

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Patient Safety**

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk atau injuri yang berasal dari proses perawatan kesehatan. (Vincent, 2008). Definisi lain tentang keselamatan pasien adalah sebagai suatu upaya untuk mencegah bahaya penggunaan obat yang terjadi pada pasien. Meskipun mempunyai definisi yang sangat sederhana, tetapi upaya untuk menjamin keselamatan pasien di fasilitas kesehatan sangat kompleks dan banyak hambatan. Konsep keselamatan pasien harus dijalankan secara menyeluruh dan terpadu (Rusli, 2018).

Penerapan keselamatan pasien di Puskesmas merupakan salah satu prioritas utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Berdasarkan Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang akreditasi, Puskesmas selain menjalankan fungsinya sebagai pelayanan kesehatan masyarakat juga harus memperhatikan keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang merupakan hak dari setiap pasien. Mengingat pentingnya pelaksanaan keselamatan pasien, penyelenggaraan keselamatan pasien sudah seharusnya menjadi sebuah kewajiban bagi seluruh pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan primer, sekunder, maupun tersier (Permenkes, 2017).

Berdasarkan Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Standar Akreditasi Puskesmas menyebutkan bahwa agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik mulai dari sumber daya yang digunakan, proses pelayanan hingga kinerja pelayanan sebab masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan

bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka. Oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta (Permenkes, 2015).

Di tahun 2007 KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) melaporkan insiden keselamatan pasien sejumlah 145 insiden, terdiri dari Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebesar 46%, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebesar 48% dan lain-lain sebesar 6%, dengan urutan peringkat berdasarkan lokasi kejadian yaitu DKI Jakarta menempati posisi tertinggi yaitu sebesar 37,5% disusul Jawa Tengah sebesar 15,9%, DI Yogyakarta 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69% dan Aceh 0,68%. Keselamatan pasien merupakan hak dari setiap pasien. Mengingat pentingnya pelaksanaan keselamatan pasien, penyelenggaraan keselamatan pasien sudah seharusnya menjadi sebuah kewajiban bagi seluruh pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan primer, sekunder, maupun tersier sesuai dengan Permenkes No 11 tahun 2017 . Perkembangan tentang isu keselamatan pasien di puskesmas tidak sedinamis seperti di tingkat RS (Rumah Sakit), padahal jumlah Rumah Sakit di Indonesia pada tahun 2015 berjumlah 2.490 dan pada tahun 2016 sebanyak 2.623. Jumlah rumah sakit ini tidak sebanding dengan jumlah Puskesmas yang ada di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 9.754 dan pada tahun 2016 berjumlah 9.767. Secara eksplisit, aspek keselamatan pasien terdapat pada Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas dan Permenkes No 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang kemudian dimasukkan kedalam Standar Akreditasi Puskesmas (sebagai bagian dari Standar Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama disamping Dokter Praktik Mandiri dan Klinik). Sayangnya belum ada rincian yang jelas untuk implementasi keselamatan pasien di puskesmas, sebagaimana panduan

implementasi di RS (Permenkes No 1691 tahun 2011). Melihat jumlah Puskesmas yang lebih banyak dibandingkan dengan jumlah Rumah Sakit di Indonesia, seharusnya terdapat panduan khusus terkait keselamatan pasien di Puskesmas Indonesia sama halnya dengan yang ada di Rumah Sakit (Islami, *et all.*, 2018).

Keselamatan pasien berdasarkan *Joint Commision International (JCI)* berkaitan dengan pemberian obat merupakan salah satu bentuk pelayanan yang bertujuan agar obat yang diperlukan tersedia setiap saat dibutuhkan, dalam jumlah yang cukup, mutu terjamin dan harga yang terjangkau untuk mendukung pelayanan yang bermutu serta meningkatkan kualitas keselamatan pasien. Obat merupakan sediaan atau paduan bahan-bahan yang siap digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi (Dep Kes RI, 2005).

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Australia telah menjadi salah satu pelopor pelaporan kejadian dalam praktik umum, dan studi oleh Badan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien Australia (*Threats to Australian Patient Safety / TAPS*) adalah salah satu analisis insiden keselamatan pasien yang paling komprehensif di dunia internasional (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2010). TAPS dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien yang luas:

- a. Insiden terkait dengan proses perawatan, termasuk proses administrasi, investigasi, perawatan, komunikasi dan pembayaran. Ini adalah jenis kejadian umum yang dilaporkan (berkisar antara 70% -90% tergantung pada penelitian) (Tutiany, *et all.*, 2017).
- b. Insiden terkait dengan pengetahuan atau keterampilan praktisi, termasuk diagnosis yang tidak terjawab atau tertunda, perlakuan salah dan kesalahan dalam pelaksanaan tugas (Tutiany, *et all.*, 2017).

