

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Farmasi klinik

1. Definisi Farmasi Klinik

Farmasi klinik menurut *Clinical Resource and Audit Group* (1996) diartikan sebagai disiplin kerja yang berkonsentrasi pada penerapan keahlian kefarmasian untuk membantu memaksimalkan efikasi obat dan meminimalkan toksisitas obat pada pasien untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang dalam praktek pelayanannya memerlukan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang ahli dalam memberikan pelayanan pada pasien. Farmasi klinik membawa orientasi *drug oriented* dan *patient oriented* sehingga sangat erat kaitannya dengan filosofi *pharmaceutical care*.

Konsep adanya *pharmaceutical care* dengan latar belakang adanya ledakan obat antara tahun 1960-1990. Pada tahun 1961 ada 656 jenis obat dan pada tahun 1999 ada 8000 jenis obat. Pada tahun 1971 sekitar 140.000 kematian dan 1 juta dirawat dengan 20% perawatan disebabkan karena kecelakaan obat dan 45-65% pasien memakai obat tidak sesuai anjuran.

Pharmaceutical care atau asuhan kefarmasian adalah bentuk optimalisasi dari peran seorang apoteker dalam pengobatan yang berinteraksi langsung dengan pasien guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Apoteker mempunyai peranan penting dalam memberikan konsultasi, informasi, dan edukasi (KIE) terkait dengan pengobatan yang sedang dijalani dan melakukan

monitoring hasil terapi pengobatan pasien serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (ISFI, 2000).

Perluasan orientasi dari *drug oriented* dan *patient oriented* menuntut para apoteker untuk aktif dalam interaksi langsung dengan pasien. Oleh karena itu, apoteker harus meningkatkan kompetensinya baik dalam aspek pengetahuan, keterampilan dan perilaku sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Depkes RI, 2008).

2. Sejarah Perkembangan Farmasi klinik

Pada masa 460-370 sebelum masehi belum dikenal adanya profesi farmasi. Semua pekerjaan dari diagnosis sampai obat dikonsumsi oleh pasien dilakukan oleh dokter. Seiring perkembangan zaman masalah obat-obatan semakin rumit sehingga memerlukan keahlian tersendiri. Pada tahun 1240 sebelum masehi, Raja Jerman Frederick II memerintahkan pemisahan secara resmi antara Farmasi dan Kedokteran dalam dekret yang dikenal dengan *Two Silices*.

Istilah farmasi klinik pertama muncul di Amerika pada tahun 1960an. Pada masa ini fungsi farmasis diarahkan untuk kontak langsung dengan pasien. Munculnya kegiatan baru dari profesi farmasi melatarbelakangi banyaknya ketidakpuasan pasien atas praktek pelayanan kesehatan sehingga menuntut adanya bidang yang memiliki pengetahuan yang komprehensif mengenai pengobatan. Gerakan farmasi klinik pertama kali muncul di *University of Michigan* dan *University of Kentucky* pada tahun 1960-an (Miller, 1981).

Secara histori, perkembangan dalam profesi kefarmasian di Inggris khususnya pada abad ke-20, dapat dibagi menjadi beberapa periode:

a. Periode Tradisional (sebelum 1960)

Pada periode tradisional fungsi seorang apoteker hanya sebatas menyediakan, membuat dan mendistribusikan produk yang dianggap berkhasiat sebagai obat-obatan. Tenaga farmasis memang dibutuhkan tetapi hanya sebagai peracik obat saja. Saat periode ini berlangsung terjadi perkembangan industri yang sangat pesat tak terkecuali industri farmasi. Oleh karena itu, periode ini mulai goyah. Pembuatan obat oleh industri farmasi secara besar-besaran menyebabkan pergeseran fungsi farmasi menjadi semakin menyempit. Apoteker tidak lagi meracik obat pada saat melayani resep dokter tetapi obat yang tertulis di dalam resep sudah bentuk sediaan jadi.

b. Periode Transisional (1960-1970)

Beberapa perkembangan dan kecenderungan tahun 1960-1970 antara lain:

1) Ilmu kedokteran cenderung semakin spesialis

Kemajuan dalam ilmu kedokteran sangat pesat, khususnya dibidang farmakologi. Banyak obat-obatan baru yang menyebabkan dokter merasa ketinggalan dalam ilmunya. Pada era ini banyak bermunculan ilmu diagnosis, alat diagnosis, penyakit penyakit baru sehingga memberatkan profesi dokter. Oleh sebab itu, satu profesi

tidak dapat lagi menangani semua ilmu pengetahuan yang sedang berkembang pesat.

