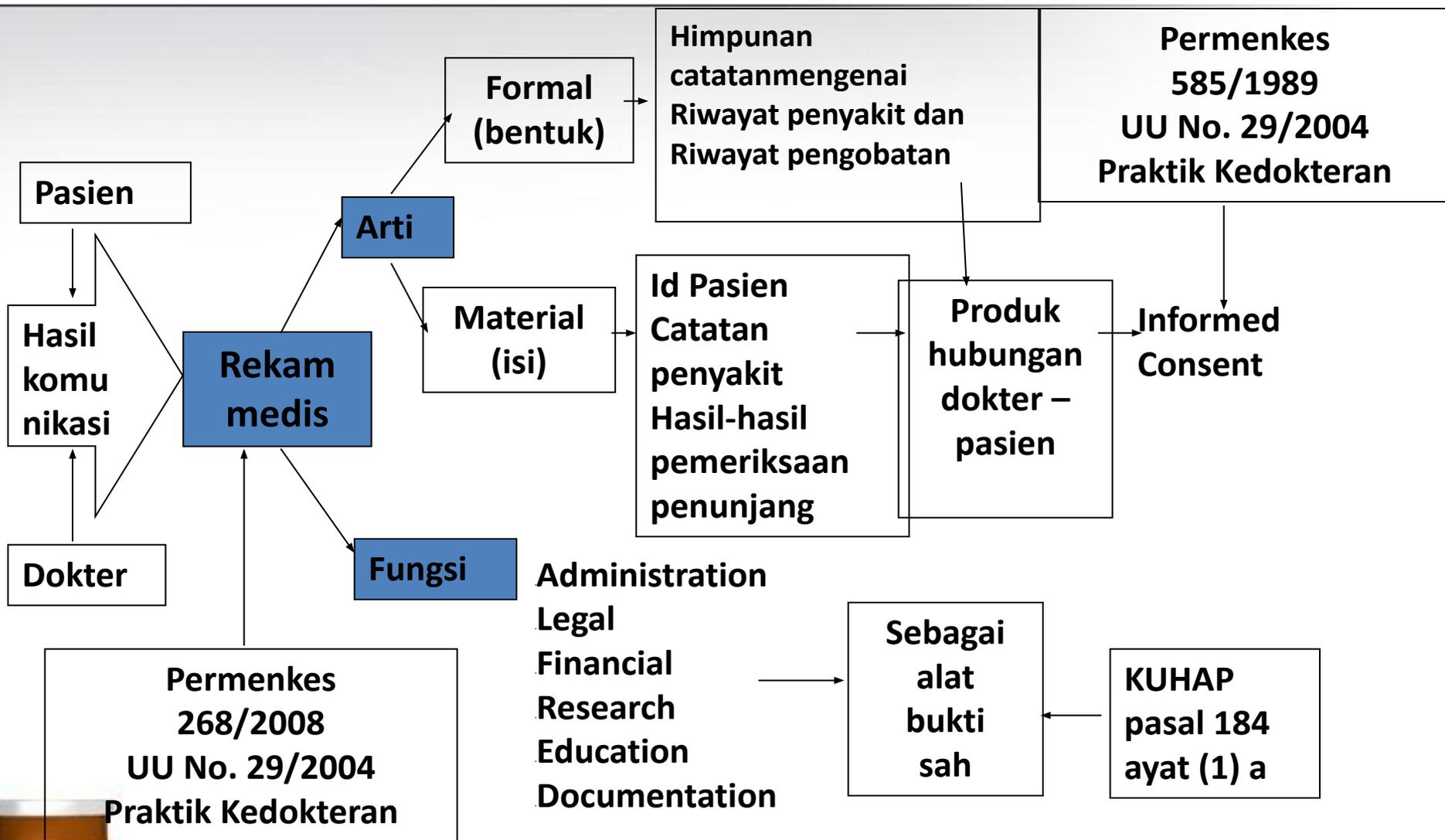
Pengertian rekam medis

- **Huffman EK, 1992**

- Rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya

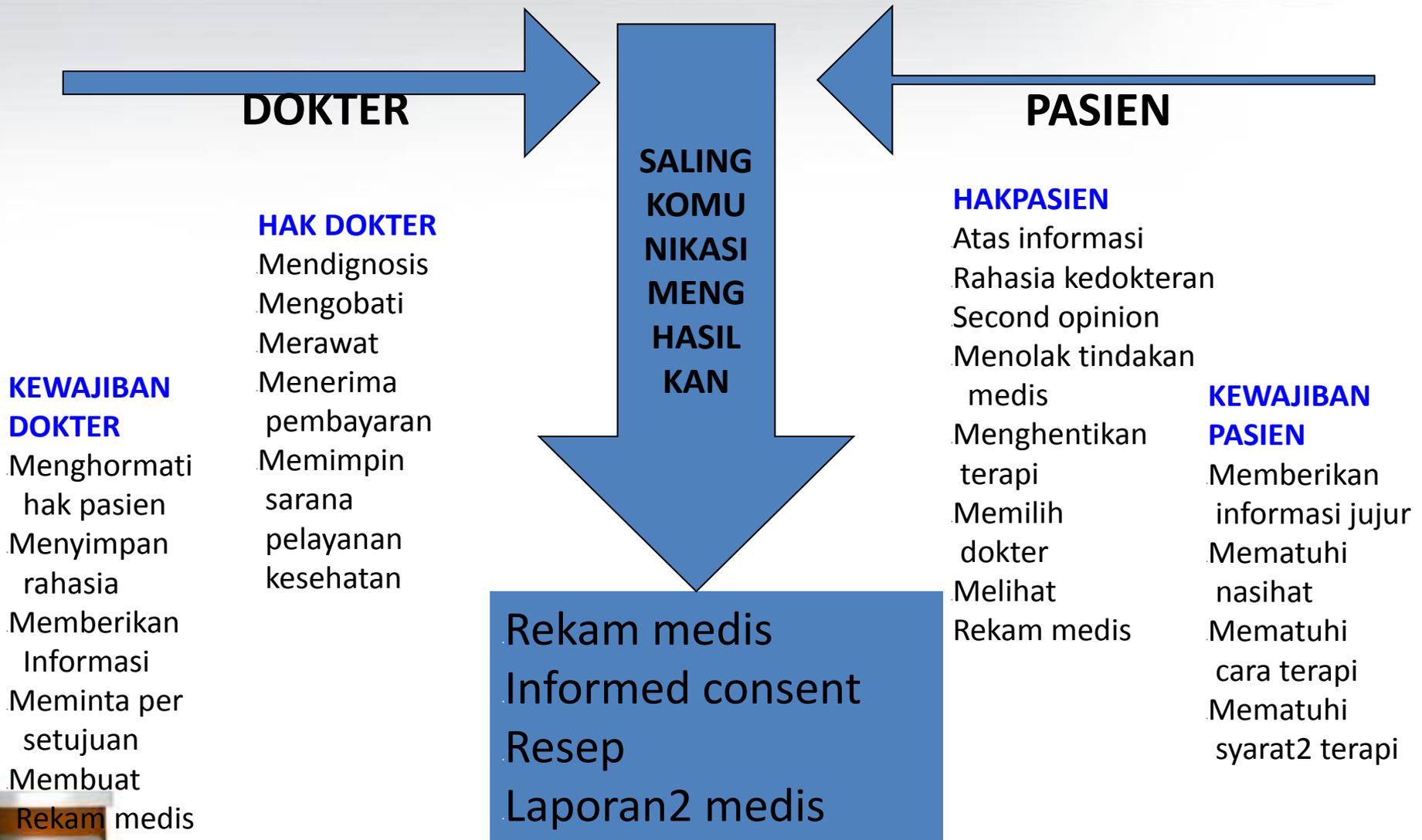


Arti dan fungsi rekam medis





Hubungan dokter – pasien



INFORMED CONSENT

- Penghormatan terhadap hak pasien (HAM):
 - Hak Informasi : berhak memperoleh informasi tentang penyakit dan tindakan yang akan diperolehnya
 - Hak menentukan nasib sendiri : berhak menyetujui atau menolak pengobatan atau tindakan yang akan diterimanya
 - Hak memperoleh pelayanan kesehatan : berhak memperoleh yankes yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan

FILOSOFI INFORMED CONSENT

= Pernyataan oleh PASIEN, atau dalam keadaan tertentu oleh orang yang berhak mewakili pasien, yang isinya merupakan persetujuan kepada dokter untuk melakukan tindakan medik sesudah pasien atau orang yang berhak tersebut diberi informasi secukupnya mengenai tindakan medik yang akan dilakukan



Kewajiban membuat rekam medis

- **Permenkes no. 269/2008 pasal 5**
 - 1 : Setiap dokter/dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis
 - 2: Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan
 - 3 : Pembuatan RM dilaksanakan melalui pencatatan & pendokumentasian hasil px, pengobatan, tindakan & pelayanan lain yg telah diberikan kpd pasien
 - 4: Setiap pencatatan ke dalam rekam medis **harus dibubuhi nama, waktu, dan tandatangan** dokter, dokter gigi atau nakes yang memberikan pelayanan kesehatan scr langsung
 - 6: **Pembetulan kesalahan catatan** hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yg dibetulkan & diberi paraf dokter, dokter gigi/ nakes bersangkutan



Kewajiban membuat rekam medis

- **SK Dirjen Yanmed no 78/1991**
 - Tenaga yang berhak membuat rekam medis di rumah sakit adalah
 - Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit tersebut.
 - Dokter tamu pada rumah sakit tersebut.
 - Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
 - Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non keperawatan yang langsung terlibat di dalam pelayanan-pelayanan kepada pasien di rumah sakit meliputi antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesia, penata rontgen, rehabilitasi medik dan sebagainya.
 - Dalam hal dokter luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan/konsultasi kepada pasien, yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit.



Kepemilikan dan pemanfaatan rekam medis

- **SK Dirjen Yanmed no 78/1991**
- Rekam medis dapat dipakai sebagai :
 - Sumber informasi medis dari pasien yang berobat ke rumah sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
 - Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan paramedis dalam usaha memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan.
 - Bukti tertulis (*documentary evidence*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lain.
 - Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
 - Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
 - Untuk penelitian dan pendidikan.
 - Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.
 - Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.



PENYIMPANAN

- Rekam medis pasien rawat inap di RS wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan
- Setelah batas waktu 5 tahun dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik
- Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik hanya disimpan untuk jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya
- Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang, dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan

KERAHASIAAN

- Informasi : diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, nakes tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana yankes
- Informasi tersebut dapat dibuka :
 - ✓ untuk kepentingan kesehatan pasien
 - ✓ memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan
 - ✓ Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan UU
 - ✓ Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
- Permintaan RM untuk tujuan tersebut harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana yankes

RETENSI DAN PEMUSNAHAN DRM

- **Retensi atau penyusutan DRM** = suatu kegiatan memisahkan antara DRM (dokumen rekam medis) yang masih aktif dengan DRM yang non-aktif/ in-aktif.
 - DRM aktif : dokumen yang masih aktif digunakan untuk pelayanan pasien
 - DRM non-aktif : dokumen yang sudah tidak digunakan lagi untuk pelayanan pasien

Retensi atau penyusutan DRM

- Cara menetapkan DRM dalam keadaan non-aktif = dihitung minimal 5 tahun dari sejak tanggal terakhir berobat
- Cara penyimpanan DRM non-aktif berbeda dengan yang masih aktif :
 - DRM yang masih aktif, disimpan berdasarkan nomor rekam medis
 - DRM yang non-aktif disimpan berdasarkan tanggal terakhir berobat, dan dikelompokkan setiap jenis penyakitnya

Retensi atau penyusutan DRM

- Tujuan retensi =
mengurangi beban penyimpanan dan menyiapkan kegiatan penilaian nilai guna rekam medis untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan
- Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas penyimpanan (*filing*) secara periodik

PENILAIAN NILAI GUNA REKAM MEDIS

- = merupakan suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan
- Kegiatan ini dilakukan oleh Tim Pemusnahan dokumen rekam medis : Komite Rekam medis/ Komite medis; petugas RM senior; anggota (TU, perawat, tenaga lain yang berkaitan)

PENGABADIAN DAN PEMUSNAHAN RM

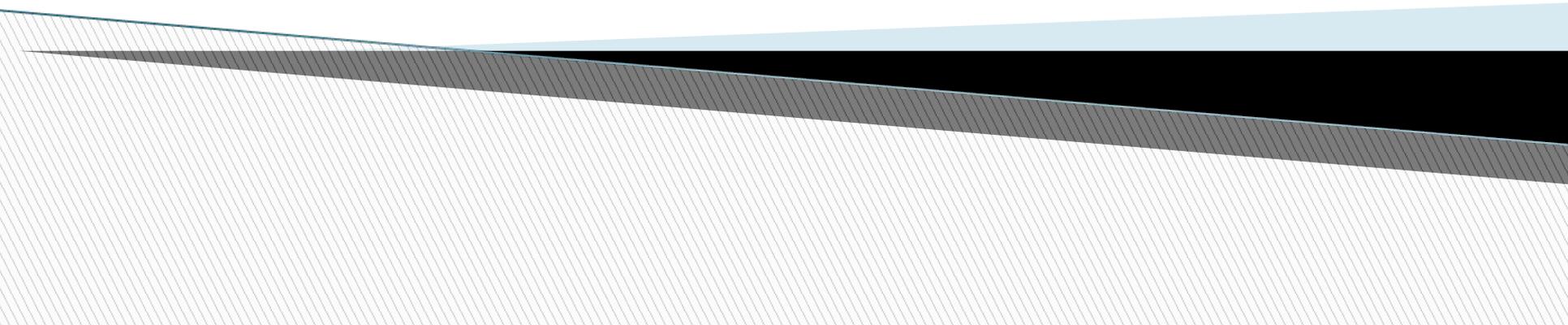
- DRM diabadikan sesuai dengan nilai guna rekam medis (lembaran RM yang dipilih, ringkasan masuk dan keluar, resume, lembar operasi, lembar persetujuan, identifikasi bayi lahir hidup, lembar kematian, berkas RM tertentu)
- Pemusnahan DRM : dibakar menggunakan incenerator/ dibakar biasa, dicacah menggunakan alat pencacah kertas, dibuat bubur untuk daur ulang; khusus formulir rekam medis yang sudah rusak atau tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan membuat pernyataan di atas segel oleh Direktur RS

LATIHAN

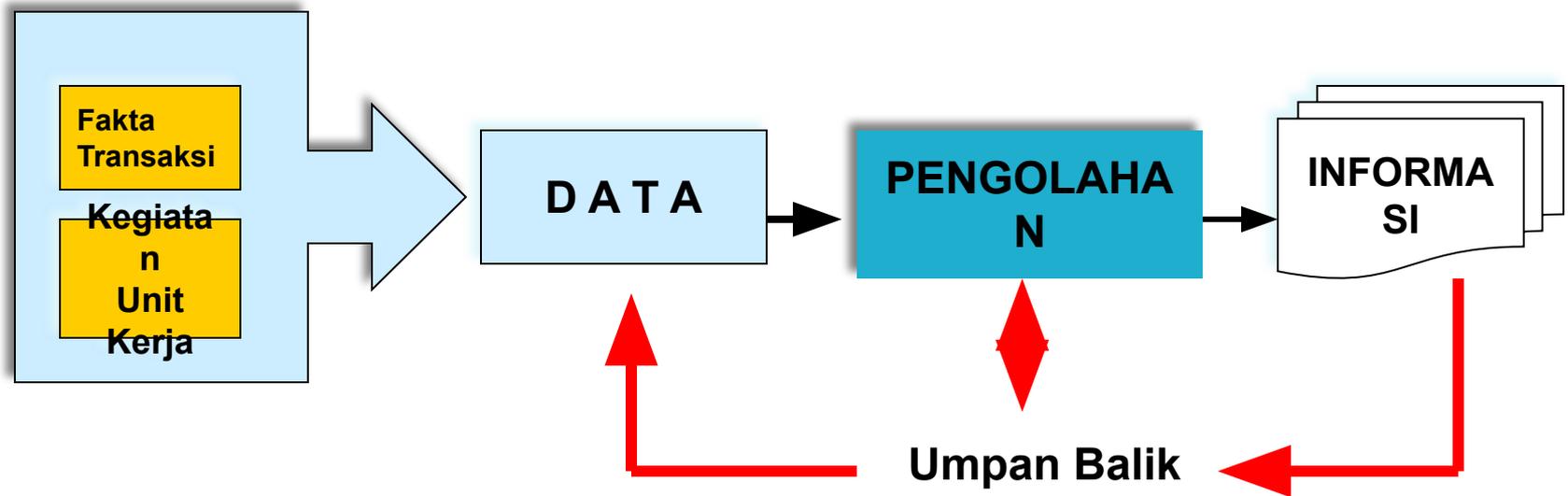
1. Jelaskan peranan rekam medis dalam pelayanan kesehatan!
2. Rekam medis berperan penting di pelayanan kesehatan, bagaimana cara mengelola data rekam medis agar dapat dimanfaatkan secara optimal, jelaskan!

Sistem Informasi Rumah Sakit

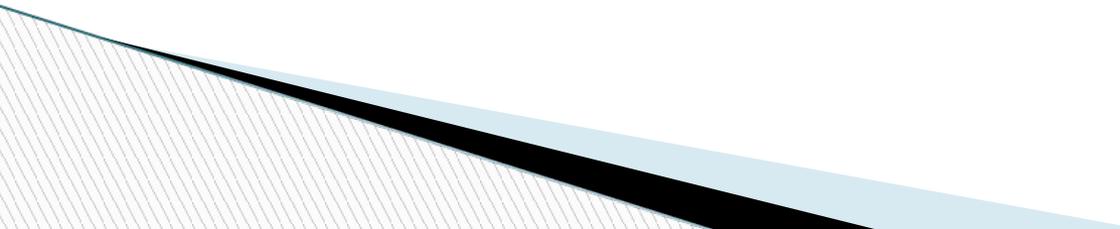
Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc



Sistem Informasi

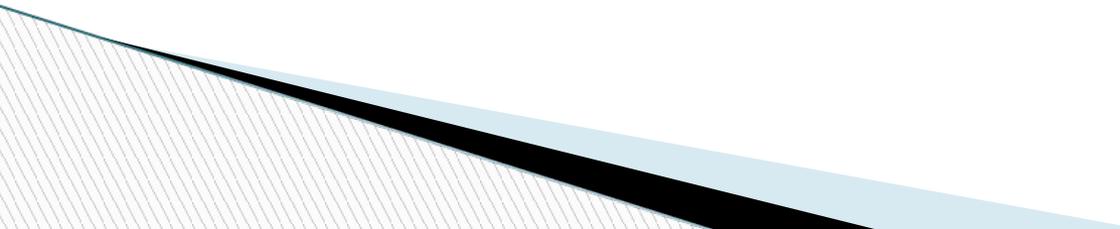


Fakta

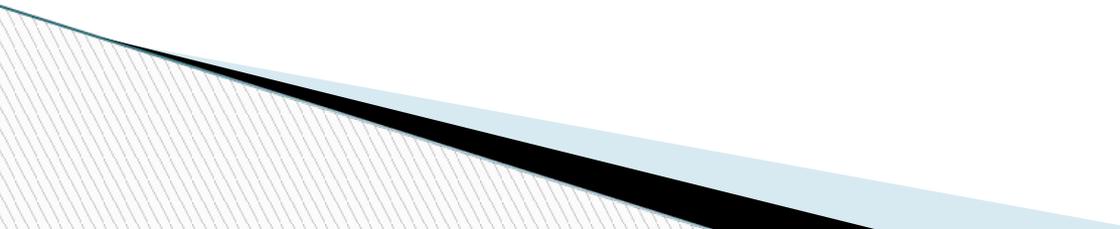
- Man : Petugas RM, perawat, dokter, dsb
 - Management : Para pimpinan
 - Money : Tarif dokter, harga obat, dsb
 - Material : Obat, ATK, dsb
 - Methode : SK, SOP, dsb
 - Machine : Sarana, alkes, perabot, dsb
 - Market : jumlah pasien, jenis pasien, dsb
 - Dsb
- 

Kegiatan Unit Kerja

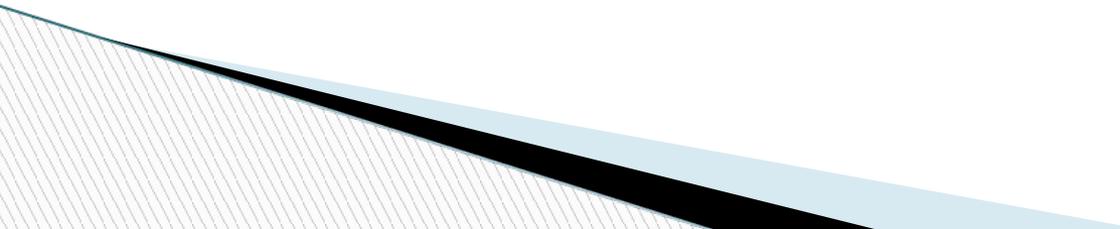
- Pelayanan gawat darurat
 - Pelayanan rawat jalan
 - Pelayanan rawat inap
 - Pelayanan bedah
 - Pelayanan persalinan dan perinatologi
 - Pelayanan intensif
 - Pelayanan radiologi
 - Pelayanan laboratorium patologi klinik
 - Pelayanan rehabilitasi medik
 - Pelayanan farmasi
- 

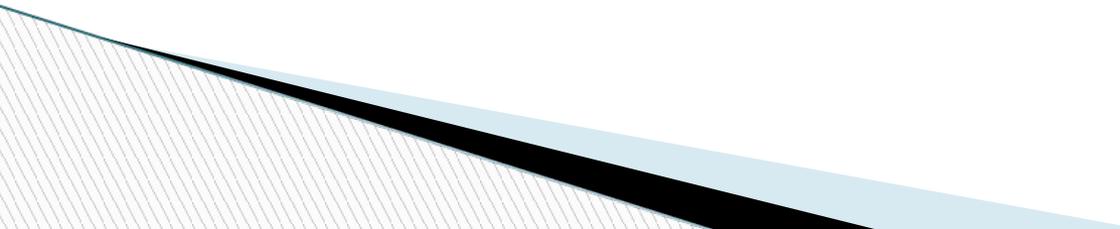
- Pelayanan gizi
 - Pelayanan transfusi darah
 - Pelayanan keluarga miskin
 - Pelayanan rekam medis
 - Pengelolaan limbah
 - Pelayanan administrasi manajemen
 - Pelayanan ambulans/kereta jenazah
 - Pelayanan pemulasaraan jenazah
 - Pelayanan laundry
 - Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
 - Pencegah Pengendalian Infeksi
- 

Data pasien rawat jalan

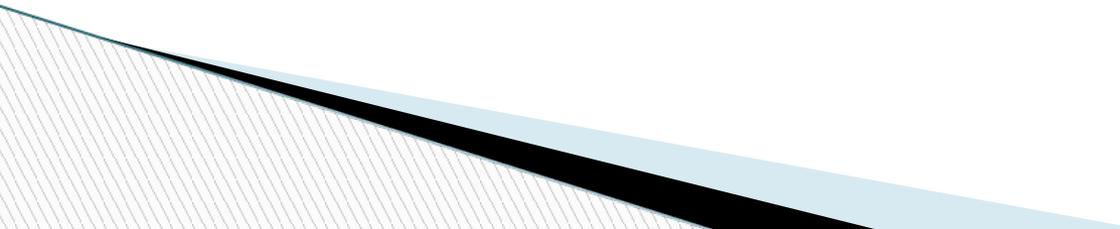
- Identitas pasien ; Tanggal dan waktu
 - Hasil anamnesis, mencakup sekurang –kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - Diagnosis ; Rencana penatalaksanaan
 - Pengobatan dan/atau tindakan
 - Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - Untuk pasien gigi dilengkapi odontogram klinik
 - Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 

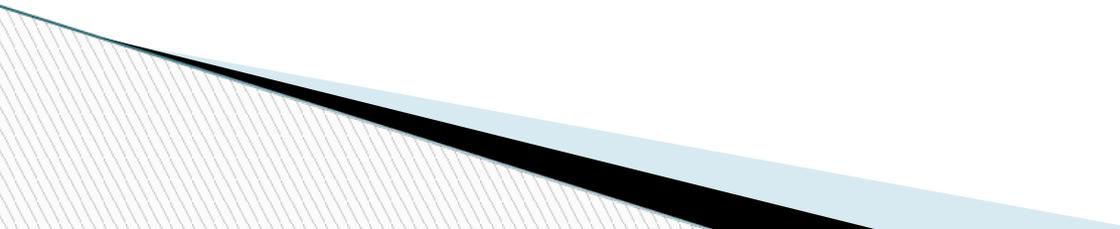
Data pasien rawat inap

- Identitas pasien
 - Tanggal dan waktu
 - Hasil anamnesis, mencakup sekurang –kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - Diagnosis
 - Rencana penatalaksanaan
 - Pengobatan dan/atau tindakan
 - Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- 