Keselamatan pasien sebagai sebuah disiplin dimulai sebagai tanggapan atas bukti bahwa kejadian medis yang merugikan tersebar luas dan dapat dicegah, dan seperti disebutkan di atas, bahwa ada "bahaya yang terlalu banyak" (Emanuel, 2008). Tujuan dari bidang keselamatan pasien adalah untuk meminimalkan kejadian buruk dan menghilangkan kerusakan yang dapat dicegah dalam perawatan kesehatan. Bergantung pada penggunaan istilah "bahaya" seseorang, mungkin bercita-cita untuk menghilangkan semua bahaya dalam perawatan kesehatan (Tutiany, *et all.*, 2017). Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut yaitu:

- a. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi (Tutianty, *et all.*, 2017).
- b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“*commission*”) atau karena tidak bertindak (“*omission*”), bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien (Tutianty, *et all.*, 2017).
- c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien (Tutianty, *et all.*, 2017).
- d. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya) (Tutianty, *et all.*, 2017).
- e. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden (Tutianty, *et all.*, 2017).
- f. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (Tutianty, *et all.*, 2017).

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 :

- a. Pemilihan Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat-obat sesuai formularium.
- b. Pengadaan Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi.
- c. Penyimpanan Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat:
  - 1) Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*) secara terpisah.
  - 2) Obat-obat dengan peringatan khusus (*high alert drugs*) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus. Misalnya :
    - a) 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](http://www.ismp.org).)

- b) kelompok obat antidiabet jangan disimpan tercampur dengan obat lain secara alfabetis, tetapi tempatkan secara terpisah
- 3) Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan.

d. Skrining Resep

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

- 1) Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/nomor resep
- 2) Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.
- 3) 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.
  - a) 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).
- 4) Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.
- 5) 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.
- 6) 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.

e. Dispensing

- 1) Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SOP.
- 2) Pemberian etiket yang tepat. Etiket harus dibaca minimum tiga kali : pada saat pengambilan obat dari rak, pada saat mengambil obat dari adah, pada saat mengembalikan obat ke rak.
- 3) Dilakukan pemeriksaan ulang oleh orang berbeda.
- 4) Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.

f. 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 :

- 1) Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar, harapan setelah menggunakan obat, lama pengobatan, kapan harus kembali ke dokter
- 2) Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan
- 3) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien
- 4) 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
- 5) 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.

g. 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 :

- 1) Tepat pasien
- 2) Tepat indikasi
- 3) Tepat waktu pemberian tepat obat
- 4) Tepat dosis
- 5) Tepat label obat (aturan pakai)
- 6) Tepat rute pemberian

h. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker harus melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui efek terapi, mewaspadaai 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 didalam 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 :

- 1) 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 ketidak lengkapan informasi

dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

- 2) 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.
- 3) Gangguan/interupsi pada saat bekerja Gangguan/interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.
- 4) Beban kerja Rasio antara beban kerja dan SDM (Sumber Daya Manusia) yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.
- 5) 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 (Depkes RI, 2008).

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):

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
  - 1) 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.

- 2) Buat, sosialisasikan dan penerapan SOP sebagai tindak lanjut setiap kebijakan
  - 3) Buat buku catatan tentang KTD, KNC dan kejadian sentinel kemudian laporkan ke atasan langsung
- b. Pimpin dan dukung staf anda bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di tempat pelayanan (Instalasi Farmasi/Apotek)
- 1) Adanya suatu tim di Instalasi Farmasi/Apotek yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien (sesuai dengan kondisi)
  - 2) Tunjuk staf Instalasi Farmasi/Apotek yang bisa menjadi penggerak dan mampu mensosialisasikan program (*leader*)
  - 3) 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.
  - 4) Tumbuhkan budaya tidak menyalahkan (*no blaming culture*) agar staf berani melaporkan setiap insiden yang terjadi
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah

- 1) Buat kajian setiap adanya laporan KTD, KNC dan kejadian sentinel
  - 2) Buat solusi dari insiden tersebut supaya tidak berulang dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada atau mengembangkan SOP bila diperlukan
- d. Kembangkan sistem pelaporan
- 1) Pastikan semua staf Instalasi Farmasi/Apotek dengan mudah dapat melaporkan insiden kepada atasan langsung tanpa rasa takut
  - 2) Beri penghargaan pada staf yang melaporkan
- e. Libatkan dan komunikasi dengan pasien kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
- 1) Pastikan setiap penyerahan obat diikuti dengan pemberian Informasi yang jelas dan tepat
  - 2) Dorong pasien untuk berani bertanya dan mendiskusikan dengan apoteker tentang obat yang diterima
  - 3) Lakukan komunikasi kepada pasien dan keluarga bila ada insiden serta berikan solusi tentang insiden yang dilaporkan
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dorong staf untuk melakukan analisis penyebab masalah
- 1) Lakukan kajian insiden dan sampaikan kepada staf lainnya untuk menghindari berulangnya insiden
- g. Cegah KTD, KNC dan kejadian sentinel dengan cara :
- 1) Gunakan informasi dengan benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi
  - 2) Buat solusi yang mencakup penjabaran ulang sistem (*re-design system*), penyesuaian SOP yang menjamin keselamatan pasien
  - 3) Sosialisasikan solusi kepada seluruh staf Instalasi Farmasi/Apotek (Depkes RI, 2008).

## 2.2 Ketepatan Pemberian Obat

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 tahun 2016, standar pelayanan kefarmasian di puskesmas oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian adalah melakukan pengelolaan sediaan farmasi, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan pelayanan farmasi klinik. Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan kepada pasien yang dilakukan secara langsung dengan penuh tanggung jawab guna meningkatkan outcome terapi serta meminimalisir timbulnya efek samping obat. Salah satu pelayanan farmasi klinik di puskesmas adalah evaluasi penggunaan obat yang dilakukan untuk menjamin pengobatan yang diperoleh pasien telah sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau (rasional) (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Penggunaan obat yang tidak rasional telah menjadi masalah utama di seluruh dunia. WHO memperkirakan lebih dari separuh obat diresepkan, dijual dan diberikan secara tidak tepat kepada pasien dan separuh dari seluruh pasien gagal meminum obat dengan benar (WHO, 2020). Ada berbagai dampak negatif yang terjadi akibat ketidakrasionalan penggunaan obat antara lain meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas penyakit, timbulnya efek samping obat, biaya yang mahal, bahkan resistensi bakteri terhadap antibiotik tertentu (Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, 2011).

Berdasarkan analisis kejadian beresiko dalam proses kefarmasian, kejadian obat yang merugikan, kesalahan pengobatan dan reaksi obat yang merugikan menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien. Hal ini memerlukan pendekatan ke sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara kesalahan merupakan hal yang manusiawi dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya resiko 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 (DepKes RI. 2008).

Penggunaan yang salah terhadap obat dapat menimbulkan kecacatan bahkan kematian pada manusia. Kesalahan dalam pemberian obat sering ditemukan meliputi kekeliruan dalam mengidentifikasi pasien, menetapkan jenis obat, order dosis yang salah, rute yang tidak tepat, waktu pemberian yang tidak tepat, obat yang menimbulkan alergi atau kombinasi yang bertentangan sehingga menimbulkan akibat berupa kematian (Syamsuni, 2006).

Depkes juga melaporkan insiden keselamatan pasien yang paling banyak terjadi di Indonesia adalah kesalahan pemberian obat. Kesalahan pemberian obat menduduki peringkat pertama (24,8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan (Depkes, 2008). Tipe kesalahan yang menyebabkan kematian pada pasien meliputi 40,9% salah dosis, 16% salah obat, dan 9,5% salah rute pemberian. Kejadian ini akan terus meningkat apabila tidak adanya kesadaran farmasi dalam melakukan pemberian obat sesuai dengan prinsip pemberian yang berlaku di puskesmas ( Saputera, *et all.*, 2018).

WHO menyebutkan bahwa penggunaan obat yang rasional mengharuskan pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan klinis, dalam dosis yang diperlukan tiap individu dalam kurun waktu tertentu dengan biaya yang paling rendah (WHO, 2012). Kriteria dalam penggunaan obat rasional yaitu tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat pasien dan waspada efek samping (DepKes RI, 2008).

