

## FIP HOSPITAL PHARMACY SECTION

### FIP Basel Statements on the Future of Hospital Pharmacy, revised 2024

*Basel Statement Update Committee: Michael Stepanovic, PharmD, MS; Racha Dabliz, PhD, MPS-AACPA; Robert J. Moss, PharmD, FFIP; Rebekah Moles, BPharm, PhD, FPS, FSHP, SFHEA, FFIP; Regis Vaillancourt, OOM, CD, BPharm, PharmD, FSCSHP, FFIP; Jonathan Penm, BPharm, PhD, MPS, FSHP, HFEA, FFIP; Stephen F. Eckel, PharmD, MHA, FAPhA, FASHP, FCCP, FFIP*

Disusun dan disetujui sebagai bagian dari Sesi Workshop Basel Statements, Hospital Pharmacy Section pada FIP World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences ke-81 di Brisbane, Australia, September 2023. Revisi ini, yang dirilis pada tahun 2024, memperbarui versi yang disetujui pada tahun 2014 (Bangkok, Thailand) serta rilis awal pada tahun 2008 (Basel, Swiss).

Terjemahan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia ini, yang disusun oleh Yulia Trisna dan Louisa Endang Budiarti (Indonesia), merupakan dokumen tidak resmi. Versi resmi dari revisi FIP Basel Statements on the Future of Hospital Pharmacy adalah versi bahasa Inggris.

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

International  
Pharmaceutical  
Federation

### **Pernyataan Umum dan Tata Kelola**

1. Tujuan utama apoteker rumah sakit adalah memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien (*patient-centred care*) yang mengoptimalkan luaran pasien melalui penggunaan obat dan alat kesehatan secara kolaboratif, interprofesional, dan bertanggung jawab.
  - a. Penggunaan obat secara bertanggung jawab berarti:
    - i. Obat hanya digunakan ketika memang diperlukan, mempertimbangkan preferensi pasien, memanfaatkan sumber daya pelayanan kesehatan yang terbatas secara optimal, serta pemilihan obat didasarkan pada bukti ilmiah dan/atau klinis yang menunjukkan bahwa obat tersebut paling efektif dan paling kecil kemungkinannya menimbulkan bahaya.



- ii. Tersedia akses yang tepat waktu dan adil terhadap obat yang bermutu, serta ketersediaan obat tersebut terjamin melalui proses pengadaan, penyimpanan, penyiapan, distribusi, pemberian, dan pemantauan yang tepat untuk menjamin mutu, efektivitas, dan keamanannya.
  - iii. Digunakan pendekatan kolaboratif multidisiplin yang melibatkan pasien, pemberi perawatan (*caregivers*), pengambil keputusan pengganti (*substitute decision makers*), serta tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien.
2. Pada tingkat nasional, standar praktik farmasi rumah sakit yang berbasis bukti hendaknya dikembangkan untuk mendefinisikan ruang lingkup layanan farmasi rumah sakit, menyatakan secara jelas praktik terbaik farmasi rumah sakit, serta menetapkan tolok ukur minimum bagi pengembangan berkelanjutan praktik farmasi rumah sakit. Standar-standar ini hendaknya merujuk pada standar farmasi rumah sakit global, menyediakan bukti pendukung apabila tersedia, serta mencakup kebutuhan sumber daya manusia, tenaga kerja, dan persyaratan pelatihan yang diperlukan untuk menjalankan praktik di lingkungan rumah sakit.
3. Apoteker rumah sakit hendaknya berkolaborasi dengan Kementerian Kesehatan dan pimpinan rumah sakit untuk memastikan tersedianya sumber daya yang memadai serta perancangan yang tepat dari proses penggunaan obat di rumah sakit, yaitu pengadaan, penyimpanan, peresepan, penyalinan, pendokumentasian, peracikan/penyiapan sediaan obat (*preparing*), penyiapan (*dispensing*), pemberian, dan pemantauan), termasuk rencana untuk evaluasi berkelanjutan terhadap proses tersebut.
4. Setiap rumah sakit hendaknya memiliki instalasi farmasi yang dikelola dan disupervisi oleh apoteker serta didukung oleh tenaga pendukung kefarmasian (tenaga vokasi farmasi, tenaga penunjang, petugas pengadaan, dan lain-lain) yang telah menyelesaikan pendidikan lanjutan dan/atau pelatihan dalam praktik farmasi rumah sakit.
5. Kepala instalasi farmasi hendaknya merupakan profesional yang bertanggung jawab, yang mengawasi koordinasi penggunaan obat di dalam rumah sakit. Peran ini mencakup pengembangan,