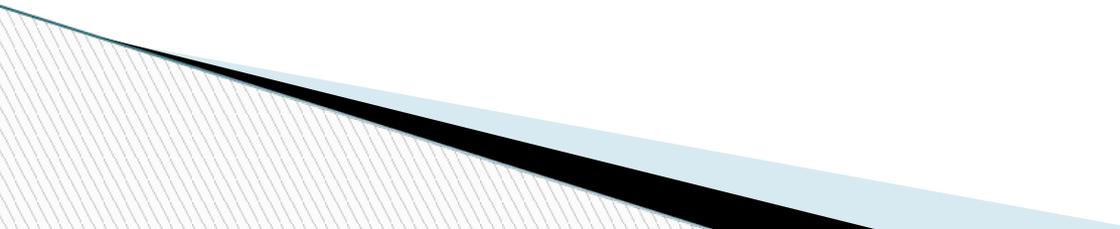
- Ringkasan pulang (discharge summary)
 - Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
 - Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan ordontogram klinik.
- 

Data pasien gawat darurat

- Identitas pasien
 - Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
 - Identitas pengantar pasien
 - Tanggal dan waktu
 - Hasil anamnesis, mencakup sekurang –kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - Diagnosis
- 

- Pengobatan dan/atau tindakan
 - Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan UGD dan rencana tindak lanjut
 - Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
 - Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- 

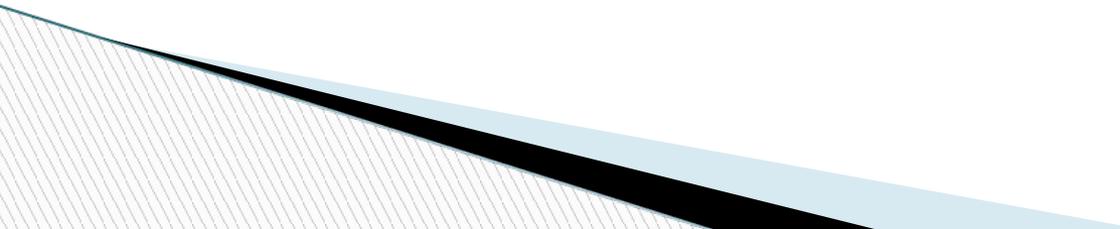
Pengolahan data

- Penghimpunan dan pencatatan data
 - Pengklasifikasian data
 - Penyusunan data (sorting)
 - Perhitungan (calculating)
 - Penyusunan laporan (summarizing)
 - Penyimpanan (storing)
 - Pencarian (retrieving)
 - Komunikasi (communicating)
 - Penggandaan (reproducing)
 - Pendistribusian data
- 

Informasi

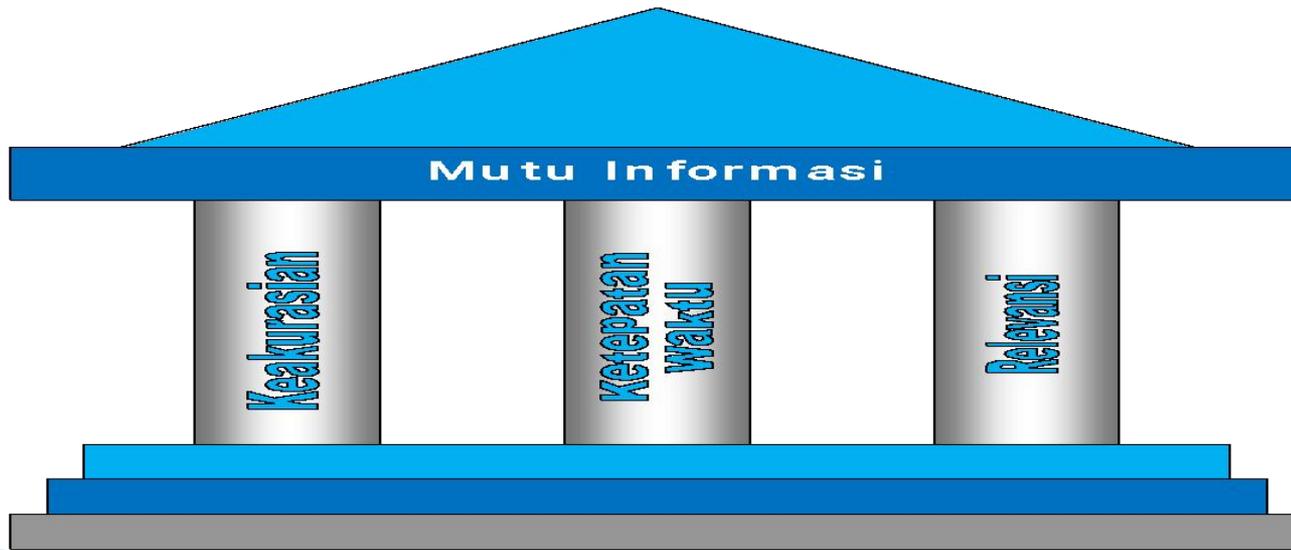
- George R. Terry --- informasi adalah data yang terpenting untuk memberikan pengetahuan yang bermanfaat.
 - Anton M. Moeliono --- informasi adalah data yang sudah diproses untuk tujuan tertentu. Tujuannya ialah agar menghasilkan suatu keputusan.
 - Gordon B. Davis --- informasi adalah data yang sudah dikerucutkan menjadi sebuah bentuk yang sangat berarti bagi si penerima informasi dan berguna dalam pengambilan keputusan.
- 

Informasi Kesehatan

- Informasi adalah hasil pengolahan data menjadi bentuk yang lebih berguna bagi yang menerimanya dan dapat digunakan sebagai alat bantu untuk pengambilan keputusan
 - Menurut WHO, kesehatan adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang sejahtera dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan
- 

Informasi Kesehatan Bermutu

- Informasi yang dihasilkan akurat
- Informasi diproses tepat waktu
- Informasi yang relevan dengan kebutuhan

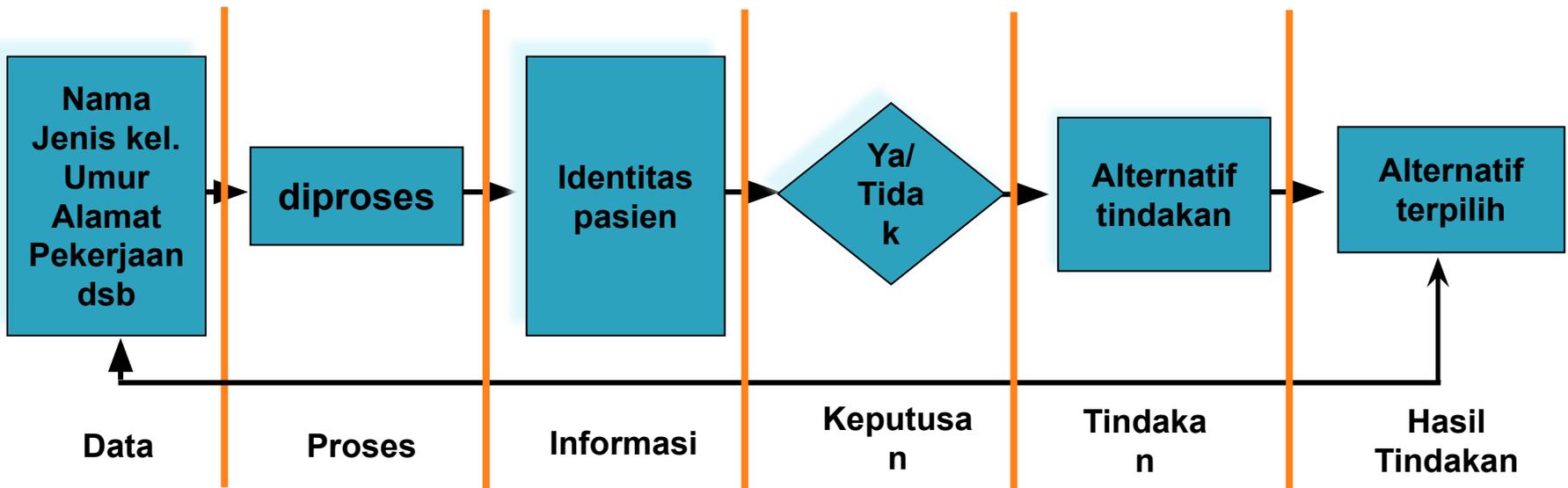


Kegunaan Informasi Kesehatan

- Administratif
- Legal
- Financial
- Research
- Education
- Documentation

A
L
F
R
E
D

Model Informasi



Pertemuan Ke 6 & 7



6. Membuat Formulir Rekam Medik
7. Menjelaskan tentang Pelayanan Farmasi Klinik di Rumah Sakit

Perencanaan Perbekalan Farmasi di Rumah Sakit

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc



Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

- Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang perencanaan kebutuhan perbekalan farmasi di RS

Indikator CPMK

- Mahasiswa mampu menguraikan metode perencanaan
- Mahasiswa mampu menghitung rencana kebutuhan
- Mahasiswa mampu menentukan kategori ABC, VEN dan PUT

SELEKSI

Definisi

Seleksi merupakan kegiatan utk menetapkan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan.



Proses kegiatan yang diawali dari :

- meninjau masalah kesehatan yang ada di RS
- identifikasi pemilihan terapi, bentuk, dosis, harga, ketersediaan di pasaran
- menentukan kriteria pemilihan dengan memprioritaskan obat vital dan esensial
- standarisasi, sosialisasi, edukasi, monitoring, evaluasi dan revisi

DASAR PEMILIHAN

- Formularium dan standar terapi
- Standar sediaan farmasi, alat kesehatan, dan BMHP yang telah ditetapkan
- Pola penyakit
- Efektifitas dan keamanan
- Pengobatan berbasis bukti
- Mutu
- Harga
- Ketersediaan di pasaran

KRITERIA PEMILIHAN OBAT UNTUK MASUK FORMULARIUM RS (PMK NO 72 TH 2016)

- 1) Mengutamakan penggunaan Obat generik
- 2) Memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita
- 3) Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas
- 4) Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan
- 5) praktis dalam penggunaan dan penyerahan;
- 6) menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
- 7) memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung;
- 8) Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

PERENCANAAN

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.**



Daftar Perencanaan Kebutuhan Obat

TUJUAN :

- Menjamin terpenuhinya kebutuhan obat
- Menghindari kekosongan obat

METODE :

- Metode Konsumsi
- Metode Epidemiologi
- Kombinasi Metode Konsumsi dan Epidemiologi

PEDOMAN



FORNAS

DOEN

FORMULARIUM RUMAH SAKIT

STANDAR TERAPI RS

DATA CATATAN MEDIK

PERTIMBANGAN



- a. anggaran yang tersedia;
- b. penetapan prioritas;
- c. sisa persediaan;
- d. data pemakaian periode yang lalu;
- e. waktu tunggu pemesanan; dan
- f. rencana pengembangan.

METODE KONSUMSI

Perhitungan kebutuhan didasarkan pada data riil konsumsi obat periode yang lalu, dengan berbagai penyesuaian dan koreksi.

Digunakan untuk obat atau alkes yang sudah mempunyai data konsumsi yang mantap, yang tidak bisa dihitung dengan kasus per kasus penyakit.

Misal : - Infus cairan dasar (RL, D5%, NACL dll).

- Injeksi antibiotika generik (Ceftriaxon, Cefotaxim)

- Alat kesehatan habis pakai spuit, infuset, IV Cateter

dll

LANGKAH-LANGKAH METODE KONSUMSI

1. Lakukan Evaluasi :

- a. Evaluasi rasionalitas pola pengobatan periode lalu.
- b. Evaluasi suplai obat periode lalu
- c. Evaluasi data stock, distribusi dan penggunaan obat periode lalu
- d. Evaluasi kehilangan / defisit obat

2. Estimasi jumlah kebutuhan obat periode mendatang dengan memperhatikan :

- perubahan cakupan pelayanan
- perubahan pola morbiditas
- perubahan fasilitas pelayanan

3. Penerapan perhitungan

- Penetapan periode konsumsi
- Perhitungan penggunaan tiap jenis obat periode lalu.
- Lakukan koreksi terhadap kehilangan / defisit
- Lakukan koreksi terhadap *stock-out*
- Hitung lead time untuk menentukan safety stock

RUMUS METODE KONSUMSI

$$CT = (CA \times T) + SS - \text{sisa stok}$$

Keterangan :

CT = Rencana Kebutuhan per periode waktu

CA = Konsumsi rata-rata per bulan

T = Lama kebutuhan (bulan/tahun)

LT = Lead Time (waktu tunggu pengadaan)

SS = Safety Stock (CA X LT)

$$CT = (CA \times T) + (CA \times LT) - \text{sisa stok}$$

Contoh :

Data konsumsi obat-obat berikut selama 3 bulan yg lalu :

	sep	okt	nov
- Ceftriaxon inj	1000	1200	1100
- Citilcholin inj	230	250	270
- Omeprazol inj	530	450	500

Adapun stok akhir dari obat-obat tersebut adalah :

- Ceftriaxon inj	100
- Citilcholin inj	30
- Omeprazol inj	50

bagaimana menghitung kebutuhan obat-obat tersebut untuk kebutuhan 1 bulan ke depan jika lead time 15 hari?



Jawab :

▪ **rata2 pemakaian Ceftriaxon inj**

$$= (1000+1200+1100) : 3 = 1100 \text{ vial}$$

$$\text{CT} = (1100 \times 1) + (1100 \times 15/30) - 100$$

$$= (1100 + 550) - 100 = 1550 \text{ vial}$$

▪ **rata2 pemakaian Citilcholin inj**

$$= (230+250+270) : 3 = 250 \text{ vial}$$

$$\text{CT} = (250 \times 1) + (250 \times 15/30) - 30$$

$$= (250 + 125) - 30 = 345$$

▪ **rata2 pemakaian omeprazol**

$$= (530+450+500) : 3 = 493$$

$$\text{CT} = (493 \times 1) + (493 \times 15/30) - 50$$

$$= (493 + 246,5) - 50 = 689,5 \quad \square$$

690

METODE KONSUMSI

- Kadang diperlukan safety stok tambahan untuk mengantisipasi adanya kenaikan jumlah pasien atau adanya kejadian luar biasa (KLB).
- Besar safety stock antara 10%-20%
(Kepmenkes 1121/MENKES/SK/XII/2008)
untuk RS besar, safety stock bisa lebih besar tergantung anggaran dan kapasitas gudang

$$CT = ((CA \times T) + (CA \times LT) + (CA \times 20\%)) - \text{sisa stok}$$

Contoh :

- ❖ Pemakaian Ampicillin inj selama 5 bulan terakhir (Jan – Mei) sebanyak 1500 vial.
- ❖ Sisa stok per 31 Mei sebanyak 100 vial.
- ❖ Pengiriman obat biasanya memakan waktu 21 hari dihitung sejak dari perencanaan diajukan ke pihak manajemen.
- ❖ Untuk mengantisipasi adanya kenaikan pasien, dibuat stok pengaman sebesar 20%.
- ❖ Berapa kebutuhan Ampicillin inj untuk 2 bulan ke depan?



Jawab :

CT = Kebutuhan yang akan dihitung

CA = Konsumsi rata2 /bulan = $1500 : 5 = 300$ vial

T = Lama kebutuhan 2 bulan

Waktu tunggu pengadaan = 10 hari

SS = Safety stock 20%

Sisa stok = 100 vial

$$CT = ((300 \times 2) + (300 \times 10/30) + (20\% \times 600)) - 100$$

$$CT = (600 + 100 + 120) - 100 = 720$$

Metode KONSUMSI

KELEBIHAN	KEKURANGAN
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tidak membutuhkan data epidemiologi maupun standar pengobatan<input type="checkbox"/> Perhitungan lebih mudah dan sederhana<input type="checkbox"/> Bermanfaat untuk RS dimana masalah kesehatan amat banyak dan kompleks<input type="checkbox"/> Dapat diandalkan jika data konsumsi dicatat dg baik, pola preskripsi tidak berubah dan kebutuhan relatif konstan	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Data konsumsi dan data obat yang dapat diandalkan mungkin sulit diperoleh.<input type="checkbox"/> Tidak dapat dijadikan dasar dalam mengkaji penggunaan obat dan perbaikan pola preskripsi.<input type="checkbox"/> Tidak dapat diandalkan jika terjadi kekurangan stok obat lebih dari 3 bulan, obat yang berlebih / macet, atau adanya kehilangan.<input type="checkbox"/> Pencatatan data morbiditas yang baik tidak didorong.

METODE EPIDEMIOLOGI

Metode Perencanaan berdasarkan pada penyakit yg ada di rumah sakit atau yang paling sering muncul dimasyarakat

Bertujuan untuk :

- ❖ Mengetahui kebutuhan perbekalan kesehatan suatu populasi masyarakat tertentu (obat program KB, obat program imunisasi)
- ❖ Memperkirakan kebutuhan obat atas dasar data epidemiologi

- ❑ Data yang diperlukan berupa : data jenis penyakit yang penting pada periode lalu, jumlah episode setiap penyakit per periode, standard terapi, lama terapi.
- ❑ Sangat cocok bila ada data statistik kesehatan yang lengkap dan program kesehatan yang mapan, standar terapi yg mantap.
- ❑ Tidak cocok apabila data statistik kesehatan tidak baik dan variasi kondisi antar daerah sangat besar, standar terapi yang kurang

Rumus Epidemiologi

$$CT = (CE \times T) + SS - \text{Sisa stock}$$

Keterangan :

CT= Kebutuhan per periode waktu

CE= Perhitungan standar pengobatan
versi epidemiologi

T = Lama kebutuhan (bulan/tahun)

SS = Safety stock = CE X LT

Contoh

Px DB rawat inap perbulan 10 orang, standard pengobatan RL 20 tetes/mnt selama 5 hari. lead time 6 hr, sisa stok 15 btl, harga satuan Rp 6000,-Hitung kebutuhan untuk 2 bulan dan berapa biayanya?

RL 20 tetes/mnt = 1 ml/menit

1 jam = 1ml/menit x 60 menit
= 60 ml/jam

1 hari = 60 ml/jam x 24 jam
= 1440 ml/hari

kemasan RL 1 btl = 500 ml, maka 1 hari butuh RL

= $1440 : 500 = 2,88 \square 3$ botol



- $CT = (CE \times T) + SS - \text{Sisa stock}$
- $CE = 10 \times 3 \times 5 = 150$ botol
- $CT = (150 \times 2) + (150 \times 6/30) - 15$
= $300 + 30 - 15 = 315$ botol

Biaya yang dibutuhkan untuk pembelian RL = $315 \times \text{Rp } 6000 = \text{Rp } 1.890.000,-$

Metode EPIDEMIOLOGI

KELEBIHAN

- Tidak membutuhkan data konsumsi obat
- Didasarkan pada preskripsi yg rasional sehingga dapat dijadikan dasar untuk mengkaji pola penggunaan obat.
- Mendorong terlaksananya pencatatan data epidemiologi yang baik, dan pemantapan standar terapi

KEKURANGAN

- Rumit (perlu waktu yg banyak dan tenaga yg terampil)
- Data penyakit sulit diperoleh secara pasti dan kemungkinan terdapat penyakit yg tidak ierlaporkan
- Memerlukan sistem pencatatan dan pelaporan.
- Pola penyakit dan pola preskripsi tidak selalu sama
- Dapat terjadi kekurangan obat bila ada wabah, kebutuhan insidental yg tidak terpenuhi, dan variasi obat yg terlalu luas.

METODE KOMBINASI : KONSUMSI DAN EPIDEMIOLOGI

- Berupa perhitungan keb. obat/alkes yg mempunyai data konsumsi MANTAP namun kasus penyakit cenderung berubah (naik atau turun).
- Gabungan perhitungan metode konsumsi dgn koreksi epidemiologi yang sudah dihitung dengan suatu prediksi.
- Koreksi tsb dapat berupa penambahan bila kasus epid naik, berupa pengurangan bila kasus epid turun
- Digunakan untuk obat & alkes yg terkadang fluktuatif, maka dapat menggunakan metode konsumsi dg koreksi-koreksi pola penyakit, perubahan jenis/jumlah tindakan, perubahan pola persepan, perubahan kebijakan pelayanan.

RUMUS

$$C \text{ KOMBINASI} = ((CA + CE) \times T) + SS - \text{SISA STOCK}$$

- CA = Kebutuhan konsumsi rata-rata
- CE = Kebutuhan yang dihitung dg metode epidemiologi
- SS = Safety stock, dihitung terhadap data konsumsi dan epid

Terima Kasih



Problem Perencanaan Perbekalan Farmasi di Rumah Sakit

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc



Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

- Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang perencanaan kebutuhan perbekalan farmasi di RS

Indikator CPMK

- Mahasiswa mampu menguraikan metode perencanaan
- Mahasiswa mampu menghitung rencana kebutuhan
- Mahasiswa mampu menentukan kategori ABC, VEN dan PUT

PROBLEM PERENCANAAN DI RS

- ❑ GAP Anggaran : antara perhitungan kebutuhan riil dengan anggaran yang tersedia di RS.
- ❑ Upaya untuk mengatasi problem tsb dgn **prioritas pemilihan obat** untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pengelolaan obat.

MENENTUKAN PRIORITAS PEMILIHAN OBAT

- ANALISA ABC (PARETO)
- ANALISA VEN
- ANALISA PUT

ANALISIS ABC

- Analisis ABC adalah metode pembuatan grup atau penggolongan berdasarkan peringkat nilai dari nilai tertinggi hingga terendah, dan dibagi menjadi 3 kelompok besar yang disebut kelompok A, B dan C.
- Kelompok A adalah inventory dengan jumlah sekitar 20% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 80% dari total nilai inventory.
- Kelompok B adalah inventory dgn jumlah sekitar 30% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 15% dari total nilai inventory.
- Kelompok C adalah inventory dengan jumlah sekitar 50% dari item tapi mempunyai nilai investasi sekitar 5% dari total nilai inventory.

ANALISA VEN (VITAL ESSENTIAL NON-ESSENTIAL)

- ❖ Metode VEN merupakan pengelompokan obat berdasarkan kepada dampak tiap jenis obat terhadap kesehatan. Semua jenis obat yang direncanakan dikelompokkan kedalam tiga kategori yakni :
- ✓ V : Vital, obat-obatan yang harus ada dan penting untuk kelangsungan hidup, yang masuk golongan obat-obat ini adalah obat penyelamat (life saving drug), obat-obatan untuk pelayanan kesehatan pokok dan obat-obatan untuk mengatasi penyakit penyebab kematian terbesar. Contoh obat yang termasuk jenis obat Vital adalah adrenalin, ATS, insulin, obat jantung

E : Essential, obat-obat penting yang terbukti efektif untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi penderitaan pasien tapi tidak termasuk kelompok vital.

Contoh : antibiotik, obat gastrointestinal, analgetik

N : Non Essential yaitu obat-obat yg kurang penting, diadakan hanya sebagai penunjang kelengkapan saja
Contoh : vitamin, suplemen

PUT (Prioritas, Utama, Tambahan)

❖ KOMBINASI ABC DAN VEN

- ❑ **Prioritas** : Harus diadakan tanpa memperdulikan sumber anggaran. Yang masuk kelompok ini dalam analisis ABC-VEN adalah AV, BV dan CV.
- ❑ **Utama** : Dialokasikan pengadaannya dengan memperhatikan anggaran yang ada. Yang termasuk kelompok ini adalah AE, BE, dan CE.
- ❑ **Tambahan** : Dialokasikan pengadaannya setelah obat Prioritas dan Utama terpenuhi. Jika anggaran terbatas, tidak perlu diadakan. Yang masuk kelompok ini adalah AN, BN, dan CN.
- ❑ **Dan pada di DO lebih memilih pada kategori**

	V	E	N
A	P	U	T
B	P	U	T
C	P	U	T

- ❖ Digunakan untuk menetapkan prioritas pengadaan obat pada saat anggaran yang ada tidak sesuai kebutuhan.
- ❖ Untuk melakukan pengurangan obat.
- ❖ Mekanisme urutannya :
- ✓ Obat yang masuk kategori NA menjadi prioritas pertama untuk dikurangi atau dihilangkan dari rencana kebutuhan, bila dana masih kurang, maka obat kategori NB menjadi prioritas selanjutnya dan obat yang masuk kategori NC menjadi prioritas berikutnya.
- ✓ Jika dana yang tersedia masih juga kurang lakukan langkah selanjutnya, yaitu pengurangan obat dimulai dengan obat kategori EC, EB dan EA.

