

# IDENTIFIKASI PRAKTIK KEFARMASIAN YANG SESUAI DENGAN KEBUTUHAN PASIEN DAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

## *The Identification of Pharmaceutical Practices that Suited to the Need of Patients and Health Care Facilities*

Selma Siahaan<sup>1</sup> dan Rini Sasanti Handayani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Balitbangkes

<sup>2</sup>Puslitbang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan Balitbangkes

Naskah masuk: 15 Desember 2018 Perbaikan: 20 Desember 2018 Layak terbit: 12 April 2019

<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v22i2.285>

### ABSTRAK

Telah dilakukan studi mengenai praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan yang bertujuan mengidentifikasi pelayanan kefarmasian yang dibutuhkan pasien dan fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan studi dilaksanakan di Jawa Tengah, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan. Dari masing-masing propinsi di atas dipilih satu kota dan satu kabupaten. Studi dilakukan pada tahun 2016. Lokasi penelitian adalah rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, puskesmas dan apotek dengan desain potong lintang. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam terhadap apoteker penanggung jawab/pengelola obat, dan *exit interview* terhadap pasien rumah sakit pemerintah dan puskesmas yang baru selesai menerima pelayanan obat. Hasil penelitian menunjukkan praktik kefarmasian yang dibutuhkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan adalah perencanaan dan pengadaan obat yang baik yang dapat menjaga kesinambungan ketersediaan stok obat yang diperlukan bagi pelayanan ke pasien serta pengelolaan obat yang efektif dan efisien. Praktik kefarmasian yang dibutuhkan masyarakat adalah tersedianya obat lengkap, kecepatan pelayanan, dan informasi obat yang singkat padat. Disarankan perlunya pelatihan perencanaan obat yang lebih komprehensif, kiat-kiat mengantisipasi kekosongan obat dan lamanya pengiriman, serta pelatihan cara berkomunikasi yang baik kepada pasien secara menyeluruh. Selain itu, dukungan teknologi informasi bagi pengembangan pelayanan farmasi juga dibutuhkan.

**Kata kunci:** praktik kefarmasian, fasilitas pelayanan kesehatan, perencanaan obat, informasi obat

### ABSTRACT

*The study of pharmaceutical practices in health care facilities was conducted in 2016. It aimed to identify pharmaceutical practices needed by patients and health care facilities. The study sites were in Central Java, Bali, South Kalimantan, and South Sulawesi. In each provinces, the study was conducted in one urban and one rural district areas. The sample locations were both government and private hospitals, health centers and pharmacies. The study design study was cross sectional. Data collection was carried out by in-depth interview to responsible pharmacists who did medicines management, and exit interview to patients after they received medicines services from government hospitals and primary health cares. The results showed that pharmaceutical practices needed by the health care facilities were good medicines planning and procurement that can maintain the continuity of the availability of medicine stocks needed for patients, and the ability in managing medicines efficiently and effectively. Moreover, the pharmaceutical practices needed by the communities were medicines completeness, quick services, as well as simple and complete medicines information. It is recommended that pharmacists should be trained on comprehensive medicines planning, strategy to anticipate the emptiness of medicines including lead times, and communication skills to the patients. In addition, IT supports for pharmacy services development is also needed.*

**Keywords:** pharmacy practices, health care facilities, medicines planning, medicines information

---

#### Korespondensi:

Selma Siahaan

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan Balitbangkes

E-mail: selmasiahaan@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Kepmenkes No.189/Menkes/SK/III/2006 tentang kebijakan obat nasional (KONAS) menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dapat melaksanakan instruksi pemerintah yang dituangkan ke dalam kebijakan obat nasional tahun 2016, yaitu menyediakan obat dengan mutu terjamin, aman dalam jumlah yang cukup. Fasyankes harus membuat perencanaan kebutuhan obat yang baik berdasarkan data dan informasi konsumsi/penggunaan obat, dimana obat harus dapat digunakan secara rasional untuk menjamin penggunaan obat yang efisien dan efektif oleh pasien. Peran apoteker sebagai pengelola obat dan sebagai pemberi pelayanan obat menjadi sangat strategis agar obat diberikan di fasyankes tepat sasaran, aman dan rasional.

Undang-undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan dan PP no. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian mengatur kewenangan, tugas dan tanggung jawab apoteker sebagai sumber daya manusia kesehatan untuk melakukan fungsi manajemen dan pelayanan obat. Hal tersebut sesuai dengan laporan WHO (1996) tentang *Good Pharmacy Practice* (GPP). Perubahan paradigma peran apoteker yang sebelumnya lebih berorientasi kepada obat, berubah menjadi lebih berorientasi kepada pasien sehingga obat yang diberikan kepada pasien rasional. Apoteker bukan hanya meracik obat tetapi juga harus mampu memberikan konseling, edukasi dan informasi kepada pasien agar pengobatan pasien dapat rasional. Untuk itu apoteker harus menjalani profesinya sesuai dengan standar kefarmasian agar dapat memenuhi kebutuhan serta harapan pasien terhadap pelayanan obat yang berkualitas guna meningkatkan kualitas hidup pasien. Bila fungsi manajemen obat, pelayanan obat yang berkualitas dan pengendalian harga obat dapat dijalankan dengan baik oleh apoteker maka pelayanan fasyankes otomatis juga akan menjadi *cost effective*, berkualitas dan berdampak terhadap peningkatan *outcome* yaitu bertambahnya jumlah kunjungan dan meningkatnya kesembuhan pasien (Management Sciences of Health, 2012; Siahaan, Sasanti Handayani, Diana Sari, & Fitri, 2015).

