

# **PELAYANAN FARMASI KLINIS**

**INTEGRASI PELAYANAN FARMASI  
PADA**

**PELAYANAN KESEHATAN**

**Berdasarkan Koding ICD 10 & ICD 9-CM**

dr Djoni Darmadjaja, SpB, MARS, FISQua, CHAE, MQM

---

Dr Djoni Darmadjaja, SpB, MARS, FISQua, MQM, CHAE

HP 08129146524

Palembang 22 Juni 1953

kapuyux@gmail.com

**JABATAN SEKARANG :**

**Kepala Bidang IT – KARS**

**Pembimbing Akreditasi RS-KARS**

**Anggota Komite Etik & Disiplin KARS**

**Ketua Badan Remunerasi Profesi IDI**

**Dosen MARS Universitas Esa Unggul**

**Anggota Kompartemen Mutu & Tatakelola PERSI**

**Trainer WIA Training, Sertifikat BNSP**

**Tenaga Pelatih Kesehatan (TPK) Sertifikat Dirjen SDM**

**Konsultan Manajemen, Sertifikat BNSP**

**Instruktur ATLS-KT IKABI, Sertifikat ACS-Chicago US**

**Member of ISQua EEA Accreditation Council, Geneve,**

**Switzerland 2026-2028**



**PERNAH MENJABAT :**

**Direktur RSUD Karawang 2005-2009**

**WaDir pelayanan RSUD Karawang 02-05**

**Ketua Komed RSUD Karawang 98-2002**

**Dosen Luar Biasa FK-YARSI 2002-2009**

**Sekretaris Umum IKABI 2012-2018**

**Ketua Umum Perhimpunan Ahli Bedah  
Indonesia 2018-2022**

**Sekretaris Kolegium Bedah 2010-2018**

# POKOK BAHASAN

- 1. MEMAHAMI PERAN FARMASI DALAM PCC-APT DI RUMAH SAKIT**
- 2. DARI DISEASE KE PATIENT PROBLEMS**
- 3. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN PASIEN DENGAN PCC-APT**
- 4. PERAN FARMASIS DALAM INTEGRATED PATIENT CARE**
- 5. MENGAPA ICD TETAP PENTING**
- 6. KODING FARMASI DENGAN KODING ICD 10 & ICD 9-CM**
- 7. FARMASIS DALAM REMUNERASI RS**
- 8. MASA DEPAN FARMASI KLINIS**

# **PERAN FARMASI DALAM PCC-APT**

**Dari Dispensing Menuju Integrated  
Clinical Care**

---

# Perubahan Paradigma Pelayanan Pasien di RS

<b>Paradigma Lama</b>	<b>Paradigma Baru</b>
Doctor centered	Patient centered
Pelayanan parsial	Integrated care
Farmasi sebagai dispensing	Farmasi sebagai clinical partner
Dokumentasi terpisah	CPPT terintegrasi
Profesi bekerja sendiri	Interprofessional collaboration

**Rumah sakit modern tidak lagi bekerja dengan paradigma profesi tunggal.**

**Dalam paradigma baru ini, pasien tidak lagi ditangani oleh profesi-profesi yang berjalan sendiri-sendiri.**

---

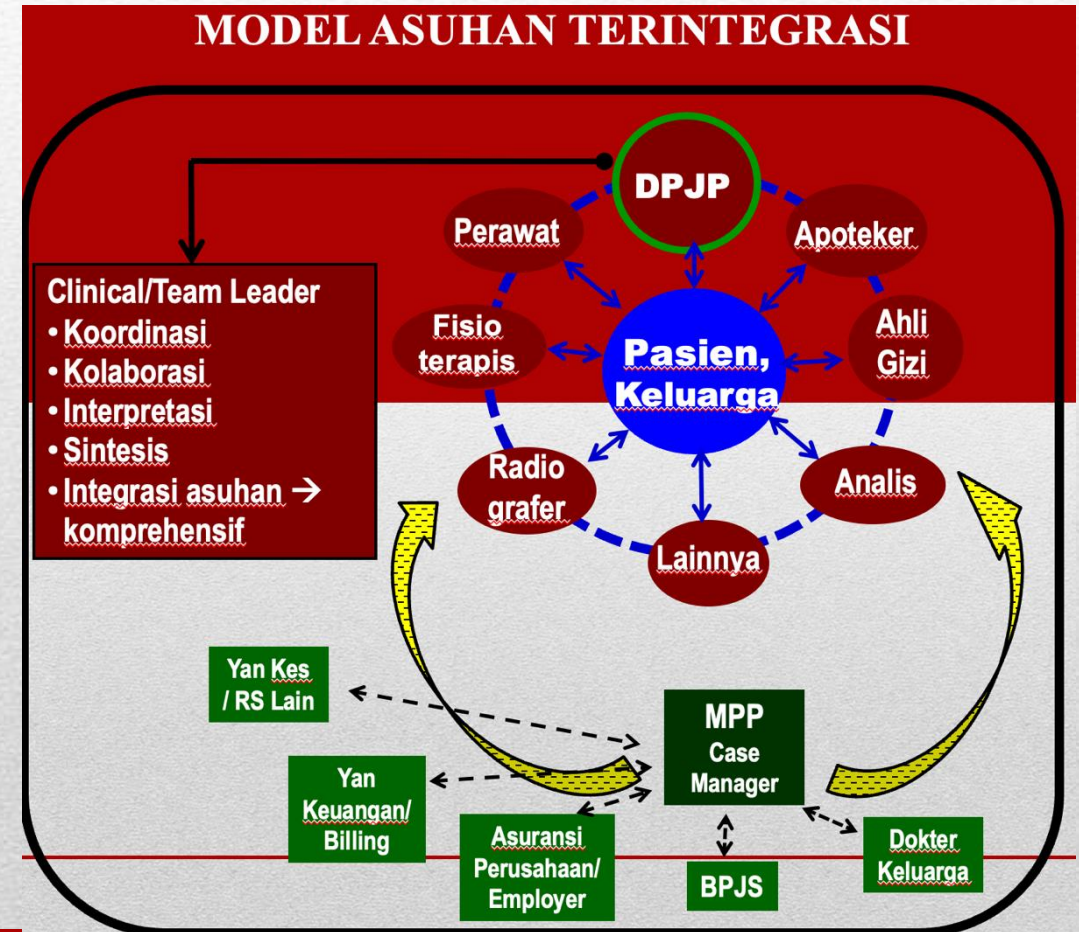
# Konsep Profesional Pemberi Pelayanan Dalam PCC-APT

Para PPA Adalah :

- Dokter,
- Perawat,
- Farmasis,
- Nutrisionis,
- Fisioterapis,

Dan profesi lain sesuai kebutuhan pasien.  
Farmasis tidak lagi berada di pinggir sistem pelayanan.