MANFAAT METODE VEN

- ❑ Penyesuaian rencana kebutuhan obat dengan alokasi dana yang tersedia.
- ❑ Dalam penyusunan rencana kebutuhan obat yang masuk kelompok vital agar diusahakan tidak terjadi kekosongan obat.
- ❑ Untuk menyusun daftar VEN perlu ditentukan terlebih dahulu kriteria penentuan VEN. Dalam penentuan kriteria perlu mempertimbangkan kebutuhan masing-masing spesialisasi.
- ❑ Penentuan Kriteria VEN oleh Tim Farmasi & Terapi

CONTOH MENENTUKAN SISTEM VEN

Karakteristik masing-masing obat atau target kondisi	vital	Esensial	Non Esensial.
Dapat mengancam kehidupan	ya	Kadang-kadang	Jarang
Dapat menyebabkan terjadi cacat	ya	Kadang-kadang	Jarang
Dapat mencegah penyakit serius	ya	Tidak	Tidak
Dapat menyembuhkan penyakit serius	ya	Ya	Tidak
Obat untuk menghilangkan gejala dan kondisi yang ringan	tidak	Mungkin	Ya
Kerja obat	Mencegah, menyembuhkan penyakit, mencegah komplikasi	Menyembuhkan penyakit atau mengobati komplikasi	Menyembuhkan self limited disease palliative mengobati gejala ringan komplikasi
Terbukti khasiatnya	Selalu	Mungkin	Ya dan tidak
Tidak terbukti khasiatnya	Tidak pernah	Jarang	Ya dan tidak

INDIKATOR PERENCANAAN

1. Prosentase kesesuaian pembelian dg perencanaan tahunan / RKO
2. Prosentase kesesuaian dana pembelian dg perencanaan anggaran
3. Prosentase kesesuaian perencanaan terhadap formularium.

Terima Kasih



Pengadaan Obat Di Rumah Sakit



Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc

Pengadaan Obat



Pengadaan merupakan proses penyediaan obat yang dibutuhkan di Rumah Sakit dan untuk unit pelayanan kesehatan lainnya yang diperoleh dari pemasok eksternal melalui pembelian dari manufaktur, distributor, atau pedagang besar farmasi.

Siklus Pengadaan Obat

Pada siklus pengadaan mencakup pada keputusan-keputusan dan tindakan dalam menentukan jumlah obat yang diperoleh, harga yang harus dibayar, dan kualitas obat-obat yang diterima.



Jenis Pengadaan Obat

Berdasarkan dari pengadaan barang, yaitu:

- Pengadaan barang dan farmasi
- Pengadaan bahan dan makanan
- Pengadaan barang-barang dan logistik

Berdasarkan sifat penggunaannya :

- Bahan baku, misalnya : bahan antibiotika untuk pembuatan salep
- Bahan pembantu, misalnya : Saccharum lactis untuk pembuatan racikan puyer
- Komponen jadi, misalnya : kapsul gelatin
- Bahan jadi, misalnya : bukan kapsul antibiotika, cairan infus

Berdasarkan waktu pengadaan, yaitu :

- Pembelian tahunan (Annual Purchasing), Merupakan pembelian dengan selang waktu satu tahun
- Pembelian terjadwal (Schedule Purchasing), Merupakan pembelian dengan selang waktu tertentu, misalnya 1 bulan, 3 bulan ataupun 6 bulan
- Pembelian tiap bulan, Merupakan pembelian setiap saat di mana pada saat obat mengalami kekurangan.

Metode Pelaksanaan Pengadaan Obat



Sesuai dengan keputusan Presiden No. 18 Tahun 2000 tentang Pedoman Pelaksanaan Barang dan Jasa Instansi Pemerintah, metode pengadaan perbekalan farmasi di setiap tingkatan pada sistem kesehatan dibagi menjadi 5 kategori metode pengadaan barang dan jasa, yaitu :

- 1. Pembelian*
- 2. Produksi*
- 3. Kerjasama dengan pihak ketiga*
- 4. Sumbangan*
- 5. Lain-lain*

Kriteria Umum Pemilihan Pemasok



1. Telah memenuhi persyaratan hukum yang berlaku dalam melakukan produksi dan penjualan (telah terdaftar).
2. Telah terakreditasi sesuai dengan persyaratan cpob dan iso9000.
3. Suplier dengan reputasi yang baik.
4. Selalu mampu dan dapat memenuhi kewajiban nya sebagai pemasok produk obat.

Komponen Pengadaan Obat



- ❑ Pengadaan Obat merujuk kepada obat generik
- ❑ Pengadaan Obat terbatas kepada DOEN atau daftar formularium Rumah Sakit
- ❑ Adanya komitmen supplier pemenang tender
- ❑ Suplier harus menjamin pasokan obat yang kontraknya telah ditandatangani
- ❑ Lakukan Manajemen Keuangan yang baik dan
- ❑ Pembayaran Pasti
- ❑ Prosedur tertulis dan transparan
- ❑ Pemilihan berdasarkan kebutuhan
- ❑ Program Jaminan Mutu Produk
- ❑ Lakukan Audit tahunan dan Publikasikan hasilnya.
- ❑ Buat Laporan Periodik terhadap Kinerja Pengadaan

Sistem Distribusi Obat Pasien Rawat inap



- Sistem floor stock lengkap (*Ward Total Floor Stock*)
- Sistem resep individu atau permintaan lengkap
- Sistem kombinasi resep individu, floor stock lengkap dan distribusi obat dosis unit. Sistem distribusi obat dosis unit (UDDD/Unit Dose Drug Distribution)

Metode Distribusi Obat Berdasarkan Ada atau Tidaknya Satelit Farmasi

1. Sistem Pelayanan Terpusat (sentralisasi)

Sentralisasi adalah sistem pendistribusian perbekalan farmasi yang dipusatkan pada satu tempat yaitu instalasi farmasi. Pada sentralisasi seluruh kebutuhan perbekalan farmasi setiap unit pemakai baik untuk kebutuhan individu maupun kebutuhan barang dasar ruangan disuplay langsung dari pusat pelayanan farmasi tersebut.

2. Sistem Pelayanan Terbagi (desentralisasi)

Sistem pelayanan ini artinya adalah pelayanan farmasi memiliki cabang di dekat unit pelayanan atau ruang rawat yang disebut depo atau satelit farmasi. Penyimpanan dan pendistribusian perbekalan farmasi tidak langsung dilayani oleh pelayanan farmasi pusat, tetapi disuplai dari depo atau satelit tersebut.

**PENYIMPANAN, DISTRIBUSI,
PENGUNAAN, DAN
PENGAWASAN OBAT DI RUMAH
SAKIT**

Dosen : apt. Astri Rachmawati.,
M.Sc

Pengelolaan Obat

Adalah suatu siklus kegiatan yang saling terkait dimulai dari Perencanaan dan pemilihan obat, Pengadaan, Distribusi dan penyimpanan, Penggunaan dan pengawasan



- Obat merupakan komponen penting dalam upaya pelayanan kesehatan → oleh karena itu diperlukan pengelolaan yang benar efisien dan efektif berkesinambungan. / secara
- Diperlukan koordinasi yang baik dan terbuka antara pihak terkait seperti Instalasi Farmasi dengan pengelola program kesehatan sehingga dapat diterapkannya pengelolaan obat yang baik

PENGELOLAAN OBAT

Sesuai Kebijakan Nasional Obat Nasional (KONAS) sebagai penjabaran aspek obat dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), pembangunan kesehatan di bidang obat mempunyai tujuan antara lain:

1. Tersedianya obat dalam jumlah dan jenis yang mencukupi
2. Pemerataan distribusi serta keterjangkauan obat oleh masyarakat

3. Terjaminnya khasiat, keamanan dan mutu obat yang beredar serta penggunaannya yang rasional
4. Perlindungan bagi masyarakat dari kesalahan dan penyalahgunaan obat
5. Kemandirian di bidang obat

Perencanaan dan Pemilihan Obat

Masalah yang sering timbul dalam proses ini adalah:

- Jumlah obat tertentu ternyata terlalu banyak dipesan
- Jenis obat tertentu tidak pernah digunakan
- Kehabisan jenis obat tertentu
- Obat yang datang tidak sesuai dengan yang dipesan
- Harga obat yang dipesan terlalu mahal

Penyimpanan Obat dan distribusi

Masalah yang sering timbul dalam proses ini adalah:

- Koordinasi gudang/tempat penyimpanan buruk
- Kekeliruan pengelolaan *stock*
- Obat lama menumpuk di gudang
- Transportasi tidak melindungi mutu obat

Tujuan Penyimpanan Obat

Menjaga keamanan

Menjaga stabilitas supaya obat tidak cepat rusak

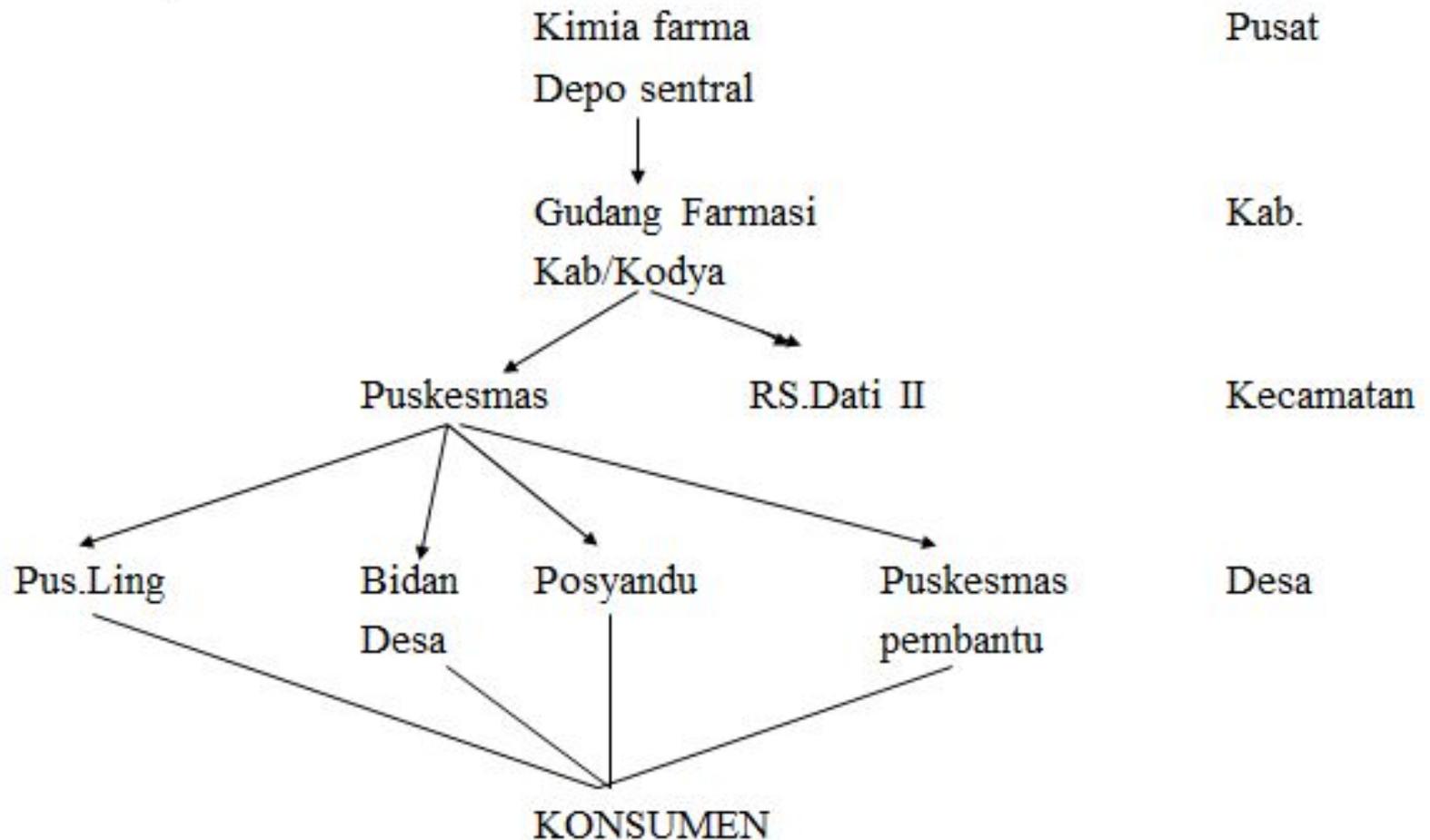
Mudah diawasi

Menjamin pelayanan yang cepat

Pengaturan Penyimpanan

- Menurut bentuk sediaan dan Alfabetis
- Menerapkan sistem FIFO dan FEFO
- Menggunakan almari, rak dan pallet
- Menggunakan almari khusus untuk menyimpan narkotika dan psikotropika
- Menggunakan almari khusus untuk perbekalan farmasi yang memerlukan penyimpanan pada suhu tertentu
- Dilengkapi kartu stock obat

Jalur distribusi obat sektor pemerintah



4. Penggunaan dan Pengawasan

Masalah yang sering timbul dalam proses ini adalah:

- Pengemasan dan pemasangan label kurang jelas
- Pengeluaran yang ceroboh
- Pemberian obat kurang rasional

Pengawasan

Pemantauan dan pengawasan peredaran obat di Indonesia dilakukan dengan dua cara yaitu:

- Secara langsung
- Secara tidak langsung



615.109 2
Ind
b

TANGGUNG JAWAB APOTEKER TERHADAP KESELAMATAN PASIEN (*PATIENT SAFETY*)



**DIREKTORAT BINA FARMASI KOMUNITAS DAN KLINIK
DITJEN BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
TAHUN 2008**

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI

615.109 2

Ind Indonesia. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal

Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

b Buku saku tanggung jawab apoteker terhadap ke-
selamatan pasien (patient safety). -- Jakarta :

Departemen Kesehatan RI, 2008-07-18

I. Judul 1. PHARMACISTS

Pernyataan (*Disclaimer*)

Kami telah berusaha sebaik mungkin untuk menerbitkan Buku Saku tentang Tanggung jawab Apoteker terhadap Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). Dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan adanya perbedaan pedoman di masing-masing daerah, adalah tanggung jawab pembaca sebagai seorang profesional untuk menginterpretasikan dan menerapkan pengetahuan dari buku saku ini dalam prakteknya sehari-hari.

KATA PENGANTAR

Apoteker tidak hanya bertanggung jawab atas obat sebagai produk, dengan segala implikasinya, melainkan bertanggung jawab terhadap efek terapeutik dan keamanan suatu obat agar mencapai efek yang optimal. Memberikan pelayanan kefarmasian secara paripurna dengan memperhatikan faktor keamanan pasien, antara lain dalam proses pengelolaan sediaan farmasi, melakukan monitoring dan mengevaluasi keberhasilan terapi, memberikan pendidikan dan konseling serta bekerja sama erat dengan pasien dan tenaga kesehatan lain merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Buku saku tentang Tanggung Jawab Apoteker terhadap Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) ini disusun dengan tujuan untuk dapat membantu para apoteker di dalam menjalankan profesinya terutama yang bekerja di farmasi komunitas dan farmasi rumah sakit. Mudah-mudahan dengan adanya buku saku yang bersifat praktis ini akan ada manfaatnya bagi para apoteker.

Akhirnya kepada tim penyusun dan semua pihak yang telah ikut membantu dan berkontribusi di dalam penyusunan buku saku ini kami ucapkan banyak terima kasih. Saran-saran serta kritik membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan dan perbaikan buku ini di masa datang.

Direktur Bina Farmasi Komunitas dan Klinik



Drs. Abdul Muchid, Apt
NIP. 140 088411

TIM PENYUSUN

1. Departemen Kesehatan RI

Drs. Abdul Muchid, Apt.
Dra. Rida Wurjati, Apt., MKM.
Dra. Chusun, Apt., M.Kes.
Dra. Nur Ratih Purnama, Apt., M.Si.
Drs. Masrul, Apt.
Riani Trisnawati, SE., M.Kes.
Elza Gustanti, S.Si., Apt.
Fitra Budi Astuti, S.Si., Apt.
Dina Sintia Pamela, S.Si., Apt.
Yully E. Sitepu, B.Sc.
Dwi Retnohidayanti, AMF.

2. Praktisi Rumah Sakit

Dra. Debbie Daniel, Apt., M.Epid
Dra. Masfiah, Apt.
Dra. Sri Sulistyati, Apt.
Dra. L. Endang Budiarti, M.Klin.Pharm.
Drs. Raka Karsana, Apt.
Dra. Siti Farida, Apt., Sp.FRS.
Dra. Harlina Kisdarjono, Apt., MM.
Dra. Rizka Andalusia, Apt., M.Pharm.
Dra. A.M. Wara Kusharwanti, Apt.,MSi.
Dra. Yetty, Apt.

3. Universitas

DR. Retnosari Andrajati, Apt.
DR. Erna Sinaga, Apt., MS.
Drs. Agus Purwangga., Apt.,MSi.

DAFTAR ISI

	Hal
Pernyataan (<i>Disclaimer</i>)	i
Kata Pengantar	ii
Tim Penyusun	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1. Latar Belakang	1
I.2. Tujuan	4
BAB II KESELAMATAN PASIEN	5
II.1. Konsep Umum	5
II.2. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Penerapan Keselamatan Pasien	6
II.3. Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kefarmasian	9
BAB III PERAN APOTEKER DALAM MEWUJUDKAN KESELAMATAN PASIEN	17
BAB IV PENCATATAN DAN PELAPORAN	24
IV.1. Prosedur Pelaporan Insiden	24
IV.2. Alur Pelaporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien (KP) di RS (Internal)	24
IV.3. Analisa Matriks Grading Risiko	26
IV.3.1. Skor Risiko	27
IV.3.2. Bands Risiko	28
IV.4. Peran Apoteker dalam Penyusunan Laporan	28
IV.5. Permasalahan dalam Pencatatan dan Pelaporan	29
IV.6. Dokumentasi	30
BAB V MONITORING DAN EVALUASI	31
BAB VI PENUTUP	32
GLOSSARY	33
DAFTAR PUSTAKA	35
LAMPIRAN	37

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1. Ringkasan Definisi yang Berhubungan dengan Cedera Akibat Obat	10
Tabel 2. Indeks <i>Medication Errors</i> untuk Kategorisasi <i>Errors</i> (Berdasarkan Dampak)	12
Tabel 3. Jenis-jenis <i>medication errors</i>	13
Tabel 4. Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/ <i>Severity</i>	25
Tabel 5. Penilaian Probabilitas/Frekuensi	25
Tabel 6. Tabel Matriks Grading Risiko	26
Tabel 7. Tindakan Sesuai Tingkat dan Bands Risiko	27

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1. Teori Kesalahan Manusia Model Empat Langkah Alasan	7

DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1. Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (Kp) Di Rumah Sakit	37

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Keputusan penggunaan obat selalu mengandung pertimbangan antara manfaat dan risiko. Tujuan pengkajian farmakoterapi adalah mendapatkan luaran klinik yang dapat dipertanggungjawabkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan risiko minimal. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu adanya perubahan paradigma pelayanan kefarmasian yang menuju kearah *pharmaceutical care*. Fokus pelayanan kefarmasian bergeser dari kepedulian terhadap obat (*drug oriented*) menuju pelayanan optimal setiap individu pasien tentang penggunaan obat (*patient oriented*). Untuk mewujudkan *pharmaceutical care* dengan risiko yang minimal pada pasien dan petugas kesehatan perlu penerapan manajemen risiko.

Manajemen risiko adalah bagian yang mendasar dari tanggung jawab apoteker. Dalam upaya pengendalian risiko, praktek konvensional farmasi telah berhasil menurunkan biaya obat tapi belum menyelesaikan masalah sehubungan dengan penggunaan obat. Pesatnya perkembangan teknologi farmasi yang menghasilkan obat-obat baru juga membutuhkan perhatian akan kemungkinan terjadinya risiko pada pasien.

Laporan dari IOM (*Institute of Medicine*) 1999 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (*medical errors*) yang sebetulnya bisa dicegah. Kuantitas ini melebihi kematian akibat kecelakaan lalu lintas, kanker payudara dan AIDS.

Penelitian Bates (JAMA, 1995, 274; 29-34) menunjukkan bahwa peringkat paling tinggi kesalahan pengobatan (*medication error*) pada tahap *ordering* (49%), diikuti tahap *administration management* (26%), *pharmacy management* (14%), *transcribing* (11%)

Laporan di atas telah menggerakkan sistem kesehatan dunia untuk merubah paradigma pelayanan kesehatan menuju keselamatan pasien (*patient safety*). Gerakan ini berdampak juga terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia melalui pembentukan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) pada tahun 2004.

Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres PERSI Sep 2007), kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24.8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Jika disimak lebih lanjut, dalam proses penggunaan obat yang meliputi *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering*, *dispensing* menduduki peringkat pertama.

Dengan demikian keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam risiko pelayanan di rumah sakit selain risiko keuangan (*financial risk*), risiko properti (*property risk*), risiko tenaga profesi (*professional risk*) maupun risiko lingkungan (*environment risk*) pelayanan dalam risiko manajemen.

Badan akreditasi dunia *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* mensyaratkan tentang kegiatan keselamatan pasien berupa identifikasi dan evaluasi hendaknya dilakukan untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasinya sendiri.

Berdasarkan analisis kejadian berisiko dalam proses pelayanan kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara "kesalahan merupakan hal yang manusiawi" (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya risiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks; jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat per pasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya.

Pendekatan sistem bertujuan untuk meminimalkan risiko dan mempromosikan upaya keselamatan penggunaan obat termasuk alat kesehatan yang menyertai. Secara garis besar langkah langkah yang bisa dilakukan antara lain analisis sistem yang sedang berjalan, deteksi adanya kesalahan, analisis tren sebagai dasar pendekatan sistem. *JCAHO* menetapkan lingkup sistem keselamatan pelayanan farmasi meliputi : sistem seleksi (*selection*), sistem penyimpanan sampai distribusi (*storage*), sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering & transcribing*), sistem penyiapan, labelisasi, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing & dispensing*), sistem penggunaan obat oleh pasien (*administration*), monitoring.

Program Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dipelopori oleh PERSI (Persatuan Rumah sakit Indonesia) menetapkan 7 langkah dalam manajemen keselamatan pasien. Pelaporan secara sukarela merupakan data dasar untuk melakukan upaya evaluasi dalam pencapaian tujuan. Pelaporan insiden dalam lingkup pelayanan farmasi diperkirakan menggambarkan 10% dari kenyataan kejadian kesalahan (*errors*).

Untuk memastikan sistem berjalan sesuai dengan tujuan diperlukan data yang akurat, yang dapat diperoleh melalui upaya pelaporan kejadian. Keberanian untuk melaporkan kesalahan diri sendiri tidaklah mudah apalagi jika ada keterkaitan dengan hukuman seseorang. Pendekatan budaya tidak saling menyalahkan (*blame free culture*) terbukti lebih efektif untuk meningkatkan laporan dibandingkan penghargaan dan hukuman (*rewards and punishment*).

Untuk mengarahkan intervensi dan monitoring terhadap data yang tersedia, diperlukan metode analisis antara lain Metode Analisa Sederhana untuk risiko ringan, *Root cause analysis* untuk risiko sedang dan *Failure Mode Error Analysis* untuk risiko berat atau untuk langkah pencegahan.

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan kesalahan pengobatan yang jika dipaparkan berdasarkan urutan dampak efektifitas terbesar adalah memaksa fungsi & batasan (*forcing function & constraints*), otomasi & komputer (*automation & computer / CPOE*), standard dan protokol, sistem daftar tilik & cek ulang (*check list & double check system*), aturan dan kebijakan (*rules and policy*), pendidikan dan informasi (*education and information*), serta lebih cermat dan waspada (*be more careful-vigilant*).

Upaya intervensi untuk meminimalkan insiden belum sempurna tanpa disertai upaya pencegahan. Agar upaya pencegahan berjalan efektif perlu diperhatikan ruang lingkungannya, meliputi : keterkinian pengetahuan penulis resep (*current knowledge prescribing (CPE, access to DI, konsultasi)*), dilakukan review semua farmakoterapi yang terjadi (*review all existing pharmacotherapy*) oleh Apoteker, tenaga profesi terkait obat memahami sistem yang terkait dengan obat (*familiar with drug system (formulary, DUE, abbreviation, alert drug)*), kelengkapan permintaan obat (*complete drug order*), perhatian pada kepastian kejelasan instruksi pengobatan (*care for ensure clear and un ambiguous instruction*). Upaya pencegahan akan lebih efektif jika dilakukan bersama dengan tenaga kesehatan lain (multidisiplin) terkait penggunaan obat, terutama dokter dan perawat. Perlu menjadi pertimbangan bahwa *errors* dapat berupa kesalahan laten (*latent errors*) misalnya karena kebijakan, infrastruktur, biaya, SOP, lingkungan kerja maupun kesalahan aktif (*active errors*) seperti sikap masa

bodoh, tidak teliti, sengaja melanggar peraturan) dan umumnya *active errors* berakar dari *latent errors* (pengambil kebijakan).

