



REVISED FIP BASEL STATEMENTS ON THE FUTURE OF HOSPITAL PHARMACY Approved
September 2014, Bangkok, Thailand, as revisions of the initial 2008 version

(Indonesian version)

Pernyataan Menyeluruh

1. Tujuan menyeluruh apoteker rumah sakit adalah untuk mengoptimalkan hasil terapi pasien melalui penggunaan obat dan alat kesehatan yang bertanggung jawab secara kolaboratif dan inter-profesional
2. Di tingkat global, standar praktik farmasi rumah sakit berbasis bukti harus dibuat. Hal ini harus membantu upaya nasional dalam mendefinisikan standar tentang luas dan cakupan pelayanan farmasi rumah sakit dan harus memasukkan persyaratan sumber daya manusia dan pelatihannya.
3. Apoteker rumah sakit harus mengikutsertakan otoritas kesehatan dan manajemen rumah sakit untuk memastikan tersedia sumber daya dan desain yang sesuai untuk proses penggunaan obat di rumah sakit.
4. Otoritas kesehatan harus memastikan bahwa pelayanan farmasi di rumah sakit disupervisi oleh apoteker yang telah menyelesaikan pelatihan tingkat lanjut di bidang farmasi rumah sakit.
5. Kepala Instalasi Farmasi harus profesional yang akuntabel dalam mengkoordinasikan penggunaan obat yang bertanggung jawab di rumah sakit.
6. Apoteker rumah sakit harus berperan sebagai sumber informasi mengenai semua aspek penggunaan obat dan dapat dihubungi oleh pasien dan tenaga kesehatan.
7. Semua resep harus dikaji, diinterpretasikan dan divalidasi oleh apoteker rumah sakit sebelum obat disiapkan dan diberikan.
8. Apoteker rumah sakit harus memantau pasien dalam menggunakan obat untuk menjamin keselamatan pasien, penggunaan obat yang tepat, dan hasil terapi yang optimal bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan. Jika keterbatasan sumber daya manusia tidak

memungkinkan apoteker untuk memantau semua pasien dalam menggunakan obat, maka dapat ditetapkan kriteria pemilihan pasien.

9. Apoteker rumah sakit harus diberi akses dan melakukan pencatatan di dalam rekam medis.

10. Apoteker rumah sakit harus memastikan bahwa pasien atau care giver-nya diedukasi dan diberikan informasi tertulis tentang penggunaan obat yang tepat.

11. Apoteker rumah sakit harus memberikan orientasi, informasi obat dan edukasi kepada perawat, dokter dan staf rumah sakit lainnya tentang praktik terbaik (best practice) untuk penggunaan obat (best practice adalah suatu metode/teknik yang secara konsisten menunjukkan hasil yang superior dibandingkan metode lain, dan dijadikan sebagai tolok ukur/benchmark).

12. Kurikulum strata 1 farmasi harus memasukkan konten terkait rumah sakit, dan program pasca sarjana serta spesialisasi di bidang farmasi rumah sakit harus dikembangkan.

13. Apoteker rumah sakit harus secara aktif ikut serta dalam penelitian mengenai metode dan sistem baru untuk memperbaiki penggunaan obat dan kebutuhan sumber daya manusia di bidang farmasi rumah sakit.

14. Apoteker rumah sakit harus mengambil tanggung jawab dalam pengelolaan dan pembuangan limbah terkait proses penggunaan obat dan menyarankan mengenai pembuangan limbah dari pasien yang menerima obat.

15. Apoteker rumah sakit harus mengambil tanggung jawab untuk semua aspek dalam hal seleksi, implementasi dan pemeliharaan teknologi yang mendukung proses penggunaan obat, termasuk peralatan distribusi obat, peralatan pemberian obat dan perlengkapan lain.

16. Apoteker rumah sakit harus memastikan penyimpanan yang benar untuk menjaga integritas obat sepanjang rantai pasokan untuk menjamin mutu, keselamatan dan keamanan.

17. Apoteker rumah sakit harus memastikan asesmen, pengembangan, implementasi dan pemeliharaan yang tepat terhadap clinical decision support systems dan sistem informasi yang memandu pembuatan keputusan terapeutik dan memperbaiki proses penggunaan obat.

18. Setiap farmasi harus memiliki rencana darurat (contingency plans) dalam keadaan kekosongan dan kegawatdaruratan obat.

