



DOKUMENTASI PRAKTIK FARMASI KLINIK

DI RUMAH SAKIT

Dr. Widyati, MClin Pharm, Apt
Farmasis Klinik RSAL dr Ramelan-Sby
Dosen MFK Ubaya

PERSONAL DETAILS

- Sarjana Farmasi 1989 (UNPAD)
- Apoteker 1991 (UI)
- Hospital Pharmacy tour di 12 RS Australia(1995)
- MClin Pharm 1999(University of Queensland-Ausy)
- Dr: 2013 (Universitas Gajah Mada)
- Practising clinical pharmacy in hospital (Internal Medicine, Critical Care)
- Teach clinical pharmacy in UGM, Ubaya
- Married, two children
- International Award: FIP International Travel Award (2003), ILAE Travel Award (2013)
- Ketua Bidang Farklin HISFARSI, Ketua Sub Kolegium Farklin Indonesia



Dokumentasi Praktek Farmasi Klinik

- “If you didn’t document it, you didn’t do it,” is a common mantra in many fields of health care.
- Documentation helps to ensure the delivery of high-quality patient care.
- “If you are not documenting the care you provide in a comprehensive manner, then you do not have a practice.” (Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, 2004)

Dokumentasi

- Pelaksanaan Pharm Care didokumentasikan dalam rekam medik (rumah sakit) atau dalam PMR bagi pelaksanaan di komunitas.
- Bagi apoteker yang belum mendokumentasikan praktiknya di rumah sakit dalam rekam medik, maka sebaiknya membuat dokumentasi sendiri yang akan dilaporkan kepada Komite Farmasi dan Terapi
- Dokumentasi berguna selain sebagai wujud praktik farmasi klinik juga memiliki kekuatan hukum yang sewaktu-waktu dapat dijadikan bukti dalam proses pengadilan.
- Dokumentasi dapat digunakan sebagai bahan penelitian, penyusunan angka kredit kepegawaian, serta ukuran pembayaran jasa profesi.

Etiquette for Communicating With Prescribers

- It is important to carefully word recommendations that are sent to prescribers. Many prescribers recognize the value that pharmacists bring to the patient care team.
- Pharmacists may encounter resistance from prescribers and should strive to carefully word all recommendations so that prescribers do not feel that their judgments are coming under attack or that the pharmacist's documentation leaves them exposed legally

CRITERIAs

- legibility,
- clarity,
- lack of judgmental language,
- completeness,
- appropriate use of a standard format (e.g., SOAP [subjective, objective, assessment,

PHARMACEUTICAL CARE

□KEGIATAN:

- Penyusunan Data Base (S,O) pasien dengan cara penelusuran rekam medik, interview riwayat pengobatan.
- Assessment untuk menemukan Drug Related Problem (DRP) dengan mengkaji resep,order pengobatan
- Penyusunan Care Plan meliputi Rekomendasi Terapi, Rencana Monitoring, Rencana Konseling
- Implementasi Care Plan
- Follow-up

PHARMACEUTICAL CARE

DATABASE

SUBYEKTIF

OBJEKTIF

ASESMEN

PLAN

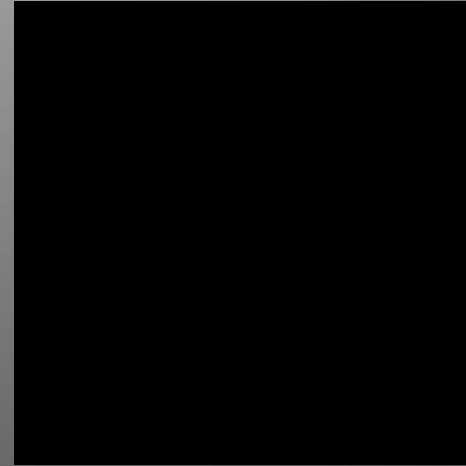




Penelusuran RM



Interview Riwayat
Pengobatan



PENYUSUNAN DATA BASE

Database

Identitas
pasien

Subyektif

Obyektif

Terapi
Obat

Data

Subyektif

- Bersumber dari pasien/keluarga inti
- Tidak bisa dikonfirmasi kebenarannya
- Dapat berupa keluhan ttg obat
- Riwayat obat/penyakit yang diperoleh dari pengakuan pasien dapat pula dituliskan pada data subyektif.

Obyektif

- Bersumber dari hasil observasi, pengukuran yang dilakukan oleh profesi kesehatan lain
- Contoh: TTV, Hasil Lab, bacaan X-Ray, CT-Scan, USG, dll
- Terkait obat, problem medik yang akan mempengaruhi obat (misal: CH, CKD)
- Data Farmakokinetik: $t_{1/2}$, ikatan protein
- Physical signs and clinical symptoms relevant to the patient's drug therapy.