Penggunaan obat dikatakan tidak rasional jika tidak tepat secara medik. Artinya, tidak sesuai dengan indikasi, diberikan dalam dosis yang tidak tepat, cara dan lama pemberian yang keliru hingga kurang tepatnya pemberian informasi sehubungan dengan pengobatan yang diberikan. Lembaga Kesehatan Dunia dan Kementerian Kesehatan menyatakan pemakaian obat

dikatakan rasional dan aman jika obat yang digunakan masyarakat tidak memberikan bahaya yang dapat mengakibatkan masalah atau ancaman pada kesehatannya. Kriteria obat yang memenuhi persyaratan indikator keamanan pengobatan tersebut adalah:

- a. Tepat pemilihan obat
- b. Tepat indikasi
- c. Tepat dosis obat
- d. Tepat biaya obat/harga obat terjangkau
- e. Tepat cara pemberian obat
- f. Tepat lama pemberian obat
- g. Tepat cara penyimpanan obat (Rusli, 2018).

Guna terwujudnya perbaikan pola penggunaan obat secara berkelanjutan berdasarkan bukti ilmiah, pemerintah melalui kementerian kesehatan melakukan upaya strategi melalui kegiatan peningkatan pelayanan kefarmasian dimana salah satu indikator pencapaiannya adalah peningkatan persentase penggunaan obat rasional di puskesmas, dengan peningkatan bertahap target pemerintah pada tahun 2015 - 2019 adalah 62%, 64%, 66%, 68% dan 70% (Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian, 2014).

Penggunaan obat di sarana pelayanan kesehatan umumnya belum rasional. Penggunaan obat yang tidak tepat ini dapat berupa penggunaan berlebihan, penggunaan yang kurang dari seharusnya, kesalahan dalam penggunaan resep atau tanpa resep, polifarmasi, dan swamedikasi yang tidak tepat (WHO, 2010). Secara praktis, menurut Kementrian RI, (2011) penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria :

- a. Tepat diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan dengan diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya

obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya (Pegy, 2016).

b. Tepat indikasi penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya di indikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya di anjurkan untuk pasien yang member gejala adanya infeksi bakteri (Pegy, 2016).

c. Tepat dosis

Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang di harapkan (Pegy, 2016).

d. Tepat cara pemberian

Obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan, sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi dan menurunkan efektivitasnya (Pegy, 2016).

e. Tepat waktu interval pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah di taati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam (Pegy, 2016).

f. Tepat lama pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing – masing. Untuk tuberkolosis dan kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan (Pegy, 2016).

g. Waspada terhadap efek samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropine bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah. Pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh (Pegy, 2016).

h. Tepat penilaian kondisi pasien

Respon individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida (Pegy, 2016).

i. Tepat informasi

Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi (Pegy, 2016).

j. Tepat tindak lanjut (*Follow-up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping (Pegy, 2016).

k. Tepat penyerahan obat (*Dispensing*)

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/asisten apoteker menyiapkan obat yang dituliskan peresep pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat, agar pasien mendapatkan obat sebagaimana harusnya. Dalam menyerahkan obat juga petugas juga harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien (Pegy, 2016).

l. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut :

- 1) Jenis dan/atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak
- 2) Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
- 3) Jenis sediaan obat terlalu beragam
- 4) Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
- 5) Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup mengenai cara minum/menggunakan obat (Pegy, 2016).
- 6) Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikatan (urin menjadi merah karena minum rifamfisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu (Pegy, 2016).

Penggunaan obat rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya, periode waktu yang adekuat, harga yang terjangkau. (WHO, 1985)

Kriteria penggunaan obat rasional yaitu:

- a. Tepat diagnosis  
obat yang diberikan sesuai dengan diagnosis. Apabila diagnosis tidak ditegakkan dengan benar maka pemilihan obat akan salah.
- b. Tepat indikasi penyakit  
obat yang diberikan harus yang tepat bagi suatu penyakit
- c. Tepat pemilihan obat  
obat yang dipilih harus memiliki efek terapi yang sesuai dengan penyakit
- d. Tepat dosis  
dosis, jumlah, cara, waktu dan lama pemberian obat harus tepat. Apabila salah satu dari empat tersebut tidak terpenuhi menyebabkan efek terapi tidak tercapai.
  - 1) Tepat jumlah  
Jumlah obat yang diberikan harus dalam jumlah yang cukup
  - 2) Tepat cara pemberian  
Cara pemberian obat yang tepat adalah obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh

dicampur dengan susu karena akan membentuk ikatan sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi sehingga menurunkan efektifitasnya.