implementasi, evaluasi, serta pembaruan berkelanjutan terhadap rencana dan kegiatan yang mendukung misi, visi, tujuan, dan ruang lingkup layanan instalasi farmasi. Upaya-upaya tersebut harus berpusat pada pasien dan selaras dengan misi, visi, serta tujuan rumah sakit secara keseluruhan. Kepala instalasi farmasi harus seorang apoteker yang memiliki izin praktik, menjaga independensi tanpa konflik kepentingan, serta memiliki pendidikan atau pelatihan lanjutan dalam bidang manajemen, kepemimpinan, operasional kefarmasian, dan manajemen keuangan.

6. Apoteker rumah sakit hendaknya dapat diakses oleh pasien, keluarga, dan pelaku rawat sebagai narahubung pakar untuk semua aspek penggunaan obat. Untuk mencapai tujuan ini, instalasi farmasi harus memastikan tersedianya sumber informasi yang mutakhir, penanganan informasi, serta teknologi untuk memfasilitasi penyediaan informasi obat.
7. Resep harus sah secara hukum, ditelaah, diinterpretasikan, dan divalidasi secara prospektif oleh apoteker rumah sakit sebelum obat disiapkan dan diberikan kepada pasien. Obat hendaknya diresepkan melalui prosedur yang terstandar, dinilai dengan mempertimbangkan pasien dan informasi klinis yang tercatat dalam rekam medis, serta jika memungkinkan, diresepkan melalui peresepan elektronik/*computerised provider order entry* (CPOE).
8. Apoteker rumah sakit hendaknya memantau semua pasien yang menggunakan obat untuk memastikan keamanan, penggunaan obat yang tepat, serta tercapainya luaran klinis pasien yang optimal. Proses ini dimulai dengan rekonsiliasi obat. Kriteria pemilihan pasien hendaknya ditetapkan untuk membantu apoteker memprioritaskan pasien berisiko tinggi atau pasien yang menggunakan obat berisiko tinggi, sehingga pelayanan dapat diberikan secara tepat waktu.
9. Rumah sakit hendaknya memiliki kebijakan dan prosedur yang mengatur akses apoteker terhadap rekam medis pasien secara lengkap serta pendokumentasiannya, sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prosedur setempat. Pendokumentasian hendaknya distandarkan dalam suatu institusi, baik dari segi format maupun alasan atau dasar pencatatan, serta hendaknya mencerminkan semua rekomendasi yang diberikan oleh apoteker, tindakan yang diambil sebagai respons terhadap



rekomendasi tersebut, dan jika memungkinkan, luaran yang dihasilkan.

10. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa pasien dan/atau pemberi perawatan (*caregiver*) mendapatkan edukasi serta, jika diperlukan, informasi tertulis mengenai penggunaan obat yang tepat. Sumber informasi tersebut hendaknya ditinjau oleh apoteker untuk memastikan akurasi, relevansi, kesesuaian, kelengkapan, serta kemutakhiran informasinya, dengan mempertimbangkan literasi kesehatan, latar belakang budaya, bahasa, serta keterbatasan sensorik. Apoteker hendaknya memastikan bahwa edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien atau pemberi perawatan.
11. Apoteker rumah sakit hendaknya memberikan orientasi, informasi obat dan edukasi kepada perawat, dokter, serta staf rumah sakit lainnya mengenai praktik terbaik dalam penggunaan obat, dan hendaknya dapat diakses oleh tenaga Kesehatan selama 24 jam, sebagai nara hubung pakar untuk semua aspek penggunaan obat.
12. Kurikulum pendidikan farmasi hendaknya mencakup materi yang relevan dengan praktik di rumah sakit. Selain itu, program pelatihan pascasarjana dan spesialisasi dalam farmasi rumah sakit hendaknya diselenggarakan (misalnya program residensi, *fellowship*, dan lain-lain). Program-program tersebut hendaknya distandarkan dan diakreditasi secara nasional, serta disesuaikan dengan bidang subspecialisasi praktik kefarmasian.
13. Apoteker rumah sakit hendaknya secara aktif terlibat dalam kegiatan penelitian serta, apabila memungkinkan, menyebarkan hasil penelitian tersebut melalui jurnal ilmiah berevisi sejawat (*peer-reviewed journals*)
14. Apoteker rumah sakit hendaknya bertanggung jawab atas pengelolaan dan pembuangan limbah yang aman yang berkaitan dengan proses penggunaan obat, termasuk obat berbahaya, melalui pengembangan kebijakan dan prosedur tertulis mengenai penanganan serta pendokumentasian limbah obat, obat yang ditarik dari peredaran (*recall*), obat kedaluwarsa, dan obat yang tidak terpakai, sesuai dengan peraturan setempat dan praktik berbasis bukti. Apoteker rumah sakit hendaknya memberikan