Banyak permasalahan yang terjadi terkait pengelolaan dan pelayanan obat di rumah sakit. Hasil studi melaporkan ketersediaan obat pasien jaminan kesehatan nasional (JKN) masih kurang, pasien tidak memperoleh obat yang dibutuhkan, pelayanan klinis masih terbatas, dll (Novianne. E. R., Posangi J, & Soleman T, 2015; Prayitno Lukman & Suharmiati,

2018; Sa'adah Evi, Tatong Hariyanto, & Rohman, 2015). Hal tersebut menyebabkan pelayanan fasyankes menjadi kurang berkualitas sehingga banyak memperoleh keluhan dari masyarakat. Pada akhirnya pemerintah dipersepsikan kurang berhasil membina dan mengatur fasyankes.

Menjalankan praktik kefarmasian di era JKN yang sesuai regulasi dan standar menjadi tantangan bagi apoteker di fasyankes, baik di rumah sakit, puskesmas maupun apotek. Jumlah pasien di fasyankes yang melonjak beberapa kali lipat sejak diberlakukannya JKN tahun 2014 juga menyebabkan jumlah obat yang dikelola meningkat, sehingga beban kerja bertambah (Sujoko dan Chalidyanto, 2015). Selain itu disparitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih tinggi, khususnya di kawasan Indonesia timur kualitas pelayanan kesehatan masih jauh tertinggal dibandingkan dengan kawasan Indonesia barat (Irwandi, Nurdin Perdana, Rislamid, Dian S, 2013). Tulisan ini merupakan hasil penelitian yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana praktik kefarmasian yang terjadi sesuai dengan kebutuhan pasien dan fasyankes. Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai bukti ilmiah untuk meningkatkan kebijakan praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan guna peningkatan akses masyarakat terhadap obat terutama di era JKN.

## METODE

Desain penelitian ini adalah potong lintang dengan pendekatan studi kualitatif dan kuantitatif yang dilakukan secara bersamaan. Studi kualitatif digunakan untuk mengetahui sejauh mana praktik kefarmasian di fasyankes dan studi kuantitatif digunakan untuk mengetahui praktik kefarmasian yang dibutuhkan pasien. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari sd Agustus 2016. Data kualitatif dikumpulkan dengan melakukan wawancara mendalam terhadap apoteker yang bekerja di rumah sakit, puskesmas dan apotek, dan data kuantitatif dikumpulkan dengan melakukan *exit interview* terhadap pasien yang baru saja menerima pelayanan obat di rumah sakit dan puskesmas. Informasi obat kepada pasien meliputi manfaat, aturan pakai, lama pemakaian, cara simpan, efek samping, kontra indikasi obat dan interaksi obat.

Tingkat jawaban tentang informasi obat kepada pasien adalah: sangat baik bila pasien menerima tujuh macam informasi obat, baik bila pasien menerima 5 -6 macam informasi obat, cukup baik

bila pasien menerima 3-4 macam informasi obat, dan kurang baik bila pasien hanya menerima informasi obat kurang dari tiga macam informasi obat.

Sampel penelitian dipilih secara *purposive sampling* yang didasarkan pada pembagian wilayah barat, timur dan tengah. Terpilih sebagai wilayah studi adalah kabupaten/kota di 4 provinsi, yaitu di Indonesia Barat (Jawa Tengah), Indonesia Tengah (Bali, Kalimantan Selatan) dan Indonesia Timur (Sulawesi Selatan). Di setiap provinsi dipilih satu kabupaten dan satu kota. Kriteria pemilihan kota/kabupaten adalah memiliki Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), puskesmas dan apotek yang bekerja sama dengan BPJS dan untuk kota memiliki rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS. Di setiap kabupaten/ kota dipilih satu puskesmas, satu rumah sakit umum daerah (RSUD), satu rumah sakit swasta (khusus untuk kota) dan satu apotek yang bekerja sama dengan BPJS. Kriteria puskesmas terpilih adalah puskesmas yang jumlah pasien >100 orang per hari dan memiliki apoteker sebagai pengelola obat.

Informan adalah apoteker penanggung jawab yaitu kepala instalasi farmasi RS, kepala unit obat puskesmas dan penanggung jawab apotek. Informan dipilih apoteker karena kompetensi pelayanan obat dimiliki oleh apoteker. Jumlah apoteker yang diwawancarai pada studi ini yaitu delapan apoteker RSUD, empat apoteker RS Swasta, delapan apoteker puskesmas, dan delapan apoteker apotek yang bekerja sama dengan BPJS. Responden untuk exit interview adalah pasien RSUD dan puskesmas. Jumlah responden di masing-masing fasyankes tersebut adalah 30 orang, penentuan jumlah responden mengikuti jumlah sampel survey cepat WHO (Bennett, Iyanagec, & Smithd, 1991). Responden adalah responden dewasa yang berusia  $\geq 17$  tahun dan selesai menerima obat dalam rawat jalan dan bersedia untuk diwawancarai. Penetapan usia sampel  $\geq 17$  tahun berdasarkan pertimbangan pada usia tersebut responden sudah dapat memahami isi kuesioner dan dapat menjawab dengan baik. Jumlah total responden yang dapat diwawancarai secara lengkap dan dapat dianalisis adalah 210 pasien rumah sakit dan 212 pasien puskesmas, sedangkan 30 pasien rumah sakit dan 28 pasien puskesmas data tidak lengkap.