19. "Tujuh benar" (benar pasien, obat, dosis, rute, informasi, dokumentasi dan waktu) harus dilaksanakan di semua aktivitas terkait obat di rumah sakit.

Tema 1: Pengadaan

20. Apoteker rumah sakit harus dilibatkan dalam proses yang kompleks dari pengadaan obat dan produk kesehatan, mendorong keadilan dan kemudahan akses. Apoteker rumah sakit harus memastikan terlaksananya proses pengadaan yang transparan, selaras dengan best

practice dan peraturan perundang-undangan nasional, bebas dari benturan kepentingan, dan berdasarkan prinsip-prinsip keselamatan, mutu dan khasiat.

21. Pelaksanaan pengadaan harus didukung oleh prinsip-prinsip penjaminan mutu yang kuat, yang ditinjau secara berkala dan disesuaikan agar cocok dengan berbagai setting dan kebutuhan yang timbul dengan cara yang paling tepat dan cost-effective.

22. Pengadaan tidak boleh dilaksanakan secara terpisah sendiri, melainkan harus dipandu oleh proses seleksi formularium, termasuk pengadaan konsentrasi standar untuk obat berisiko tinggi, termasuk elektrolit.

23. Pengadaan harus didukung oleh sistem informasi yang dapat dipercaya yang memberikan informasi yang mudah diakses, tepat waktu dan akurat.

Tema 2 - Pengaruh terhadap Peresepan

24. Rumah sakit harus menggunakan sistem formularium obat (lokal, regional dan/atau nasional) yang sesuai dengan panduan praktik klinik, protokol, dan clinical pathway berdasarkan bukti terbaik yang ada.

25. Apoteker rumah sakit harus menjadi anggota kunci dari komite farmasi dan terapi untuk mengawasi semua kebijakan dan prosedur manajemen obat, termasuk hal-hal terkait penggunaan off-label dan obat penelitian.

26. Apoteker rumah sakit harus berperan penting dalam mengedukasi dokter di semua level tentang cara akses dan bukti-bukti untuk menggunakan obat secara bertanggung jawab, termasuk parameter pemantauan yang diperlukan dan penyesuaian peresepan selanjutnya.

27. Apoteker rumah sakit harus merupakan bagian integral dari tim multidisipliner yang bertanggung jawab terhadap pembuatan keputusan terapeutik di semua area perawatan pasien.

28. Apoteker rumah sakit harus mendorong pelayanan yang berkesinambungan (seamless care) dengan cara berkontribusi dalam transfer informasi tentang obat bilamana pasien berpindah antara setting pelayanan kesehatan maupun di dalam rumah sakit.

29. Apoteker rumah sakit yang dilatih khusus dan dikredensial harus berperan serta dalam peresepan kolaboratif.

Tema 3 - Penyiapan dan Penyerahan

30. Apoteker rumah sakit harus bertanggung jawab dalam hal penyimpanan, pembuatan, penyiapan dan distribusi semua obat, termasuk obat penelitian.

31. Apoteker rumah sakit harus bertanggung jawab dalam hal pelabelan yang benar dan pengendalian obat yang disimpan di seluruh rumah sakit.

32. Apoteker rumah sakit harus dilibatkan dalam menetapkan obat apa saja yang akan dimasukkan sebagai stok di ruang rawat dan menstandarkan penyimpanan dan penanganan obat di ruang rawat.

33. Apoteker rumah sakit harus memastikan bahwa obat yang dibuat selalu mematuhi standar mutu, termasuk bertanggungjawab untuk memastikan bahwa pembuatan obat yang tidak ada di pasaran dengan formula yang sesuai dilakukan dengan mutu yang dapat diterima standar praktik, dan memastikan bahwa pelayanan pencampuran obat suntik mematuhi standar praktik.

34. Penyiapan obat berbahaya termasuk sitotoksik harus di bawah tanggung jawab apoteker rumah sakit dan disiapkan dalam kondisi lingkungan yang meminimalkan risiko kontaminasi produk dan lingkungan, dan juga meminimalkan paparan petugas terhadap bahaya dengan menerapkan standar praktik.

35. Apoteker rumah sakit harus menerapkan sistem atau teknologi yang berbasis bukti (contoh: automated prescription-filling, unit dose distribution, machine-readable coding systems, dll) untuk mengurangi risiko kesalahan obat.