rekomendasi mengenai pembuangan dan tindakan pencegahan dalam penanganan limbah manusia dari pasien yang menerima obat, serta mempertimbangkan keberlanjutan lingkungan (*environmental sustainability*) dari obat yang dibuang.

15. Apoteker rumah sakit hendaknya bertanggung jawab atas semua aspek pemilihan, implementasi, pemeliharaan, dan pemantauan teknologi yang mendukung proses penggunaan obat, termasuk teknologi distribusi obat, teknologi pemberian obat, sistem analitik, serta peralatan, perangkat keras, atau perangkat lunak lain yang digunakan dalam proses penggunaan obat.
16. Apoteker rumah sakit harus terlibat dalam keamanan rantai pasok dan memastikan penyimpanan, inspeksi, serta pemantauan yang tepat pada setiap bagian rantai pasok farmasi untuk menjaga integritas obat sehingga mutu, keamanan, dan keselamatannya terjamin. Hal ini mencakup obat yang dibeli oleh instalasi farmasi, serta obat lain yang diberikan kepada pasien di rumah sakit (misalnya obat milik pasien sendiri, obat nonformularium, obat penelitian, dan lain-lain).
17. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan penilaian, pengembangan, implementasi, pemeliharaan, dan validasi yang tepat terhadap alat dan sistem pendukung keputusan klinis, rekam medis elektronik, sistem kecerdasan buatan/pembelajaran mesin (*artificial intelligence/machine learning*), serta informatika kesehatan yang memandu pengambilan keputusan terapi, memperbaiki proses penggunaan obat dan luaran kesehatan (*health outcome*). Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa hal ini dilakukan melalui kolaborasi interdisiplin.
18. Setiap instalasi farmasi hendaknya memiliki sistem manajemen persediaan obat yang dirancang untuk mendeteksi tingkat persediaan di bawah batas minimum, menelusuri nomor bets dan tanggal kedaluwarsa, mendeteksi pengalihan obat yang tidak sah (*diversion*), serta memberikan peringatan kepada instalasi farmasi mengenai potensi kelangkaan obat. Setiap instalasi farmasi hendaknya memiliki rencana kontinjensi dan kesiapsiagaan darurat untuk menghadapi kelangkaan obat, yang menjelaskan peran staf farmasi dalam merespon situasi tersebut.



19. “Tujuh benar” (yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute pemberian, benar indikasi, benar dokumentasi, dan benar waktu) hendaknya dipenuhi dalam semua kegiatan yang berkaitan dengan obat di rumah sakit. Selain itu, semua kegiatan yang berkaitan dengan obat hendaknya mencakup komunikasi yang tepat dengan pasien dan keluarga untuk mendukung pengambilan keputusan bersama (*shared decision making*).