3) Tepat waktu interval pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat perhari (misalnya 4 x sehari) semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat harus diminum 3 x sehari diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

4) Tepat lama pemberian

Lama pemberian obat harus tepat penyakitnya masing-masing. Untuk tuberkulosis lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan, sedangkan untuk kusta paling singkat 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari.

e. Tepat penilaian kondisi pasien

penggunaan obat disesuaikan dengan kondisi pasien, antara lain harus memperhatikan kontraindikasi obat, komplikasi, kehamilan, menyusui, lanjut usia atau bayi.

f. Waspada terhadap efek samping

obat dapat menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, seperti timbul mual, muntah, gatal-gatal, dan lain sebagainya.

g. Efektif, aman, mutu terjamin, tersedia setiap saat, dan harga terjangkau  
untuk kriteria ini obat dibeli melalui jalur resmi

h. Tepat tindak lanjut (*flow up*)

apabila pengobatan sendiri telah dilakukan, bila sakit berlanjut konsultasikan ke dokter

i. Tepat penyerahan obat (*dispensing*)

penggunaan obat rasional melibatkan penyerahan obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Resep yang dibawa ke apotek atau tempat penyerahan

obat di puskesmas akan dipersiapkan obatnya dan diserahkan kepada pasien dengan informasi yang tepat.

- j. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang diberikan ketidakpatuhan minum obat terjadi pada keadaan berikut:
- 1) Jenis sediaan obat beragam
  - 2) Jumlah obat terlalu banyak
  - 3) Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
  - 4) Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
  - 5) Pasien tidak mendapatkan informasi yang cukup mengenai cara menggunakan obat
  - 6) Timbulnya efek samping (Depkes, 2008).

Beberapa sumber lainnya yang juga menyatakan ada beberapa yang perlu diperhatikan sebelum memberikan obat yaitu:

a. Benar pasien

Obat yang akan diberikan hendaknya benar pada pasien yang diprogramkan dengan cara mencocokkan program pengobatan pada pasien, nama, nomor register, alamat untuk mengidentifikasi kebenaran obat. Hal ini penting untuk membedakan dua klien dengan nama yang sama, karena klien berhak untuk menolak penggunaan suatu obat, dan klien berhak untuk mengetahui alasan penggunaan suatu obat (Nuryati, 2017).

b. Benar obat

Obat memiliki nama dagang dan nama generik dan pasien harus mendapatkan informasi tersebut atau menghubungi apoteker untuk menanyakan nama generik dari nama dagang obat yang asing. Jika pasien meragukan obatnya, maka petugas rumah sakit harus memeriksanya lagi dan harus mengingat nama dan obat kerja dari obat yang diberikan. Sebelum mempersiapkan obat ke tempatnya, petugas harus memperhatikan kebenaran obat sebanyak 3 kali yaitu saat mengembalikan

obat ke tempat penyimpanan, saat obat diprogramkan, dan ketika memindahkan obat dari tempat penyimpanan obat. Jika labelnya tidak terbaca, isinya tidak boleh dipakai dan harus dikembalikan ke bagian farmasi (Nuryati, 2017).

c. Benar dosis

Untuk menghindari kesalahan pemberian obat dan agar perhitungan obat benar untuk diberikan kepada pasien maka penentuan dosis harus diperhatikan dengan menggunakan alat standar seperti alat untuk membelah tablet, spuit atau sendok khusus, gelas ukur, obat cair harus dilengkapi alat tetes (Nuryati, 2017).

d. Benar cara pemberian

Obat dapat diberikan melalui sejumlah rute yang berbeda dan rute obat yang diberikan diantaranya inhalasi, rektal, topikal, parenteral, sublingual, peroral. Faktor yang menentukan pemberian rute terbaik ditentukan oleh tempat kerja obat yang diinginkan, sifat fisik dan kimiawi obat, kecepatan respon yang diinginkan, dan keadaan umum pasien (Nuryati, 2017).

e. Benar waktu

Untuk dapat menimbulkan efek terapi dari obat dan berhubungan dengan kerja obat itu sendiri, maka pemberian obat harus benar-benar sesuai dengan waktu yang diprogramkan (Nuryati, 2017).

f. Benar dokumentasi

Pemberian obat harus sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit. Petugas harus selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respon klien terhadap pengobatan. Petugas harus mendokumentasikan kepada siapa obat diberikan, waktunya, rute, dan dosis setelah obat itu diberikan (Nuryati, 2017).