36. Apoteker rumah sakit harus mendukung pembuatan kebijakan mengenai obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit, termasuk evaluasi ketepatan penggunaan obat alternatif dan komplementer.

37. Apoteker rumah sakit harus menerapkan sistem untuk menelusuri obat yang disiapkan oleh farmasi, contoh: untuk memudahkan proses penarikan kembali (recall)

38. Produk elektrolit konsentrat (seperti kalium klorida dan natrium klorida) dan obat risiko tinggi lain yang ditetapkan rumah sakit harus disiapkan dalam larutan yang sudah diencerkan dan siap digunakan, disimpan dalam area terpisah dan aman dengan label yang jelas.

39. Apoteker rumah sakit harus mengembangkan prosedur yang mudah berdasarkan regulasi untuk meningkatkan keselamatan pasien, sebagai contoh, bila jumlah sediaan yang diperlukan banyak untuk satu dosis (lebih dari 2 tablet, vial, dll), maka resep harus diverifikasi sebelum disiapkan.

Tema 4 – Pemberian

40. Apoteker rumah sakit harus memastikan sumber informasi yang dibutuhkan untuk pembuatan dan pemberian obat yang aman dapat diakses di tempat pelayanan.

41. Apoteker rumah sakit harus memastikan bahwa alergi yang relevan secara klinis, interaksi obat, kontraindikasi, kejadian tidak diharapkan pada masa lalu, dan rincian riwayat penggunaan obat yang relevan lainnya dicatat secara akurat di lokasi tertentu (standar) dalam rekam medis dan dievaluasi sebelum penggunaan obat.

42. Apoteker rumah sakit harus memastikan bahwa obat dikemas dan diberi label untuk memastikan identifikasi dan untuk memelihara integritasnya sampai sesaat sebelum diberikan kepada pasien.

43. Label obat harus jelas dan mengandung informasi yang cukup untuk memastikan pemberian yang aman, termasuk minimal 2 (dua) identitas pasien, nama obat, rute, dosis dalam massa, dan jika diperlukan volume dan kecepatan pemberian.

44. Apoteker rumah sakit harus memastikan tenaga kesehatan yang memberikan obat telah dilatih dalam penggunaannya, bahayanya, dan perhatian khusus yang diperlukan.
45. Dosis kemoterapi dan obat berisiko tinggi lainnya yang ditetapkan rumah sakit harus dicek secara independen terhadap resep aslinya oleh minimal 2 tenaga kesehatan, satu di antaranya seorang apoteker, sebelum pemberian.
46. Apoteker rumah sakit harus menyusun dan menerapkan kebijakan dan praktik yang mencegah kesalahan rute pemberian obat. Contoh: pelabelan selang intravena dekat lokasi penyisipan untuk mencegah kesalahan sambung; penggunaan kateter makanan enteral yang tidak dapat disambungkan dengan selang intravena atau parenteral lainnya; pengemasan alkaloid vinka untuk mencegah pemberian intratekal yang tidak disengaja; penggunaan oral syringes yang jelas berbeda dari syringe suntikan untuk mencegah penyuntikan obat oral atau enteral.
47. Apoteker rumah sakit harus memastikan pengembangan strategi penjaminan mutu dalam pemberian obat untuk mendeteksi kesalahan dan mengidentifikasi prioritas untuk perbaikan.
48. Proses pemberian obat harus dirancang sedemikian rupa sehingga tahap penyalinan antara resep asli dan catatan pemberian obat dapat dihilangkan.

Tema 5 - Pemantauan Penggunaan Obat

49. Sistem pelaporan yang mudah diakses untuk produk obat cacat (defective) harus ditetapkan dan dipelihara. Laporan produk obat cacat atau substandar harus dikaji secara internal dan dikirim tepat waktu ke pusat farmakovigilans regional atau nasional atau program pelaporan dari regulator, dan ke pabrik obat.
50. Sistem pelaporan yang mudah diakses untuk reaksi obat yang tidak diharapkan harus ditetapkan dan dipelihara. Laporan harus dikaji secara internal dan dikirim tepat waktu ke pusat farmakovigilans regional atau nasional atau program pelaporan dari regulator. Data tersebut harus dikaji secara berkala untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktik penggunaan obat.
51. Sistem yang mudah diakses dan tidak menghukum (non-punitive) untuk kesalahan obat (medication error), termasuk kejadian nyaris cedera, harus ditetapkan dan dipelihara. Laporan kesalahan obat harus dikaji secara internal dan dikirim ke program pelaporan kesalahan obat regional atau nasional atau program dari regulator. Data tersebut harus dikaji secara berkala untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktik penggunaan obat.
52. Praktik penggunaan obat harus dapat dinilai secara mandiri dan dibandingkan dengan tolok ukur (benchmark) dan praktik terbaik (best practices) untuk meningkatkan keselamatan, efektivitas klinis, dan efektivitas-biaya.
53. Proses penggunaan obat harus dikaji melalui akreditasi eksternal atau program peningkatan mutu. Rumah sakit harus menindaklanjuti laporan-laporan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan.