### **Tema 1 — Pengadaan**

20. Apoteker rumah sakit hendaknya terlibat dalam proses kompleks pengadaan obat, produk kesehatan, dan teknologi yang berkaitan dengan obat, dengan mendorong nilai manfaat yang mencakup efektivitas biaya, akuntabilitas, integritas, skalabilitas, kesetaraan, akses, serta keberlanjutan lingkungan. Apoteker hendaknya memastikan bahwa proses pengadaan yang transparan telah diterapkan, selaras dengan praktik terbaik dan peraturan perundang-undangan nasional, bebas dari konflik kepentingan, serta didasarkan pada prinsip keamanan, mutu, dan khasiat.
21. Praktik pengadaan harus didukung oleh prinsip penjaminan mutu yang kuat, ditinjau secara berkala, dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit, populasi pasien, kebutuhan tenaga kesehatan, serta peluang yang muncul, dengan cara yang tepat dan efektif dari segi biaya. Apoteker yang bertanggung jawab atas pengadaan hendaknya memastikan adanya prinsip penjaminan mutu yang kuat serta melakukan penilaian risiko, yang ditinjau dan disesuaikan secara berkala untuk mencegah masuknya obat substandar atau obat yang dipalsukan ke dalam rantai pasok.
22. Pengadaan obat tidak boleh dilakukan secara terpisah, melainkan harus dipandu oleh formularium obat yang terkelola dengan baik, yang berisi daftar obat yang disetujui dan dikelola oleh komite multidisiplin yang mencakup perwakilan farmasi. Hal ini termasuk pengadaan konsentrasi standar untuk obat berisiko tinggi, seperti elektrolit, sesuai dengan penilaian risiko institusi.
23. Pengadaan harus didukung oleh sistem manajemen persediaan yang handal yang dapat diakses oleh seluruh staf farmasi, serta menyediakan informasi yang akurat, tepat waktu, dan mudah diakses.

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

International  
Pharmaceutical  
Federation

### **Tema 2 — Pengaruh terhadap persepan**



24. Rumah sakit hendaknya memanfaatkan sistem formularium obat (tingkat lokal, regional, dan/atau nasional) yang terintegrasi dengan pedoman terapi standar, protokol, dan alur tatalaksana, yang disusun berdasarkan bukti terbaik yang tersedia untuk populasi pasien yang dilayani.
25. Apoteker rumah sakit hendaknya menjadi anggota kunci dalam komite farmasi dan terapi untuk mengawasi seluruh kebijakan dan prosedur pengelolaan obat, termasuk yang berkaitan dengan penggunaan di luar indikasi (*off-label use*), suplemen makanan, obat herbal, obat nonformularium, substitusi generik, substitusi terapeutik, serta obat penelitian.
26. Apoteker rumah sakit hendaknya memiliki peran kunci dalam memberikan edukasi kepada para dokter yang meresepkan obat (*prescriber*) di semua tingkat pelatihan mengenai akses terhadap serta bukti ilmiah untuk penggunaan obat yang bertanggung jawab. Hal ini termasuk parameter pemantauan yang diperlukan, pemantauan kadar obat dalam darah (*therapeutic drug monitoring*), penyesuaian peresepan selanjutnya, serta proses penggunaan obat.
27. Apoteker rumah sakit hendaknya menjadi bagian integral dari tim multidisiplin serta berkontribusi dalam pengambilan keputusan terapeutik dan rencana pengelolaan obat pasien, yang harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien pada setiap tahapan proses pengambilan keputusan.
28. Apoteker rumah sakit hendaknya mendorong kelangsungan pelayanan yang terintegrasi (*seamless care*) dengan berkontribusi dalam transfer informasi dan riwayat penggunaan obat setiap kali pasien berpindah antar atau di dalam fasilitas pelayanan kesehatan, melalui pelaksanaan rekonsiliasi obat dan layanan transisi perawatan lainnya (misalnya memahami bagaimana pasien menggunakan dan memperoleh obat sebelumnya, merekomendasikan sarana pelayanan kefarmasian yang aman dan bermutu untuk memperoleh obat selanjutnya, memberikan edukasi tentang cara terbaik menggunakan obat yang diresepkan, serta penggunaan yang tepat untuk obat tanpa resep atau obat bebas, dan lain-lain).



29. Apoteker rumah sakit yang telah mendapatkan pelatihan dan kredensial yang sesuai hendaknya berpartisipasi dalam persesep kolaboratif atau dalam perjanjian praktik kolaboratif (*collaborative practice agreement*).