Analisis hasil wawancara menggunakan analisis konten secara tematik dan analisis hasil *exit interview* dengan pasien secara deskriptif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Wawancara di RS, puskesmas dan apotek berisi pokok-pokok pikiran mengenai kebijakan dan peraturan yang diacu, pengelolaan obat, pelayanan farmasi, pelayanan dan program yang tidak bisa dilakukan, kebutuhan pasien terhadap pelayanan farmasi, masalah yang dihadapi, sarana dan prasarana farmasi.

### Praktik Kefarmasian yang sesuai dengan Kebutuhan Fasyankes

Hasil wawancara mendalam dengan apoteker disimpulkan dalam tabel 1 di bawah.

Semua fasyankes tersebut mengacu kepada PP No. 51 tahun 2009 yang spesifik mengatur pekerjaan kefarmasian. Kebijakan RS pemerintah juga mengacu kepada undang-undang, peraturan pemerintah, regulasi dari Kemenkes. Kebijakan puskesmas, RS swasta dan apotek lebih mengacu kepada kebijakan yang sudah diterjemahkan ke dalam kebijakan teknis seperti formularium nasional, standar/pedoman pelayanan obat di puskesmas dan apotek.

Berdasarkan PP No.51 tahun 2009, praktik farmasi di fasilitas pelayanan kesehatan terbagi ke dalam beberapa aspek, yaitu aspek pengelolaan obat, aspek pelayanan farmasi klinis, aspek pengendalian mutu dan biaya obat. Berdasarkan wawancara mendalam dengan apoteker yang bertugas sebagai penanggung jawab/pengelola obat, umumnya apoteker dan tenaga farmasi lainnya melaksanakan kegiatan pengelolaan obat mulai dari perencanaan, penerimaan, penyimpanan, distribusi dan pelaporan obat. Ada RSUD yang tidak melibatkan Apoteker dalam tim pengadaan obat rumah sakit. Pengadaan obat di RSUD mengacu pada dua peraturan yaitu Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Perpres RI No. perpres RI No 4 tahun 2015 tentang perubahan keempat atas peraturan presiden no 54 tahun 2010 tentang pengadaan barang / jasa pemerintah. Pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 15 ayat (3) menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu. Kepala Instalasi di sini harus seorang apoteker.

Sedangkan pada Perpres RI No. perpres RI No 4 tahun 2015 pasal Pasal 1 ayat 8 menyebutkan Unit layanan pengadaan (ULP) adalah untuk organisasi kementerian/lembaga/pemerintah daerah/institusi

Tabel 1. Resume hasil wawancara dengan apoteker

	RS Swasta		Puskesmas		Apotek
<b>Pengetahuan informan mengenai kebijakan dan peraturan yang berlaku di fasyankes masing-masing</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan,</li> <li>PP No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian</li> <li>Peraturan Presiden No. 4 tahun 2015 tentang pengadaan barang dan jasa</li> <li>Permenkes No. 63 tahun 2014 tentang Pengadaan Obat berdasarkan Katalog Elektronik (e-Catalogue)</li> <li>Permenkes No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di RS</li> <li>Permenkes No. 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit</li> <li>Formularium Nasional, dan Formularium RS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PP No. 51 tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian</li> <li>Permenkes No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di RS</li> <li>Pedoman Visite dari Dirjen Farmalkes Kemenkes</li> <li>Formularium Nasional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peraturan BPOM No. 7 tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Obat-Obat Tertentu yang Sering Disalahgunakan</li> <li>Peraturan Pemerintah no. 51 tahun 2009</li> <li>Permenkes no. 35 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Farmasi</li> <li>Buku Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas</li> <li>Buku Dinas Kesehatan yang isinya diantaranya tentang pengelolaan obat, daftar obat esensial nasional (DOEN) dan formularium nasional (FORNAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PP No. 51 tahun 2009</li> <li>Permenkes no. 35 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di apotek</li> <li>Surat Ijin Apotek</li> <li>Standar Pelayanan Apotek</li> <li>Peraturan BPJS</li> </ul>		
<b>Pengelolaan obat yang dilakukan informan di masing-masing fasyankes</b>					
<p>Apoteker ikut serta dalam perencanaan dan distribusi obat. Perencanaan obat dibuat oleh apoteker dan tenaga internal farmasi dan juga bersama dengan tim perencana RS. Demikian pula pengadaan, ada tenaga farmasi yang langsung memesan ke distributor, dan untuk pembelian jumlah yang lebih besar melalui tim pengadaan RS. Beberapa RSUD melibatkan tenaga farmasi dalam Tim Pengadaan RS, namun ada juga Tim Pengadaan RS yang tidak melibatkan apoteker, hanya tanda tangan Apoteker dimintakan untuk surat pesanan obat.</p>	<p>Perencanaan, pembelian dan pelayanan (distribusi) obat. Apoteker terlibat mulai dari perencanaan, pengadaan/pembelian sampai pelayanan/distribusi obat.</p>	<p>Apoteker di puskesmas terlibat dalam perencanaan dan distribusi obat, tetapi tidak dalam pengadaan obat. Prosesnya diawali dengan membuat permintaan obat, mengirim laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) ke instalasi farmasi kabupaten/kota, melakukan cek fisik obat, distribusi obat ke pasien dan ke puskesmas pembantu.</p>	<p>Terbatas hanya melakukan pengadaan obat dari distributor dan pelayanan obat untuk pasien JKN.</p>		