Apoteker berada dalam posisi strategis untuk meminimalkan *medication errors*, baik dilihat dari keterkaitan dengan tenaga kesehatan lain maupun dalam proses pengobatan. Kontribusi yang dimungkinkan dilakukan antara lain dengan meningkatkan pelaporan, pemberian informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain, meningkatkan keberlangsungan rejimen pengobatan pasien, peningkatan kualitas dan keselamatan pengobatan pasien di rumah. Data yang dapat dipaparkan antara lain dari menurunnya (46%) tingkat keseriusan penyakit pasien anak, meningkatnya insiden berstatus nyaris cedera (dari 9% menjadi 8-51%) dan meningkatnya tingkat pelaporan insiden dua sampai enam kali lipat. (*effect of pharmacist-led pediatrics medication safety team on medication-error reporting (Am J Health-Sist Pharm, 2007, vol64;1422-26)*).

Apoteker berperan utama dalam meningkatkan keselamatan dan efektifitas penggunaan obat. Dengan demikian dalam penjabaran, misi utama Apoteker dalam hal keselamatan pasien adalah memastikan bahwa semua pasien mendapatkan pengobatan yang optimal. Hal ini telah dikuatkan dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa kontribusi Apoteker dapat menurunkan *medication errors*.

I.2 Tujuan

A. Tujuan umum

Sebagai acuan bagi apoteker yang melakukan pelayanan kefarmasian di rumah sakit dan komunitas dalam melaksanakan program keselamatan pasien

B. Tujuan khusus

- Terlaksananya program keselamatan pasien bagi apoteker di rumah sakit dan komunitas secara sistematis dan terarah.
- Terlaksananya pencatatan kejadian yang tidak diinginkan akibat penggunaan obat (*adverse drug event*) di rumah sakit dan komunitas.
- Sebagai acuan bagi Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota dalam melakukan pembinaan terhadap apoteker di instalasi farmasi rumah sakit dan apoteker di sarana komunitas

BAB II KESELAMATAN PASIEN

II.1 Konsep umum

Manajemen risiko adalah suatu metode yang sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengendalikan, memantau, mengevaluasi dan mengkomunikasikan risiko yang ada pada suatu kegiatan.

Untuk mengetahui gambaran kegiatan pada suatu unit kerja (misalnya pada pelayanan kefarmasian), terlebih dahulu dilakukan inventarisasi kegiatan di unit kerja tersebut.

Inventarisasi dapat dilakukan dengan cara :

- mempelajari diagram kegiatan yang ada
- melakukan inspeksi dengan menggunakan daftar tilik (*checklist*)
- melakukan konsultasi dengan petugas

Inventarisasi kegiatan diarahkan kepada perolehan informasi untuk menentukan potensi bahaya (*hazard*) yang ada. Bahaya (*hazard*) adalah sesuatu atau kondisi pada suatu tempat kerja yang dapat berpotensi menyebabkan kematian, cedera atau kerugian lain.

Pengendalian risiko melalui sistem manajemen dapat dilakukan oleh pihak manajemen pembuat komitmen dan kebijakan, organisasi, program pengendalian, prosedur pengendalian, tanggung jawab, pelaksanaan dan evaluasi. Kegiatan-kegiatan tersebut secara terpadu dapat mendukung terlaksananya pengendalian secara teknis.

Manajemen risiko dalam pelayanan kefarmasian terutama *medication error* meliputi kegiatan :

- koreksi bila ada kesalahan sesegera mungkin
- pelaporan *medication error*
- dokumentasi *medication error*
- pelaporan *medication error* yang berdampak cedera
- supervisi setelah terjadinya laporan *medication error*
- sistem pencegahan
- pemantauan kesalahan secara periodik
- tindakan preventif
- pelaporan ke tim keselamatan pasien tingkat nasional

Keselamatan pasien (*Patient safety*) secara sederhana di definisikan

sebagai suatu upaya untuk mencegah bahaya yang terjadi pada pasien. Walaupun mempunyai definisi yang sangat sederhana, tetapi upaya untuk menjamin keselamatan pasien di fasilitas kesehatan sangatlah kompleks dan banyak hambatan. Konsep keselamatan pasien harus dijalankan secara menyeluruh dan terpadu.

Strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien :

- a. Menggunakan obat dan peralatan yang aman
- b. Melakukan praktek klinik yang aman dan dalam lingkungan yang aman
- c. Melaksanakan manajemen risiko, contoh : pengendalian infeksi
- d. Membuat dan meningkatkan sistem yang dapat menurunkan risiko yang berorientasi kepada pasien.
- e. Meningkatkan keselamatan pasien dengan :
 - mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (*adverse event*)
 - membuat sistem identifikasi dan pelaporan *adverse event*
 - mengurangi efek akibat *adverse event*

Pada tanggal 18 Januari 2002, WHO telah mengeluarkan suatu resolusi untuk membentuk program manajemen risiko untuk keselamatan pasien yang terdiri dari 4 aspek utama:

- a. Penentuan tentang norma-norma global, standar dan pedoman untuk definisi, pengukuran dan pelaporan dalam mengambil tindakan pencegahan, dan menerapkan ukuran untuk mengurangi resiko
- b. Penyusunan kebijakan berdasarkan bukti (*evidence-based*) dalam standar global yang akan meningkatkan pelayanan kepada pasien dengan penekanan tertentu pada beberapa aspek seperti keamanan produk, praktek klinik yang aman sesuai dengan pedoman, penggunaan produk obat dan alat kesehatan yang aman dan menciptakan suatu budaya keselamatan pada petugas kesehatan dan institusi pendidikan.
- c. Pengembangan mekanisme melalui akreditasi dan instrumen lain, untuk mengenali karakteristik penyedia pelayanan kesehatan yang unggul dalam keselamatan pasien secara internasional
- d. Mendorong penelitian tentang keselamatan pasien

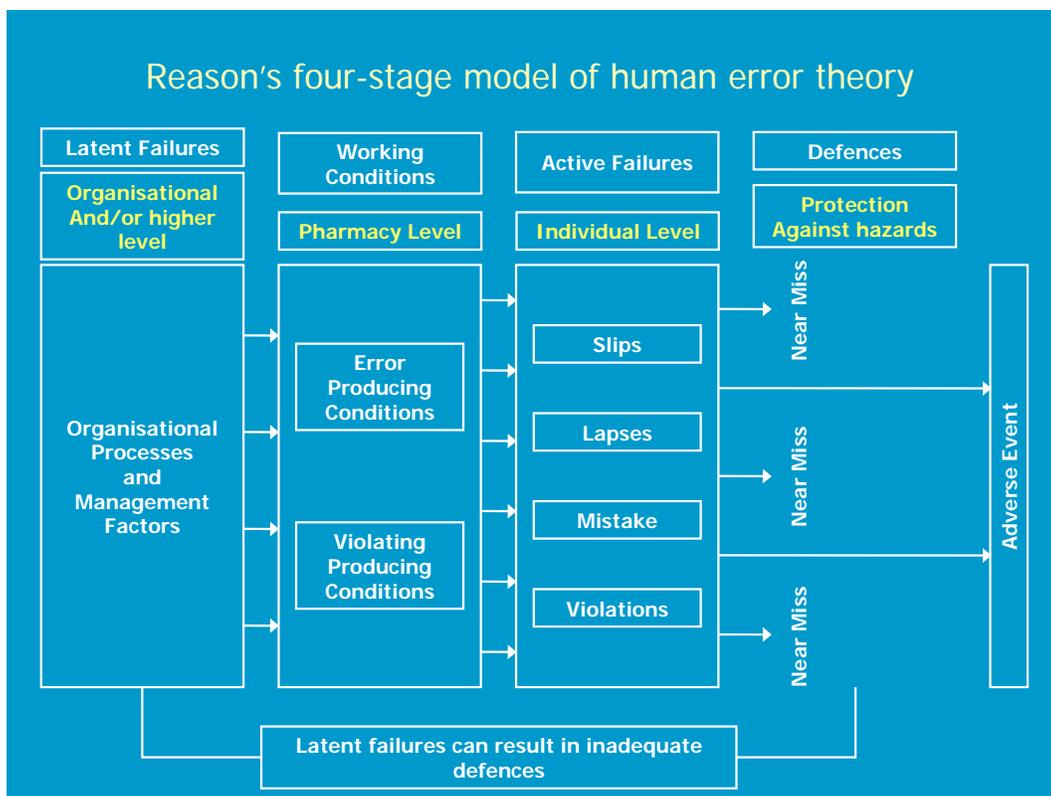
II.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan penerapan Keselamatan Pasien

Dalam penerapannya, keselamatan pasien harus dikelola dengan pendekatan sistemik. Sistem ini dapat dilihat sebagai suatu sistem terbuka,

dimana sistem terkecil akan dipengaruhi, bahkan tergantung pada sistem yang lebih besar. Sistem terkecil disebut Mikrosistem, terdiri dari petugas kesehatan dan pasien itu sendiri, serta proses-proses pemberian pelayanan di ujung tombak, termasuk elemen-elemen pelayanan di dalamnya. Mikrosistem dipengaruhi oleh Makrosistem, yang merupakan unit yang lebih besar, misalnya rumah sakit dan apotek. Mikrosistem dan Makrosistem dipengaruhi oleh sistem yang lebih besar lagi yang disebut Megasisem.

Seorang Apoteker yang berperan di dalam mikrosistem (apotek, puskesmas, instalasi farmasi rumah sakit, dan sarana pelayanan farmasi lain) dalam membangun keselamatan pasien harus mampu mengelola dengan baik elemen-elemen dalam mikrosistem tersebut, yaitu sistem pelayanan, sumber daya, sistem inventori, keuangan dan teknologi informasi.

Teori kesalahan manusia dapat dilihat dalam diagram di bawah ini.



Gambar 1. Reason's four-stage model of human error theory

Kegagalan tersembunyi (*Latent failures*) :

- Penyebabnya jauh dari insiden
- Merupakan refleksi dari kegagalan manajemen
- Terjadi bila dikombinasikan dengan faktor lain
- Kegagalan tersembunyi dapat dikelola dengan memperbaiki proses pelayanan (*redesign*). Contoh: peninjauan kembali beban kerja, jumlah SDM, dan lain-lain.

Kegagalan aktif (*Active failures*) :

- Terjadi oleh pelaku yang berhubungan langsung dengan pasien
- Beberapa bentuk *active failures* adalah: kurang perhatian (*slips*), kegagalan memori, lupa (*lapses*), serta pelanggaran prosedur (*mistake and violation*).
- Kegagalan aktif dapat dikelola dengan memperbaiki alur kerja, SOP, deskripsi kerja yang jelas, training, pengawasan terhadap pelanggaran SOP, mengurangi interupsi dan stress, dan membina komunikasi yang lebih baik antar staf dan dengan pasien.

Makrosistem merupakan sistem di atas Mikrosistem yang menyediakan sumber daya, proses pendukung, struktur dan kebijakan-kebijakan yang berlaku di rumah sakit atau sarana kesehatan lain yang secara tidak langsung akan mempengaruhi pelaksanaan program-program yang menyangkut keselamatan pasien. Kebijakan-kebijakan itu antara lain sistem penulisan resep, standarisasi bahan medis habis pakai (BMHP), rekam medis dan lain sebagainya. Selain itu, kultur atau budaya yang dibangun dan diterapkan di lingkungan rumah sakit juga akan sangat mempengaruhi kinerja unit-unit yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Budaya tidak saling menyalahkan (*no blame culture*), sistem informasi manajemen/*information technology* (SIM/IT) rumah sakit, kerjasama tim, kepemimpinan, alur koordinasi, Komite/Panitia Farmasi dan Terapi (KFT/PFT) RS, Formularium RS, dan Komite-komite serta Program Rumah Sakit lainnya, merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kegiatan keselamatan pasien yang berasal dari makrosistem.

Di atas mikrosistem dan makrosistem, ada satu sistem yang akan mempengaruhi keselamatan pasien, yaitu megasistem. Yang dimaksud Megasistem adalah kebijakan kesehatan nasional yang berlaku, misalnya kebijakan-kebijakan menyangkut obat dan kesehatan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (Kebijakan tentang akreditasi, Obat Rasional, Infeksi Nosokomial, dan lain

sebagainya), termasuk juga sistem pendidikan dan pendidikan berkelanjutan yang berlaku. Hal lain yang juga mempengaruhi keselamatan pasien yang memerlukan intervensi dari megasistem adalah pembenahan fenomena kemiripan *Look a like* (obat-obat dengan rupa atau kemasan mirip) atau *Look a like Sound a like* - LASA (obat-obat dengan rupa dan nama mirip), misalnya :

- Mefinter (asam mefenamat) dengan Metifer (mecobalamin),
- Leschol (fluvastatin) dengan Lesichol (lesitin, vitamin),
- Proza (ekstrak echinacea, vit C, Zn) dengan Prozac (fluoxetine).

Dalam mengelola keselamatan pasien di level Mikrosistem, seorang Apoteker harus melakukannya dengan pendekatan sistemik. Masalah Keselamatan pasien merupakan kesalahan manusia (*human error*) yang terutama terjadi karena kesalahan pada level manajemen atau organisasi yang lebih tinggi.

II.3. Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kefarmasian

Dalam membangun keselamatan pasien banyak istilah-istilah yang perlu difahami dan disepakati bersama. Istilah-istilah tersebut diantaranya adalah:

- Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*Adverse Event*)
- Kejadian Nyaris Cedera/KNC (*Near miss*)
- Kejadian Sentinel
- *Adverse Drug Event*
- *Adverse Drug Reaction*
- *Medication Error*
- *Efek samping obat*

Menurut Nebeker JR dkk. dalam tulisannya *Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to terminology, Documentation, and Reporting*, serta dari *Glossary AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)* dapat disimpulkan definisi beberapa istilah yang berhubungan dengan cedera akibat obat sebagaimana yang disajikan dalam Tabel 1.

TABEL 1
RINGKASAN DEFINISI YANG BERHUBUNGAN DENGAN CEDERA AKIBAT
OBAT

Istilah	Definisi	Contoh
Terjadi cedera		
<ul style="list-style-type: none"> Kejadian yang tidak diharapkan (<i>Adverse Event</i>) 	<p>Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi/penatalaksanaan medis. Penatalaksanaan medis mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosa, terapi, kegagalan diagnosa/terapi, sistem, peralatan untuk pelayanan. <i>Adverse event</i> dapat dicegah atau tidak dapat dicegah.</p>	<p>Iritasi pada kulit karena penggunaan perban. Jatuh dari tempat tidur.</p>
Istilah	Definisi	Contoh
<ul style="list-style-type: none"> Reaksi obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse Drug Reaction</i>) 	<p>Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat.</p>	<p>Steven-Johnson Syndrom : Sulfa, Obat epilepsi dll</p>
<ul style="list-style-type: none"> Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse Drug Event</i>) 	<p>Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis normal. Reaksi Obat Yang Tidak Diharapkan (ROTD) ada yang berkaitan dengan efek farmakologi/mekanisme kerja (efek samping) ada yang tidak berkaitan dengan efek farmakologi (reaksi hipersensitivitas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Shok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin Mengantuk pada penggunaan CTM
<ul style="list-style-type: none"> Efek obat yang tidak diharapkan 	<p>Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan</p>	<p>Shok anafilaksis pada penggunaan antibiotik</p>

(Adverse drug effect)	mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis lazim Sama dengan ROTD tapi dilihat dari sudut pandang obat. ROTD dilihat dari sudut pandang pasien.	golongan penisilin. Mengantuk pada penggunaan CTM
Cedera dapat terjadi atau tidak terjadi		
• <i>Medication Error</i>	Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat, yang menyebabkan cedera.	Peresepan obat yang tidak rasional. Kesalahan perhitungan dosis pada peracikan. Ketidakpatuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih.

Istilah	Definisi	Contoh
• Efek Samping	Efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat. Efek samping dapat dikehendaki, tidak dikehendaki, atau tidak ada kaitannya.	(sebaiknya istilah ini dihindarkan)

Apoteker harus mampu mengenali istilah-istilah di atas beserta contohnya sehingga dapat membedakan dan mengidentifikasi kejadian-kejadian yang berkaitan dengan cedera akibat penggunaan obat dalam melaksanakan program Keselamatan pasien.

Berdasarkan laporan IOM (*Institute of Medicine*) tentang *adverse event* yang dialami pasien, disebutkan bahwa insiden berhubungan dengan pengobatan menempati urutan utama. Disimak dari aspek biaya, kejadian 459 *adverse drug event* dari 14732 bernilai sebesar \$348 juta, senilai \$159 juta yang dapat dicegah (265 dari 459 kejadian). Sebagian besar tidak menimbulkan cedera namun tetap menimbulkan konsekuensi biaya.

Atas kejadian tersebut, IOM merekomendasikan untuk :

1. Menetapkan suatu fokus nasional terhadap isu tersebut

2. Mengembangkan suatu sistem pelaporan kesalahan secara nasional
3. Meningkatkan standar organisasi
4. Menciptakan sistem keselamatan dalam organisasi kesehatan.

Penelitian terbaru (Allin Hospital) menunjukkan 2% dari pasien masuk rumah sakit mengalami *adverse drug event* yang berdampak meningkatnya *Length Of Stay (LOS)* 4.6 hari dan meningkatkan biaya kesehatan \$ 4.7000 dari setiap pasien yang masuk rumah sakit. Temuan ini merubah tujuan pelayanan farmasi rumah sakit tersebut : *a fail-safe system that is free of errors*.

Studi yang dilakukan Bagian Farmakologi Universitas Gajah Mada (UGM) antara 2001-2003 menunjukkan bahwa *medication error* terjadi pada 97% pasien *Intensive Care Unit (ICU)* antara lain dalam bentuk dosis berlebihan atau kurang, frekuensi pemberian keliru dan cara pemberian yang tidak tepat.

Lingkup perpindahan/perjalanan obat (meliputi obat, alat kesehatan, obat untuk diagnostik, gas medis, anastesi) : obat dibawa pasien di komunitas, di rumah sakit, pindah antar ruang, antar rumah sakit, rujukan, pulang, apotek, praktek dokter.

Multidisiplin problem : dipetakan dalam proses penggunaan obat : pasien/*care giver*, dokter, apoteker, perawat, tenaga asisten apoteker, mahasiswa, teknik, administrasi, pabrik obat. Kejadian *medication error* dimungkinkan tidak mudah untuk dikenali, diperlukan kompetensi dan pengalaman, kerjasama-tahap proses.

Tujuan utama farmakoterapi adalah mencapai kepastian keluaran klinik sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien dan meminimalkan risiko baik yang tampak maupun yang potensial meliputi obat (bebas maupun dengan resep), alat kesehatan pendukung proses pengobatan (*drug administration devices*). Timbulnya kejadian yang tidak sesuai dengan tujuan (*incidence/hazard*) dikatakan sebagai *drug misadventuring*, terdiri dari *medication errors* dan *adverse drug reaction*.

Ada beberapa pengelompokan *medication error* sesuai dengan dampak dan proses (tabel 2 dan 3). Konsistensi pengelompokan ini penting sebagai dasar analisa dan intervensi yang tepat.

Tabel 2 . Indeks *medication errors* untuk kategorisasi *errors* (berdasarkan dampak)

Errors	Kategori	Hasil
<i>No error</i>	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
<i>Error, no</i>	B	Terjadi kesalahan sebelum obat mencapai pasien

<i>harm</i>	C	Terjadi kesalahan dan obat sudah diminum/digunakan pasien tetapi tidak membahayakan pasien
	D	Terjadinya kesalahan, sehingga monitoring ketat harus dilakukan tetapi tidak membahayakan pasien
<i>Error, harm</i>	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara
	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara
	G	Terjadi kesalahan yang mengakibatkan efek buruk yang bersifat permanen
	H	Terjadi kesalahan dan hampir merenggut nyawa pasien contoh syok anafilaktik
<i>Error, death</i>	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia

Tabel 3 . Jenis-jenis *medication errors* (berdasarkan alur proses pengobatan)

Tipe Medication Errors	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, <i>strength</i> atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong dose form</i>	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda
<i>Prescribing error</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak

	berkompeten
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan

JCAHO (2007) menetapkan tentang keamanan terhadap titik kritis dalam proses manajemen obat : sistem seleksi (*selection*), sistem penyimpanan sampai distribusi (*storage, distribution*), sistem permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering and transcribing*), sistem penyiapan, labelisasi/etiket, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing dan dispensing*), teknik penggunaan obat pasien (*administration*), pemantauan efektifitas penggunaan (*monitoring*). Didalamnya termasuk sistem kerjasama dengan tenaga kesehatan terkait baik kompetensi maupun kewenangannya, sistem pelaporan masalah obat dengan upaya perbaikan, informasi obat yang selalu tersedia, keberadaan apoteker dalam pelayanan, adanya prosedur khusus obat dan alat yang memerlukan perhatian khusus karena dampak yang membahayakan.

WHO dalam *developing pharmacy practice-a focus on patient care* membedakan tentang praktek farmasi (berhubungan dengan pasien langsung) dan pelayanan farmasi (berhubungan dengan kualitas obat dan sistem proses pelayanan farmasi)

- Praktek pekerjaan kefarmasian meliputi obat-obatan, pengadaan produk farmasi dan pelayanan kefarmasian yang diberikan oleh apoteker dalam sistem pelayanan kesehatan.
- Pelayanan kefarmasian meliputi semua pelayanan yang diberikan oleh tenaga farmasi dalam mendukung pelayanan kefarmasian. Di luar suplai obat-obatan, jasa kefarmasian meliputi informasi, pendidikan dan komunikasi untuk mempromosikan kesehatan masyarakat, pemberian informasi obat dan konseling, pendidikan dan pelatihan staf.
- Pekerjaan kefarmasian meliputi penyediaan obat dan pelayanan lain untuk membantu masyarakat dalam mendapatkan manfaat yang terbaik.

Klasifikasi aktivitas apoteker (*American Pharmacists Association/APha*)

- A. Memastikan terapi dan hasil yang sesuai
 - a. Memastikan farmakoterapi yang sesuai
 - b. Memastikan kepatuhan/pemahaman pasien terhadap rencana pengobatannya
 - c. Monitoring dan pelaporan hasil
- B. *Dispensing* obat dan alat kesehatan
 - a. Memproses resep atau pesanan obat
 - b. Menyiapkan produk farmasi
 - c. Mengantarkan obat atau alat kesehatan
- C. Promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit
 - a. Pengantaran jasa penanggulangan klinis
 - b. Pengawasan dan pelaporan issue kesehatan masyarakat
 - c. Promosi penggunaan obat yang aman dalam masyarakat
- D. Manajemen sistem kesehatan
 - a. Pengelolaan praktek
 - b. Pengelolaan pengobatan dalam sistem kesehatan
 - c. Pengelolaan penggunaan obat dalam sistem kesehatan
 - d. Partisipasi dalam aktivitas penelitian
 - e. Kerjasama antardisiplin

Pada tahun 1998, FIP menerbitkan suatu statemen tentang Standard profesional mengenai kesalahan pengobatan yang berhubungan dengan peresepan obat dengan tujuan mendefinisikan istilah "kesalahan pengobatan" dan untuk menyarankan suatu tatanama standard untuk mengkategorikan hal-hal seperti kesalahan dan disain sistemnya untuk meningkatkan keselamatan dalam pabrikan, pemesanan, pelabelan, penyiapan, administrasi dan penggunaan obat.

Dalam, relasi antara dokter sebagai penulis resep dan apoteker sebagai penyedia obat (pelayanan tradisional farmasi), dokter dipercaya terhadap hasil dari farmakoterapi. Dengan berubahnya situasi secara cepat di sistem kesehatan, praktek asuhan kefarmasian diasumsikan apoteker bertanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat tidak hanya menerima asumsi tersebut. Dengan demikian apoteker bertanggung jawab langsung pada pasien tentang biaya, kualitas, hasil pelayanan kefarmasian.

Dalam aplikasi praktek pelayanan kefarmasian untuk keselamatan pasien terutama *medication error* adalah : menurunkan risiko dan promosi penggunaan obat yang aman.

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan menurut urutan dampak efektifitas terbesar adalah :

1. Mendorong fungsi dan pembatasan (*forcing function & constraints*) : suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh : sediaan potasium klorida siap pakai dalam konsentrasi 10% NaCl 0.9%, karena sediaan di pasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi)
2. Otomasi dan komputer (*Computerized Prescribing Order Entry*) : membuat statis /robotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh : komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan "tanda peringatan" jika di luar standar (ada penanda otomatis ketika digoxin ditulis 0.5g)
3. Standard dan protokol, standarisasi prosedur : menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi serta pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.
4. Sistem daftar tilik dan cek ulang : alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dalam sistem.
5. Peraturan dan Kebijakan : untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien. contoh : semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker
6. Pendidikan dan Informasi : penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi
7. Lebih hati-hati dan waspada : membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi nama pasien sebelum menyerahkan.

BAB III

PERAN APOTEKER DALAM MEWUJUDKAN KESELAMATAN PASIEN

Penggunaan obat rasional merupakan hal utama dari pelayanan kefarmasian. Dalam mewujudkan pengobatan rasional, keselamatan pasien menjadi masalah yang perlu di perhatikan. Dari data-data yang termuat dalam bab terdahulu disebutkan sejumlah pasien mengalami cedera atau mengalami insiden pada saat memperoleh layanan kesehatan, khususnya terkait penggunaan obat yang dikenal dengan *medication error*. Di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, kejadian *medication error* dapat dicegah jika melibatkan pelayanan farmasi klinik dari apoteker yang sudah terlatih.