2) Perkembangan obat-obatan baru yang berkembang pesat

Terdapat keuntungan dari segi terapi membawa masalah-masalah tersendiri dan meningkatnya masalah baru terkait obat-obatan antara lain efek samping obat, teratogenesis, interaksi obat-obat, interaksi obat-makanan, dan interaksi obat-uji laboratorium.

3) Meningkatnya biaya kesehatan dari sektor publik

Hal ini dikarenakan penggunaan teknologi yang semakin canggih, meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan secara kuantitatif maupun kualitatif, serta meningkatnya jumlah penduduk lansia dalam struktur demografi di negara-negara maju, seperti Inggris. Pemerintah membuat berbagai kebijakan untuk meningkatkan efektivitas biaya (*cost effectiveness*).

4) Tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan farmasi bermutu tinggi serta tuntutan pertanggungjawaban peran dokter dan apoteker, sampai gugatan atas setiap kekurangan atau kesalahan obat.

Kecenderungan-kecenderungan tersebut menyebabkan perubahan fungsi apoteker menjadi semakin sempit. Banyak yang mempertanyakan peranan apoteker yang *overtained* dan *underutilized*, yaitu pendidikan tinggi akan tetapi tidak dimanfaatkan sesuai dengan pendidikannya. Situasi ini melatar belakangi adanya perkembangan farmasi bangsal (*ward pharmacy*) atau farmasi klinik (*clinical pharmacy*).

c. Periode Masa Kini

Pada periode ini terjadi perluasan paradigma dari *drug oriented* menuju *patient oriented*, yaitu orientasi beralih kepada pasien. Apoteker ditekankan kemampuannya dalam memerikan pelayanan pengobatan yang rasional. Perubahan yang signifikan terlihat dengan ikut sertanya tenaga farmasi yang terlibat interaksi langsung dengan pasien.

Karakteristik pelayanan farmasi klinik di rumah sakit adalah :

- 1) Berorientasi kepada pasien.
- 2) Terlibat langsung di ruang perawatan rumah sakit (bangsal).
- 3) Bersifat pasif, dengan melakukan intervensi setelah pengobatan dimulai dan memberikan informasi bila diperlukan.
- 4) Bersifat aktif, dengan memberi masukan kepada dokter sebelum pengobatan dimulai, atau menerbitkan buletin informasi obat atau pengobatan.
- 5) Bertanggungjawab atas semua saran atau tindakan yang dilakukan.
- 6) Menjadi mitra dan pendamping dokter.

Pada konteks farmasi klinik seorang apoteker adalah ahli pengobatan dalam terapi. Bertugas melakukan evaluasi pengobatan dan memberikan rekomendasi pengobatan, baik kepada pasien maupun tenaga kesehatan lain. Apoteker merupakan sumber utama informasi utama terkait dengan pengobatan obat yang aman, tepat, dan *cost effectiveness*.

Pada tahun 1990 muncul istilah *pharmaceutical care* karena adanya perubahan terkait pelayanan kefarmasian (Helper dan Strans, 1990). Istilah

ini jika diartikan kedalam Bahasa Indonesia menjadi asuhan kefarmasian yaitu suatu pelayanan yang berpusat pada pasien dan berorientasi terhadap keberhasilan terapi pasien. Dengan demikian adanya istilah ini memposisikan seorang apoteker ikut serta bertanggungjawab terhadap pengobatan pasien bersama profesi kesehatan lain.

Pada tahun 2000 organisasi profesi farmasi klinik di Amerika yaitu *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)* mempublikasikan sebuah makalah "*A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States*". ACCP menetapkan suatu visi bahwa apoteker akan menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam terapi obat yang maksimal untuk pencegahan dan penyembuhan penyakit (ACCP, 2008). Profesi apoteker semakin kuat dengan adanya publikasi tersebut dan disesuaikan dengan kurikulum pendidikan farmasi klinik untuk menghasilkan apoteker yang ahli dibidangnya.