Tetapi sudah berada di dalam proses clinical decision making.



# Evolusi Peran Farmasis

## Dari:

- Dispensing oriented,
- Inventory oriented,
- Logistic oriented,

## Menjadi:

- Pharmaceutical care,
- Clinical pharmacy,
- Medication safety,
- Antimicrobial stewardship,
- Pharmacoeconomics,
- Outcome based pharmacy.”

Disinilah ICD-10 dan ICD-9CM menjadi penting.

Karena coding diagnosis dan tindakan bukan sekadar administrasi.

Tetapi menjadi: bahasa bersama dalam sistem pelayanan kesehatan modern.

## ICD:

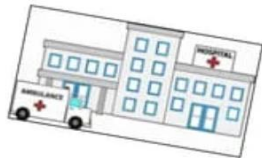
- Menentukan clinical pathway,
- Menentukan kompleksitas pasien,
- Menentukan evaluasi mutu,
- Menentukan penggunaan antibiotik,
- Menentukan evaluasi DRP,
- Menentukan pembiayaan,

ICD menentukan bagaimana kontribusi farmasis dinilai dalam pelayanan pasien.

## PELAYANAN FARMASI KLINIK

DIREKTORAT PELAYANAN KEFARMASIAN  
2020

## PELAYANAN FARMASI KLINIS DI RUMAH SAKIT



EMA PRISTI YUNITA  
PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI  
FKUB

## PELAYANAN FARMASI KLINIK DI RUMAH SAKIT

### Apa itu Farmasi Klinik

Istilah farmasi klinik mulai muncul pada tahun 1960-an di Amerika, yaitu suatu disiplin ilmu farmasi yang menekankan fungsi farmasis untuk memberikan asuhan kefarmasian (Pharmaceutical care) kepada pasien, yang bertujuan untuk meningkatkan outcome pengobatan.

Apt. Ratna Sari Dewi, M.Farm.

# FARMASI KLINIS

(Kegiatan dan Keterampilan  
Tenaga Kefarmasian)



**DARI DISEASE  
KE  
PATIENT PROBLEMS**

---

# Evolusi Pelayanan Rumah Sakit

## Era 1

- Disease-centered care

## Era 2

- Doctor-centered care

## Era 3

- Patient-centered care

## Era 4

- Integrated multidisciplinary problem-based care

**“Rumah sakit modern tidak lagi dibangun di sekitar profesi, tetapi di sekitar kebutuhan pasien.”**

---

# ICD Penting, Tapi Pasien tidak datang membawa kode ICD.”

Pasien datang membawa masalah.

“What matters to you?”

**Contoh:**

- “Saya ingin bisa berjalan lagi.”
- “Saya ingin bisa makan tanpa sesak.”
- “Saya ingin pulang dan mandiri.”

**“Outcome terbaik bukan hanya survival, tetapi kembalinya fungsi hidup pasien.”**

---

# Farmasis dalam Integrated Care

Apoteker sekarang ikut:

Ronde Klinis

Rekonsiliasi Obat

Antimicrobial stewardship

Monitoring terapi

Discharge planning

**Clinical pathway**



PEDOMAN PENYUSUNAN  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS DAN  
*CLINICAL PATHWAY* DALAM ASUHAN  
TERINTEGRASI SESUAI STANDAR  
AKREDITASI RUMAH SAKIT 2012



# Farmasis dalam Clinical Pathway

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKF)
<b>PENGKAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) APPENDISITIS</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>3. Identifikasi DRP (Drug Related Problem)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Obat-obat yang harus dihentikan sebelum operasi (Aspirin, anti platelet, antikoagulan, NSAID, ACEI, ARB)</li> <li>Pemilihan antibiotik profilaksis yang kurang tepat</li> <li>Kegagalan terapi infeksi luka operasi (ILO)</li> <li>Pemilihan anti emetic, analgesik</li> <li>Potensi interaksi obat</li> <li>Dosis obat</li> <li>Potensi Efek samping obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rekomendasi obat-obat yang dihentikan sebelum operasi</li> <li>Rekomendasi pemilihan antibiotik profilaksis</li> <li>Pemantauan terapi obat</li> <li>Monitoring efek samping obat</li> <li>Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring &amp; Evaluasi</b>	Monitoring Post Operasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>TTV : Temperatur, nadi, BP untuk menilai efektif ILO</li> <li>KK : inflamasi pada daerah insisi, nyeri, mual</li> <li>Lab : leukosit</li> </ol>
<b>6. Edukasi &amp; Informasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hentikan pemakaian obat anti koagulan, anti platelet, aspirin, minimal 7 hari sebelum operasi</li> <li>Hentikan pemakaian obat ACE inhibitor dan ARB 24 jam sebelum operasi</li> </ol>
<b>7. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik

## CLINICAL PATHWAY APENDISITIS ACUTA Rumah Sakit Kelas B

		No. RM:	
Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD:	hari
		Lama rawat	
Penyakit Penyerta		Kode ICD:	
		Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD:	/
		R.Rawat/Klas	
Tindakan		Kode ICD:	Ya/Tidak
		Rujukan	
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio, psiko-sosial- spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, WBC, TROMBOCYT, CT, BT, PTA , APTT									Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	THORAX AP USG									> 40 Tahun
4. KONSULTASI	Penyakit Dalam Paru/ Cardiologi Anesthesi									
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas indikasi/Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift

**PENDOKUMENTASIAN  
ASUHAN PASIEN  
PCC-APT**

---

# KONSEP PENDOKUMENTASIAN ASUHAN PASIEN

PCC-APT + POMR = Human-centered integrated care

- “ PCC-APT membantu seluruh profesi bekerja bersama untuk pasien.”
  - “POMR membantu kita memahami pasien.”
  - “ICD membantu kita memahami penyakit.”
- 
- 
-

# Mengapa Dokumentasi Menjadi Penting

Bila kita berbicara tentang pelayanan pasien terintegrasi, maka pertanyaan berikutnya adalah: bagaimana seluruh Profesional Pemberi Asuhan bekerja dalam satu sistem yang sama?

Kolaborasi tidak cukup hanya dengan rapat bersama.

**Kolaborasi harus:**

- Terlihat,
- Terdokumentasi,
- Dapat ditelusuri,
- Dan dapat dievaluasi.”

Karena itu **dokumentasi** pelayanan pasien sesungguhnya **bukan pekerjaan administratif** semata, tetapi: **alat komunikasi klinis**, **alat koordinasi tim**, dan alat menjaga **continuity of care**.

---

---

---

# Problem Oriented Medical Record atau POMR

Ini merupakan revolusi besar dalam dokumentasi medis.