**Pelayanan farmasi satu pintu dan pelayanan farmasi klinis**

- Sistem pelayanan obat sudah satu pintu.
- Pelayanan farmasi klinis yang diberikan adalah pelayanan informasi obat (PIO), visit pasien dan pengkajian resep. RSUD Kota Semarang dan Kota Banjarmasin sudah melakukan pemantauan terapi obat (PTO) dan monitoring efek samping obat (MESO).
- Pelayanan obat di RS swasta sudah satu pintu.
- Pelayanan farmasi klinis yang diberikan RS swasta di Kalsel antara lain komunikasi edukasi dan informasi obat (KIE) atau konseling, visit pasien, homecare dilakukan apoteker setiap hari rabu bersama dokter ke rumah pasien yang membutuhkan, mis. pasien strook. RS swasta di provinsi lain melakukan pengkajian resep dan konseling. RS Swasta di Kalsel melakukan visit pasien di malam hari:
  - “.....di sini apoteker visit pada malam hari dan sendiri, karena dokter tidak mau visit bersama-sama”
- Pelayanan obat di puskesmas pada umumnya belum satu pintu karena vaksin dan beberapa obat program seperti obat TB masih dikelola oleh pengelola program masing-masing.
- Pelayanan farmasi klinis hanya dalam hal konseling. Beberapa permasalahan yang ada dalam memberikan pelayanan obat antara lain konseling untuk lansia susah bila lansia tidak ada pendamping. Oleh karena itu pelatihan konseling khususnya peningkatan kemampuan cara komunikasi masih diperlukan. Apoteker di puskesmas rawat inap di kota Denpasar sudah menjalankan visit pasien ke bangsal. Namun ada puskesmas di provinsi lain belum melakukan konseling ataupun PIO dengan alasan keterbatasan sarana dan kurangnya sumber daya manusia (SDM):
  - “.....tenaga farmasi di sini hanya 2 orang, sehingga sulit untuk melakukan visit ke bangsal”
- Pelayanan obat satu pintu tidak ditanyakan karena Apotek merupakan unit kecil yang pegawainya hanya 5 sd 15 orang. Semua obat yang didapat dari distributor langsung di distribusikan ke pasien
- Pelayanan obat langsung kepada pasien, tenaga farmasi di apotek melakukan juga pengkajian resep dan konseling yang diberikan lebih intens khususnya untuk obat-obat pasien degenerative seperti diabetes dan hipertensi.

**Pelayanan dan program/aktifitas yang belum dapat dilakukan**

- Pelayanan farmasi klinis seperti penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, evaluasi penggunaan obat, pemantauan penggunaan obat dalam darah dan penyediaan sediaan steril
- Pelayanan obat satu pintu. PIO belum berjalan, karena belum ada ruang khusus untuk melakukan
- Catatan obat pasien (sejenis rekam medis untuk riwayat penggunaan obat pasien) belum bisa dilaksanakan

<p><b>Permasalahan pelayanan obat yang dihadapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarana dan prasarana farmasi kurang memadai dan jumlah tenaga farmasi yang dirasa masih kurang. Gudang obat masih bercampur dengan gudang umum (Kalsel): <i>“disini gudang obat masih jadi satu dengan gudang umum”</i></li> <li>• Belanja obat saat ini dirasa belum efektif dan efisien karena masalah birokrasi dan dengan sistem e-catalog masih cukup sering terjadi kekosongan obat serta lamanya barang datang.</li> </ul>	<p>Waktu apoteker di puskesmas masih lebih banyak tersita untuk tugas pengelolaan dan administrasi, sehingga pelayanan informasi obat dan konseling kepada pasien sulit untuk dilakukan.</p>	<p>Belanja obat pasien JKN di apotek belum efektif dan efisien karena apotek masih sering sulit memperoleh obat pasien JKN serta koordinasi antara BPJS dan penyedia obat belum efektif. <i>“.....apotek sering mengalami kesulitan untuk memperoleh obat-obat untuk pasien JKN”.</i></p>
<p><b>Pelayanan obat yang dibutuhkan oleh pasien</b></p> <p>Ketersediaan dan kelengkapan obat di RS, informasi manfaat dan pemakaian obat, pelayanan obat yang cepat, dan pasien tidak perlu membayar untuk memperoleh obat seperti yang dikatakan oleh seorang informan: <i>“...idealnya pasien tidak perlu lagi beli obat di apotek luar, karena obat di rumah sakit kosong”</i></p>	<p>Waktu apoteker di puskesmas masih lebih banyak tersita untuk tugas pengelolaan dan administrasi, sehingga pelayanan informasi obat dan konseling kepada pasien sulit untuk dilakukan.</p>	<p>Informasi obat, ketersediaan obat (datang ke rumah sakit sudah dapat obat), harga obat terjangkau, fasilitas bersih, petugas ramah dan mau jempot bola serta kecepatan pelayanan. Informan menyatakan kalau belanja obat untuk pasien belum efektif efisien karena masih sering terjadi kekosongan obat di distributor, sehingga harus membeli obat di apotek lain yang punya stok dengan harga yang lebih tinggi</p>
<p>Kelengkapan obat, pelayanan informasi obat seperti cara penggunaan obat (aturan pakai), cara penyimpanan, efek samping, kandungan zat aktif obat, pelayanan obat yang cepat dan tepat dan konseling obat.</p>	<p>Harga obat yang terjangkau, kelengkapan obat, penjelasan informasi obat, kecepatan pelayanan obat, pelayanan tepat waktu, keramahan, dan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)</p>	

