

DOKUMENTASI PRAKTIK FARMASI KLINIK

Oleh: Dr. Widyati, MClin Pharm, Apt
Farmasis Klinik RSAL dr Ramelan, Surabaya



1. Pendahuluan

Dokumentasi merupakan kegiatan yang seringkali enggan dilakukan oleh praktisi di bidang apapun. Mendokumentasikan apa yang kita kerjakan seringkali dianggap beban pekerjaan baru, karena kita harus meluangkan waktu untuk menulis setelah sebelumnya kita habiskan waktu untuk berfikir, menganalisis atau bahkan berdiskusi dalam menghasilkan sebuah *professional judgement*. Kita seringkali lupa bahwa tidak ada yang bisa tahu apa yang kita pikirkan selain diri kita sendiri, juga bahwa orang lain akan melupakan keputusan profesional kita bila tidak tertera. Sehingga dalam memberikan pelayanan kesehatan perlu sekali untuk didokumentasikan semua kegiatan yang telah kita lakukan dalam pelayanan agar dapat diteruskan oleh penerus kita, serta menjadi bukti praktik kita. akhirnya hilang jejak bahwa kita sudah berpraktik, bila tidak tertulis.

Selain itu untuk menjamin kontinuitas pelayanan dan keselamatan pasien diperlukan komunikasi yang dapat dimengerti secara jelas antar profesi yang terlibat dalam proses pelayanan pasien. Komunikasi dilakukan secara lisan maupun tertulis. Salah satu media komunikasi tertulis di rumah sakit adalah Rekam Medik. Pelaksanaan praktik Farmasi Klinik didokumentasikan dalam rekam medik (rumah sakit) atau dalam *Patient Medical Record* (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 di rumah sakit.

Dokumentasi berguna selain sebagai wujud praktik farmasi klinik juga memiliki kekuatan hukum yang sewaktu-waktu dapat dijadikan bukti dalam proses pengadilan. Selain itu dokumentasi dapat digunakan sebagai bahan penelitian, penyusunan angka kredit kepegawaian, serta ukuran pembayaran jasa profesi.

Dokumentasi sebaiknya disusun dengan pola S-O-A-P (Subyektif-Obyektif-Asesmen-Plan) agar memiliki kesinambungan pola pikir dengan profesi kesehatan lain yang sudah

lebih dulu menulis menggunakan pola tersebut. Penulisan dokumen didahului dengan pengumpulan data subyektif dan obyektif, dilanjutkan dengan penulisan hasil asesmen. Penulisan dokumentasi ditutup dengan mencantumkan rencana (plan) praktik terkait hasil asesmen.

Penulisan SOAP harus menyatakan kesinambungan dan keterkaitan antara data subyektif dengan data obyektif. Selanjutnya data yang ditulis sebaiknya mencerminkan hal-hal yang akan dianalisa dalam asesmen. Asesmen mencantumkan *Drug Related Problem* (DRP) yang ditemukan dari analisis. Proses analisis hingga menghasilkan DRP tidak perlu dituliskan, karena prinsip penulisan dalam rekam medik adalah singkat, jelas, rapi. Selanjutnya *Plan* ditulis berurutan sesuai dengan hasil asesmen (bila DRP lebih dari satu). *Plan* merupakan solusi kita dalam mengatasi DRP yang ditemukan dalam asesmen. Oleh karenanya *Plan* memuat rekomendasi dan atau monitoring dan atau edukasi tergantung DRP yang ditemukan. Sebagai contoh: *Tn A 34 tahun MRS dengan keluhan pusing disertai mual yang tidak hilang sejak seminggu terakhir meskipun sudah minum domperidon dan Neuralgin®. Hasil anamnesa dan MRI oleh Neurolog ditemukan abses otak dengan perkiraan diameter 5 cm. Pasien mendapat terapi chloramphenicol 4 x 500mg iv; metronidazol 3x500mg iv, Metoklopramide 3x 1 iv; Novalgine® 3x1 ampul iv.*

S: pusing, mual sejak seminggu terakhir

O: MRI: abses otak ϕ 5cm

A: Metronidazol berpotensi memperparah mual-muntah

P: Monitoring: ESO Metronidazole y/u mual-muntah

Rekomendasi: Bila mual-muntah menetap dan atau bertambah hebat antiemetik dapat diganti ondansetron atau sejenis.