Karena untuk pertama kalinya rekam medis tidak lagi disusun berdasarkan:

- Profesi,
- Departemen,
- Atau urutan kronologis semata

Tetapi disusun berdasarkan: **masalah pasien**

- Dalam paradigma lama kita bertanya: **Apa diagnosis pasien?'**
- Tetapi dalam POMR kita mulai bertanya: **Masalah apa yang dimiliki pasien?**

Karena itulah **Dr. Lawrence Weed** pada tahun 1960-an memperkenalkan konsep: **Problem Oriented Medical Record (POMR)**

---

---

---

# Problem Oriented Medical Record atau POMR

Karena pasien tidak datang hanya membawa diagnosis.

Pasien datang dengan:

- nyeri,
- sesak,
- keterbatasan mobilitas,
- risiko jatuh,
- polifarmasi,
- malnutrisi,
- kecemasan,

**Sampai masalah kepatuhan obat**

Dan sebagian besar masalah tersebut: **tidak bisa diselesaikan oleh satu profesi saja.”**

---

---

# Empat Komponen Dasar POMR

POMR memiliki empat komponen utama:

## 1. Database

- Pengkajian awal pasien secara komprehensif.

## 2. Problem List

- Daftar seluruh masalah pasien.

## 3. Initial Plan

- Rencana asuhan terhadap setiap masalah.

## 4. Progress Notes

- Evaluasi perkembangan pasien secara terstruktur.
- 
- 
-

# Di Mana Posisi Farmasis

**Dalam model ini, farmasis tidak lagi berada di luar proses dokumentasi pasien.**

**Tetapi ikut:**

- Mengidentifikasi masalah,
- Menganalisis DRP,
- Menilai risiko interaksi obat,
- Melakukan medication reconciliation,
- Memonitor efek samping,
- Melakukan deprescribing,
- Dan ikut mengevaluasi outcome pasien.

**Artinya:**

**Farmasis sekarang bukan hanya mengelola obat, tetapi ikut mengelola perjalanan terapi pasien.**

---

---

# Dari 'What is the Matter?' menuju 'What Matters to You?'

Perkembangan paling modern dari POMR adalah: bukan hanya fokus pada **disease problem**, tetapi juga: **patient goals**.

Kita mulai bertanya: **What matters to you?**

**Karena keberhasilan terapi bukan hanya:**

- tekanan darah membaik,
- leukosit turun,
- atau saturasi naik.

**Tetapi:**

- apakah pasien bisa kembali berjalan,
  - kembali makan,
  - kembali mandiri,
  - kembali bekerja,
  - dan kembali menjalani kehidupannya.
- 
- 
-



**PERAN FARMASIS  
DALAM INTEGRATED PATIENT CARE**

---

# Farmasis Terlibat Sejak Admission

## Tampilan Daftar Masalah

- Polifarmasi,
- Interaksi,
- DRP,
- Adherence,
- Risiko efek samping.

## Pesan:

**“Farmasis ikut mengidentifikasi masalah pasien.”**

---

---

---

## B. DAFTAR MASALAH PASIEN (Problem List)

**PETUNJUK:** Identifikasi SEMUA masalah pasien (medis, keperawatan, farmasi, nutrisi, rehabilitasi, psikososial). **Tuliskan dalam bahasa yang jelas & dapat dipahami semua PPA. Prioritaskan masalah (1=Highest, 5=Lowest).**



No	Masalah Utama Pasien	Prioritas (H/M/L)	Sumber Identifikasi	Status	Tgl Resolved
1	Gangguan oksigenasi akibat pneumonia	H	Medis/Keperawatan	Active	
2	Keterbatasan mobilisasi karena sesak	M	Keperawatan/Fisio	Active	
3	Risiko aspirasi akibat batuk tidak efektif	H	Medis/Keperawatan	Active	
4	Asupan nutrisi < 50% kebutuhan	M	Dietisien/Keperawatan	Active	
5	Polifarmasi risiko tinggi	M	Farmasi/Medis	Active	

**KETERANGAN:** Prioritas: H=High (urgent/life-threatening), M=Medium (perlu perhatian), L=Low (tidak urgent). Status: Active (masih berlangsung), Resolved (sudah selesai), On-hold (ditunda).

# Farmasis dalam Analisis Masalah

**Tampilan tabel integrated analysis.**

- **Terlihat:**

Setiap profesi melihat pasien dari perspektif berbeda.

**Lalu pastikan:**

- “Tanpa perspektif farmasi, sebagian masalah pasien tidak akan terlihat.”
- 
- 
-

### C. ANALISIS MASALAH OLEH SETIAP PROFESI & PATIENT GOALS

**PETUNJUK:** Setiap PPA menganalisis masalah dari perspektif profesinya. **PENTING:** Dokumentasikan **PATIENT GOALS** untuk setiap masalah ("What matters to you?").

Masalah	Medis	Keperawatan	Farmasi	Diet/Fisio/Lain	Patient Goals
<b>Gangguan oksigenasi</b>	Infiltrat lobaris; SpO2<92%; risiko gagal napas	Pola napas tidak efektif; takipnea; batuk tidak efektif	Evaluasi dosis antibiotik; cek fungsi ginjal	Asupan <50%; sekret sulit keluar	"Saya ingin bisa bernapas lega lagi seperti biasa"
<b>Keterbatasan mobilisasi</b>	Sesak aktivitas minimal	Ketidakmampuan mobilisasi; risiko jatuh	Risiko hipotensi ortostatik	Kekuatan otot menurun	"Ingin bisa ke kamar mandi sendiri"
<b>Risiko aspirasi</b>	Produksi sekret tinggi; risiko aspirasi	Gangguan menelan; perlu posisi aman	Evaluasi obat sedasi	Modifikasi diet; latihan pernapasan	"Ingin bisa makan/minum tanpa tersedak"
<b>Asupan nutrisi kurang</b>	Inflamasi → kebutuhan energi ↑	Mual; lemah; intake menurun	Perlu suplemen; cek interaksi	Risiko malnutrisi; diet tinggi protein	"Ingin nafsu makan kembali normal"
<b>Polifarmasi</b>	Antibiotik+bronkodilator+antikoagulan	Pengawasan efek samping	Evaluasi interaksi; deprescribing	Perhatikan mual akibat obat	"Takut efek samping obat terlalu banyak"

**NOTE:** Patient Goals harus dicatat dalam bahasa pasien sendiri (quotes). Ini membantu tim memahami "what matters" untuk pasien, bukan hanya "what's the matter".

# Farmasis dalam Integrated Care Plan

Lihat tampilan integrated care plan.