54. Aktivitas apoteker yang terkait klinis harus didokumentasikan, dikumpulkan dan dianalisis untuk meningkatkan mutu dan keselamatan penggunaan obat dan outcome pasien. Akitivitas yang berdampak secara bermakna terhadap perawatan pasien harus didokumentasikan dalam rekam medis.

55. Proses sistematis (contoh: trigger tools) harus digunakan untuk menyajikan data kuantitatif tentang kejadian tidak diharapkan akibat penggunaan obat dan penggunaan obat yang optimal. Data tersebut harus dikaji secara berkala untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktik pengobatan.

Tema 6 - Sumber Daya Manusia, Pelatihan dan Pengembangan

56. Di tingkat nasional, kerangka kerja kompetensi didefinisikan, ditetapkan dan dinilai secara berkala.

57. Di tingkat nasional, apoteker rumah sakit harus mengikutsertakan otoritas kesehatan untuk mempertemukan para pemangku kepentingan mengembangkan secara kolaboratif sumber daya manusia di bidang farmasi rumah sakit yang berbasis bukti, untuk mendukung penggunaan obat yang bertanggung jawab termasuk di daerah pedesaan dan daerah terpencil.

58. Apoteker rumah sakit harus bekerja sama dengan pemangku kepentingan untuk memastikan bahwa pendidikan, pelatihan, kompetensi, ukuran dan kapasitas tenaga kerja sesuai dengan ruang lingkup pelayanan, cakupan dan tanggung jawab dari semua jenjang tenaga kerja yang memberikan pelayanan farmasi.

59. Perencanaan tenaga kerja farmasi rumah sakit harus menggambarkan strategi untuk pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia, rekrutmen dan retensi, pengembangan kompetensi, remunerasi, dan jenjang karir, kebijakan yang peka terhadap keragaman, penugasan dan distribusi yang adil, manajemen, serta peran dan tanggung jawab para pemangku kepentingan untuk implementasinya.

60. Rumah sakit harus memelihara sistem informasi sumber daya manusia yang berisi data dasar untuk perencanaan, pelatihan, penilaian, dan dukungan tenaga kerja. Data harus disusun di tingkat nasional untuk memperbaiki perencanaan tenaga kerja.

61. Program pelatihan untuk tenaga teknis kefarmasian harus diformalkan secara nasional, diharmonisasikan, dan dikredensial dalam ruang lingkup praktik yang sudah ditetapkan.

62. Kebijakan sumber daya manusia di rumah sakit harus berlandaskan prinsip-prinsip etik, keadilan dan hak asasi manusia, dan mematuhi regulasi tenaga kerja, pedoman, dan standar praktik farmasi.

63. Rumah sakit harus menggunakan kerangka kerja kompetensi yang dapat diterima secara nasional untuk menilai kebutuhan pelatihan sumber daya manusia dan kinerjanya.

64. Untuk mendorong pendidikan interprofesional dan pelayanan berbasis tim, peran apoteker rumah sakit, termasuk persepan kolaboratif, harus dimasukkan dalam kurikulum

pendidikan tenaga kesehatan lain, dan peran tenaga kesehatan lain harus dimasukkan dalam kurikulum pendidikan farmasi.

65. Pendidikan pasca sarjana di bidang klinis harus dikembangkan untuk menyiapkan apoteker rumah sakit dalam persepan kolaboratif, termasuk instruksi dalam akuntabilitas hukum dan profesional.

Translated by
Yulia Trisna
Cipto Mangunkusumo Hospital
Jakarta-Indonesia

Chair, Division of Education and Research
The Indonesian Hospital Pharmacists Association