Di Indonesia farmasi klinik berkembang pada tahun 2000 diawali dengan beberapa apoteker yang belajar farmasi klinik di beberapa institusi di luar negeri. Konsep farmasi klinik belum bisa diterima sepenuhnya pada saat itu karena muatan sains dalam pendidikan farmasi masih sangat besar, maka dari itu perkembangan farmasi klinik di Indonesia relatif lambat.

Pada tahun 2001 Universitas Gajah Mada (UGM) telah mencantumkan ilmu-ilmu yang diperlukan dalam penerapan farmasi klinik, seperti patofisiologi penyakit dan farmakoterapi dengan adanya minat studi Farmasi Klinik dan Komunitas. Bersamaan dengan itu adanya restrukturisasi pada

organisasi Departemen Kesehatan dimana dibentuk Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, dengan Direktorat Bina Farmasi klinik dibawahnya, yang mengakomodasikan pekerjaan kefarmasian sebagai salah satu pelayanan kesehatan utama.

B. PERMENKES Nomor 58 Tahun 2014

Konsep pelayanan kefarmasian harus diterapkan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian dengan peraturan menteri kesehatan. Seperti yang dicantumkan pada Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian dinyatakan bahwa dalam menjalankan praktek kefarmasian pada fasilitas kefarmasian, apoteker harus menerapkan standar pelayanan kefarmasian yang diamanahkan untuk diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Farmasi klinik menuntut para apoteker khususnya yang bekerja di Rumah Sakit untuk menerapkan asuhan kefarmasian yang berorientasi pada pasien. Untuk itu para apoteker harus meningkatkan kompetensi dan kepahaman farmasi klinik agar tercapai esensi tersebut. Pernyataan tersebut menjadi peluang sekaligus tantangan bagi apoteker untuk berkompeten dalam memberikan pelayanan kefarmasian secara komprehensif dan simultan antara manajerial maupun farmasi klinik.

Berikut ini adalah kegiatan pelayanan farmasi klinik yang meliputi:

1. pengkajian dan pelayanan resep;
2. penelusuran riwayat penggunaan obat;
3. rekonsiliasi obat;

4. Pelayanan Informasi Obat (PIO);
5. *visite*;
6. konseling;
7. Pemantauan Terapi Obat (PTO);
8. Monitoring Efek Samping Obat (MESO);
9. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO);
10. dispensing sediaan steril; dan
11. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD);

Permenkes Nomor 58 tahun 2014 merupakan acuan yang digunakan untuk menerapkan pelayanan farmasi klinik. Hal-hal yang telah dicantumkan dalam Permenkes ini menjadi aturan atau syarat terwujudnya farmasi klinik yang diharapkan.

C. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Setiap rumah sakit minimal harus melakukan pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pengurusan jenazah, *laundry*, *ambulance*, pemeliharaan sarana rumah sakit, dan pengelolaan limbah (Permenkes, 2010).

Klasifikasi Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut kepemilikan yang salah satu nya adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang dimiliki oleh pemerintah. RSUD diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yaitu tipe A, B, C, dan D. Klasifikasi ini berdasarkan pelayanan, ketenagaan fisik, dan peralatan.

1. Rumah sakit umum tipe A adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan mampu memberikan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.
2. Rumah sakit umum tipe B adalah rumas sakit umum yang memiliki fasilitas dan mampu memberikan pelayanan medik minimal 11 spesialisik dan subspecialistik.
3. Rumah sakit umum tipe C adalah rumah sakit umum yang memiliki fasilitas dan mampu memberikan pelayanan medik spesialisik dasar.
4. Rumah sakit umum tipe D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan mampu memberikan pelayanan medik dasar (Siregar, 2004).

Menurut Permenkes Nomor 56 pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum tipe A, B, C dan D paling sedikit meliputi:

1. pelayanan medik;
2. pelayanan kefarmasian;
3. pelayanan keperawatan dan kebidanan;
4. pelayanan penunjang klinik;
5. pelayanan penunjang non klinik;
6. pelayanan rawat inap.