### **Tema 3 — Penyiapan dan penyerahan**

30. Apoteker rumah sakit bertanggung jawab atas penyimpanan, pengelolaan rantai dingin, penyiapan sediaan obat (*preparation*), penyiapan obat (*dispensing*), dan distribusi seluruh obat, termasuk obat penelitian, obat milik pasien sendiri, dan obat nonformularium, sesuai dengan praktik terbaik, kebijakan setempat, serta cara yang direkomendasikan oleh produsen.
31. Apoteker rumah sakit bertanggung jawab atas pelabelan yang tepat dan pengendalian obat yang disimpan di seluruh fasilitas. Apoteker rumah sakit hendaknya memiliki kebijakan tertulis, yang sekurang-kurangnya mencakup obat LASA (*look-alike-sound-alike*) serta obat berisiko tinggi.
32. Apoteker rumah sakit hendaknya terlibat dalam menentukan obat yang termasuk dalam stok bangsal (*ward stock*) dengan menstandarisasi penyimpanan, pengamanan, permintaan, dan penanganan obat di bangsal, untuk memastikan area pelayanan klinis memiliki akses yang tepat waktu dan aman terhadap obat yang rutin dibutuhkan. Hal ini termasuk strategi untuk penyimpanan obat yang aman, seperti skrining obat *look-alike sound-alike* (LASA) serta penerapan *tall man lettering*. Sistem penyediaan obat hendaknya memastikan bahwa obat yang dibutuhkan secara mendesak dan di luar jam layanan inti instalasi farmasi tetap dapat diperoleh.
33. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa obat racikan (*compounded medicines*) disiapkan secara konsisten mematuhi standar mutu. Hal ini mencakup tanggung jawab untuk memastikan bahwa obat yang tidak tersedia secara komersial dalam bentuk sediaan yang sesuai dipersiapkan dengan mematuhi standar praktik yang berlaku, serta memastikan bahwa layanan pencampuran sediaan obat suntik (*injectable admixture services*) mematuhi standar praktik tersebut. Jika memungkinkan, obat racikan hendaknya dibuat oleh instalasi farmasi dan dilakukan dalam kondisi lingkungan yang meminimalkan risiko kontaminasi produk. Komponen yang diperlukan untuk membuat



sediaan obat berisiko tinggi (misalnya obat berbahaya) hanya boleh disimpan di instalasi farmasi.

34. Penyiapan obat berbahaya, termasuk obat sitotoksik, menjadi tanggung jawab apoteker rumah sakit. Obat disiapkan dalam kondisi lingkungan yang meminimalkan risiko kontaminasi terhadap produk maupun lingkungan, sekaligus meminimalkan paparan yang berbahaya bagi tenaga rumah sakit, dengan mematuhi standar praktik yang berlaku. Tersedia kebijakan dan prosedur yang menjelaskan tindakan pencegahan khusus, peralatan yang tepat, serta pelatihan untuk penyiapan, penanganan, penyimpanan, dan pembuangan produk tersebut. Alat pelindung diri (APD) yang sesuai harus tersedia bagi seluruh staf saat menangani, menyiapkan, atau memberikan obat berbahaya dan/atau sitotoksik.
35. Apoteker rumah sakit hendaknya berpartisipasi dalam pengembangan serta memimpin implementasi sistem atau teknologi berbasis bukti, misalnya pengisian resep otomatis (*automated prescription-filling*), distribusi *unit dose*, sistem pengkodean yang dapat dibaca mesin, lemari penyiapan obat otomatis (*automated dispensing cabinet*), dan lain-lain, untuk mengurangi risiko kesalahan obat. Ketika sistem baru diimplementasikan, apoteker hendaknya mengevaluasi apakah sistem tersebut berfungsi sesuai dengan luaran berbasis bukti yang diharapkan. Selain itu, sistem hendaknya dipantau secara berkelanjutan untuk memastikan kinerja tetap sesuai dengan spesifikasi yang diinginkan.
36. Apoteker rumah sakit hendaknya mendukung pengembangan kebijakan mengenai penggunaan yang tepat obat yang dibawa pasien ke rumah sakit. Obat milik pasien sendiri yang digunakan selama perawatan di rumah sakit hendaknya dibatasi pada obat komplementer dan alternatif serta obat nonformularium. Semua obat yang dibawa pasien ke rumah sakit hendaknya diidentifikasi oleh staf farmasi yang terlatih, dengan sumber obat ditentukan dan dievaluasi keamanannya, kesesuaiannya didokumentasikan dalam rekam medis pasien, disimpan dengan aman dalam kondisi terkunci, serta pemberiannya dilakukan sesuai dengan kebijakan setempat.
37. Apoteker rumah sakit hendaknya menerapkan sistem pelacakan obat yang diserahkan oleh instalasi farmasi, yang memungkinkan



pelacakan secara transparan mulai dari instalasi farmasi hingga pemberian kepada pasien, misalnya untuk memfasilitasi penarikan kembali (*recall*), pemantauan kedaluwarsa, pencatatan obat yang diberikan, peresepan ulang, dan lain-lain.