**Pastikan:**

- Deprescribing, proses mengurangi, menghentikan, atau menyederhanakan penggunaan obat.
- Monitoring,
- Reconciliation,
- Monitoring interaksi,
- Stewardship (PPRA-PGA)

**Pecan nyata:**



**“Farmasis sekarang ikut menyusun rencana asuhan pasien.”**

---

---

## D. RENCANA ASUHAN TERINTEGRASI (Integrated Care Plan)

**PETUNJUK:** Buat rencana TERINTEGRASI dari SEMUA profesi untuk setiap masalah. **Target/Outcome harus MEASURABLE (gunakan angka, waktu, parameter objektif).** Timeline realistis.

Masalah (No)	Intervensi Multiprofesi (Sebutkan profesi & intervensi)	Target / Outcome (MEASURABLE)	Timeline
1. Gangguan oksigenasi	 <ul style="list-style-type: none"><li>• Dokter: Antibiotik (Ceftriaxone 2g/24j IV) + O2 nasal 3L/min</li><li>• Perawat: Posisi semi-Fowler 45°, airway care q4j, nebulisasi q6j</li><li>• Farmasi: Monitor fungsi ginjal (Cr clearance), review dosis</li><li>• Dietisien: Diet tinggi protein (1.5g/kgBB/hari)</li><li>• Fisio: Breathing exercise 3x/hari, chest physiotherapy</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SpO2 ≥ 95% tanpa O2</li><li>• RR 16-20x/menit</li><li>• Suara napas vesikuler</li><li>• Tidak ada ronkhi</li></ul>	24-72 jam
2. Keterbatasan mobilisasi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dokter: Kontrol sesak, evaluasi saturasi</li><li>• Perawat: Bantu mobilisasi bertahap, monitor vital signs</li><li>• Fisio: Mobilisasi dini (duduk→berdiri→jalan), ROM exercise</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dapat duduk &gt;30 menit tanpa sesak</li><li>• Dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan minimal</li><li>• Tidak ada risiko jatuh</li></ul>	Hari ke-2 s/d discharge
3. Risiko aspirasi	 <ul style="list-style-type: none"><li>• Dokter: Kontrol produksi sekret, evaluasi reflex batuk</li><li>• Perawat: Posisi kepala 30-45°, suction PRN</li><li>• Farmasi: Evaluasi obat yang ↑ risiko aspirasi</li><li>• Dietisien: Diet lunak, modifikasi konsistensi</li><li>• Fisio: Latihan pernapasan, strengthening batuk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tidak ada episode aspirasi</li><li>• Batuk efektif (dapat mengeluarkan sekret)</li><li>• Refleks menelan adekuat</li></ul>	Harian (monitoring)

<b>3. Risiko aspirasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter: Kontrol produksi sekret, evaluasi reflex batuk</li> <li>• Perawat: Posisi kepala 30-45°, suction PRN</li> <li>• Farmasi: Evaluasi obat yang ↑ risiko aspirasi</li> <li>• Dietisien: Diet lunak, modifikasi konsistensi</li> <li>• Fisio: Latihan pernapasan, strengthening batuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada episode aspirasi</li> <li>• Batuk efektif (dapat mengeluarkan sekret)</li> <li>• Refleks menelan adekuat</li> </ul>	Harian (monitoring)
<b>4. Asupan nutrisi kurang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietisien: Diet TKTP 2000 kkal/hari, porsi kecil 6x/hari</li> <li>• Perawat: Monitor intake output, bantu makan</li> <li>• Dokter: Antiemetik jika mual, evaluasi status nutrisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asupan ≥ 75% kebutuhan</li> <li>• Albumin ≥ 3.0 g/dL (dalam 5-7 hari)</li> <li>• Tidak ada mual/muntah</li> </ul>	48-72 jam untuk intake; 5-7 hari untuk lab
<b>5. Polifarmasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmasi: Review interaksi obat, medication reconciliation</li> <li>• Dokter: Deprescribing obat yang tidak essential</li> <li>• Perawat: Monitor efek samping (nausea, bleeding, dll)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada drug-drug interaction signifikan</li> <li>• Tidak ada adverse drug reaction</li> <li>• Jumlah obat optimal (&lt;5 jenis)</li> </ul>	Harian (review) + saat discharge

**CONTOH OUTCOME MEASURABLE:** "SpO2 ≥95%", "RR 16-20x/min", "Asupan ≥75%", "Pain scale ≤3/10", "Dapat berjalan 50 meter". **HINDARI:** "Sesak berkurang", "Kondisi membaik", "Nutrisi adekuat" (terlalu subjektif!).

# Farmasis dalam Evaluasi Harian

**Lihat tampilan evaluasi harian pada CPPT.**

- Farmasis melakukan evaluasi harian (sesuai PAKf)
- Menuliskan SOAP pada lembar CPPT
- Mencatat kejadian efek samping obat, dan melaporkan
- Memfasilitasi pelaksanaan PGA

**Pastikan:**

- **“Farmasis tidak lagi bekerja episodik, tetapi longitudinal mengikuti perjalanan pasien.”**
- 
- 
-

## E. EVALUASI HARIAN TIM TERPADU

**PETUNJUK:** Review harian oleh TIM. Evaluasi progress setiap masalah. **Dokumentasikan VARIANCE (jika care deviate dari plan).** Update rencana sesuai kondisi.

Tgl/Jam	Masalah (No)	Perkembangan & Evaluasi Outcome	Variance? (Y/N + Alasan)	Rencana Lanjutan
Day 1 08:00	#1 Oksigenasi	✓ SpO2 94% (O2 3L) ✓ RR 24x/min Ronkhi (+) kedua lapang Outcome: Partially met	N (Sesuai expected progress)	Lanjut antibiotik Lanjut O2 Inten airway care
Day 1 14:00	#4 Nutrisi	Asupan 40% (mual) X Target 75% not met	Y Alasan: Efek samping antibiotik → mual	Tambah antiemetik Diet porsi kecil sering Konsul dietisien
Day 2 08:00	#1 Oksigenasi	✓ SpO2 96% (O2 2L - weaning) ✓ RR 20x/min ✓ Ronkhi berkurang Outcome: Improving	N	Weaning O2 bertahap Lanjut terapi Evaluasi foto thorax
Day 2 08:00	#2 Mobilisasi	✓ Dapat duduk 20 menit ✓ Vital signs stabil Outcome: Met	N	Latihan berdiri Mobilisasi ke kursi Target: jalan 5 meter
Day 3 08:00	#1 Oksigenasi	✓ SpO2 96% tanpa O2! ✓ RR 18x/min ✓ Ronkhi (-) OUTCOME MET	N	O2 discontinued Lanjut monitoring Persiapkan discharge

# Farmasis dalam Discharge Planning

## Lihat tampilan Discharge Readiness & Discharge Process

- Medication reconciliation,
- Edukasi obat,
- Adherence,
- Continuity.