Saat ini di negara-negara maju sudah ada apoteker dengan spesialisasi khusus menangani *medication safety*. Peran Apoteker Keselamatan Pengobatan (*Medication Safety Pharmacist*) meliputi :

1. Mengelola laporan *medication error*
 - Membuat kajian terhadap laporan insiden yang masuk
 - Mencari akar permasalahan dari *error* yang terjadi
2. Mengidentifikasi pelaksanaan praktek profesi terbaik untuk menjamin *medication safety*
 - Menganalisis pelaksanaan praktek yang menyebabkan *medication error*
 - Mengambil langkah proaktif untuk pencegahan
 - Memfasilitasi perubahan proses dan sistem untuk menurunkan insiden yang sering terjadi atau berulangnya insiden sejenis
3. Mendidik staf dan klinisi terkait lainnya untuk menggalakkan praktek pengobatan yang aman
 - Mengembangkan program pendidikan untuk meningkatkan *medication safety* dan kepatuhan terhadap aturan/SOP yang ada
4. Berpartisipasi dalam Komite/tim yang berhubungan dengan *medication safety*
 - Komite Keselamatan Pasien RS
 - Dan komite terkait lainnya
5. Terlibat didalam pengembangan dan pengkajian kebijakan penggunaan obat
6. Memonitor kepatuhan terhadap standar pelaksanaan Keselamatan Pasien yang ada

Peran apoteker dalam mewujudkan keselamatan pasien meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen meliputi pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan IT). Sedangkan aspek klinik meliputi skrining permintaan obat (resep atau bebas), penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi. Kegiatan farmasi klinik sangat diperlukan terutama pada pasien yang menerima pengobatan dengan risiko tinggi. Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/kesalahan.

Apoteker harus berperan di semua tahapan proses yang meliputi :

1. Pemilihan

Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat-obat sesuai formularium.

2. Pengadaan

Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi.

3. Penyimpanan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat:

- Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*) secara terpisah.
- Obat-obat dengan peringatan khusus (*high alert drugs*) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus. Misalnya :
 - menyimpan cairan elektrolit pekat seperti KCl inj, heparin, warfarin, insulin, kemoterapi, narkotik opiat, *neuromuscular blocking agents*, thrombolitik, dan agonis adrenergik. (Daftar lengkapnya dapat dilihat di www.ismp.org.)
 - kelompok obat antidiabet jangan disimpan tercampur dengan obat lain secara alfabetis, tetapi tempatkan secara terpisah
- Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan.

4. Skrining Resep

Apoteker dapat berperan nyata dalam pencegahan terjadinya *medication error* melalui kolaborasi dengan dokter dan pasien.

- Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/ nomor resep,
- Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.
- Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti :
 - Data demografi (umur, berat badan, jenis kelamin) dan data klinis (alergi, diagnosis dan hamil/menyusui). Contohnya, Apoteker perlu mengetahui tinggi dan berat badan pasien yang menerima obat-obat dengan indeks terapi sempit untuk keperluan perhitungan dosis.
 - Hasil pemeriksaan pasien (fungsi organ, hasil laboratorium, tanda-tanda vital dan parameter lainnya). Contohnya, Apoteker harus mengetahui data laboratorium yang penting, terutama untuk obat-obat yang memerlukan penyesuaian dosis dosis (seperti pada penurunan fungsi ginjal).
- Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.
- Strategi lain untuk mencegah kesalahan obat dapat dilakukan dengan penggunaan otomatisasi (*automatic stop order*), sistem komputerisasi (*e-prescribing*) dan pencatatan pengobatan pasien seperti sudah disebutkan diatas.
- Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan itupun harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengeja nama obat serta memastikan dosisnya. Informasi obat yang penting harus diberikan kepada petugas yang meminta/menerima obat tersebut. Petugas yang menerima permintaan harus menulis dengan jelas instruksi lisan setelah mendapat konfirmasi.

5. Dispensing

- Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SOP.
- Pemberian etiket yang tepat. Etiket harus dibaca minimum tiga kali : pada saat pengambilan obat dari rak, pada saat mengambil obat dari

wadah, pada saat mengembalikan obat ke rak.

- Dilakukan pemeriksaan ulang oleh orang berbeda.
- Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.

6. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Edukasi dan konseling kepada pasien harus diberikan mengenai hal-hal yang penting tentang obat dan pengobatannya. Hal-hal yang harus diinformasikan dan didiskusikan pada pasien adalah :

- Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar, harapan setelah menggunakan obat, lama pengobatan, kapan harus kembali ke dokter
- Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien
- Reaksi obat yang tidak diinginkan (*Adverse Drug Reaction* – ADR) yang mengakibatkan cedera pasien, pasien harus mendapat edukasi mengenai bagaimana cara mengatasi kemungkinan terjadinya ADR tersebut
- Penyimpanan dan penanganan obat di rumah termasuk mengenali obat yang sudah rusak atau kadaluarsa.

Ketika melakukan konseling kepada pasien, apoteker mempunyai kesempatan untuk menemukan potensi kesalahan yang mungkin terlewatkan pada proses sebelumnya.

7. Penggunaan Obat

Apoteker harus berperan dalam proses penggunaan obat oleh pasien rawat inap di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, bekerja sama dengan petugas kesehatan lain. Hal yang perlu diperhatikan adalah :

- Tepat pasien
- Tepat indikasi
- Tepat waktu pemberian
- Tepat obat
- Tepat dosis
- Tepat label obat (aturan pakai)
- Tepat rute pemberian

8. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker harus melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui efek terapi, mewaspadaikan efek samping obat, memastikan kepatuhan pasien. Hasil monitoring dan evaluasi didokumentasikan dan ditindaklanjuti dengan melakukan perbaikan dan mencegah pengulangan kesalahan.

Seluruh personal yang ada di tempat pelayanan kefarmasian harus terlibat dalam program keselamatan pasien khususnya *medication safety* dan harus secara terus menerus mengidentifikasi masalah dan mengimplementasikan strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain :

- Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)
Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SOP bagaimana resep/permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidaklengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.
- Kondisi lingkungan
Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.
- Gangguan/interupsi pada saat bekerja
Gangguan/interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.
- Beban kerja
Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.
- Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan.

Apoteker di rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya dapat menerapkan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Pada Pelayanan Kefarmasian yang mengacu pada buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) (diterbitkan oleh Depkes tahun 2006) :

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil

- Adanya kebijakan Instalasi Farmasi RS/Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya tentang Keselamatan Pasien yang meliputi kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Sentinel, dan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh apoteker dan tenaga farmasi, pasien dan keluarga jika terjadi insiden.
- Buat, sosialisasikan dan penerapan SOP sebagai tindak lanjut setiap kebijakan
- Buat buku catatan tentang KTD, KNC dan Kejadian Sentinel kemudian laporkan ke atasan langsung

2. Pimpin dan Dukung Staf Anda

Bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di tempat pelayanan (instalasi farmasi/apotek)

- Adanya suatu tim di Instalasi Farmasi/Apotek yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien (sesuai dengan kondisi)
- Tunjuk staf Instalasi Farmasi/Apotek yang bisa menjadi penggerak dan mampu mensosialisasikan program (*leader*)
- Adakan pelatihan untuk staf dan pastikan pelatihan ini diikuti oleh seluruh staf dan tempatkan staf sesuai kompetensi
Staf farmasi harus mendapat edukasi tentang kebijakan dan SOP yang berkaitan dengan proses dispensing yang akurat, mengenai nama dan bentuk obat-obat yang membingungkan, obat-obat formularium/non formularium, obat-obat yang ditanggung asuransi/non-asuransi, obat-obat baru dan obat-obat yang memerlukan perhatian khusus. Disamping itu petugas farmasi harus mewaspadaikan dan mencegah *medication error* yang dapat terjadi.
- Tumbuhkan budaya tidak menyalahkan (*no blaming culture*) agar staf berani melaporkan setiap insiden yang terjadi

3. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah

- Buat kajian setiap adanya laporan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel
 - Buat solusi dari insiden tersebut supaya tidak berulang dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada atau mengembangkan SOP bila diperlukan
4. Kembangkan Sistem Pelaporan
- Pastikan semua staf Instalasi Farmasi/Apotek dengan mudah dapat melaporkan insiden kepada atasan langsung tanpa rasa takut
 - Beri penghargaan pada staf yang melaporkan
5. Libatkan dan Komunikasi Dengan Pasien
- Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
- Pastikan setiap penyerahan obat diikuti dengan pemberian Informasi yang jelas dan tepat
 - Dorong pasien untuk berani bertanya dan mendiskusikan dengan apoteker tentang obat yang diterima
 - Lakukan komunikasi kepada pasien dan keluarga bila ada insiden serta berikan solusi tentang insiden yang dilaporkan
6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien
- Dorong staf untuk melakukan analisis penyebab masalah
- Lakukan kajian insiden dan sampaikan kepada staf lainnya untuk menghindari berulangnya insiden
7. Cegah KTD, KNC dan Kejadian Sentinel dengan cara :
- Gunakan informasi dengan benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi
 - Buat solusi yang mencakup penjabaran ulang sistem (*re-design system*), penyesuaian SOP yang menjamin keselamatan pasien
 - Sosialisasikan solusi kepada seluruh staf Instalasi Farmasi/Apotek

BAB IV

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Di Indonesia data tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Sentinel masih sangat langka. Setiap kegiatan pelayanan kefarmasian baik di rumah sakit maupun di komunitas diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien meliputi KTD, KNC, dan Kejadian Sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Kejadian terkait dengan keselamatan pasien dalam pelayanan farmasi komunitas di Indonesia belum mempunyai panduan pelaporan, sehingga kegiatan yang dilakukan adalah pencatatan untuk monitoring dan evaluasi.

Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut. Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Setiap kejadian dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menggunakan formulir yang sudah disediakan di rumah sakit untuk diinvestigasi.

IV.1 Prosedur Pelaporan Insiden

1. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
2. Laporan insiden dapat dibuat oleh siapa saja atau staf farmasi yang pertama kali menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian.
3. Pelaporan dilakukan dengan mengisi "Formulir Laporan Insiden" yang bersifat rahasia

IV.2 Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (Internal)

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Apoteker penanggung jawab dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
3. Laporan segera diserahkan kepada Apoteker penanggung jawab
4. Apoteker penanggung jawab memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan :
 - **Grade biru** : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 1 minggu
 - **Grade hijau** : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 2 minggu
 - **Grade kuning** : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 - **Grade merah** : Investigasi komprehensif/*Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
7. Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan melakukan *Regrading*
8. Untuk Grade kuning/merah, Tim KP di RS akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA)
9. Setelah melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa : Petunjuk / *Safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
10. Hasil *Root Cause Analysis* (RCA), rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi

11. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada instalasi farmasi.
12. Apoteker penanggung jawab akan membuat analisis dan tren kejadian di satuan kerjanya
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (Kp) Di Rumah Sakit lihat Lampiran 1

IV.3 Analisis Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko bertujuan untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

a. Dampak

Penilaian dampak adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal, seperti tabel berikut.

Tabel 4. Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cedera ringan mis. Luka lecet ➢ Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cedera sedang mis. Luka robek ➢ Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit ➢ Setiap kasus yang memperpanjang waktu perawatan
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cedera luas/berat mis. cacat, lumpuh ➢ Kehilangan fungsi motorik / sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

(Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI)

b. Probabilitas

Penilaian tingkat probabilitas adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, seperti tabel berikut.

Tabel 5. Penilaian Probabilitas/Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / Rare (>5 thn/kali)
2	Jarang / Unlikely (2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Possible (1-2 thn/kali)
4	Sering / Likely (beberapa kali/thn)
5	Sangat sering / Almost certain (tiap minggu/bulan)

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, masukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko.

4.3.1. Skor Risiko

$$\text{SKOR RISIKO} = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$$

Untuk menentukan skor risiko, digunakan matriks grading risiko seperti tabel berikut.

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
3. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak

Tabel 6. Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim

Jarang terjadi (2-5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

Skor risiko akan menentukan prioritas risiko. Jika pada penilaian risiko ditemukan dua insiden dengan hasil skor risiko yang nilainya sama, maka untuk memilih prioritasnya, dapat menggunakan warna bands risiko.

Skala prioritas bands risiko adalah :

Bands Biru : rendah / *low*

Bands Hijau : Sedang / *Moderat*

Bands Kuning : Tinggi / *High*

Bands Merah : Sangat Tinggi / *Ekstreme*

4.3.2. Bands Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu :

Biru, Hijau, Kuning dan Merah, dimana warna akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

- Bands Biru dan Hijau : Investigasi sederhana
- Bands Kuning dan Merah : Investigasi Komprehensif / RCA

Tabel 7. Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko

Level/Bands	Tindakan
Ekstrim (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari Membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
Moderat (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama

	2 minggu. Manajer/Pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana, paling lama 1 minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

IV.4. Peran Apoteker Dalam Penyusunan Laporan

Idealnya setiap KTD/KNC/Kejadian Sentinel yang terkait dengan penggunaan obat harus dikaji terlebih dahulu oleh apoteker yang berpengalaman sebelum diserahkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Tujuan pengkajian untuk memastikan bahwa laporan tersebut sudah sesuai, nama obat yang dilaporkan benar, dan memasukkan dalam kategori insiden yang benar. Kategori kesalahan dalam pemberian obat adalah :

- Pasien mengalami reaksi alergi
- Kontraindikasi
- Obat kadaluwarsa
- Bentuk sediaan yang salah
- Frekuensi pemberian yang salah
- Label obat salah / tidak ada / tidak jelas
- Informasi obat kepada pasien yang salah / tidak jelas
- Obat diberikan pada pasien yang salah
- Cara menyiapkan (meracik) obat yang salah
- Jumlah obat yang tidak sesuai
- ADR (jika digunakan berulang)
- Rute pemberian yang salah
- Cara penyimpanan yang salah
- Penjelasan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah

IV.5. Permasalahan Dalam Pencatatan Dan Pelaporan

Yang bertanggungjawab dalam pencatatan laporan adalah :

- Staf IFRS/Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang pertama menemukan kejadian atau supervisornya
- Staf IFRS/ Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang terlibat dengan kejadian atau supervisornya
- Staf IFRS/ Sarana Pelayanan Kesehatan Lainnya yang perlu melaporkan kejadian

Masalah yang dihadapi dalam pencatatan dan pelaporan kejadian

- Laporan dipersepsikan sebagai "pekerjaan perawat"
- Laporan sering tidak diuraikan secara rinci karena takut disalahkan
- Laporan terlambat
- Laporan kurang lengkap (cara mengisi formulir salah, data kurang lengkap)

Hal-hal yang perlu dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan

1. JANGAN melaporkan insiden lebih dari 24 jam
2. JANGAN menunda laporan insiden dengan alasan belum ditindaklanjuti atau ditandatangani
3. JANGAN menambah catatan medis pasien bila telah tercatat dalam laporan insiden
4. JANGAN meletakkan laporan insiden sebagai bagian dari rekam medik pasien
5. JANGAN membuat salinan laporan insiden untuk alasan apapun
6. CATATLAH keadaan yang tidak diantisipasi

Hambatan dalam pencatatan dan pelaporan

- Pandangan bahwa kesalahan adalah suatu kegagalan dan kesalahan dibebankan pada satu orang saja.
- Takut disalahkan karena dengan melaporkan KTD, KNC, dan Kejadian sentinel akan membeberkan keburukan dari personal atau tim yang ada dalam rumah sakit/sarana pelayanan kesehatan lain.
- Terkena risiko tuntutan hukum terhadap kesalahan yang dibuat.
- Laporan disebarluaskan untuk tujuan yang merugikan
- Pelaporan tidak memberi manfaat langsung kepada pelapor
- Kurangnya sumber daya
- Kurang jelas batasan apa dan kapan pelaporan harus dibuat
- Sulitnya membuat laporan dan menghabiskan waktu

IV.6. Dokumentasi

Semua laporan yang telah dibuat harus didokumentasikan di Instalasi Farmasi/ sarana pelayanan kesehatan lain untuk bahan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut.

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Sebagai tindak lanjut terhadap Program Keselamatan Pasien, Apoteker perlu melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi di unit kerjanya secara berkala. Monitoring merupakan kegiatan pemantauan terhadap pelaksanaan pelayanan kefarmasian terkait Program Keselamatan Pasien. Evaluasi merupakan proses penilaian kinerja pelayanan kefarmasian terkait Program Keselamatan Pasien.

Tujuan dilakukan monitoring dan evaluasi agar pelayanan kefarmasian yang dilakukan sesuai dengan kaidah keselamatan pasien dan mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dan berulang dimasa yang akan datang.

Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap :

- Sumber daya manusia (SDM)
- Pengelolaan perbekalan farmasi (seleksi, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi/penggunaan)
- Pelayanan farmasi klinik (pengkajian resep, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling obat, rekonstitusi obat kanker, iv.admixture, total parenteral nutrition, therapeutic drug monitoring)
- Laporan yang didokumentasikan.

Dari hasil monitoring dan evaluasi dilakukan intervensi berupa rekomendasi dan tindak lanjut terhadap hal-hal yang perlu diperbaiki seperti perbaikan kebijakan, prosedur, peningkatan kinerja SDM, sarana dan prasarana ataupun organisasi. Hasil dari rekomendasi dan tindak lanjut ini harus diumpan balikkan ke semua pihak yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit.

Untuk mengukur keberhasilan program kegiatan yang telah ditetapkan diperlukan indikator, suatu alat/tolok ukur yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap prosedur yang telah ditetapkan.

Indikator keberhasilan program dapat dilihat dari :

1. Menurunnya angka kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel.
2. Menurunnya KTD, KNC dan Kejadian Sentinel yang berulang.

BAB VI

PENUTUP

Apoteker memiliki peran yang sangat penting dalam meminimalkan terjadinya *medication error*. Memberikan pelayanan kefarmasian secara paripurna dengan memperhatikan faktor keselamatan pasien, antara lain dalam proses pengelolaan sediaan farmasi, melakukan monitoring dan mengevaluasi keberhasilan terapi, memberikan pendidikan dan konseling serta bekerja sama erat dengan pasien dan tenaga kesehatan lain merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Untuk dapat berperan secara profesional dalam pelayanan kefarmasian diperlukan dukungan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang memadai. Oleh sebab itu sangat penting bagi seorang apoteker yang akan memberikan pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) untuk membekali diri sebaik-baiknya dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan. Buku ini diharapkan dapat digunakan oleh apoteker sebagai salah satu sumber informasi dalam melakukan pelayanan kefarmasian mengenai hal-hal yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

GLOSSARY

1. Analisis akar masalah (*Root cause analysis*) adalah suatu proses terstruktur untuk mengidentifikasi faktor penyebab atau faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyimpangan kinerja, termasuk KTD.
2. Interaksi Obat adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kerja obat
3. Manajemen Risiko (*Risk Management*) adalah aktivitas perlindungan diri yang berarti mencegah ancaman yang nyata atau berpotensi nyata terhadap kerugian keuangan akibat kecelakaan, cedera atau malpraktik medis.
4. *Medication Error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah
5. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) (*Near miss*) adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena "keberuntungan" (mis., pasien menerima suatu obat yang kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena "pencegahan" (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau "peringanan" (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.
Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (mis. Amputasi pada kaki yang salah, dsb) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.
7. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (*Adverse event*) adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.
8. Kesalahan medis (*medical errors*) adalah kesalahan yang terjadi dalam proses

asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

9. Keselamatan Pasien adalah tindakan yang dilakukan dalam kesehatan yaitu: melaporkan, menganalisis dan mencegah kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan kejadian kesehatan yang tidak diinginkan (*adverse health care event*).
10. KTD yang tidak dapat dicegah (*Unpreventable adverse event*) adalah suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang mutakhir.
11. *Pharmaceutical Care* atau pelayanan kefarmasian adalah bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi apoteker dalam pekerjaan kefarmasian untuk meningkatkan kualitas hidup pasien
12. Panitia Farmasi dan Terapi / Komite Farmasi dan Terapi (PFT/KFT) adalah suatu panitia / komite di rumah sakit yang merupakan badan penasehat dan pelayanan melalui garis organisatoris yang berfungsi sebagai penghubung antara staf medis dan Instalasi Farmasi Rumah Sakit
13. Stabilitas obat adalah keseimbangan atau kestabilan obat secara farmakodinamik dan farmakokinetika
14. Terapi obat adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit dan perawatan penyakit

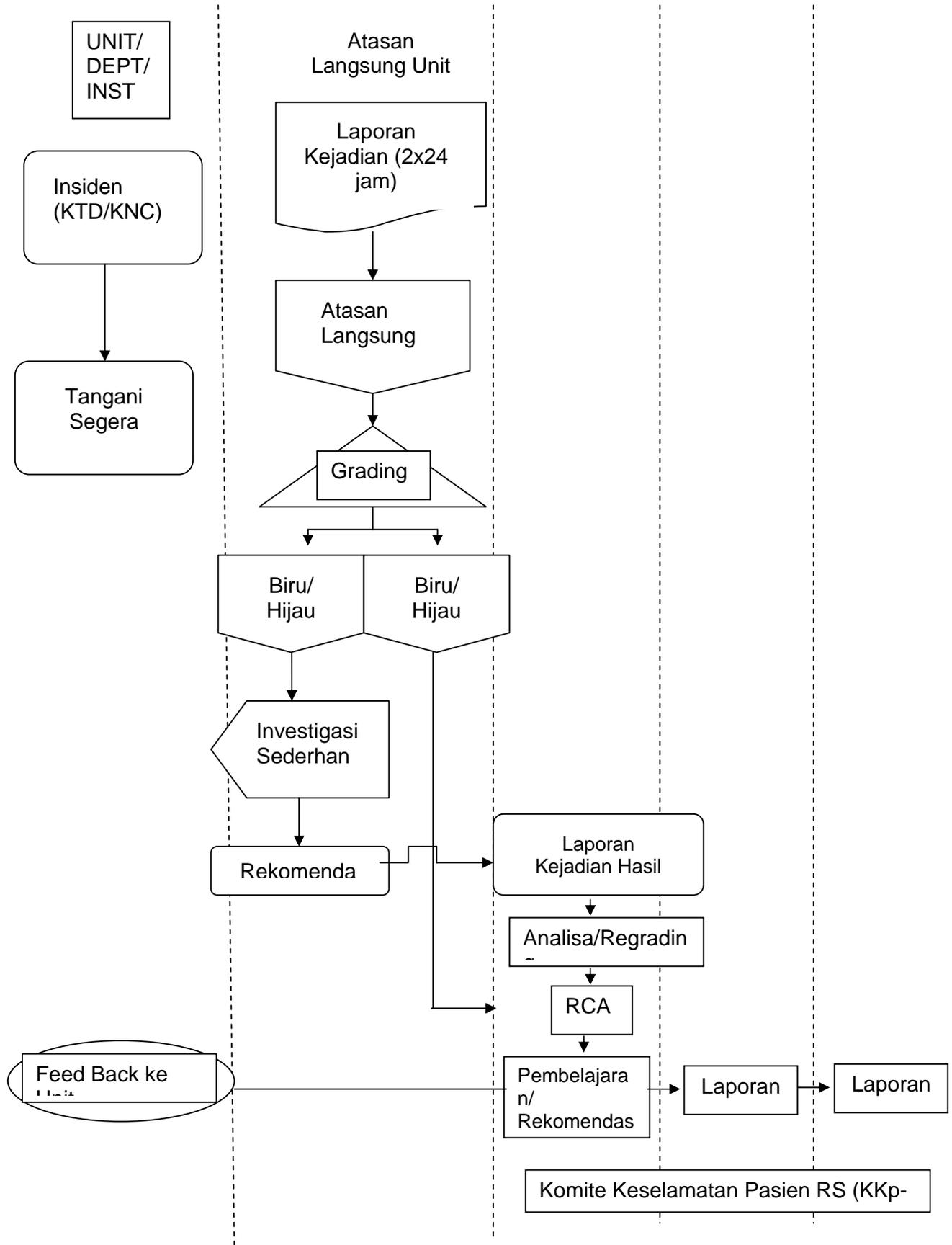
DAFTAR PUSTAKA

1. 2004 ASHP Leadership Conference on Pharmacy Practice Management Executive Summary: Improving patient care and medication safety *Am J Health-Syst Pharm.* 2005; 62:1303-10)
2. Anonim. *Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan Khusus Farmasi.* Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat kesehatan RI. Jakarta. 2005 hal 91
3. Anonim. *Modul – 9 Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit.* Pusat Pendidikan dan Latihan Kesehatan Depkes & Kessos RI. Jakarta 2000
4. Anonim. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety).* Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2006.
5. Anonim. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).* Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Jakarta. 2005.
6. Anonim. *Managing The Risks From Medical Product Use.* U.S Food and Drug Administration. 1999.
7. Ashcroft D., Morecroft C., Parker D., Noyece P., *Patient Safety in Community Pharmacy : Understanding Errors and Managing Risk,* Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005
8. Bates, D.W., Cullen, D.J, Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D., Laffel, G., Sweizer, B.J., Shea, B.F., Hallisey, R., Vliet, M.V., Nemeskal, R., Leape, L.L. (1995) *Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention.* *Journal of American Medical Association* 274:29-34
9. Cohen MR. *Medication Errors,* The American Pharmaceutical Association 1999
10. *Effect Of Pharmacist-Led Pediatrics Medication Safety Team On Medication-Error Reporting,* *Am J Health-Sist Pharm,* 2007, vol64;1422-26.
11. Erin L. St. Onge, Pharm.D., Assistant Dean and Director, Mabel Dea, Pharm.D. candidate, Renee L. Rose, Pharm.D., Assistant Director — *Medication errors and strategies to improve patient safety, An ongoing CE program of The University of Florida College of Pharmacy and Drug Topics,* Orlando Campus, University of Florida College of Pharmacy, Gainesville
12. *FIP Statement on Patient Safety*
13. Mark SM and Mercado MC. *Medication Safety.* ASHP (American Society of Health-System Pharmacists, 2006

14. Jackie Biery, Pharm.D., *Medication Safety Pharmacist*, University of Washington, Feb 21, 2006
15. Nebeker JR, Barach P, Samore MH. *Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to terminology, Documentation, and Reporting. Improving Patient Care*. American Colleges of Physicians, 2004.
16. *Patient Safety in Community Pharmacy: Understanding Errors and Managing Risk*, Darren Ashcroft, Charles Morecroft, Dianne Parker, Peter Noyece, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005
17. Schyve PM. *Systems Thinking and Patient Safety. Advances in Patient Safety* Vol.2,
18. Simmons RL. *Reducing Medical Errors : An Organizational Approach*. P&T, Vol 28 No. 12, 2003.
19. Siregar, C. J. P. 2006. *Farmasi Klinik. Teori & Penerapan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
20. The Society of Hospital Pharmacists of Australia (SHPA), *Position Statement : Hospital pharmacy services improve medication safety*, 2003
21. United States Department of Health and Human Services. *Glossary AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)*
22. www.ahrq.gov. 30 *Safe Practices for Better Health Care, Agency for Healthcare Research and Quality Advancing Excellence in Health Care*
23. www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf
24. www.books.nap.edu/catalog/11623.html. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, J. L., Cronenwett, L. R. (eds). 2007. *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*.
25. www.ismp.org/orderforms/reporterrortolSMP.asp. USP-ISMP *Medication Errors Reporting Program (MERP)*. 2008 Institute for Safe Medication Practices. 15 Januari 2008 09.58.