Data Obyektif

- Hari ke-1: data yang mendukung problem medik (Diagnosa, underlying diseases, co-morbid)
- Hari selanjutnya: data hasil monitoring, data yang mendukung problem medik baru

Kasus

- Tn MB 45th, MRS dengan keluhan mual, muntah 3 hari berturut-turut. Mengaku memiliki riwayat DM 7 tahun dan sudah mendapat insulin Humulin N 14 U malam hari sejak 1 bulan lalu. Pasien mengaku malas suntik karena sakit sejak 5 hari lalu. Hasil observasi perawat temperatur 37,8oC, TD 135/80mmHg, Nadi 82x/menit. RR 18x/menit. Hasil Lab GDA 480mg/dl, HbA1C 8,2%, WBC 8000/mm³, Na 129 meq/L, K 3,1 meq/L. Dokter mendiagnosa pre-KAD

Subyektif

- Mual, muntah 3hr,
- RP:DM 7tahun
- RO:Humulin N 0-0-14 U sejak 1 bulan lalu, malas suntik sejak 5 hari lalu.

Obyektif

TTV: Temp. 37,8°C,

Lab: GDA 480mg/dl, HbA1C 8,2%, K 3,1 meq/L.

Asesmen

- Hasil asesmen yang ditulis adalah berupa DRP.
- Proses asesmen/analisis hingga menghasilkan DRP tidak perlu dinyatakan dalam rekam medik.
- Bahasa penulisan DRP sebaiknya tidak bersifat kaku tetapi lebih menerangkan problem terkait obat yang akan kita sampaikan, sehingga bisa dinyatakan dalam bentuk kalimat.
- Bahasa penulisan DRP tidak harus mengikuti kategori DRP yang tercantum dalam berbagai literatur farmasi klinik (PCNE, dll).
- Bahasa penulisan DRP harus non-judgmental
- Hindari kata : salah, tidak tepat, error,
- Rekomendasi sebaiknya diawali dengan kata disarankan

Asesmen

- The therapeutic appropriateness of the patient's drug regimen, including the route and method of administration.
- Therapeutic duplication in the patient's drug regimen.
- The degree of patient compliance with the prescribed drug regimen.
- Actual and potential drug–drug, drug–food, drug–laboratory test, and drug–disease interactions.
- Clinical and pharmacokinetic laboratory data pertinent to the drug regimen.
- Actual and potential drug toxicity and adverse effects.

Kasus

- Tn MB 45th, 63kg, 167cm MRS dengan keluhan mual, muntah 3 hari berturut-turut. Mengaku memiliki riwayat DM 7 tahun dan sudah mendapat insulin Humulin N 14 U malam hari sejak 1 bulan lalu. Pasien mengaku malas suntik karena sakit sejak 5 hari lalu. Hasil observasi perawat temperatur 37,8oC, TD 135/80mmHg, Nadi 82x/menit. RR 18x/menit. Hasil Lab GDA 480mg/dl, HbA1C 8,2%, WBC 8000/mm³, Na 129 meq/L, K 3,1 meq/L. Dokter mendiagnosa pre-KAD dan mendapat terapi Humulin N 16U malam, Novorapid 3x12U s.c.; RL :Martos (2:1), Ondansetron 3 x 8mg iv.

Asesmen

- Proses asesmen

Karakteristik Pasien	S	O	Terapi Obat	DRP
Laki2, 45th, 63kg, 167cm DM 7tahun	Mual, muntah 3 hari, RO: Humulin N, 5 hari tidak suntik	GDA 480mg/dl, HbA1C 8,2%, Na 129 meq/L, K 3,1 meq/L.	Humulin N 16U malam, Novorapid 3x12U s.c.; RL :D5% (2:2), Ondansetron 3 x 8mg iv.	1. Non-adherence 2. Pemilihan insulin kurang tepat 3. Ondansetron tidak tepat pada pre-KAD

Asesmen

- 1. Non-adherence (kurang patuh)
- 2. Terapi insulin sebaiknya secara intravena
- 3. Ondansetron diindikasikan untuk PONV dan paska kemoterapi

Plan

Plan memuat hal-hal berikut:

- Rekomendasi Terapi obat untuk setiap DRP lengkap dengan dosisnya
- Rencana Monitoring Terapi Obat (MTO)
- Rencana Konseling
- Dalam menyampaikan rekomendasi sebaiknya tidak menggunakan kalimat perintah tetapi berupa saran.

Contoh: Disarankan

Monitoring:.....

Plan

- 1. Konseling untuk meningkatkan adherence
- 2. Rekomendasi: Bila kontrol gula sulit dicapai, maka disarankan sebaiknya terapi insulin secara iv
- 3. Rekomendasi: disarankan mengganti dengan domperidon 3x1tab.