38. Apoteker rumah sakit hendaknya memperkenalkan strategi untuk mengurangi risiko yang terkait dengan obat berisiko tinggi yang diidentifikasi di tingkat institusi atau regional (misalnya obat LASA, obat berbahaya, dan produk elektrolit konsentrasi tinggi). Obat berisiko tinggi hendaknya disiapkan dalam bentuk siap diberikan (*ready-to-administer*) dan disimpan di area yang aman, terpisah, serta diberi label yang jelas dan berbeda.
39. Apoteker rumah sakit hendaknya mengembangkan struktur dan proses tata kelola yang kuat untuk mengidentifikasi praktik berisiko tinggi serta meningkatkan keselamatan pasien, untuk memitigasi potensi risiko yang terkait dengan luaran yang merugikan (misalnya, ketika sejumlah besar unit dosis diperlukan untuk memberikan satu dosis—lebih dari dua tablet, kapsul, vial, atau bentuk sediaan lainnya—maka resep harus diverifikasi sebelum penyiapan atau penyerahan obat).

#### **Tema 4 — Pemberian Obat**

40. Apoteker rumah sakit hendaknya berperan sebagai pemimpin dalam pemilihan sumber informasi obat terkait pemilihan obat, penentuan dosis, penyiapan, dan pemberian obat untuk digunakan oleh seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit. Proses penilaian hendaknya memastikan bahwa informasi tersebut objektif, akurat, dan mutakhir.
41. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa alergi yang relevan secara klinis, interaksi obat, kontraindikasi, kejadian tidak diinginkan sebelumnya, serta rincian riwayat medis lainnya, termasuk pengalaman pasien sebelumnya dengan setiap obat, dicatat secara akurat dalam lokasi dan format yang terstandar dalam rekam medis pasien, serta dievaluasi sebelum penggunaan obat.
42. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa obat dikemas dan diberi label untuk memastikan identifikasi yang benar serta menjaga integritasnya, hingga sesaat sebelum diberikan kepada pasien.



43. Label obat harus jelas dan memuat informasi yang cukup untuk memastikan pelacakan obat yang tepat serta pemberian yang aman, termasuk sekurang-kurangnya dua identitas pasien, nama obat, rute pemberian yang diresepkan, dosis dalam satuan massa, tanggal kedaluwarsa atau batas waktu penggunaan (*beyond use date*), serta, bila diperlukan, volume dan kecepatan pemberian.
44. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan bahwa tidak ada obat yang diberikan kepada pasien kecuali tenaga medis dan/atau keperawatan yang memberikan obat tersebut telah terlatih secara memadai dalam penggunaan terapeutik obat, metode pemberian, dosis, potensi bahaya, dan/atau efek sampingnya.
45. Semua obat kemoterapi dan obat lain yang diidentifikasi sebagai obat berisiko tinggi secara regional atau oleh institusi hendaknya diperiksa secara independen dengan membandingkannya terhadap resep asli pada setiap tahap sebelum pemberian, oleh setidaknya dua tenaga kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan khusus, di mana salah satunya harus seorang apoteker, sementara yang lainnya dapat terdiri dari tenaga kesehatan berlisensi dan diakui oleh institusi.
46. Apoteker rumah sakit hendaknya mengembangkan dan menerapkan kebijakan dan praktik berbasis bukti yang mencegah kesalahan rute pemberian obat (misalnya, penggunaan spuit oral yang secara jelas berbeda dari spuit hipodermik untuk mencegah penyuntikan obat enteral atau oral).
47. Apoteker rumah sakit hendaknya memastikan pengembangan strategi penjaminan mutu untuk pemberian obat, termasuk deteksi kesalahan serta identifikasi prioritas untuk perbaikan, misalnya, program pelaporan, metode observasi langsung, peringatan pemicu (*trigger warnings*), penggunaan teknologi informasi, dan lain-lain.
48. Proses pemberian obat hendaknya dirancang sedemikian rupa sehingga langkah transkripsi antara resep asli dan catatan pemberian obat dieliminasi. Apabila transkripsi tambahan diperlukan, sistem pemeriksaan kedua hendaknya diterapkan dengan cara yang meminimalkan kesalahan.