### Pastikan:

**“Asuhan farmasi tidak berhenti ketika resep diberikan. Tetapi berlanjut sampai pasien pulang.”**

---

---

---

## F. RENCANA PULANG & TRANSISI LAYANAN (Discharge Planning)

**PETUNJUK:** Discharge planning dimulai sejak admission! Koordinasi dengan keluarga & komunitas.

Pastikan **POST-DISCHARGE FOLLOW-UP** jelas.

Target Tanggal Pulang	Day 5-7 (jika outcome tercapai)
<b>Masalah yang Masih Aktif saat Pulang</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• DM tipe 2 (kronik - perlu kontrol)</li><li>• Hipertensi (kronik - perlu kontrol)</li><li>• Post-pneumonia (monitoring lanjutan)</li></ul>
<b>Obat Pulang (Farmasi)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Amoxicillin 500mg - 3x1 - 7 hari (habiskan)</li><li>2. Paracetamol 500mg - 3x1 - jika demam</li><li>3. [Obat kronik pasien dilanjutkan]</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Medication reconciliation done</li><li>✓ Patient counseling done</li><li>✓ Written instruction given</li></ul>
<b>Edukasi Pulang (Multiprofesi)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medis: Tanda bahaya (sesak, demam tinggi, nyeri dada) → segera ke RS</li><li>• Keperawatan: Perawatan diri, kebersihan, aktivitas bertahap</li><li>• Farmasi: Cara minum obat, efek samping, pentingnya adherence</li><li>• Dietisien: Diet tinggi protein, cairan cukup, hindari makanan dingin</li><li>• Fisio: Latihan pernapasan di rumah, mobilisasi bertahap</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Written materials given</li><li>✓ Teach-back method done</li><li>✓ Family involved in education</li></ul>

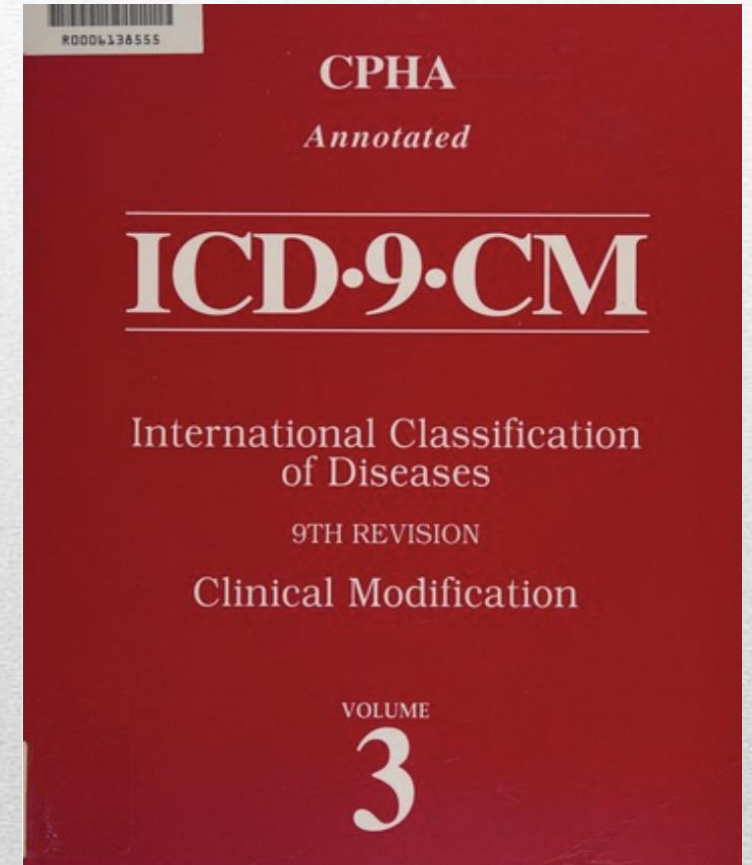
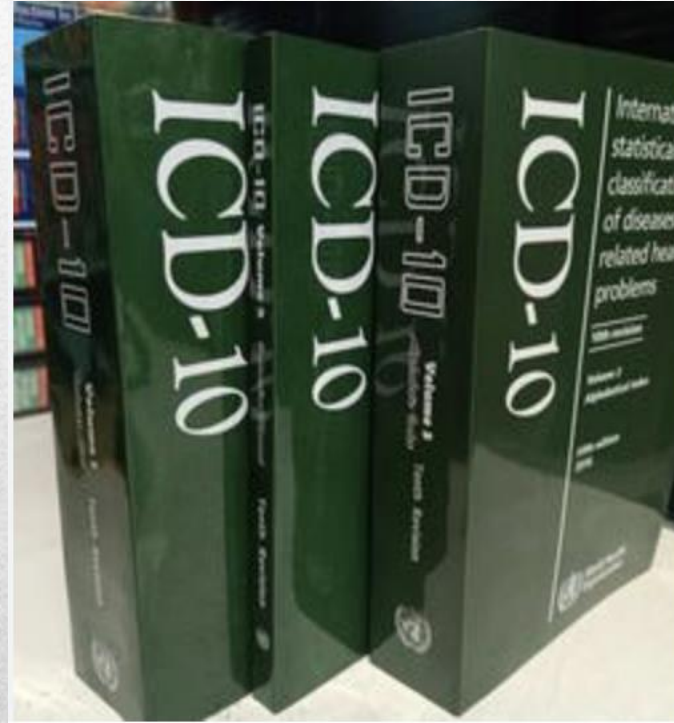
# Mengapa ICD Tetap Penting

---

# ICD sebagai Bahasa Sistem

## ICD menentukan:

- Pathway,
- Severity,
- Evaluasi mutu,
- Antibiotik,
- Costing,
- INA-CBG,
- Audit.