Lampiran 1

Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (Kp) Di Rumah Sakit



EVALUASI MUTU PELAYANAN FARMASI

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc

Evaluasi mutu pelayanan farmasi (kepmenkes no. 1027 th 2004)

- Indikator yang digunakan untuk mengevaluasi mutu pelayanan:
 1. Tingkat kepuasan konsumen: dilakukan dengan survei berupa angket atau wawancara langsung
 2. Dimensi waktu (lama pelayanan diukur dengan waktu (yg telah ditetapkan)
 3. Prosedur tetap: untuk menjamin mutu pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan



Customer satisfaction



- *customer* adalah siapa saja yang menggunakan keluaran pekerjaan seseorang atau suatu tim
- **customer** ≠ **pelanggan**
- *Customer* mencakup pengertian pelanggan (*repeat buyer*), pembeli sekali (*one-time buyer*), maupun konsumen (*consumer*).
- indikator kinerja dari *customer* satisfaction yaitu
 - 1) **proporsi customer** yang merasa puas terhadap pelayanan,
 - 2) **peningkatan jumlah customer** dalam kurun waktu tertentu

- Kepuasan Pasien & Stakeholder lain

- Kemudahan
- *Availability obat*
- *Delivery Time*
- *Responsiveness dll*
- Kerapian karyawan
- Keramahan karyawan
- Harga
- Pelayanan lain dll

Kepuasan *Customer*

Menjadi **sifat prediktif** mengenai bagaimana *customer* akan berperilaku dimasa yang akan datang

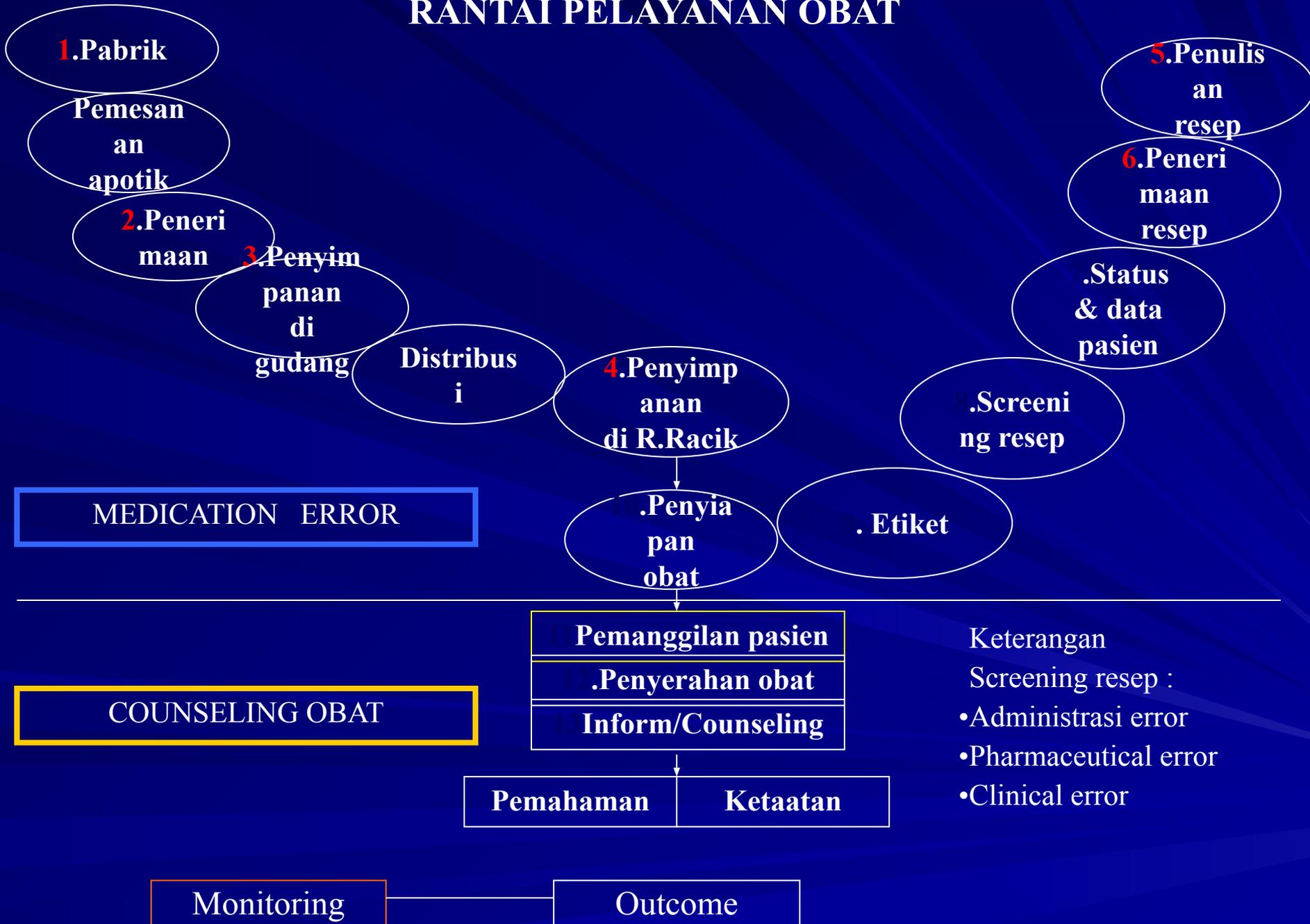
Lima dimensi penilaian yaitu Zithmal& parasuraman:

1. Ketanggapan (*Responsiveness*) □ *pelayanan cepat dan tepat.*
2. Keandalan (*Reliability*) □ *pelayanan seperti yang dijanjikan dan akurat atau tidak ada kesalahan.*
3. Jaminan (*Assurance*) □ *kepercayaan dan kebenaran atas pelayanan yang diberikan kepada *customer*.*
4. Empati (*Emphaty*) □ *membina hubungan, perhatian, dan memahami kebutuhan *customer*.*
5. Berwujud (*Tangibles*) □ *sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh *customer*.*

Delivery time

- Lama pelayanan obat dari pasien menyerahkan resep sampai pasien menerima obat dan informasi obat

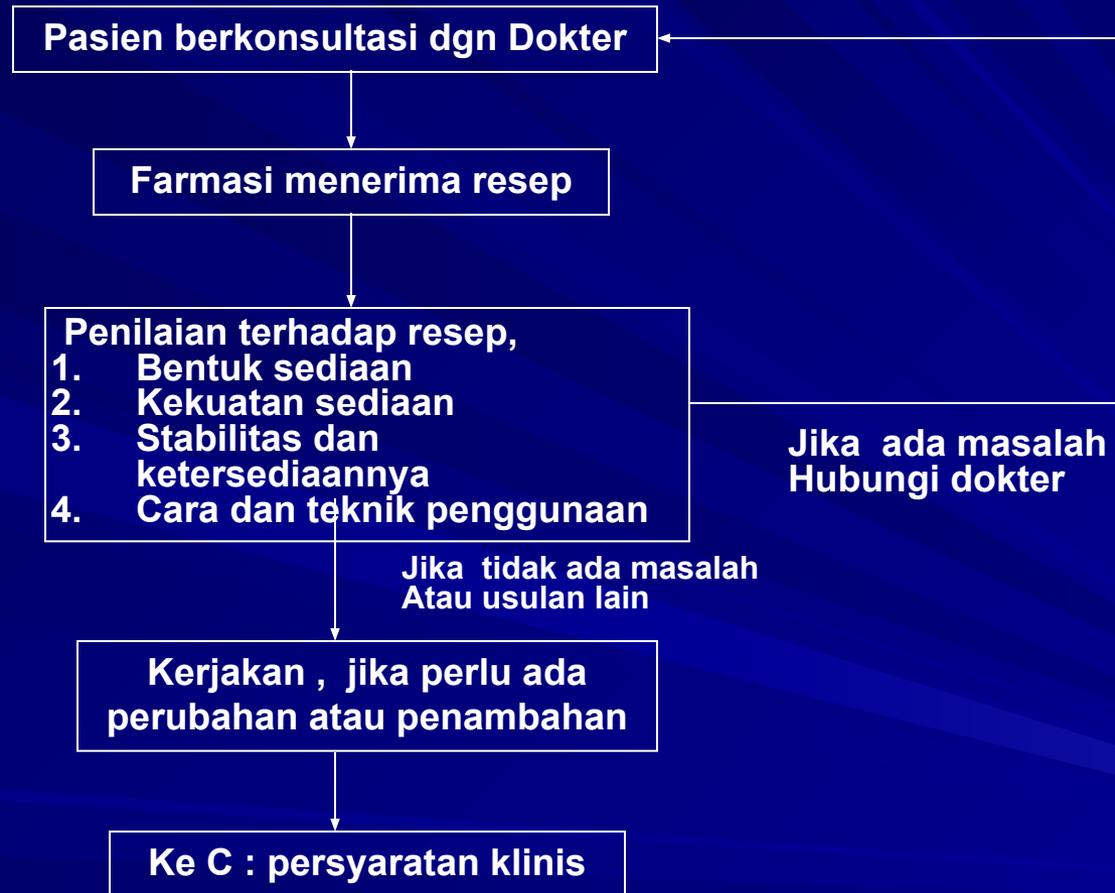
RANTAI PELAYANAN OBAT



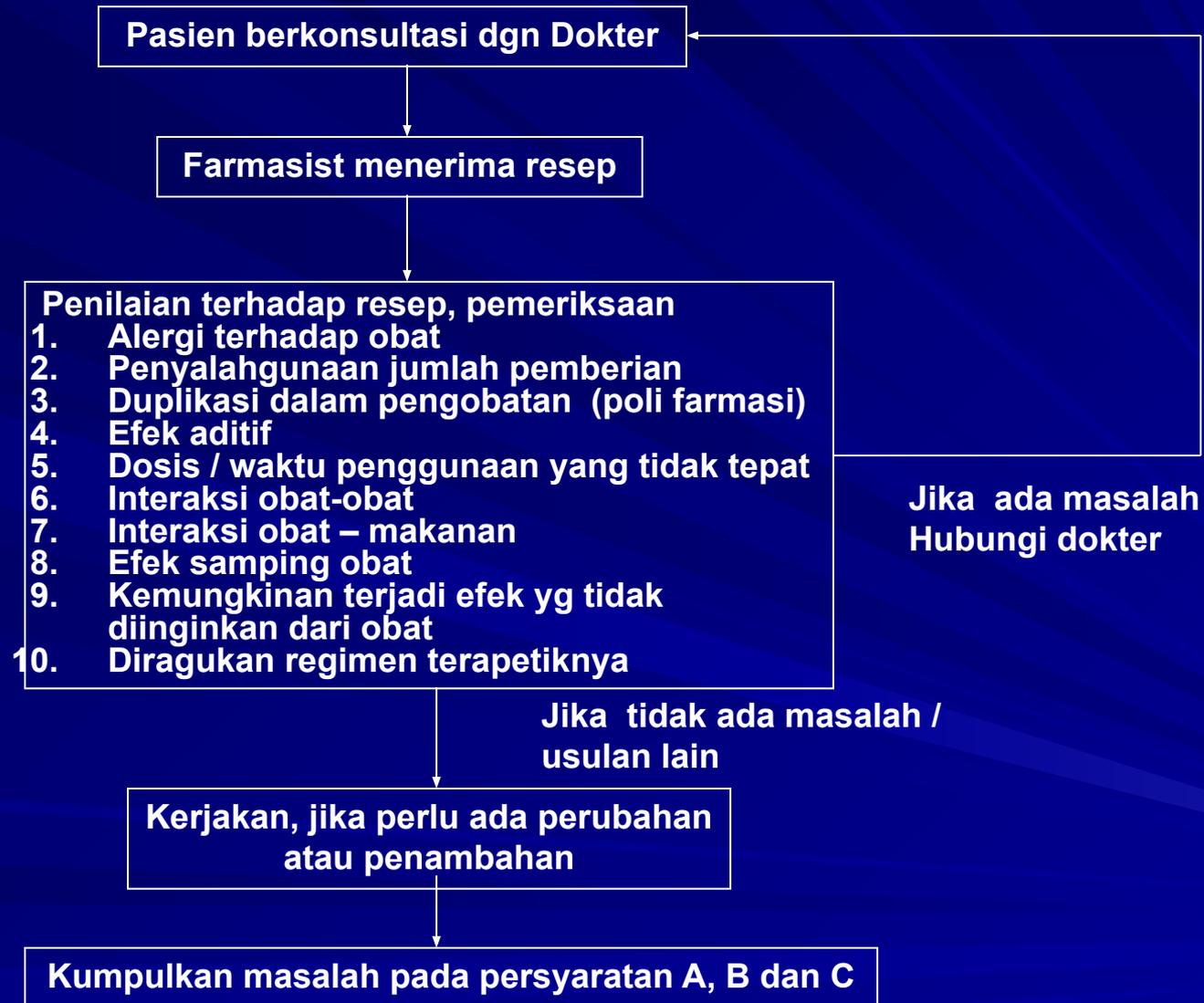
A. PERSYARATAN ADMINISTRASI



B. PERSYARATAN FARMASI



C. PERSYARATAN KILINIK

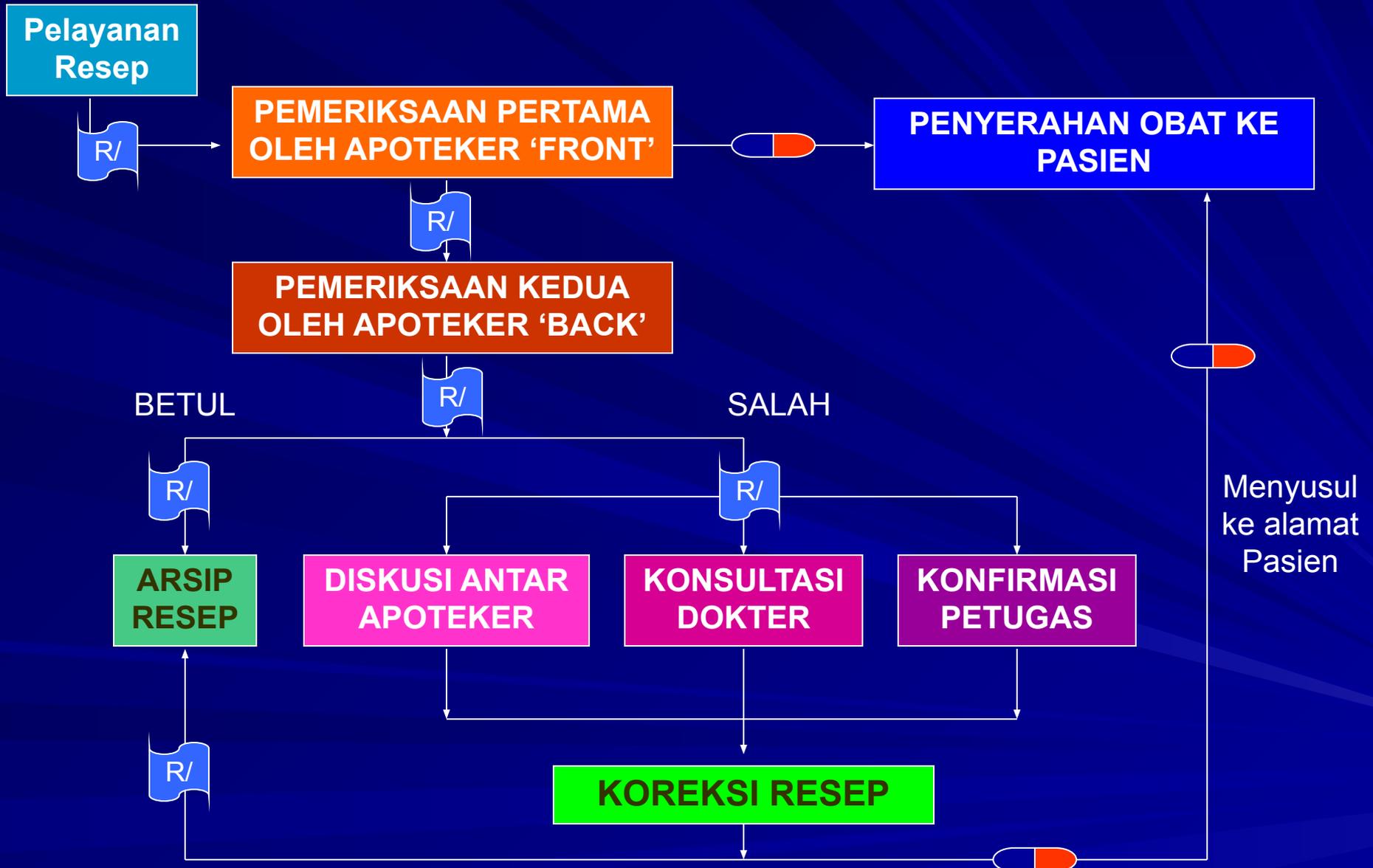


Pengawasan

Pada setiap lembar resep yang dikerjakan ada kolom **HTKP / HETIP**, diparaf petugas yg melakukan kegiatan tersebut :

H	= Harga	H	= Harga
E	= Etiket	T	= Timbang
T	= Timbang	K	= Kemasan
I	= Isi	P	= Penyerahan
P	= Penyerahan		

QUALITY CONTROL RESEP (Penanganan Koreksi Resep)



Merancang Pengendalian Mutu

- Identifikasi masalah atau tentukan perbaikan yang akan dilakukan (dasar *customer satisfact.*)
- Uraikan proses pelayanan
- Analisa situasi saat ini
- Tentukan standard yang akan dicapai
- Usaha peningkatan pelayanan
- Lakukan uji coba
- Buat tools untuk pengawasan (misalnya SIM)
- Buat tools untuk format pelaporan (SIM)
- Awasi sampai keadaan ideal tercapai (dokumentasi)
- Buat SOP lanjutkan ke program *Quality Assurance*

Delivery Time

- Identifikasi masalah
 - Pasien Askes mengeluh waktu tunggu lama
 - Ruangan menjadi penuh
- Uraikan proses pelayanan
 - Pasien ke dokter
 - Pasien diperiksa
 - Pasien mendapat resep (untuk kasus tertentu □ rujukan)
 - Pasien menunggu obat
- Analisa situasi saat ini
 - Banyak pasien Lansia
 - Dokter datang di poliklinik sesudah jam 10
 - Harus ada persetujuan Askes untuk kasus-kasus tertentu
 - Delivery time >30 menit

- Tentukan standard yang akan dicapai
 - Delivery time 10-30 menit (racikan 30 menit)
 - Zero defect (medication error 0)
 - Pasien tidak menumpuk
 - Ruang tunggu nyaman
 - Informasi
- Usaha peningkatan pelayanan
 - Pembenahan loket
 - Pembenahan petugas/loket
 - Perbaiki program komputer
 - Penyiapan paket-paket obat di luar pelayanan



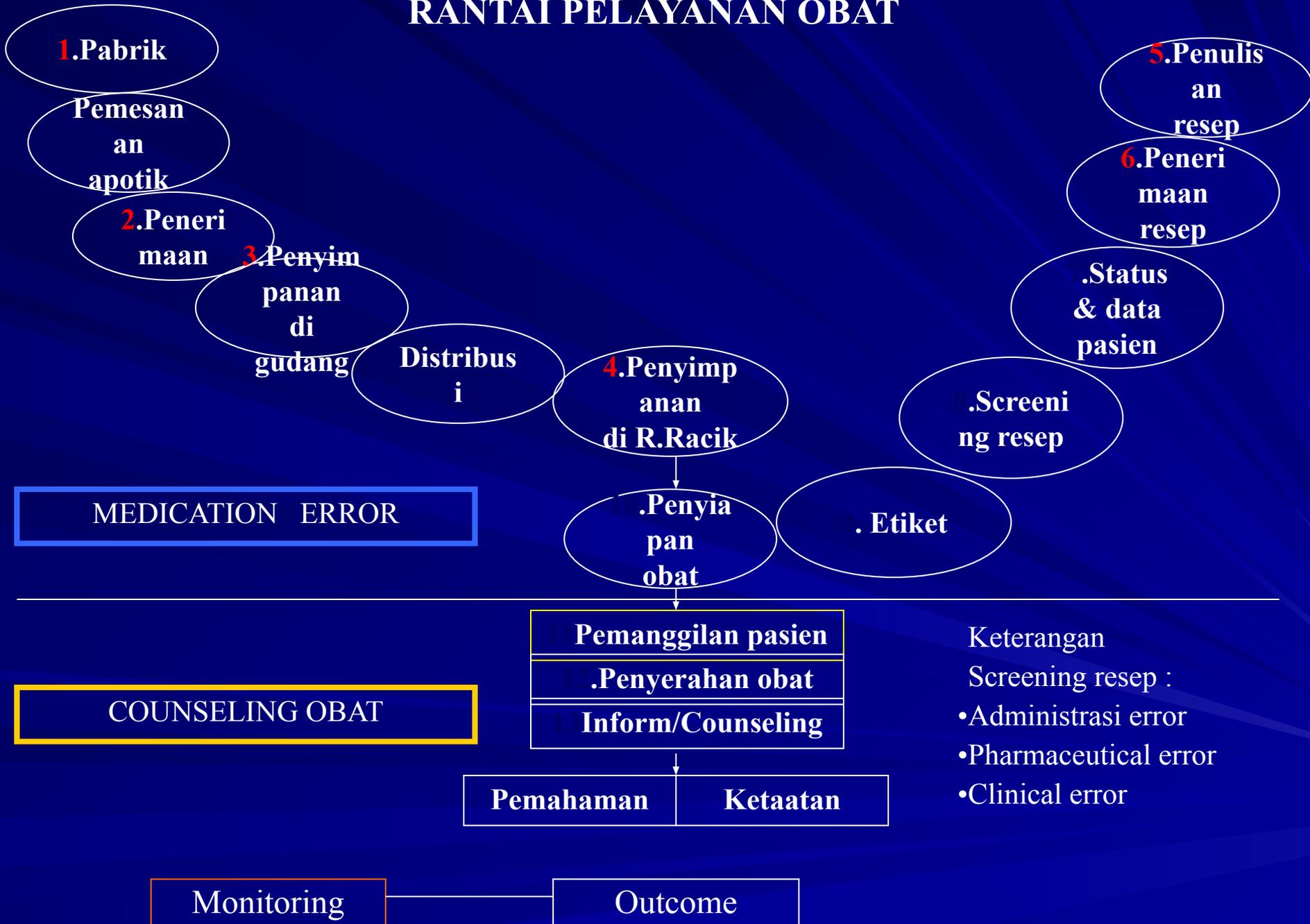
- Usulan: dokter datang lebih pagi
- Usulan ke Askes: petugas Askes untuk berada di RS untuk mempermudah persetujuan
- Usulan ke Askes: melibatkan Apoteker dalam meng acc persetujuan
- Mengaktifkan *counseling*
- Uji coba
 - Ukur delivery time (dengan timer)
 - Ukur produktivitas
 - Ukur *medication error*
 - Apakah SDM/SIM menunjang cukup baik?