yang berfungsi melaksanakan pengadaan barang/jasa yang bersifat permanen, dapat berdiri sendiri atau melekat pada unit yang sudah ada. Oleh karena itu apoteker harus terlibat atau menjadi anggota ULP mengingat waktu memesan obat, apoteker harus tanda tangan surat pemesanan obat (SPO), tanpa tanda tangan obat pada SPO maka distributor akan menolak pesanan obat. Oleh karena itu seharusnya tenaga apoteker harus terlibat dalam proses pengadaan obat dan bukan hanya tanda tangan saja (Novianne. E. R., Posangi.J dan Soleman.T, 2015). Di RSUD, apoteker terlibat dalam proses seleksi obat, tetapi di puskesmas tidak terlibat karena pengadaan obat sebagian besar dilakukan di dinas kesehatan kota/kabupaten. Pengelolaan obat di puskesmas dilakukan oleh apoteker puskesmas, maka apoteker puskesmas yang paling mengetahui jenis dan jumlah obat yang dibutuhkan. Oleh karena itu apoteker puskesmas terlibat aktif dalam proses seleksi obat di tingkat puskesmas sebelum usulan rencana pengadaan obat diajukan ke dinas kesehatan (Anggraeni, 2018).

Pelayanan obat satu pintu belum terjadi di beberapa puskesmas lokasi penelitian. Untuk vaksin dan obat program pengelolaannya tidak di bawah unit obat tetapi dikelola oleh pemegang program masing-masing, misalnya vaksin dikelola oleh seksi imunisasi, obat program malaria dan TB dikelola oleh seksi penyakit menular/infeksi. Hal ini dapat berdampak sulitnya memperoleh laporan obat secara komprehensif yang diperlukan untuk membuat perencanaan obat, karena data penggunaan obat tercecer. Di samping itu, dengan adanya beberapa pintu masuk maka pengawasan akan lebih sulit. Hal ini terbukti dengan kasus vaksin palsu yang pernah terjadi di beberapa rumah sakit di Bekasi dan Jakarta (Aprina, 2017). Pengelolaan obat belum satu pintu disebabkan juga karena keterbatasan fasilitas puskesmas, dan juga mengikuti pengelolaan obat di dinas kabupaten/kota yang belum satu pintu juga. Dibutuhkan pemahaman yang sama dan komitmen dari manajemen dinas kesehatan kabupaten kota dan puskesmas supaya kedepannya dapat terjadi pengelolaan obat satu pintu untuk obat dan vaksin di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

Efektif dan efisien dalam pengelolaan obat merupakan hal yang penting. Pengertian efektif adalah obat tersedia lengkap sesuai dengan kebutuhan. Pengertian efisien adalah obat yang tersedia cukup tidak berlebih serta dibeli dengan

harga terjangkau atau sesuai dengan harga yang ditetapkan pemerintah pada e-catalog.