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

International  
Pharmaceutical  
Federation

## **Tema 5 — Pemantauan penggunaan obat**



49. Sistem yang mudah diakses untuk memantau, mendeteksi, melaporkan, meninjau, dan menganalisis obat serta alat kesehatan yang ditarik kembali, kedaluwarsa, serta yang bermutu substandar dan dipalsukan hendaknya dibuat dan dipertahankan. Laporan mengenai obat yang cacat atau bermutu substandar dan dipalsukan hendaknya ditinjau secara internal dan segera disampaikan kepada program farmakovigilans dan/atau pelaporan regulator di tingkat regional atau nasional serta kepada produsen.
50. Rumah sakit hendaknya memiliki seorang apoteker yang ditunjuk dan terlatih sebagai petugas keselamatan obat (*medication safety officer*) atau pemimpin keselamatan obat (*medication safety leader*). Apoteker ini hendaknya bertanggung jawab untuk melakukan koordinasi penggunaan obat yang aman, menyelidiki kejadian terkait keselamatan obat, memberikan edukasi kepada staf mengenai praktik terbaik, mendiskusikan kejadian keselamatan dengan staf, memastikan budaya adil yang tidak bersifat menghukum (*non-punitive just culture*), serta memberikan rekomendasi untuk peningkatan keselamatan penggunaan obat.
51. Sistem pelaporan yang mudah diakses, berkelanjutan, berkesinambungan, dan tidak bersifat menghukum untuk mencegah, memantau, dan menangani kesalahan obat—termasuk kejadian nyaris cedera (*near miss*), reaksi merugikan, dan praktik yang tidak aman—hendaknya dibuat dan dipertahankan. Laporan kejadian tersebut hendaknya didokumentasikan, ditinjau secara internal, dan disampaikan kepada program pelaporan kesalahan obat di tingkat regional/nasional, program farmakovigilans, dan/atau program regulator. Data ini hendaknya ditinjau secara berkala untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktik penggunaan obat.
52. Apoteker rumah sakit hendaknya berpartisipasi aktif dalam komite organisasi yang relevan serta bekerja sama dengan dokter, perawat, manajemen, dan pihak lainnya untuk menelaah dan memperbaiki sistem untuk memastikan bahwa proses penggunaan obat selaras dengan tolok ukur (*benchmark*) dan praktik terbaik yang berkaitan dengan keselamatan, efektivitas klinis, dan efektivitas biaya. Contoh komite tersebut meliputi program *stewardship* seperti antimikroba, analgesik opioid,



antikoagulasi, *deprescribing*, atau area risiko lain yang diidentifikasi oleh institusi.

53. Proses penggunaan obat hendaknya ditinjau secara berkala melalui program akreditasi eksternal atau peningkatan mutu. Rumah sakit hendaknya menindaklanjuti laporan tersebut untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktiknya.
54. Kegiatan apoteker yang relevan secara klinis dan berdampak signifikan terhadap pengobatan pasien secara individual hendaknya didokumentasikan melalui metode dan templat yang terstandar. Kegiatan tersebut hendaknya dikumpulkan dan dianalisis untuk meningkatkan mutu dan keselamatan penggunaan obat serta luaran pasien.
55. Pendekatan sistematis (misalnya *trigger tools*, sistem digital, dan lain-lain) hendaknya digunakan untuk menyediakan data kuantitatif mengenai kejadian tidak diinginkan dan penggunaan obat yang optimal. Data tersebut hendaknya ditinjau secara berkala untuk meningkatkan mutu dan keselamatan praktik penggunaan obat.