**APAKAH FARMASIS PERLU PAHAM ICD?**

**BAGAIMANA KONVERSI  
KODING FRS & KODING ICD**

Bila pertanyaan ini diajukan 20 tahun yang lalu, mungkin jawabannya: **'tidak terlalu perlu.'**

**Karena pada masa itu peran farmasis masih banyak dipandang sebagai:**

- Dispensing,
- Logistik obat,
- Dan manajemen perbekalan farmasi

**Tetapi rumah sakit modern sudah berubah**

**Farmasis sekarang:**

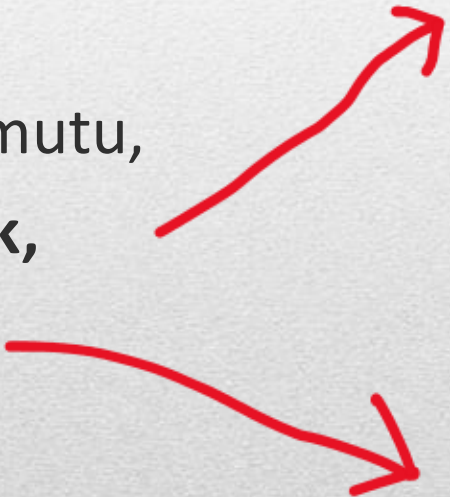
- Ikut clinical round,
- Ikut antimicrobial stewardship,
- Ikut medication reconciliation,
- Ikut discharge planning,
- Ikut evaluasi DRP,
- Ikut monitoring terapi,

**Bahkan ikut menentukan outcome pasien.**

Dan ketika farmasis mulai masuk ke dalam proses clinical care, maka farmasis perlu memahami: **konteks klinis pasien.**

# ICD sebagai Bahasa Sistem

## ICD menentukan:

- Pathway,
  - Severity,
  - Evaluasi mutu,
  - **Antibiotik,**
  - **Costing,**
  - INA-CBG,
  - Audit.
- 

## ICD dan Antimicrobial Stewardship

- Diagnosis,
- Pola antibiotik,
- PPRA,
- Resistensi,
- Evaluasi penggunaan antibiotik.

## ICD dan Pharmacoeconomics

- High cost drugs,
- Value,
- LOS,
- Readmission,
- Cost effectiveness.

# ICD adalah Bahasa Sistem Pelayanan

“Di rumah sakit modern, ICD bukan sekadar coding administrasi.”

Karena melalui ICD:

- Penyakit diklasifikasikan,
- Kompleksitas pasien dikenali,
- Clinical pathway ditentukan,
- Mutu dievaluasi,
- Penggunaan antibiotik dianalisis,
- Biaya dihitung,
- INA-CBG ditentukan,
- Dan outcome pelayanan dibandingkan.

ICD adalah: **bahasa bersama sistem pelayanan kesehatan.**”

---

---

---

# Mengapa Farmasis Perlu Memahami ICD

“Karena obat tidak pernah berdiri sendiri”

Obat selalu terkait dengan:

- Diagnosis,
- Severity,
- Komorbid,
- Tindakan,
- Pathway,

**Dan target outcome pasien.**

Tanpa memahami ICD, farmasis mungkin memahami obatnya, tetapi belum tentu memahami: **konteks klinis penggunaan obat tersebut.**

---

---

---

# Contoh Yang Nyata Obat Meropenem

**Meropenem bisa menjadi:**

- sangat tepat,
- atau sangat tidak tepat.”

**Tergantung:**

- diagnosis ICD,
- severity pasien,
- hasil kultur,
- organ dysfunction,
- dan clinical pathway pasien.

**“Jadi: memahami ICD membantu farmasis memahami rasionalitas terapi.”**

---

---

---

# ICD dan Aktivitas Klinis Farmasis

## Pemahaman ICD membantu farmasis dalam:

- Medication review,
- DRP analysis,
- Antimicrobial stewardship,
- Therapeutic monitoring,
- Pharmacoeconomics,
- Medication safety,
- Formulary management,
- Dan discharge planning.”

**Artinya:**  
ICD membantu farmasis membaca  
“clinical story’ pasien.”

## ICD dan Antimicrobial Stewardship

### Ketika farmasis melihat kode:

- **A41 Sepsis,**
- **J18 Pneumonia,**
- **N39 UTI,**



### Maka farmasis mulai memahami:

- **spektrum terapi,**
- **risiko resistensi,**
- **kebutuhan kultur,**
- **durasi terapi,**
- **sampai kebutuhan de-escalation.”**

# ICD dan Aktivitas Klinis Farmasis

## ICD dan Pharmacoeconomics

**ICD juga membantu farmasis memahami:**

- Kelompok high cost disease,
- Penggunaan high cost drugs,
- Evaluasi cost effectiveness,
- Serta hubungan terapi dengan INA-CBG.”

**Karena rumah sakit modern tidak hanya dituntut: efektif secara klinis, tetapi juga: efisien secara ekonomi.**

---

---

---

# ICD dan Integrasi Pelayanan

## Dalam PCC-APT

Seluruh Profesional Pemberi Asuhan bekerja menggunakan:

- Problem list yang sama,
- Patient goals yang sama,
- Dan clinical language yang sama.”

“Dan salah satu bahasa bersama tersebut adalah: **ICD.**”

### **Tetapi**

“Namun kita juga harus memahami: **pasien bukan sekadar kode ICD.**”

**Karena itu:**

**ICD harus dipahami bersama dengan:**

- POMR,
  - Problem list,
  - Patient goals,
  - Dan integrated care plan.
- 
- 
-

**KONVERSI KODING FARMASI  
DENGAN  
KODING ICD 10 & ICD 9-CM**

---

# SINKRONISASI KODING YANFAR DENGAN ICD 10 & ICD 9 CM

NO	MASALAH	CODING FRS	COD ICD/ICD 9 CM
<b>Kategori 1: Pengkajian &amp; Pelayanan Resep</b>		<b>F01</b>	<b>ICD-10:</b>
1	Kesalahan resep	F01.1	Z92.1, ICD-9-CM: V58.1
2	Keterlambatan pengambilan obat .	F01.2	Z92.2, ICD-9-CM: V58.2
3	Keterbatasan informasi pasien	F01.3	Z71.1, ICD-9-CM: V65.1
<b>Kategori 2: Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat</b>		<b>F02</b>	<b>ICD-10:</b>
1	Riwayat alergi obat.	F02.1	T78.1, ICD-9-CM: 995.1
2	Riwayat efek sampingan obat.	F02.2	Y40-Y59, ICD-9-CM: 995.2
3	Riwayat interaksi obat-obatan	F02.3:	Y40-Y59, ICD-9-CM: 995.2
<b>Kategori 3: Rekonsiliasi Obat</b>		<b>F03</b>	<b>ICD-10:</b>
1	Perbedaan dosis obat	F03.1	ICD-10: Z92.3, ICD-9-CM: V58.3
2	Perbedaan jenis obat	F03.2	ICD-10: Z92.4, ICD-9-CM: V58.4
11	Perbedaan waktu pengambilan obat	F03.3	ICD-10: Z92.5, ICD-9-CM: V58.5

# **Farmasis dalam Remunerasi RS**

---

# JASA PELAYANAN ERA JKN

- MENGANUT PRE PAYMENT SISTIM
  - PENTARIFAN DENGAN POLA CASE MIX/DRG
  - PELAYANAN MENGIKUTI **POLA MANAGED CARE**
  - TIDAK LAGI MENGGUNAKAN **POLA FEE FOR SERVICE**
  - JASA PELAYANAN DIBAYAR DENGAN **SISTIM REMUNERASI**
  - **STAF FARMASIS** MENJADI BAGIAN DARI **STAF KLINIS RS**
-