Hampir semua rumah sakit pemerintah dan puskesmas menyatakan bahwa pengelolaan obat mereka belum efektif dan efisien. Alasan utama mereka adalah kekosongan obat dan harga obat. Kekosongan obat disebabkan alur pengadaan *e-purchasing* dengan menggunakan *e-catalog*. Keluhannya adalah obat sering kosong, dan barang lama diterima. Pengadaan obat dengan menggunakan *e-catalog* seharusnya memotong jalur birokrasi dan menjamin transparansi, tetapi kenyataannya tidak seperti yang seharusnya. Beberapa hasil studi juga melaporkan permasalahan di seputar pengadaan dengan *e-catalog*, antara lain lamanya barang datang, tender yang diulang, ada ketidaksesuaian antara obat di e-catalog dengan formularium nasional (Novianne. E. R., Posangi J dan Soleman T, 2015; Sutriatmoko, Satibi dan Puspandari, 2015; Dwiaji *et al.*, 2016). Rumah sakit swasta dan apotek menyatakan belanja obat mereka belum efektif dan efisien disebabkan tingginya harga obat, terutama obat untuk pasien JKN. Seharusnya pasien JKN yang datang ke RS swasta dan apotek harus diberikan obat-obatan yang sesuai fornasi. Tetapi ternyata cukup sering RS swasta dan puskesmas membeli obat dari distributor dengan harga yang tidak sama dengan harga obat *e-catalog*, tetapi harga sedikit lebih tinggi. Banyaknya keluhan mengenai pembelian obat dengan *e-purchasing* dan harga obat pasien JKN yang tidak sesuai *e-catalog* mengindikasikan bahwa belum ada sinkronisasi yang baik antara distributor, pabrikan pemenang tender obat *e-catalog* dan pemerintah (Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah dan Kemenkes). Kekosongan obat *e-catalog* dan tidak tersedianya obat dengan harga *e-catalog* menyebabkan pelayanan obat kurang baik dan pada akhirnya berdampak pada kurang baiknya akses pasien terhadap obat (Sutriatmoko, Satibi dan Puspandari, 2015; Dwiaji *et al.*, 2016). Untuk itu apoteker sebagai pengelola obat harus sangat hati-hati dalam melakukan perencanaan obat, diperlukan keahlian cara memprediksi kebutuhan obat yang dapat mengantisipasi situasi pasar obat serta sistem di luar fasyankes yang tidak bisa dikendalikan oleh apoteker. Untuk itu dukungan manajemen sangat dibutuhkan.

Kesibukan apoteker dalam melakukan proses pengelolaan obat mengakibatkan kegiatan pelayanan farmasi klinis masih terbatas, terutama di puskesmas.

Kegiatan pelayanan farmasi klinis yang umum dilakukan berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan apoteker yaitu konseling dan pelayanan informasi obat (PIO). Sebagian apoteker rumah sakit sudah melakukan *visite* pasien ke bangsal walaupun belum bersama-sama dengan dokter. Dukungan manajemen rumah sakit sangat diperlukan agar kegiatan *visite* bersama dapat terwujud karena proses pengobatan pasien seharusnya menggunakan pendekatan *team work* agar pengobatan dapat berjalan dengan optimal (Lloyd, 2018; Penm, Moles, Wang, Li, & Chaar, 2014).

Hasil wawancara mendalam juga mendapatkan bahwa kegiatan farmasi klinis lain yang dilakukan adalah *home care* ke rumah pasien, pemantauan terapi obat (PTO) dan monitoring efek samping obat (MESO). Berdasarkan referensi, pelayanan farmasi klinis bukan saja dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan rasional tetapi juga memberikan dampak efisiensi belanja kesehatan bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Sehingga fasyankes terutama rumah sakit perlu merencanakan kegiatan farmasi klinis secara serius dan mendukung sepenuhnya kegiatan tersebut, antara lain menempatkan seorang apoteker yang fokus untuk pelayanan farmasi klinis dan menciptakan sistem *team work* multi disiplin untuk pengobatan pasien (Penm et al., 2014). Pada rumah sakit yang jumlah resep pasien rawat jalan lebih 100 resep per hari, diperlukan lebih dari seorang apoteker klinis (Verawaty, Ramdani M. Ihsan, 2017). Keterbatasan tenaga apoteker klinis seharusnya bisa diminimalisasi dengan penggunaan *information technology (IT)* (Luisetto, Carini, Bologna, & Nili-Ahmadabadi, 2015; Odukoya & Chui, 2013). Bila rumah sakit sudah menerapkan *e-prescribing* sehingga pengkajian ketepatan dosis, interaksi obat, efek samping, dan aspek klinis lainnya dapat dikoreksi oleh sistem secara *online*, maka beban kerja apoteker klinis akan berkurang. Apoteker membuat laporan dan menganalisis hasil kerja software *e-prescribing* tersebut yang berisi aspek klinis obat yang sesuai standar

### **Praktik Kefarmasian yang sesuai dengan Kebutuhan Pasien**

Hasil wawancara mendalam dengan apoteker menyatakan bahwa yang penting bagi pasien adalah ketersediaan/kelengkapan obat yang dibutuhkan,

informasi obat dan kecepatan pelayanan. Hal ini sejalan dengan hasil survey kepuasan pasien yang dilakukan di RSUD dan puskesmas seperti tabel 2.

Hasil survey kepuasan pasien ternyata pasien puskesmas menerima obat yang sesuai resep dokter lebih besar (89,0%) dibandingkan RSUD (76,6%). Hal ini mungkin disebabkan obat yang diresepkan dokter di RSUD lebih bervariasi jenis dan itemnya. (Moullin, Sabater-Hernández, Fernandez-Llimos, & Benrimoj, 2013). Kenyamanan dan kebersihan fasilitas puskesmas juga dipersepsikan lebih baik. Persentase kecepatan pelayanan obat dengan waktu tunggu  $\leq 15$  menit di puskesmas lebih besar (93,8%) dari pada di RSUD (41,1%), bahkan 8,6% waktu tunggu di RSUD  $> 60$  menit. Kepmenkes no 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit mensyaratkan pelayanan resep obat jadi  $\leq 30$  menit sedangkan resep racikan  $\leq 60$  menit. Sistem, sarana dan prasarana yang baik diperlukan agar antrian pelayanan obat dapat lebih pendek waktu tunggu. Pembagian tugas yang baik antar tenaga farmasi bagian penerimaan dan peracikan obat, ruang racik yang memadai, loket obat yang tertata akan meningkatkan pelayanan obat kepada pasien (Sujoko dan Chalidyanto, 2015).