Kasus Hari ke-2

- Pasien mengeluh mual hilang, muntah 1x, tidak bisa tidur karena terganggu pasien sebelah.
Hasil TTV perawat: Temp 37,2oC, TD 170/90mmHg, Nadi 84x/menit, RR 18x/menit
- Hasil Lab baru: Cr 2,3 mg/dl; BUN 20mg/dl

SOAP Hari ke-2

- S: mual (-), muntah (1x)
- O: Cr 2,3 mg/dl; BUN 20mg/dl, TD 170/90 mmHg
- A: Hipertensi belum diterapi
- P: Disarankan Captopril 3x12,5mg
- Bandingkan nilai Cr dengan nilai sebelumnya (3 bulan lalu), Hitung ClCr
- Monitoring: TD, Cr

SBAR

- Bila kita menemukan DRP yang perlu diselesaikan segera, sehingga penyampaian rekomendasi secara lisan.
- Setelah disampaikan, ditulis bukti komunikasi secara lisan tersebut ke dalam RM
- Format penulisan komunikasi lisan adalah SBAR
- Sebelumnya menyebutkan identitas pelapor ketika berkomunikasi lisan
- Dimintakan paraf dokter, bukti menerima rekomendasi.

Kasus

- Tn KH 52 th, 63kg, 158cm, MRS dengan keluhan sakit kepala berat yang tidak hilang selama 2 hari setelah diobati. Mengaku tidak pernah sakit. Hasil observasi TTV: TD 160/100 mmHg, Temp 36,8oC, nadi 72x/menit, RR 16x/menit. Hasil anamnese, dokter menemukan adanya defisit neurologi sehingga diperiksa CT-Scan kepala. Hasil CT Scan kepala menyebutkan adanya stroke perdarahan di corona radiata sekitar 5ml dan memberikan terapi Ketorolac inj 3x30mg; Mannitol 6x100ml dg tapering, Citicholin 3x250mg iv. Saat visite, apoteker menjumpai kelopak mata yang bengkak pada kedua mata meskipun tidak sama besar. Segera Farmasis menghubungi dokter via telp untuk menghentikan Ketorolac.

SBAR

S: Kedua kelopak mata bengkak

B: Pasien Stroke Perdarahan dan mendapat terapi Ketorolac untuk sakit kepala berat.

A: Kelopak mata bengkak menunjukkan tanda hipersensitivitas. Obat yang berpotensi adalah NSAID dhi Ketorolac

R: Disarankan stop Ketorolac dan menghindari NSAID lainnya karena akan berpotensi sama. Sebagai alternatif analgesik tramadol injeksi dikombinasi amitriptilin.

- Disarankan Diphenhydramin inj dan atau dexametason inj 3x1 amp selama 1 hari*



Nama Pasien :
Klinik RS Tgl :
Jam.....

Tgl lahir/Umur : L / P

Ruangan :

/Jam

SOAP INTEGRASI

Paraf /
Nama

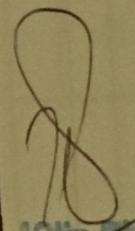
S : Nyeri - celot - celot



temperatur 38°C, leuko 14,900/mm³, inflamasi (+).

A : Ceftriaxone inadequate.

P : Saran : - Cloxacillin 4x 500mg iv drip dlm NS selama 30'
- Ibu profen 3x 400mg atau Meloxicam 1x 15mg.

Dr. Widya, 
Klin Pharm, Apt

Kasus 1

- Tn K, 54 th, 92kg, 165cm MRS dengan hipoglikemia, GDA 59 mg/dl. Tampak jelas pasien memiliki ascites yang besar, sehingga saat terlentang pasien merasa sesak. Mengaku memiliki kencing manis selama 6 th dan seminggu ini minum Glibenklamide 1-0-0. Pasien didiagnosa dengan Cirrhosis Hepatis, DM. Hari ketiga pasien mengalami demam hingga 38,2 oC. Hasil lab hari ketiga: Albumin 2,9mg/dl; SGOT 45 U/L; SGPT 63 U/L; Bil tot 1,2mg/dl. Hasil obs TTV: TD 110/70 mmHg; Nadi 92x/menit

Kasus 2

- Tn TM 69 tahun MRS dengan keluhan mual muntah. Hasil penelusuran rekam medik menunjukkan adanya riwayat CKD dan nilai Cr terakhir adalah 7,8 mg/dl ;BUN 105mg/dl, Na 126meq/L, K 3,1 meq/L, leukosit 13.000/mm³. Pasien mengalami febris (temp 38'5°C) dan didiagnosa dengan Pneumonia dan mendapat terapi Ciprofloxacin 3 x 400mg iv. Hari ketiga kesadaran pasien turun GCS 1-1-1, TD 80/40 mmHg, RR 28x/menit.

Kasus 3

- Tn W 63 th MRS dengan Stroke embolik dengan DM. Dalam perawatan pasien mengalami Pneumonia nosokomial dengan WBC 18.700/mm³, RR 26x/menit Temp 38,5oC, Nadi 92x/menit dan mendapat terapi Meropenem 3 x 1 g. Hari ketiga setelah mendapat Meropenem kondisi pasien tetap demam (37,9oC), RR 25x/menit, Nadi 92x/menit.