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR : 625/Menkes/SK/V/2010**

**TENTANG**

**PEDOMAN PENYUSUNAN SISTEM REMUNERASI  
PEGAWAI BADAN LAYANAN UMUM RUMAH SAKIT  
DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :**
- bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal 36 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka dianggap perlu untuk menyusun pedoman sistem remunerasi pegawai BLU Rumah Sakit yang layak dan adil di lingkungan Kementerian Kesehatan;
  - bahwa remunerasi bagi pegawai BLU Rumah Sakit dapat mendorong motivasi bekerja dan kinerja serta pengembangan diri pegawai yang akan berdampak pada kualitas dan inovasi pelayanan rumah sakit;
  - bahwa sesuai pertimbangan huruf a dan b di atas, perlu ditetapkan Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai BLU Rumah Sakit dengan suatu Keputusan Menteri.
- Mengingat :**
- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3041) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang pokok-pokok kepegawaian;
  - Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 Tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  - Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
  - Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
  - Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950  
Telepon : (021) 5201590 (Hunting), Faksimile : (021) 5261814, 5203872  
Website: www.yankes.kemkes.go.id



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/7373/2023**

**TENTANG**

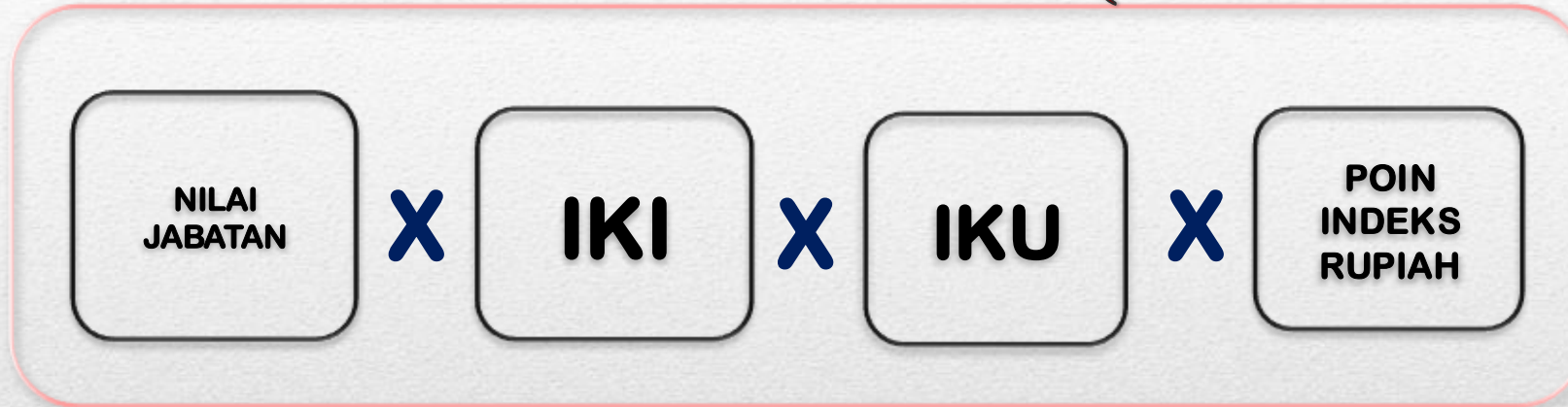
**PETUNJUK TEKNIS PELAKSANAAN REMUNERASI PADA SATUAN  
KERJA RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN DIREKTORAT JENDERAL  
PELAYANAN KESEHATAN YANG MENERAPKAN POLA PENGELOLAAN  
KEUANGAN BADAN LAYANAN UMUM**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,**

- Menimbang :**
- bahwa pegawai pada instansi yang telah menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum dapat diberikan remunerasi;
  - bahwa dalam rangka pemberian remunerasi oleh masing-masing pemimpin badan layanan umum yang terstandar dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, kepatutan, kinerja, dan untuk tertib administrasi pengusulan remunerasi, diperlukan petunjuk teknis;
  - bahwa sistem remunerasi yang berlaku selama ini perlu dilakukan penyesuaian dengan kondisi dan kebutuhan yang mendukung transformasi sistem kesehatan pada Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Direktorat

# FORMULA PERHITUNGAN REMUNERASI PEGAWAI RS (PMK 625/2010)



Nilai jabatan/*Job Value* adalah gambaran profil suatu pekerjaan atas seluruh faktor-faktor penilaian atau penimbang yang dinyatakan dalam total nilai;

Indeks Kinerja Individu ( IKI ) ditetapkan melalui suatu penilaian yaitu dengan membandingkan antara pencapaian total target dengan Satuan Kinerja Individu (SKI) pada faktor-faktor yang ditentukan dan ditargetkan / Full Time Equivalent (FTE).

Indeks Kinerja Unit ( IKU ) ditetapkan berdasarkan pencapaian total target unit kerja tempat pekerjaan pegawai pemegang pekerjaan tersebut dalam struktur organisasi.

Poin indeks adalah nilai satuan rupiah yang ditetapkan berdasarkan analisa hasil kerja rumah sakit dan penetapan anggaran remunerasi.

## METODE REMUNERASI TOTAL

- Melibatkan seluruh karyawan/staf rumah sakit
  - Tinggalkan sistim FFS, menggunakan P1-P2-P3
  - Tetapkan Nilai Jabatan (Job Value) setiap staf RS
  - Staf RS akan dibayar menggunakan Nilai Jabatannya
  - Nilai Jabatan ditetapkan berdasarkan Profesional Grade menggunakan 10 faktor penimbang
  - Besaran Remunerasi ditentukan oleh Nilai Poin Indeks Rupiah (PIR) di rumah sakit.
  - Faktor penentu adalah penilaian kinerja (IKI & IKU)
-

# KELOMPOK JABATAN ANALIS FARMASI

KELOMPOK JABATAN

G R A D E

---

Farmasi. V

Analisis Konseptual TK. I

Farmasi. IV

Analisis Dasar Trampil

Farmasi. III

Analisis Dasar

Farmasi. II

Analisis Khusus Trampil

Farmasi. I

Analisis Khusus.