Adapun beberapa komponen tahapan kegiatan farmasi klinik sesuai petunjuk teknis standar pelayanan di puskesmas yaitu :

- a. Sebelum obat diserahkan kepada pasien harus dilakukan pemeriksaan kembali mengenai penulisan nama pasien pada etiket, cara penggunaan serta jenis dan jumlah obat (kesesuaian antara penulisan etiket dengan resep)
- b. Memanggil nama dan nomor tunggu pasien dan memeriksa ulang identitas dan alamat pasien
- c. Memastikan 5 (lima) tepat yakni, tepat obat, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat waktu pemberian
- d. Menyerahkan dan memberikan informasi obat (nama, sediaan, dosis, cara pakai, indikasi, kontraindikasi, interaksi, efek samping, cara penyimpanan, stabilitas, dan informasi lain yang dibutuhkan) kepada pasien (Kemenkes RI, 2019).

Pemberian informasi obat yang ada pada kegiatan farmasi klinik yaitu:

- a. Nama obat adalah Informasi mengenai identitas atau nama dari suatu obat.
- b. Sediaan obat adalah Informasi tentang jenis obat dalam bentuk sediaan obat dalam bentuk kapsul dan tablet.
- c. Dosis adalah Informasi tentang jumlah atau ukuran yang diharapkan dapat menghasilkan efek terapi pada fungsi tubuh yang mengalami gangguan
- d. Cara memakai obat adalah informasi tentang cara menggunakan obat, frekuensi, dan cara penggunaan obat yang benar terutama untuk sediaan farmasi tertentu seperti sublingual, suppositoria, dan frekuensi pemberian obat sesuai dengan farmakokinetik, seperti 3 kali sehari, serta penggunaan obat berdasarkan resorpsi seperti sebelum/sesudah makan
- e. Penyimpanan obat adalah Informasi tentang aturan yang digunakan untuk penyimpanan obat, contoh simpan di tempat sejuk.

- f. Indikasi obat adalah Informasi tentang khasiat/kegunaan dari suatu obat.
- g. Interaksi obat adalah informasi tentang dimana kerja obat dipengaruhi oleh obat lain yang diberikan bersamaan
- h. Efek samping obat adalah informasi tentang peringatan mengenai dampak atau efek yang akan timbul setelah mengkonsumsi obat (Permenkes, 2016).

## **2.2 Puskesmas**

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis pasien. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Prinsip ini memberlakukan pelayanan kesehatan difokuskan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dimana salah satunya adalah Puskesmas (Permenkes, 2019).

Berdasarkan Permenkes Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat yang dimaksud dengan fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Salah satu fungsi pokok Puskesmas adalah sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan, yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan yang diselenggarakan

terdiri dari empat pilar yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Permenkes, 2019).

Salah satu upaya penguatan fasilitas kesehatan primer ini, menuntut tenaga kesehatan termasuk apoteker dan penanggungjawab farmasi di puskesmas untuk memiliki kemampuan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar. Hal ini diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, dimana pelaksanaan pelayanan kesehatan harus dilaksanakan sesuai standar dan mendapat pengakuan dari penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 74 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, pelayanan kefarmasian terbagi dalam dua kegiatan yaitu pengelolaan sediaan farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta pelayanan farmasi klinik. Pengelolaan sediaan farmasi dan BMHP serta pelayanan farmasi klinik di puskesmas merupakan satu rangkaian kegiatan yang saling terkait satu dengan yang lain. Kegiatan tersebut harus didukung oleh sumber daya manusia serta sarana dan prasarana sesuai standar. Apoteker sebagai penanggung jawab pelayanan kefarmasian di puskesmas diharapkan dapat melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien (Permenkes, 2019).

Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas berperan penting dalam penjaminan mutu, manfaat, keamanan serta khasiat sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai. Selain itu pelayanan kefarmasian bertujuan untuk melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (patient safety) (Permenkes, 2019).

Peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di Puskesmas diselenggarakan dengan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (Permenkes, 2016).

Puskesmas sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal, baik secara sosial maupun ekonomi. (Depkes RI, 2009).