Rumah sakit dan puskesmas harus lebih fokus meningkatkan pelayanan informasi obat, karena ternyata berdasarkan hasil survey bahwa  $\geq 74\%$  pasien menerima informasi obat dengan kategori kurang baik. Kategori kurang baik adalah bila pasien menerima hanya 1 atau 2 informasi obat, yaitu misalnya hanya informasi mengenai manfaat obat dan aturan pakai. Sementara itu hanya 1 orang pasien di RSUD yang mengaku menerima informasi dengan kategori sangat baik, yaitu memperoleh semua informasi mulai dari manfaat, aturan pakai, cara simpan, efek samping sampai dengan kontra indikasi obat dan interaksi obat. Pemberian informasi obat seharusnya menjadi hal yang diprioritaskan oleh apoteker (Fahmi Khudair dan Asif Raza, 2013). Pasien yang banyak bukan alasan untuk memberikan informasi yang tidak lengkap. Keterampilan tenaga farmasi bagian penyerahan obat mengenai cara pemberian obat harus ditingkatkan (Baroroh, 2014; Ihsan, Rezky dan Akib, 2014). Hasil studi Max Herman dkk pada tahun 2013 menyatakan bahwa komunikasi, informasi dan edukasi pasien merupakan titik terlemah dalam praktik kefarmasian di rumah sakit (Herman, Handayani dan Siahaan, 2013).

**Tabel 2.** Frekwensi distribusi survey kepuasan pasien rawat jalan usia  $\geq 17$  tahun di 8 RS Pemerintah dan 8 Puskesmas di Jateng, Bali, Kalsel dan Sulsel

		<b>RSUD N = 210</b>	<b>Puskesmas N = 212</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Frekuensi menebus obat</b>	1 kali	16,19	13,70
	2 kali	17,62	13,20
	3kali	6,19	3,80
	>3 kali	60,48	69,30
<b>Cara pembayaran</b>	Gratis BPJS	83,33	51,00
	Gratis perusahaan	2,86	14,30
	Bayar sendiri	7,14	34,30
	Bayar sebagian	6,67	0,50
<b>Obat yang diterima pasien sesuai resep</b>	Selalu	76,60	89,00
	Sering kali	5,30	3,80
	Kadang-kadang	16,70	6,20
	Tidak pernah	1,00	1,00
<b>Obat ada racikan</b>	YA	10,95	20,40
	Tidak	89,05	79,60
<b>Prosedur pelayanan obat</b>	Mudah	96,20	99,50
	Agak sulit	2,90	0,50
	Sulit	1,00	0,00
<b>Keramahan petugas</b>	Ramah	97,60	98,60
	Kurang ramah	1,40	1,40
	Tidak ramah	1,00	0,00
<b>Petugas memberi informasi obat</b>	Memberi info	93,30	96,20
	Tak memberi info	6,70	3,80
<b>Pendapat terhadap Informasi yang diterima</b>	*Sangat baik	0,60	0,00
	*Baik	7,80	5,60
	*Cukup baik	11,40	19,80
	*Kurang baik	80,20	74,70
<b>Dikemas dengan baik</b>	Baik	99,00	93,40
	Kurang baik	0,50	3,80
	Tidak baik	0,50	2,80
<b>Paham etiket yang tertera di kemasan obat</b>	Paham	95,70	97,60
	Kurang paham	2,40	2,40
	Tidak paham	1,90	0,00
<b>Responden merasa puas dengan obat yang diterima</b>	Puas	96,10	98,60
	tidak puas	3,90	3,01
<b>Fasilitas nyaman dan bersih</b>	Nyaman	82,40	98,10
	Kurang nyaman	17,10	1,90
	Tidak nyaman	0,50	0,00
<b>Waktu tunggu</b>	$\leq 15$ menit	41,40	93,80
	16 hingga 30 menit	31,00	5,70
	31 hingga 60 menit	19,00	0,50
	lebih dari 60 menit	8,60	0,00

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Praktik kefarmasian yang dibutuhkan oleh rumah sakit dan puskesmas dan apotek adalah perencanaan obat yang baik yang dapat menjaga kesinambungan ketersediaan stok obat yang diperlukan bagi pelayanan ke pasien. Semua fasyankes membutuhkan sistem pengadaan obat JKN yang dapat diandalkan baik dalam hal ketersediaan dan ketepatan waktu pengiriman barang. Sementara itu praktik kefarmasian yang dibutuhkan oleh masyarakat adalah obat lengkap tersedia, kecepatan pelayanan, dan informasi obat yang singkat padat (menyeluruh).