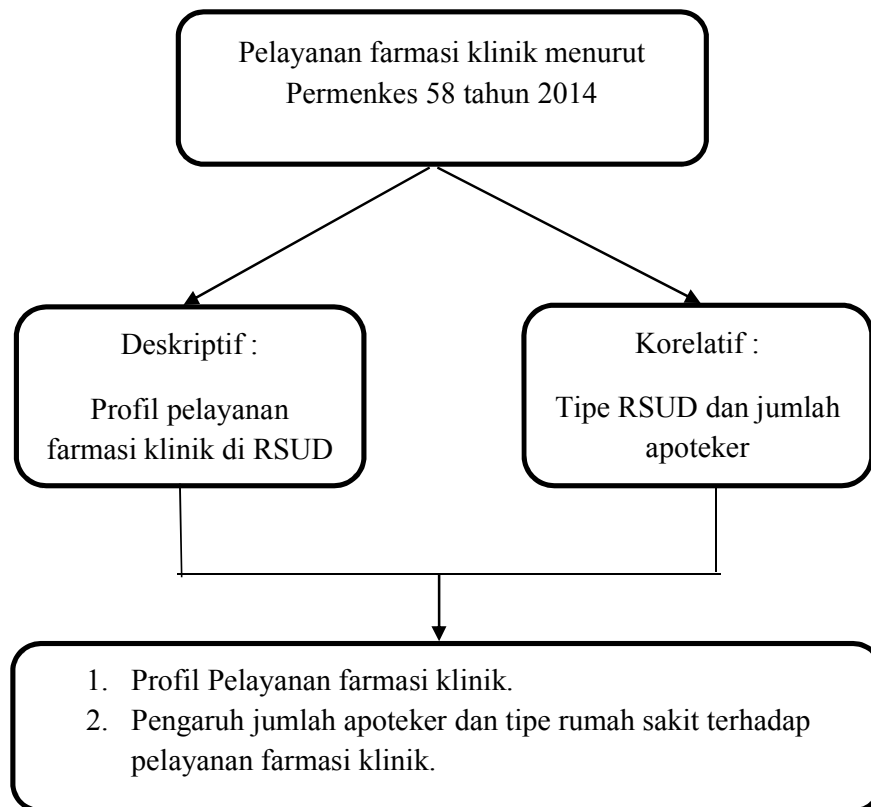
Pelayanan kefarmasian yang dimaksudkan di atas adalah kegiatan kefarmasian yang meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Semua rumah sakit wajib menerapkan pelayanan farmasi klinik sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan.

Apoteker adalah orang yang bertanggungjawab atas jalannya kegiatan pelayanan farmasi klinik sehingga jumlah apoteker dalam suatu rumah sakit diatur berdasarkan beberapa kegiatan pelayanan yang dilakukan seperti:

1. pelayanan IGD (Instalansi Gawat Darurat);
2. pelayanan rawat inap intensif;
3. pelayanan rawat inap;
4. pelayanan rawat jalan;
5. penyimpanan dan pendistribusian;
6. produksi obat.

Berdasarkan peraturan standar pelayanan farmasi klinik menurut Kepmenkes Nomor 1197 tahun 2014 idealnya 30 tempat tidur = 1 apoteker (untuk pelayanan kefarmasian). Sesuai dengan klasifikasi rumah sakit memiliki jumlah tempat tidur yang berbeda sesuai dengan tipenya. Rumah Sakit tipe A memiliki tempat tidur sebanyak 400, rumah sakit tipe B memiliki tempat tidur sebanyak 200, rumah sakit tipe C memiliki tempat tidur sebanyak 100, dan rumah sakit tipe D memiliki tempat tidur sebanyak 50 (Menkes, 2010).

D. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka konsep

E. Hipotesis

1. Rumah sakit telah melakukan pelayanan farmasi klinik sesuai dengan standar Permenkes Nomor 58 tahun 2014.
2. Adanya pengaruh antara jumlah apoteker dan tipe RSUD di Pulau Bangka terhadap penerapan pelayanan farmasi klinik.