- Buat tools untuk pengawasan
 - *Delivery time*
 - *Medication errors*
- Buat tools untuk format pelaporan
 - *Delivery time*
 - *Medication error*
 - Produktivitas
 - *Peak hour*
- Awasi sampai keadaan ideal tercapai (dokumentasi)
- Buat SOP

Zero Defect Management

- Identifikasi masalah
 - Bagaimana menjamin bahwa pelayanan farmasi bebas dari *error* ?
- Uraikan proses pelayanan
 - Resep ditulis dokter
 - Resep diserahkan pasien/perawat/depo ke apt
 - Pemberian nomor kepada pasien
 - Resep dianalisa
 - Pembuatan etiket/memasukkan data ke dalam komputer
 - Penyiapan obat
 - Pemeriksaan oleh Apt /AA senior
 - Penyerahan

RANTAI PELAYANAN OBAT



- Analisa situasi saat ini
 - Di Apt Rawat Inap: beban terlalu tinggi
 - Banyak jenis/status pasien (umum, Jamsostek, kontraktor))
 - Penunggu Pasien emosional
 - Depo tidak menulis kapan akan dipakai
 - Tidak ada standarisasi obat untuk pasien umum
 - Nama pasien hampir sama
 - *Medication Record Number* blum sempurna
 - Tulisan dokter kurang jelas
 - RS pendidikan, residen masih kurang faham dosis, nama paten
- Tentukan standard yang akan dicapai
 - *Zero defect management*
 - *Delivery Time* yang pantas

- Usaha peningkatan pelayanan
 - Pengembangan knowledge Apoteker & AA
 - Peningkatan ketrampilan mengidentifikasi masalah
 - Peningkatan ketrampilan pemecahan masalah
 - Dokumentasi *issue*
 - Rotasi periodik
 - Perbaikan sistim
- Lakukan uji coba
- Buat tools untuk pengawasan
 - Catatan *Medication Error*
 - Catatan Produktivitas
 - Test ketrampilan AA, tentang knowledge dan SOP
- Buat tools untuk format pelaporan
- Awasi sampai keadaan ideal tercapai (dokumentasi)
- Buat SOP lanjutkan ke program *Quality Assurance*



Zero D

Zero Defect :

1. Pembangunan sist. pengendalian
2. Pelaksanaan in process control
3. Pelaksanaan verifikasi process
4. Dokumentasi
5. Tindak lanjut
6. Perbaikan sist.berkesinambungan
 - Training SDM
 - Program SIM
 - Fasilitas
 - Beban Kerja, dsb.

PELAYANAN KEFARMASIAN DI ERA SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Dosen : apt. Astri Rachmawati., M.Sc



Pelayanan Kesehatan

- RS milik Pemerintah
- RS rujukan nasional
- RS pendidikan
- RS terbesar

Pelayanan Kesehatan

- Pelayanan tersier dan kuartener
- Subspesialis:
 - 145 Divisi di 24 Departemen
- Kasus sulit dan mengancam jiwa
- Pendekatan multidisiplin, interdisiplin
- Pelayanan untuk pasien bersubsidi s/d pasien VVIP
- Pasien JKN: 80%

SDM

No	JENIS	JUMLAH
1.	Dokter Umum	27 orang
2.	Dokter Spesialis	484 orang
3.	Dokter Sub Spesialis	44 orang
4.	Dokter Gigi & Spesialis	30 orang
5.	Perawat & Spesialisnya	1677 orang
6.	Bidan	63 orang
7.	Farmasi	232 orang
8.	Keteknisan Medis	381 orang
9.	Kesehatan Masyarakat	69 orang
10.	Tenaga Kesehatan Lainnya	100 orang
11.	Tenaga Non Kesehatan	1762 orang
	JUMLAH	4869 orang

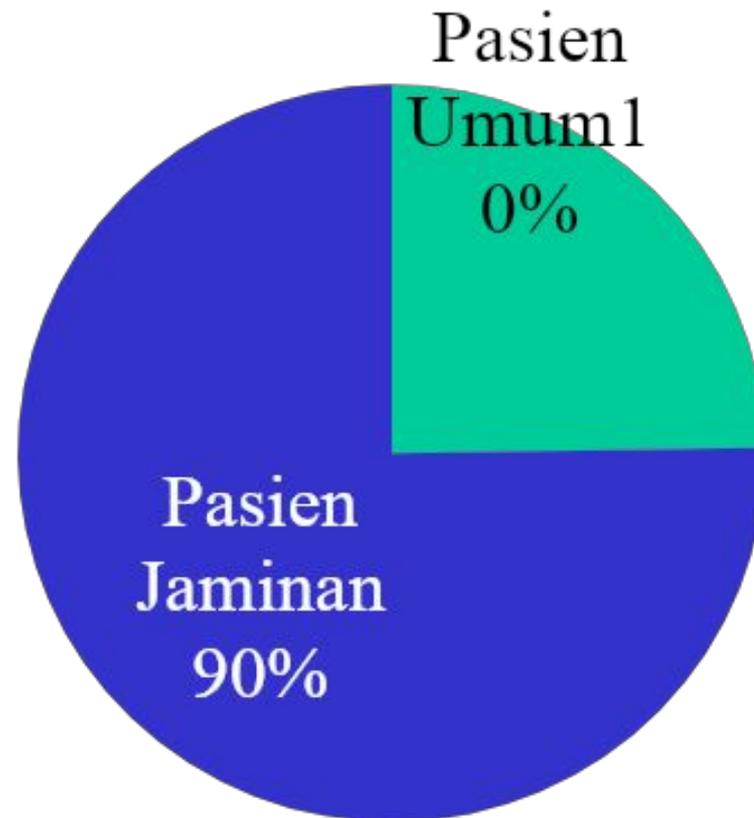
Pasien

- Dewasa ± 801 tempat tidur
- Bayi/ Anak ± 157 tempat tidur

BOR: 70%

- Kunjungan pasien rawat jalan : ± 3.500 /hari

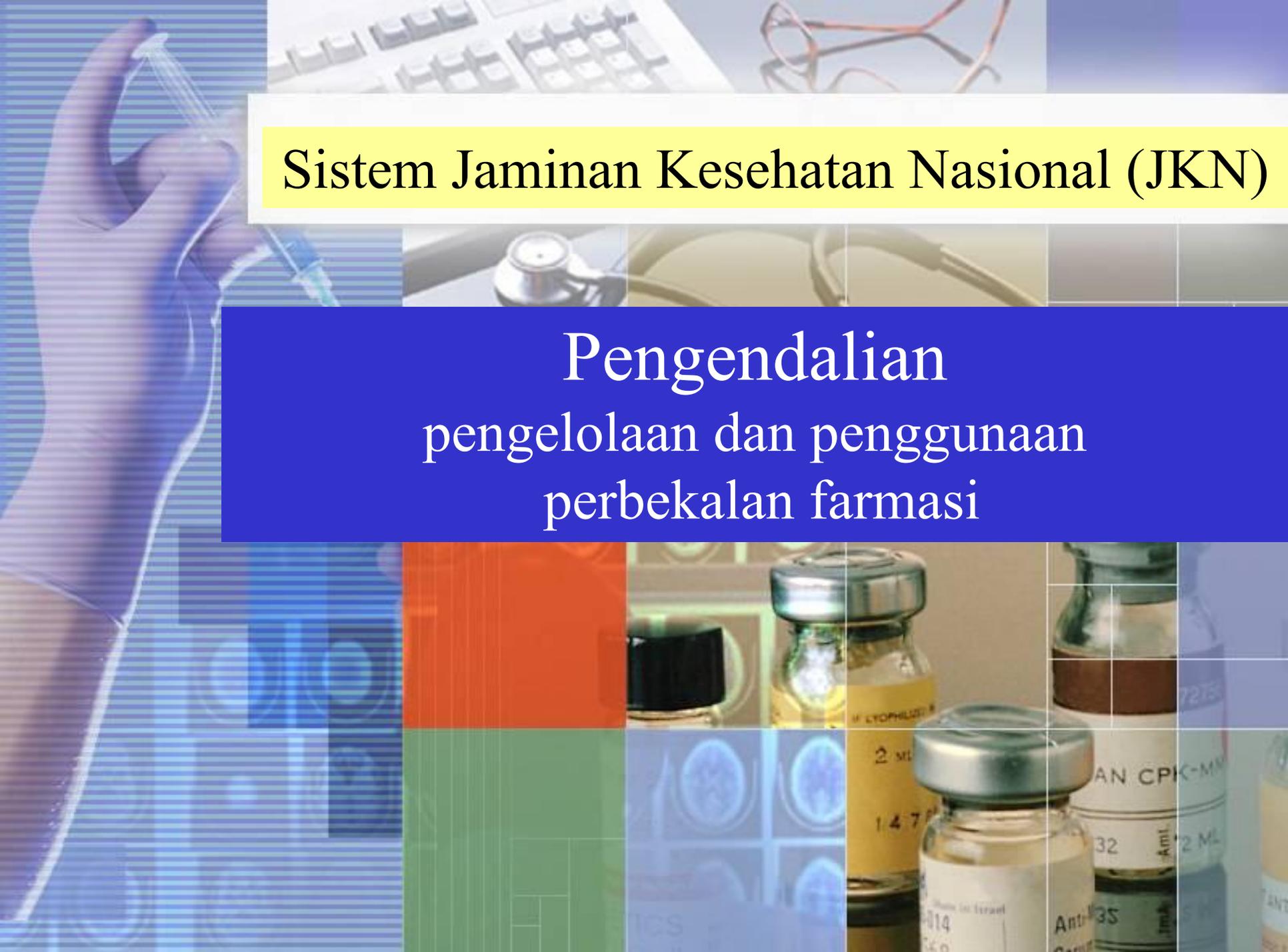
Proporsi Penggunaan Perbekalan Farmasi



Belanja Perbekalan Farmasi: ± 450 Milyar/tahun

SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL





Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Pengendalian
pengelolaan dan penggunaan
perbekalan farmasi

Kerangka kerja Pengelolaan dan Penggunaan Obat

Direksi



Panitia Farmasi dan Terapi

**Instalasi Farmasi
DSSG**

**Pemilihan
Perencanaan
Pengadaan
Penyimpanan
Penyaluran**

**Penulisan resep oleh Dokter
Peracikan obat oleh Farmasis
Pemberian obat oleh Perawat
Penggunaan obat oleh Pasien
Pemantauan khasiat & keamanan**

**Departemen
Medik

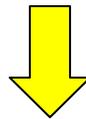
Unit Pelayanan
Terpadu

Instalasi**

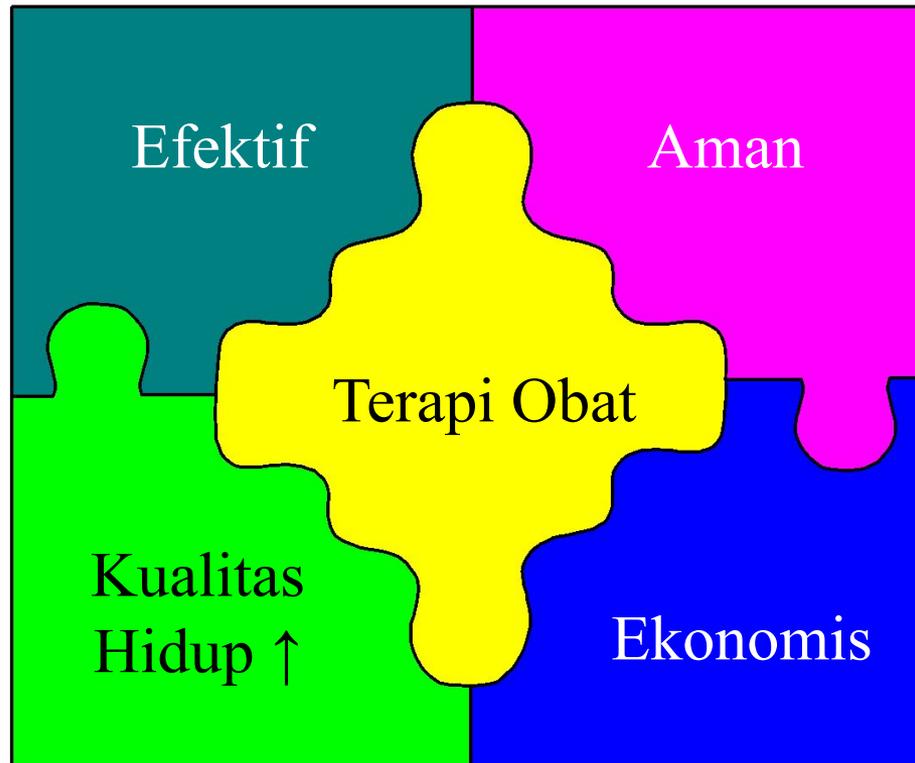
Formularium RS

Peran Panitia Farmasi dan Terapi

Menegakkan pengobatan yang paling *cost-effective* dan pelayanan yang bermutu



- Mengembangkan sistem formularium yang *cost-effective* dan efisien.
- Menjamin hanya obat yang berkhasiat, *cost-effective*, dan bermutu yang digunakan.
- Menjamin keamanan penggunaan obat.
- Memperbaiki sistem pengelolaan dan penggunaan obat secara berkesinambungan



Kebijakan dan Peraturan tentang Pengelolaan dan Penggunaan Perbekalan Farmasi

- ❑ Organisasi & Tata laksana
- ❑ Panitia Farmasi & Terapi
- ❑ Pemilihan
- ❑ Perencanaan dan Pengadaan
- ❑ Penyimpanan
- ❑ Peresepan

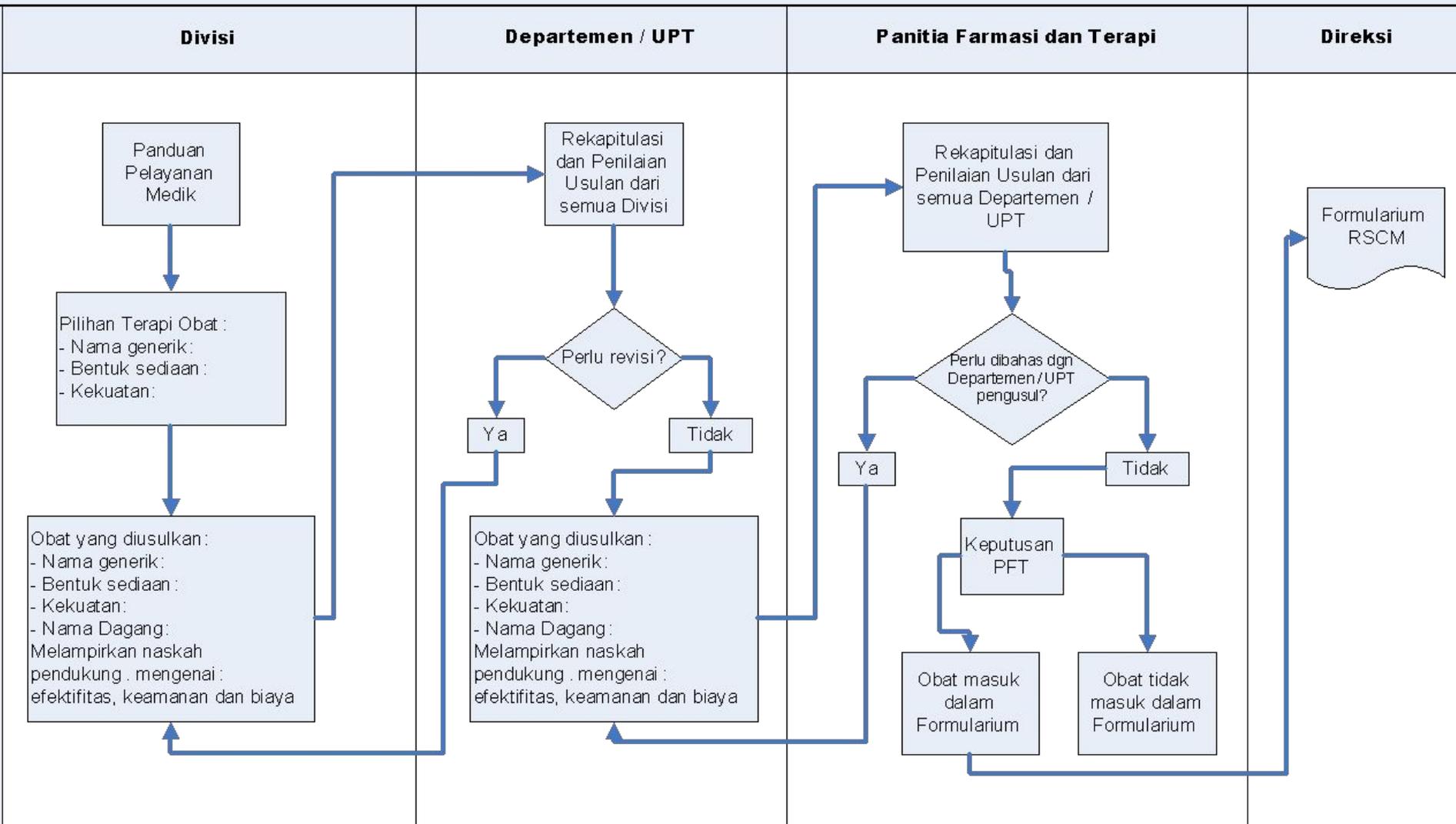
❑

Kebijakan dan Peraturan tentang Pengelolaan dan Penggunaan Perbekalan Farmasi (...lanjutan)

- Pemberian
- Pemantauan
- Kesalahan Obat
- Kajian Penggunaan obat
- Pedoman pengobatan
- Penilaian Obat Baru



PROSES PENYUSUNAN FORMULARIUM RSCM



PROSES SELEKSI OBAT FORMULARIUM

- Verifikasi dokumen mutu:
Surat Izin Edar dari Badan POM
Certificate of Analysis
Batch QC
BA/BE
Literatur
CPOB
- Ketersediaan, kelengkapan varian, harga

OBAT FORMULARIUM

- Untuk 1 nama generik, maksimal yang akan dicantumkan dalam Formularium:
 - 1 paten/originator/innovator
 - 2 copy drugs
 - 1 produk generik
- Direvisi 1 tahun sekali
- Pembatasan item untuk efisiensi dan menjaga mutu pelayanan

Perencanaan dan Pengadaan Obat

- ❑ Mengacu pada formularium RSCM
- ❑ Pembelian obat yang tidak tercantum dalam formularium hanya dapat dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari PFT.
- ❑ Sentralisasi oleh Unit Layanan Pengadaan

Pengadaan Obat (...lanjutan)

- Untuk satu periode pengadaan (kebutuhan 6 bulan) disediakan satu nama dagang di antara alternatif copy drugs yang tercantum dalam formularium.

Contoh: Meropenem yang masuk dalam Formularium RSCM 2014: Meronem (originator/paten); Meropex dan Combipenem (copy); Meropenem (generik)

maka, pada saat tender penawaran produk Meropex dan Combipenem akan dibandingkan dalam hal: harga,

Acuan penulisan resep (Obat)

- Formularium Nasional : untuk pasien JKN
- Formularium RSCM: untuk pasien JKN (terbatas), Jamkesda, umum

FORMULARIUM RSCM



Restriksi dalam peresepan

- Antibiotika
- Obat mahal
- Obat baru

Peresepan Antibiotika

- Lini 1: dapat diresepkan oleh semua dokter
- Lini 2: resisten atau pasien alergi dengan antibiotika lini 1, tercantum dalam pedoman terapi dari Departemen Medik.
- Lini 3: dapat diresepkan setelah mendapat persetujuan tim PPRA

PENYIAPAN OBAT

(Bab V)

- Dalam proses penyiapan obat oleh petugas farmasi diberlakukan **substitusi generik**, artinya petugas farmasi diperbolehkan memberikan salah satu dari sediaan yang zat aktifnya sama dan tersedia di RSCM

contoh : dokter meresepkan Kaltrofen (isi: Ketoprofen), tetapi ketoprofen yang tersedia di RSCM saat itu adalah Pronalges, maka petugas farmasi dibolehkan memberikan Pronalges

- **Substitusi terapeutik** adalah penggantian obat yang sama kelas terapinya tetapi berbeda zat kimianya, dalam dosis yang ekuivalen, dapat dilakukan oleh petugas farmasi dengan terlebih dahulu minta persetujuan dokter penulis resep/konsulen.

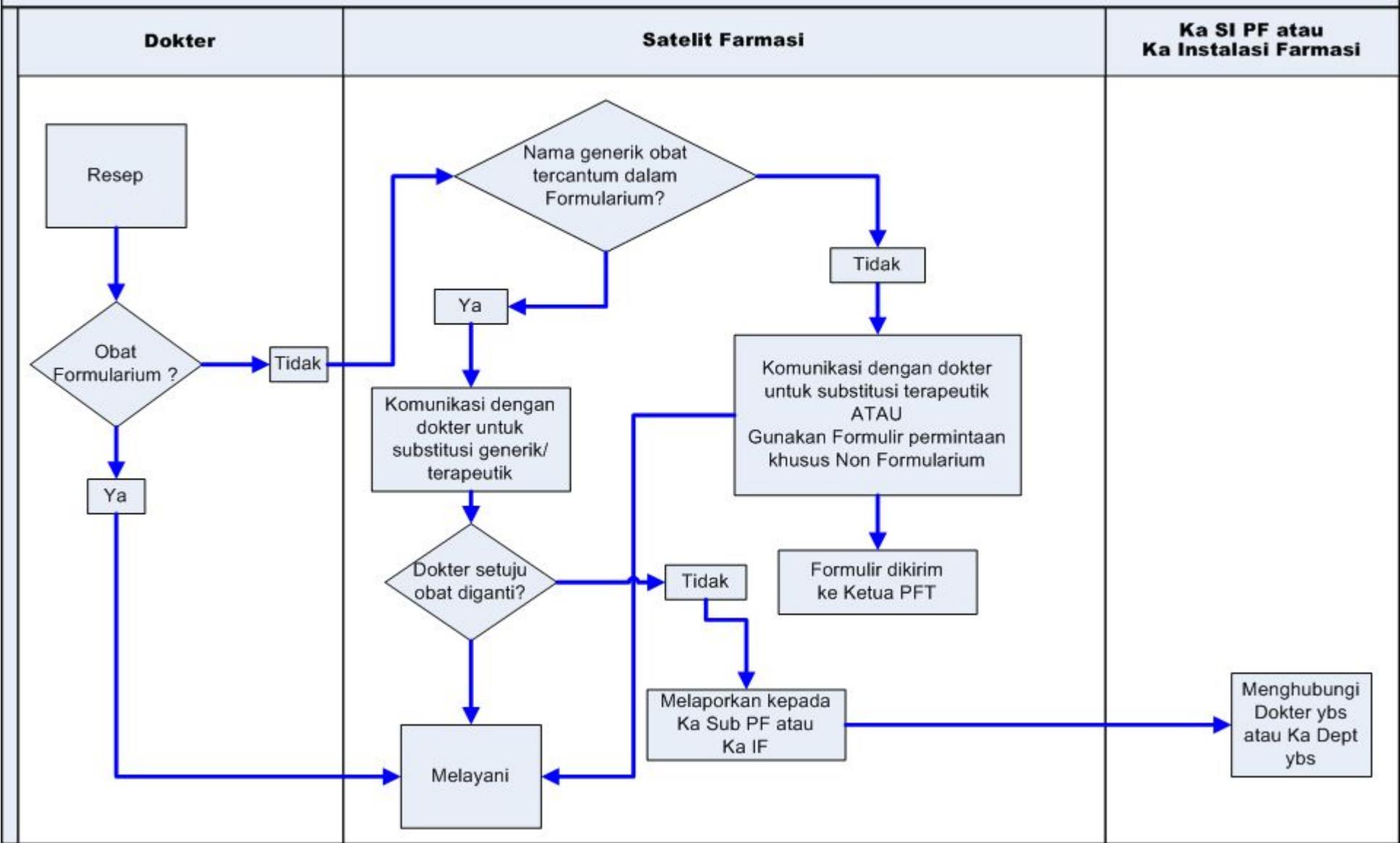
Obat non-formularium

-]Sangat diperlukan dalam pelayanan
-]Tidak ada obat dalam formularium yang setara

]TIDAK DISETUJUI JIKA:

- hanya beda merek,
- dapat digantikan oleh obat formularium dalam kelas terapi yang sama

MEKANISME PENGENDALIAN OBAT FORMULARIUM



Kebijakan RS dalam peresepan pasien JKN

- Obat yang diresepkan adalah obat yang tercantum dalam Formularium Nasional (Fornas) dengan harga yang termurah. Jika tersedia produk generik maka digunakan obat generik.
- Obat di luar Fornas hanya dapat digunakan jika mempunyai bukti ilmiah yang kuat.
- Pada masa transisi, pasien rawat jalan dapat diresepkan obat penyakit kronis (berdasarkan Formularium Nasional) sesuai indikasi medis sampai kontrol berikutnya apabila penyakit belum stabil, maksimum untuk 1 (satu) bulan.