SOAP ditulis setiap hari hingga pasien dinyatakan Keluar Rumah Sakit (KRS) atau meninggal dunia. SOAP ditulis secara berkesinambungan dengan SOAP hari sebelumnya. Penulisan SOAP harus mencantumkan tanggal dan waktu penulisan serta diakhiri dengan paraf Apoteker yang melaksanakan praktik farmasi klinik disertai nama berikut gelar. Contoh: *Hasil visite Farmasis hari ketiga dijumpai keluhan baru yaitu tangan kanan kesemutan, maka SOAP hari ketiga disusun sbb:*

S: tangan kanan kesemutan, mual berkurang dibandingkan saat masuk.

O: -

A: Kesemutan dapat merupakan ESO dari metronidazole.

P: Monitor: kesemutan

Rekomendasi: bila kesemutan menetap dapat ditambahkan neurotropik.

2. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang bersumber dari pasien atau keluarganya atau orang lain yang tidak dapat dikonfirmasi secara independen. Agar supaya selaras dengan SOAP profesi lain, maka data subyektif dapat berupa keluhan pasien terkait obat/penyakit. Selain itu riwayat obat/penyakit yang diperoleh dari pengakuan pasien dapat pula dituliskan pada data subyektif. Riwayat obat/penyakit sebaiknya digali terlebih dahulu dengan menelusuri rekam medik. Bila data dari rekam medik tidak jelas atau tidak ada atau diperlukan konfirmasi, maka pengumpulan data subyektif dilanjutkan dengan wawancara pasien atau keluarga terdekat yang tinggal serumah

Langkah-Langkah Pelaksanaan:

- a. Lakukan penelusuran rekam medik

Catat data identitas pasien.

Kumpulkan informasi terkait riwayat penggunaan obat (obat kronis, obat bebas, obat herbal), riwayat alergi, riwayat sosial terkait dengan obat yang dapat diambil dari data rekonsiliasi.

- b. Lakukan interview

Interview dilakukan untuk melengkapi data subyektif yang tidak dijumpai di rekam medik yang diperlukan bagi asesmen terkait penggunaan obat.

- c. Lakukan pencatatan hasil temuan pada a dan b pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.

- d. Contoh: keluhan pusing, mual, demam, nyeri

3. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang bersumber dari hasil observasi, pengukuran yang dilakukan oleh profesi kesehatan lain, contoh tekanan darah, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan USG, hasil bacaan foto toraks, hasil bacaan CT-Scan yang mendukung problem medik (*diagnosa, co-morbid, underlying diseases*) atau DRP yang akan kita tulis sebagai hasil asesmen. Selain itu data obyektif dapat pula berupa data hasil perhitungan seperti nilai klirens kreatinin hasil perhitungan estimasi menggunakan formula Cockcroft atau MDRD, hasil perhitungan skala Child-Pugh Scale (CPS), dll. Data obyektif lain yang bersumber dari literatur seperti data farmakokinetik (waktu paruh, volume distribusi) dapat pula dicantumkan. Data obyektif yang ditulis apoteker tentunya tidak harus sama dengan data

profesi lain karena pembahasan akan berbeda sesuai sudut pandang profesi, namun sebaiknya dapat dipahami oleh dokter sebagai ketua tim medik di bangsal atau tempat pelayanan.

Langkah Pelaksanaan

- a. Data Tanda-Tanda Vital (TTV) disalin dari hasil observasi profesi lain yang terkait dengan penggunaan obat. Contoh: bila obat yang digunakan adalah antipiretik, maka data TTV yang disalin adalah temperatur.
 - b. Data laboratorium disalin dari hasil pemeriksaan laboratorium terkait dengan penggunaan obat. Contoh: bila obat yang digunakan adalah INH, maka perlu dicatat data SGPT/ALT.
 - c. Data farmakokinetik obat disalin dari buku teks yang terpercaya.
 - d. Data klinis: gejala klinis yang ditimbulkan akibat dari penggunaan obat. Contoh penggunaan (lihat lampiran)
4. Asesmen

Hasil asesmen yang ditulis dalam Lembar CPPT pada RM 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). Hal ini disebabkan tidak sesuai dengan kultur bangsa kita. Kategori DRP tersebut digunakan dalam penelitian atau publikasi. Sebaiknya dalam penulisan DRP menghindari kata-kata yang terkesan justifikasi terhadap apa yang sudah dikerjakan profesi lain seperti: *error*, tidak tepat, tidak adekuat, salah obat/dosis/rute obat, dll.

Bila dijumpai lebih dari satu buah DRP, maka penulisan DRP tersebut sebaiknya diberi nomor (dengan angka 1,2 dst) berurutan ke bawah agar mudah dipahami oleh profesi kesehatan lain.