---

**PERINGKAT JABATAN KORPORATE  
RUMAH SAKIT SENDIRI TAHUN 2018**

CORP GRADE	BATAS GRADE MINIMAL	JND	BATAS GRADE MAKSIMAL											CORP GRADE								
20	8.102	20%	9.722											20								
19	6.751	20%	8.101											19								
18	5.625	20%	6.750											18								
17	4.686	20%	5.624	<b>MEDIK</b>										<b>DIREKTUR UTAMA</b>	17							
16	3.905	20%	4.685	MS 4	Medik Spesialis 4											<b>DIREKTUR</b>	16					
15	3.253	20%	3.904	MS 3	Medik Spesialis 3												15					
14	2.710	20%	3.252	MS 2	Medik Spesialis 2											<b>STRATEGIK LEADER</b>	14					
13	2.257	20%	2.709	MS 1	Medik Spesialis 1						SL 3	Strategik Leader II				13						
12	1.880	20%	2.256	M 3	Medik 3						SL 2	Strategik Leader II				12						
11	1.566	20%	1.879	M 2	Medik 2	<b>PERAWAT KLINIK</b>		<b>PENUNJANG MEDIK</b>							<b>OPERATIONAL LEADER</b>		SL 1	Strategik Leader I	11			
10	1.304	20%	1.565	M 1	Medik 1	PK 5	Mastery	PM 5	Analisis Konsep Tk 1						OL 3	Supervisi				10		
9	1.086	20%	1.303			PK 4	Expert	PM 4	Analisis Dasar						OL 2	Supervisi Operasional				9		
8	904	20%	1.085			PK 3	Competence	PM 3	Teknik Khusus Terampil						<b>OPERATIONAL STAF</b>		OL 1	Supervisi Tehnis				8
7	753	20%	903			PK 2	Intermediate	PM 2	Teknik Khusus	OS 5	Analisis Konseptional I									7		
6	626	20%	752			PK 1	Beginner	PM 1	Fresh Graduate	OS 4	Analisis Konseptional II									6		
5	521	20%	625								<b>GENERAL RANK</b>		OS 3	Analisis Dasar Terampil				5				
4	433	20%	520								GR 4	Teknis Umum	OS 2	Analisis Dasar				4				
3	360	20%	432								GR 3	Teknis Umum	OS 1	Teknik Terampil				3				
2	300	20%	359								GR 2	Teknis Umum						2				
1	249	20%	299								GR 1	Umum						1				

**STAF :**

1. MEDIS	M, MS
2. KLINIS	PK, PM
3. NON KLINIS	GR, OS

# INDEKS KINERJA INDIVIDU ( I K I )

STANDAR PENILAIAN KINERJA INDIVIDU			
KATEGORI NILAI	NILAI	NILAI IKI	TARGET KINERJA
<b>BAIK SEKALI</b>	$\geq 15$	<b>3</b>	$\geq 150\%$
<b>BAIK</b>	11 sd. < 15	2.9	140% sd. < 150%
	10 sd. < 11	2.6	130% sd. < 140%
	9 sd. < 10	2.3	115 % sd. < 130%
	8 sd. < 9	2	100% sd. < 115%
<b>SEDANG</b>	7 sd. < 8	1.9	96% sd. < 100 %
	6 Sd. < 7	1.6	94 % sd. < 96%
	5 sd. < 6	1.3	92 % sd. < 94%
	4 sd. < 5	1	90 % sd. < 92%
<b>KURANG</b>	3 sd. < 4	0.9	80% sd. < 90%
	2 sd. < 3	0.8	70% sd. < 80%
	1 sd. < 2	0.7	60% sd. < 70%
	0 sd. < 1	0.5	< 60%

## **INDEKS KINERJA UNIT (IKU)**

<b>NO.</b>	<b>KINERJA UNIT</b>	<b>NILAI</b>
<b>1</b>	<b>&gt; 100% s.d. 150%</b>	<b>1.1</b>
<b>2</b>	<b>&gt; 80% s.d. 100%</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>50 % s.d. 80%</b>	<b>0.75</b>
<b>4</b>	<b>&lt; 50%</b>	<b>0.5</b>

**FARMASIS  
JUGA PERLU PAHAM  
SNOMED CT**

---

# SNOMED-CT dan AI

Di era AI dan digital hospital, komputer tidak bisa memahami narasi bebas manusia secara konsisten.

**AI membutuhkan:**

- Terminologi standar,
- Struktur data,
- Semantic relationship,
- Dan interoperabilitas.”

**Dan SNOMED-CT dibuat untuk tujuan tersebut.**

## Hubungan ICD, POMR dan SNOMED-CT

POMR

↓

Clinical Documentation

↓

SNOMED-CT

↓

Interoperability & AI

↓

ICD Mapping

↓

Quality Reporting & Reimbursement

# SNOMED-CT dari terminologi ke ICD

## Apa itu SNOMED-CT?

---

**SNOMED-CT** merupakan standar terminologi internasional terkait istilah klinik yang dikeluarkan oleh SNOMED International. Terminologi di SNOMED-CT merupakan standar terminologi klinis yang paling komprehensif dan dapat membantu untuk merepresentasikan konten klinis secara konsisten dalam sistem informasi kesehatan. Saat ini SNOMED-CT sudah digunakan di 44 negara secara nasional antara lain Amerika Serikat, Inggris, Australia, Singapore dan Malaysia serta *Affiliate Licenses* ke lebih dari 30.000 individu dan organisasi.

Ruang lingkup terminologi yang disediakan dari SNOMED-CT yaitu terkait temuan klinis (diagnosis, hasil pemeriksaan), struktur tubuh, nama organisme, prosedur/tindakan medis, konteks sosial, jenis zat aktif, obat, objek fisik, dan sebagainya. Dengan kelengkapan terminologi yang disediakan, SNOMED-CT dapat dipetakan ke standar internasional lain yaitu ICD-10, ICD-O, ICD-9 CM. SNOMED-CT mengakomodasi penambahan terminologi yang tersedia spesifik di konteks lokal, translasi ke bahasa lokal, dan akan selalu diperbaharui setiap tahunnya. Lisensi SNOMED-CT yang didapatkan oleh Kementerian Kesehatan dapat digunakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk bertukar data kesehatan di dalam SATUSEHAT Platform (SSP).

# **Masa Depan Farmasi Klinis**

---

# FARMASI KLINIS MASA DEPAN

Karena farmasi klinis modern membutuhkan data klinis yang:

- Detail,
- Interoperable,
- Real-time,
- Dan machine-readable.”

**Contohnya:**

- Medication reconciliation,
- Allergy alert,
- Drug interaction,
- Antimicrobial stewardship,
- Therapeutic monitoring,
- Pharmacovigilance,
- Precision medicine.”

**Semua itu membutuhkan: bahasa klinis digital yang standar.”**

## **Future | Pharmacy**

- AI
- Predictive analytics
- Precision medicine
- Pharmacogenomics
- Digital integrated care

**Pesan Penting:**

**Farmasis masa depan adalah  
clinical-data professional.**

# **Rumah sakit masa depan bukan hanya digital.**

Tetapi: semantic, interoperable, dan data-driven

Dan farmasis akan menjadi bagian penting dari ekosistem tersebut.

---

**terima kasih ..**