### Saran

Beberapa saran yang dapat diberikan diantaranya, pertama, perlu pelatihan yang menyeluruh untuk perencanaan obat bagi apoteker yang dapat mengantisipasi hal-hal di luar kontrol apoteker, misalnya antisipasi terhadap kekosongan obat-obat tertentu di pasar dan lamanya pengiriman obat. Kedua, masih diperlukan pelatihan informasi obat yang menyeluruh dan mudah dipahami pasien khususnya pelatihan cara berkomunikasi kepada semua kalangan masyarakat (mis. lansia dan status pendidikan) agar kemampuan konseling apoteker meningkat. Ketiga, dukungan IT bagi pengembangan pelayanan farmasi klinis RS misalnya rekam medis elektronik, pedoman farmokoterapi dan pedoman penggunaan obat secara elektronik. Keempat, dukungan manajemen untuk memfasilitasi sarana dan prasarana untuk melakukan pelayanan klinis.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami sampaikan kepada Pusat Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan Balitbangkes yang telah memfasilitasi penelitian ini. Terima kasih kepada rekan-rekan peneliti yang membantu penelitian: Ni Ketut Aryastami, Siti Isfandari, Ida Diana Sari, Yuyun Yuniar dan Nur Ringgo serta semua pihak yang membantu dan memberikan akses terhadap data dan informasi untuk penelitian ini yaitu RS, puskesmas dan apotek yang menjadi lokasi sampel penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, R. 2018. Mutu Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas Kecamatan Medan Denai Kota Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 4 (1).
- Aprina, K. C. 2017. Upaya Penanggulangan Tindak Pidana Peredaran Vaksin Palsu Oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan. *Jurnal Poenale*, 5 (6).
- Baroroh, F. 2014. Evaluasi Kepuasan Konsumen terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek Kota Yogyakarta. *Pharmaciana*, 2, 135–143.
- Bennett, S., Ilyanagec, W. M., & Smithd, D. 1991. A Simplified General Method for Cluster-Sample Surveys of Wealth in Developing Countries. *Wld Hith Statist. Quart*, 44.
- Dwiji, A., Sarnianto, P., Thabrany, H., & Syarifudin, M. 2016. Evaluasi Pengadaan Obat Publik Pada JKN Berdasarkan Data e-Catalogue Tahun 2014-2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1 (1).
- Fahmi Khudair, I., & Asif Raza, S. 2013. Measuring patients' satisfaction with pharmaceutical services at a public hospital in Qatar. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26 (5), 398–419.
- Herman, M. J., Handayani, R. S., & Siahaan, S. A. 2013. Kajian Praktik Kefarmasian Apoteker pada Tatanan Rumah Sakit. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7 (8), 365.
- Ihsan, S., Rezky, P., & Akib, N. I. 2014. Evaluasi Mutu Pelayanan Di Apotek Komunitas Kota Kendari Berdasarkan Standar Pelayanan Kefarmasian. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 1 (2).
- Lloyd, M. 2018. Comparison of pharmacy technicians' and doctors' medication transcribing errors at hospital discharge. *European Journal of Hospital Pharmacy*, ejhpharm-2018-001538.
- Luisetto, M., Carini, F., Bologna, G., & Nili-Ahmadabadi, B. 2015. Pharmacist Cognitive Service and Pharmaceutical Care: Today and Tomorrow Outlook. *UK Journal of Pharmaceutical Biosciences*, 3 (6), 67.
- Management Sciences of Health. 2012. Managing Access to Medicines and Health Technologies.
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. 2013. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9 (6), 989–995.
- Novianne. E. R., Posangi J, & Soleman T. 2015. Analisis Manajemen Logistik Obat Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah DR Sam Ratulangi Tondano. *JIKMU*, 5 (2b).
- Odukoya, O. K., & Chui, M. A. 2013. E-prescribing: a focused review and new approach to addressing safety in pharmacies and primary care. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, 9 (6), 996–1003.

- Penm, J., Moles, R., Wang, H., Li, Y., & Chaar, B. 2014. Factors Affecting the Implementation of Clinical Pharmacy Services in China. *Qualitative Health Research*, 24 (3), 345–356.
- Prayitno Lukman, & Suharmiati, S. 2018. Kajian Mutu Pelayanan Kefarmasian dan Kepuasan Pasien Rawat Jalan pada Era Jaminan Kesehatan Nasional. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21 (1), 22–31.
- Sa'adah Evi, Tatong Hariyanto, & Rohman, F. 2015. Pengaruh Mutu Pelayanan Farmasi terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien Rawat Jalan dengan Cara Bayar Tunai. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, 13 (1).
- Siahaan, S., Sasanti Handayani, R., Diana Sari, I., & Fitri, N. 2015. Studi Harga dan Ketersediaan Obat Pada Rumah Sakit, Puskesmas dan Apotek di DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18 (1), 29–35.
- Sujoko, A., & Chalidyanto, D. 2015. Analisis Antrian Pelayanan Obat Non Racikan di Instalasi Farmasi Rawat Jalan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 3 (2), 99.
- Sutriatmoko, S., Satibi, S., & Puspandari, D. A. 2015. Analisis Penerapan E-Procurement Obat Dengan Prosedur E-Purchasing Berdasarkan E-Catalogue di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 5 (4), 267–274.
- Verawaty, Ramdani M. Ihsan, L. R. D. L. M. C. 2017. Analisis Kebutuhan Tenaga Kefarmasian di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Graha Permata Ibu Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 7 (2).
- WHO. 1996. *Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Pharmacy Settings*.