Langkah pelaksanaan:

- a. Lakukan penilaian terhadap data S dan O dengan mengacu pada prinsip farmakoterapi, EBM, guideline terkait untuk menentukan ada-tidaknya DRP. Contoh seperti tertera pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Proses Analisis dalam melaksanakan asesmen

Karakteristik Pasien	Subyektif	Obyektif	Terapi Obat	DRP
Umur 56th, DM sudah 5 tahun	Mual, muntah	GDP 216mg/dl	Glimepiride 2mg pagi 1 tablet	Glimepiride tidak adekuat

b. DRP yang ditemukan dituliskan dengan menggunakan kalimat yang tidak menjustifikasi profesi tertentu namun dapat menampilkan permasalahan terkait obat. Contoh penulisan DRP pada lembar CPPT dalam RM terkait hasil asesmen di atas adalah “dosis glimepiride belum cukup....” atau “ dosis glimepiride perlu ditingkatkan.....”.

5. Plan (Rencana Pelayanan Kefarmasian=RPK)

Apoteker memformulasikan RPK sesuai DRP yang ditemukan. Bila dijumpai DRP lebih dari satu buah, maka penulisan plan sebaiknya diberi nomor berurutan ke bawah. Plan dapat memuat hal-hal berikut:

- a. Rekomendasi Terapi obat untuk setiap DRP lengkap dengan dosisnya
- b. Rencana Monitoring Terapi Obat (MTO)
- c. Rencana Konseling

Ketiga hal tersebut tidak harus selalu ada bersamaan, mungkin tidak ada rekomendasi tetapi ada monitoring atau hanya konseling (khususnya ketika pasien akan KRS).

Dalam menyampaikan rekomendasi sebaiknya tidak menggunakan kalimat perintah tetapi berupa saran. *Contoh: terkait DRP di atas, maka rekomendasi yang diajukan adalah disarankan untuk menaikkan dosis glimepiride menjadi 4mg pagi 1 tablet.*

6. Penulisan Situation-Background-Asesmen-Rekomendasi (S-B-A-R)

Selain menuliskan SOAP seringkali Apoteker menemukan DRP yang perlu diselesaikan segera, sehingga penyampaian rekomendasi secara lisan. Selanjutnya rekomendasi secara lisan tersebut harus didokumentasikan dengan format S-B-A-R.

Penyampaian SBAR secara lisan diawali dengan menyebutkan identitas pelapor, selanjutnya menyebutkan situasi dan background pasien secara berurutan. Hasil asesmen apoteker disampaikan setelah penyampaian situasi dan background, selanjutnya ditutup dengan menyampaikan rekomendasi. SBAR yang sudah disampaikan secara lisan selanjutnya didokumentasikan secara tertulis dalam RM. Pencatatan SBAR harus disertai catatan waktu penyampaian rekomendasi secara lisan serta paraf persetujuan klinisi terkait.

a. Situation

Catat kondisi pasien yang mengkhawatirkan akibat penggunaan obat. Contoh: Bibir melepuh setelah minum carbamazepin.

b. Background

Catat latar belakang penggunaan obat. Contoh: carbamazepin pada kasus di atas diberikan untuk indikasi nyeri neuropati.

c. Assessment

Lakukan penilaian terhadap data S-B di atas dengan mengacu pada kaidah farmakoterapi, EBM, dan guideline.

d. Recommendation

Catat rekomendasi kepada klinisi terkait hasil assessment di atas, termasuk persetujuan klinisi. Bila klinisi tidak setuju dengan rekomendasi apoteker, sebaiknya tetap didokumentasikan dan mencantumkan bahwa klinisi tidak setuju.

e. Penutup

Penulisan dokumentasi menjadi sangat penting sebagai bukti praktik farmasi klinik. Penulisannya harus diselaraskan dengan tujuan praktik serta mudah dipahami oleh profesi kesehatan lain. Namun bukan meniru apa yang ditulis profesi kesehatan lain, karena setiap profesi kesehatan memiliki ciri profesi yang tidak dapat dikerjakan oleh profesi lain.