## **Tema 6 — Sumber daya manusia, pelatihan, dan pengembangan**

56. Pada tingkat nasional, kerangka kompetensi didefinisikan, ditetapkan, dan dinilai secara berkala. Instalasi farmasi rumah sakit serta kepala instalasi farmasi hendaknya menggunakan kerangka kompetensi yang diakui secara nasional tersebut untuk menilai kebutuhan pelatihan dan kinerja sumber daya manusia secara individual maupun tenaga kerja secara keseluruhan.
57. Pada tingkat nasional, apoteker rumah sakit hendaknya berkolaborasi dengan otoritas kesehatan, misalnya kementerian kesehatan, dinas kesehatan, serta pemangku kepentingan terkait lainnya untuk secara bersama-sama mengembangkan rencana sumber daya manusia dan tenaga kerja farmasi rumah sakit berbasis bukti yang mendukung penggunaan obat secara bertanggung jawab, termasuk di wilayah pedesaan dan terpencil.
58. Apoteker rumah sakit hendaknya berkolaborasi dengan pemangku kepentingan utama untuk memastikan bahwa pendidikan, pelatihan, kompetensi, jumlah, dan kapasitas tenaga kerja sesuai dengan cakupan layanan, jangkauan pelayanan, serta



tanggung jawab seluruh kategori tenaga yang memberikan pelayanan kefarmasian.

59. Rencana tenaga kerja farmasi rumah sakit hendaknya menggambarkan strategi untuk pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia, rekrutmen dan retensi, pengembangan kompetensi, remunerasi dan jalur pengembangan karier, kebijakan yang sensitif terhadap keberagaman, penempatan dan distribusi yang adil, manajemen, kelelahan kerja (*burnout*) staf, kesehatan mental, serta peran dan tanggung jawab para pemangku kepentingan dalam implementasinya.
60. Rumah sakit hendaknya memelihara sistem informasi sumber daya manusia yang memuat data kuantitatif dan kualitatif untuk perencanaan, pelatihan, penilaian kinerja, dan dukungan bagi tenaga kerja farmasi. Data tersebut hendaknya dikumpulkan pada tingkat nasional untuk perbaikan perencanaan tenaga kerja farmasi dan hendaknya tersedia untuk pelacakan berkelanjutan.
61. Program pelatihan tenaga pendukung kefarmasian (misalnya asisten, teknisi, petugas pengadaan, dan lain-lain) hendaknya diformalkan, diharmonisasikan, dan diberikan kredensial secara nasional dalam lingkup praktik yang telah ditetapkan.
62. Kebijakan sumber daya manusia di rumah sakit hendaknya didasarkan pada prinsip etika, kesetaraan, dan hak asasi manusia, serta sesuai dengan peraturan ketenagakerjaan, pedoman, dan standar praktik profesional farmasi rumah sakit.
63. Pimpinan farmasi rumah sakit harus memastikan bahwa seluruh staf rumah sakit, pasien, pengunjung, dan staf farmasi terlindungi dari risiko potensi bahaya yang disebabkan oleh obat. Staf farmasi hendaknya mendapatkan kondisi kerja yang aman saat menerima obat, termasuk untuk kebutuhan penanganan manual tertentu (misalnya beban berat, opioid, bahan berbahaya, dan lain-lain), pemeliharaan lingkungan kerja yang aman (misalnya suhu, pencahayaan, udara bersih, dan lain-lain), serta lingkungan yang bebas dari bahaya yang tidak semestinya. Kepala instalasi farmasi hendaknya memastikan staf rumah sakit, pasien, dan pengunjung terlindungi dari bahaya yang disebabkan oleh obat dengan memastikan bahwa obat disimpan, disiapkan, dikirim, dan diberikan dengan cara yang meminimalkan paparan terhadap obat atau jejak obat tersebut.



64. Untuk mendorong pendidikan interprofesional dan pelayanan berbasis tim, peran dan kegiatan apoteker rumah sakit, termasuk peresepan kolaboratif, hendaknya dimasukkan dalam kurikulum tenaga kesehatan lainnya, dan demikian pula peran serta kegiatan tenaga kesehatan lainnya hendaknya dimasukkan dalam kurikulum farmasi. Hal ini hendaknya didorong melalui kegiatan dan sesi pendidikan interprofesional baik untuk tingkat pra- maupun pascasarjana.
65. Program pendidikan pascasarjana hendaknya dikembangkan untuk mempersiapkan apoteker rumah sakit dalam memajukan praktik farmasi rumah sakit, termasuk program dalam spesialisasi klinis tertentu, peresepan obat secara kolaboratif, operasional farmasi, administrasi/manajemen, kepemimpinan, keuangan, serta panduan mengenai tanggung jawab hukum dan profesional.

Translated by: Yulia Trisna, Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta, Indonesia  
Reviewed by: Louisa Endang Budiarti, Indonesian Pharmacy Collegium

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

International  
Pharmaceutical  
Federation