Kebijakan RS dalam persepsian pasien JKN

Selama masa transisi berlaku ketentuan sebagai berikut:

- 1) Pengajuan klaim pada pemberian obat kemoterapi berlaku sesuai dengan tarif INA-CBG's ditambah dengan obat kemoterapi.
- 2) Pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan thalassemia dilakukan dengan *input* data pasien sesuai pelayanan thalassemia rawat inap dalam INA-CBG's.

NO KELAS TERAPI	NO URUT OBAT	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN	KEKUATAN	NAMA DAGANG	KETR
	1	Amikasin	inj.	250 mg; 500 mg	<i>Amikin; Mikasin</i>	B
	2	Dibekasin	inj.	50 mg; 100 mg	<i>Dibekacin Meiji</i>	A
	3	Gentamisin	inj.	60 mg/1,5 ml; 80 mg/2 ml	<i>Garamycin; Gentamerck; Sagestam; Gentamycin inj. 80 mg (generik)</i>	A
	4	Kanamisin sulfat	kapsul, inj.	250 mg, 1 g vial	<i>Kanabiotic; Kanamycin inj. 1 g (generik)</i>	A
	5	Linkomisin	tablet	250 mg; 500 mg	<i>Lincocin; Biolincon, Pritalin; Lincomycin tablet 500 mg; 250 mg (generik)</i>	A
	6	Netilmicin	inj.	300 mg/1,5 ml	<i>Netromycin; Hypobhac</i>	B
	7	Tobramisin	inj.	500 mg	<i>Tobryne</i>	A
2.3		Golongan Kloramfenikol				

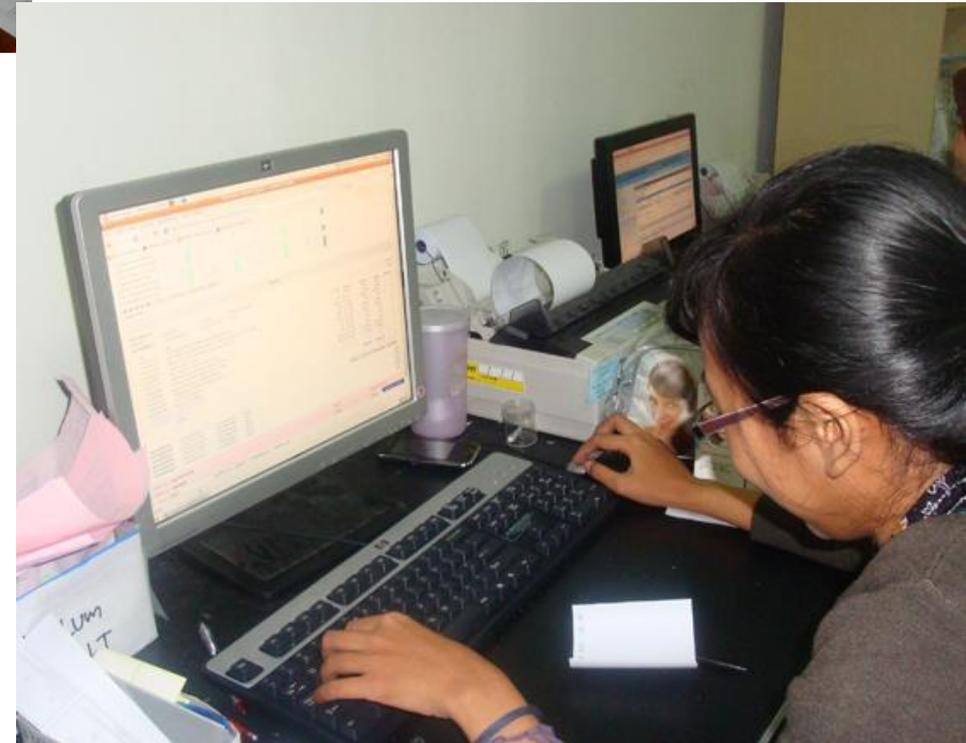
Obat yang tersedia produk generiknya **dicetak tebal**

ELECTRONIC PRESCRIBING

Manfaat:

- Meningkatkan keselamatan pasien
 - Mempercepat pelayanan
 - Mempercepat proses tagihan

Obat yang masuk dalam Fornas diberi logo
“**FORNAS**”
Untuk memudahkan dokter meresepkan obat Fornas



- [-] Pasien
 - o Bed Management
 - o POSTING
 - o Pasien Keluar
 - o Rencana Pulang
 - o Clinical Documentation
 - o Clinical Documentation IGD
 - o Prescription
 - o Approval - Farmasi
 - o Approval - ASKES
 - o Approval - INHEALTH
 - o FPO
 - o Order / Retur
 - o Jadwal Operasi
- [+] Laporan Antibiotik
- [+] Laporan Retur
 - o Laporan Obat Summary
 - o Laporan Alat UPPF
 - o Laporan Obat Askes Summary
 - o Laporan Obat INHEALTH
 - o Laporan Biaya Resep *
- [+] Laporan Penulisan
- [+] Laporan Penjualan *
- [+] Laporan Distribusi *
- [+] Laporan Pelayanan *
- o Ubah Password

24 Februari 2014 16:50	24 Februari 2014 16:51	00050000165147	Vivi Verawati, dr.	dispense
24 Februari 2014 12:34	24 Februari 2014 12:36	00050000164296	Yoga Putra, dr	dispense

Obat	Numero	Frekuensi	Dosis
Depo : A - Satelit Farmasi Lt.5	<input type="checkbox"/> Generik		Dokter : Yoga Putra, dr
• DRx0003736 LASIX SOLUTION, INJECTION 20 MG/2 ML FORMAS	10 AMP	1 kali per hari	5 AMP
• DRx0011985 HUMALOG CARTRIDGE 3 ML SUSPENSION, INJECTI FORMAS Rapid acting: Pada kondisi khusus (mis:perioperatif)maka DM tipe 2 dapat langsung diberikan insulin. Long acting: Untuk DM tipe 1 / tipe 2 yang tidak terkontrol dengan sulfonilurea dan obat diabetes oral	1 CTG	3 kali per hari	6 IU
• DRx0016708 OMEPRAZOLE POWDER, FOR INJECTION SOLUTION FORMAS Kaps: Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. Diberikan 1 jam sebelum makan.	4 VIL	1 kali per hari	1 VIL
• DRx0011640 FLUIMUCIL 150 ML POWDER, FOR ORAL SOLUTION	1 BOT	3 kali per hari	1 TBL
• DRx0010243 SIMVASTATIN KF TABLET, FILM COATED 20 MG FORMAS Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan: a.kadar LDL >160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK. b.kadar LDL >100 mg/dL untuk pasien PJK. c.kadar LDL >130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah	4 TAB	1 kali per hari	1 TAB
• DRx0000427 ASCARDIA TABLET, DELAYED ACTION, ENTERIC CO FORMAS	4 TAB	1 kali per hari	1 TAB
• DRx0015606 ASAM FOLAT CAPSULE 5 MG FORMAS	8 TAB	2 kali per hari	1 TAB
• DRx0014392 VITAMIN B12 KIMIA FARMA TABLET 50 MCG FORMAS	8 TAB	2 kali per hari	1

LINK

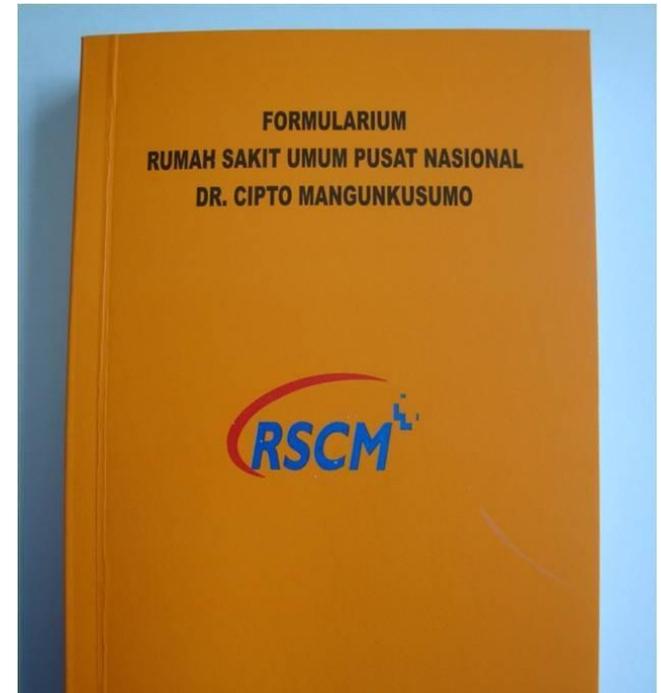
Dokumen ISO

JCI Document

Stop Alarm (24 masuk)

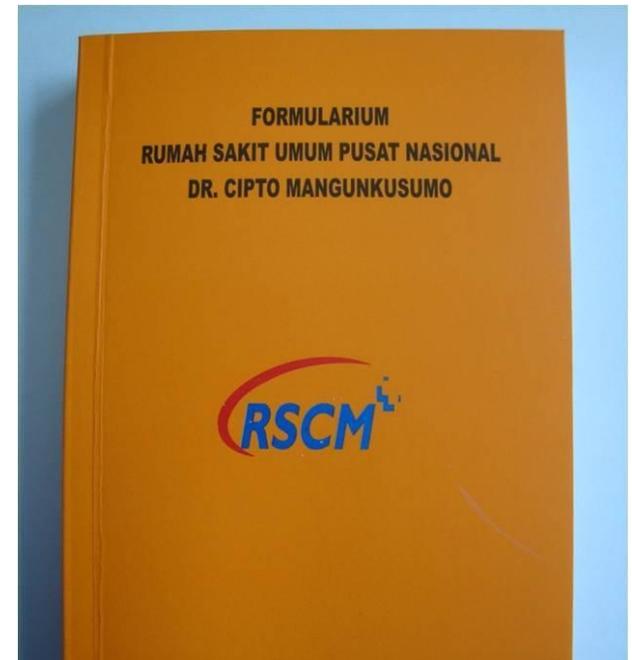
PERBANDINGAN JUMLAH JENIS OBAT ANTARA DI FORMULARIUM RSCM DAN DI FORNAS

	Jumlah obat
FORM RSCM 2014	892
FORNAS	445
Persentase obat FORNAS = 49,9%	



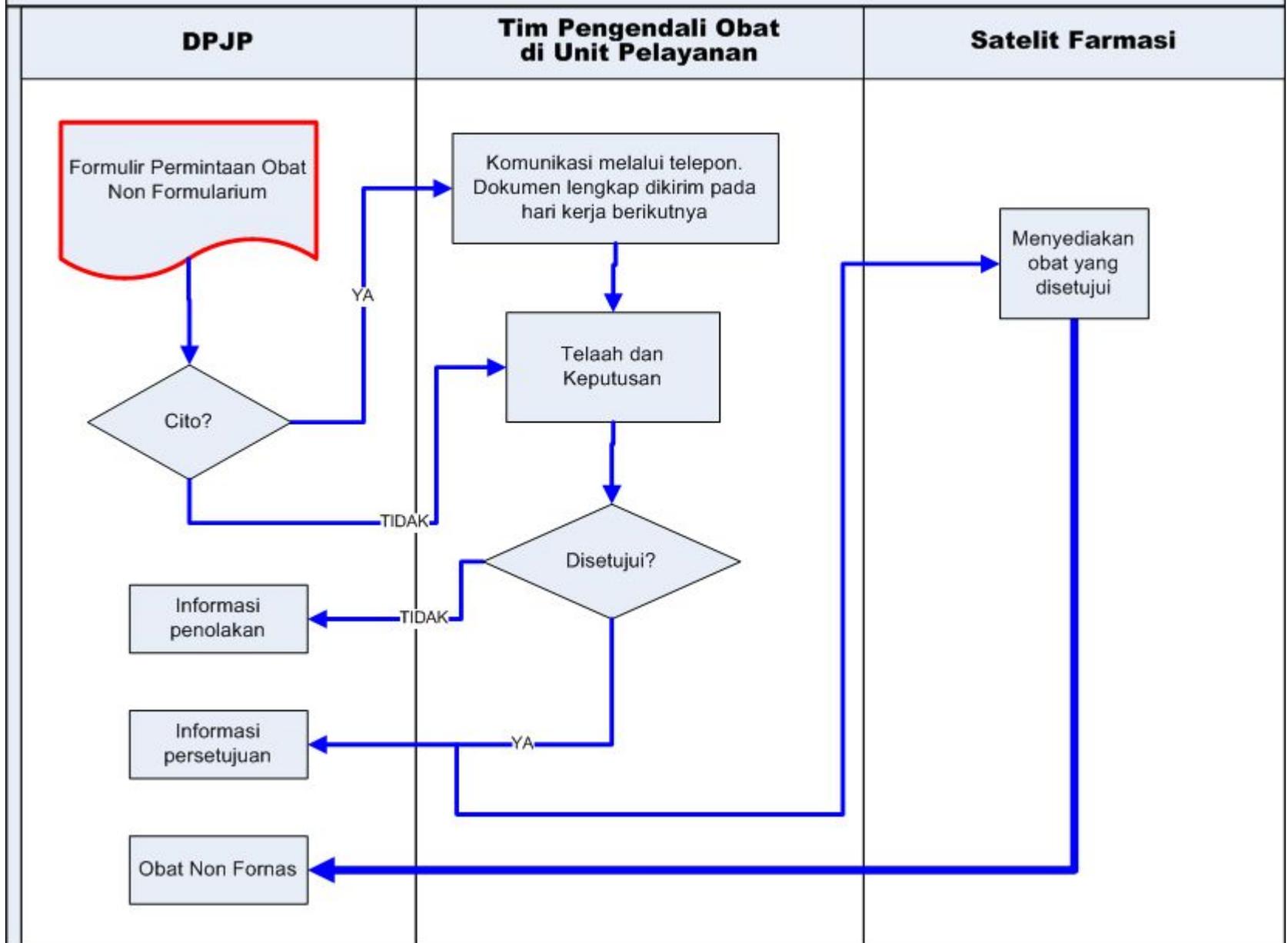
OBAT FORMULARIUM RSCM YANG PALING BANYAK NON FORNAS

Kelas Terapi	Jumlah Item Obat	%
OBAT TOPIKAL UNTUK KULIT	50	11.19
ANTIMIKROBA	44	9.84
OBAT UNTUK MATA	38	8.50
OBAT KARDIOVASKULER	36	8.05
OBAT UNTUK SALURAN CERNA	34	7.61
HORMON, ENDOKRIN LAIN DAN KONTRASEPSI	29	6.49
VITAMIN DAN MINERAL	22	4.92



Total obat non Fornas di Formularium RSCM 2014 = 447 item

ALUR PERMINTAAN OBAT NON FORMULARIUM NASIONAL



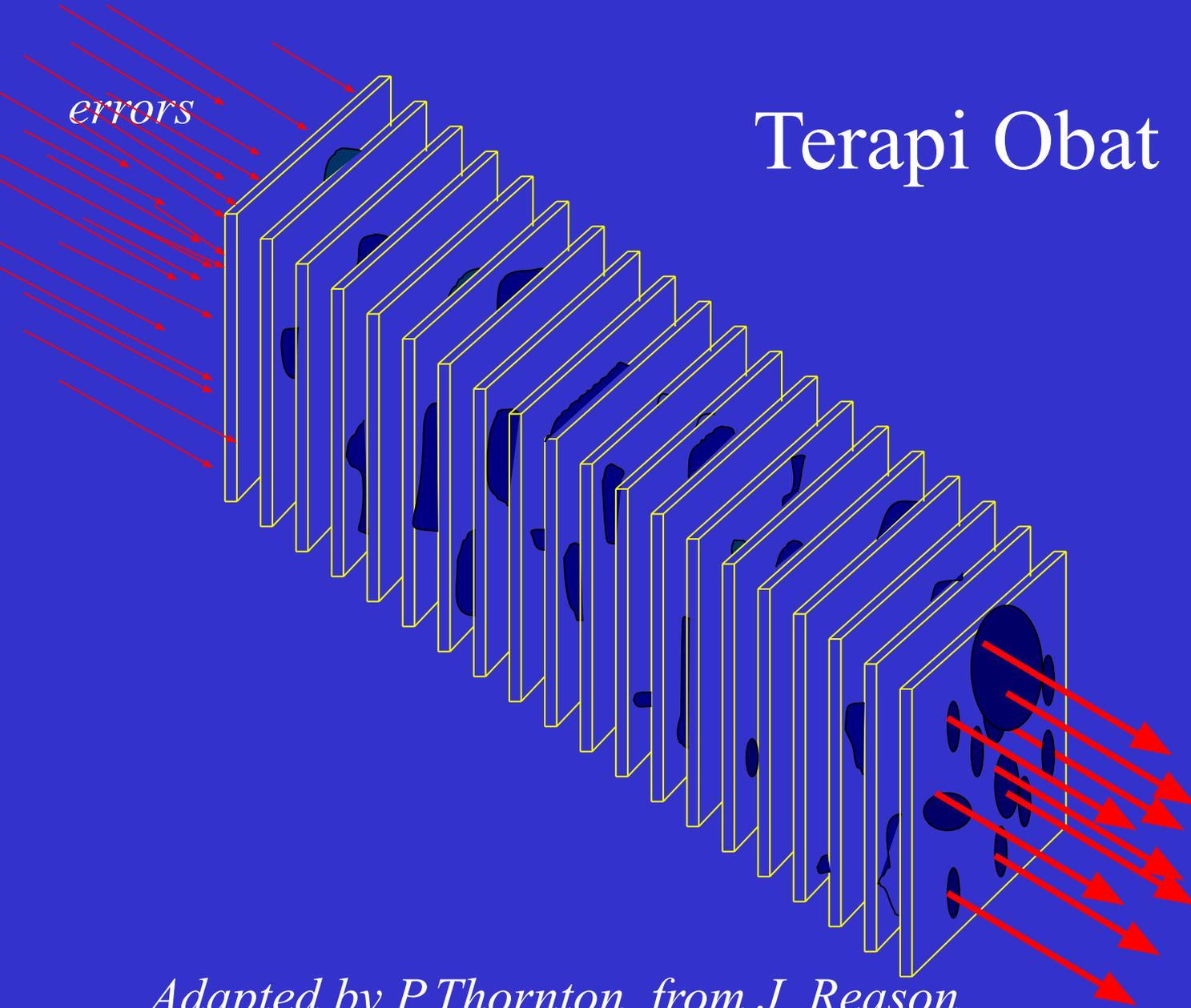
PERSENTASE PENGGUNAAN OBAT FORNAS PERIODE JANUARI-APRIL 2014

	Persentase
Persentase R/ Fornas dibandingkan R/ seluruh obat yang digunakan	84,8%
Persentase nilai rupiah obat Fornas dibandingkan nilai rupiah seluruh obat yang digunakan	68,5%

ALUR PERAWATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

Penilaian Pasien	Instruksi Pengobatan	Penyiapan Obat	Pemberian Obat	Pemantauan	Follow Up
					
<p>Farmasi Klinik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat - Ronde - Skrining Resep 		<p>Manajemen/Non Klinik</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemilihan Perencanaan Pengadaan Produksi Penyimpanan Distribusi 	<p>Farmasi Klinik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemantauan Terapi Obat Konseling Informasi Obat 		
<p>PELAYANAN FARMASI KOMPREHENSIF</p>					

Terapi Obat



Adapted by P.Thornton from J. Reason,

Peran Farmasis Klinik Dalam Mengoptimalkan Terapi Obat

Errors

Penelusuran riwayat pengobatan

Medication review

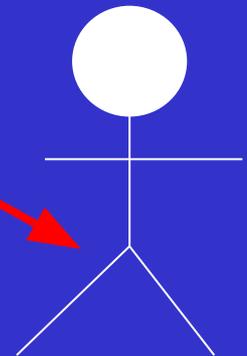
Ronde

Pelayanan Informasi Obat

Monitoring Terapi Obat

Konseling Obat

Perlu jumlah farmasis klinik
yang cukup !



PERAN FARMASI KLINIK DALAM PENGGUNAAN OBAT YANG RASIONAL



Penelusuran
Riwayat Penggunaan Obat



Medication Review



Pelayanan
Informasi Obat



Monitoring Terapi Obat



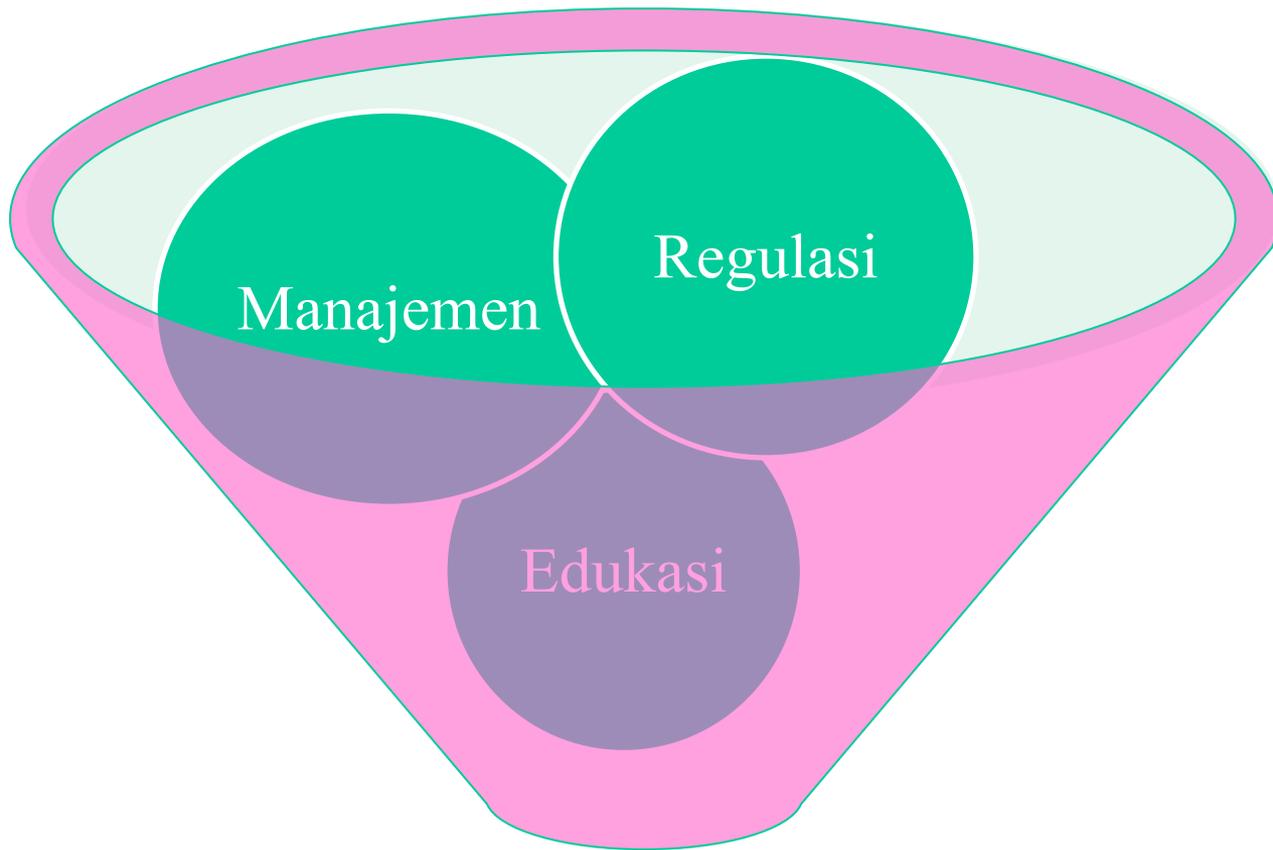
Ron
de



Konseling Obat
Pulang

PROGRAM TERPADU

- ❑ Tim PPRA (Pencegahan dan Pengendalian Resistensi Antimikroba)
- ❑ Tim Klinik Terpadu (ICU, Geriatri)
- ❑ Ronde Manajemen
- ❑ Ronde Kasus sulit
- ❑ Pelatihan/Workshop untuk meningkatkan kerja sama tim tenaga kesehatan (dokter, perawat, farmasi)



Pengelolaan dan Penggunaan
Perbekalan Farmasi yang aman, efektif
dan efisien