Lampiran Petunjuk Teknis Dokumentasi Pelayanan Kefarmasian

Parameter Monitoring Efektivitas Terapi Beberapa Golongan Obat

Nama Obat	Kondisi Klinik	Tanda Vital	Parameter Lab
Antibiotika	<i>Appetite</i> , demam, KU	Temperatur, Nadi	Leukosit, LED (Infeksi kronik)
Anti Diabetes, Insulin	Mual & muntah, 3P pada hiperglikemia tingkat kesadaran (koma hiperglikemia)	-	Gula Darah Puasa (GDP), Gula Darah 2 J PP, HbA1C (jangkapanjang)
	Lemas, rasa lapar, gemetar, pada hipoglikemia serta kesadaran (koma hipoglikemia)	-	Gula Darah Puasa (GDP), Gula Darah 2 J PP, Gula Darah Sewaktu (GDS)
Anti hipertensi	Pusing, sakit kepala	TD	-
Beta-Bloker		TD, nadi	
Captopril pada Diabetik Nefropati	-	-	Proteinuria
Diuretik pada <i>ascites</i> , oedema	Lingkar perut, oedema, BB ↓ 0,5kg/hari kecuali bila disertai oedema 1kg/hari (<i>ascites</i>)	-	
Diuretik pada GGA	Volume Urine 24 jam	-	-
Diuretik pada CHF	Sesak napas, Volume Urine 24jam	-	-
Preparat Nitrat pada Sindroma Koroner Akut	Sesak, nyeri dada	-	-
Preparat Statin	-	-	Cholesterol total LDL-cholesterol HDL-cholesterol
Preparat Fibrat	-	-	Trigliserida

Parameter Monitoring ESO Beberapa Golongan Obat

Nama Obat	Kondisi Klinik	Tanda Vital	Parameter Lab
Penicillin dan derivatnya, cefalosporin	Tanda alergi (<i>rash</i> , urtikaria, pruritus)	Temperatur	Eosinofil
Anti Diabetes, Insulin	Tanda hipoglikemia	-	Gula Darah sewaktu dan atau GDP,
Captopril	Batuk kering, <i>rash</i> , pruritus		Cr, BUN, Bilirubin, K
Beta-Bloker	Persisten bradikardi, <i>dizziness</i> , <i>cold extremities</i>	Nadi	
Ca-antagonis	Pusing, oedema perifer, <i>flushing</i> , palpitasi (Nifedipine)		
Alfa-Bloker	Hipotensi ortostatik, mengantuk		
Diuretik pada Ascites, oedema	Hiperurisemia, <i>blurred vision</i> , <i>tinnitus</i>	TD	Asam urat, Gula acak
Diuretik pada GGA	Hiperurisemia, <i>blurred vision</i> , <i>tinnitus</i>	TD	Asam urat, Gula acak
Diuretik pada CHF	Hiperurisemia, <i>blurred vision</i> , <i>tinnitus</i>	TD	Asam urat, Gula acak
Preparat Nitrat pada Acute Coronary Syndrome	Tandatoleransi	TD	-
Preparat Statin	<i>Myositis</i> , <i>Rhabdomyolisis</i>	-	SGOT/SGPT (jangkapanjang)
Preparat Fibrat	s.d.a	-	s.d.a

Manifestasi interaksi obat-obat yang signifikan secara klinik

Nama Obat	Manifestasi Klinik	Saran
Erythromycin-Teofilin	Meningkatkan kadar teofilin sehingga waspada toksisitas teofilin	Hindari pemberian kecuali dilakukan TDM pada Teofilin
Erythromycin-Carbamazepin	Meningkatkan kadar Carbamazepin	Hindari
Erythromycin-Digoksin	Meningkatkan kadar digoksin	Hindari pemberian, kecuali dilakukan TDM pada Digoxin
Fenitoin-karbamazepin	Meningkatkan kadar fenitoin	Waspada toksisitas fenitoin, lakukan TDM
Fenitoin-ketoconazole	Meningkatkan kadar fenitoin	Waspada toksisitas fenitoin, lakukan TDM
Fenitoin-cimetidine	Meningkatkan kadar fenitoin	Waspada toksisitas fenitoin, lakukan TDM
Digoxin-amiodarone	Meningkatkan kadar digoksin	Waspada toksisitas, bila perlu turunkan dosis digoksin
Warfarin-ketoconazole	Meningkatkan kadar antikoagulan	Waspada <i>bleeding</i> , monitor ketat INR
Warfarin-fenitoin	Meningkatkan kadar antikoagulan	Waspada <i>bleeding</i> , monitor ketat INR
Warfarin-clopidogrel	Meningkatkan kadar antikoagulan	Waspada <i>bleeding</i> , monitor ketat INR
Insulin-furosemide	Meningkatkan kadar gula darah	Naikkan dosis insulin
Insulin-Pentoxifilin	Menurunkan kadar gula darah	Turunkan dosis insulin
Teofilin-cimetidine	Meningkatkan kadar teofilin	Waspada toksisitas teofilin, lakukan TDM