

TASK SHIFTING DALAM PENDISTRIBUSIAN OBAT DI RUMAH SAKIT DARURAT PENANGANAN COVID-19 WISMA ATLET KEMAYORAN

TASK SHIFTING IN THE DISTRIBUTION OF DRUGS IN COVID-19 EMERGENCY HOSPITAL WISMA ATLET KEMAYORAN

Dandung Ruskar^{1,2,6*}, Mochamat Helmi^{2,3}, IDK Widana¹, Tjahja Nurrobbi^{2,4}, Tugas Ratmono^{2,4,5}

¹Fakultas Keamanan Negara, Prodi Manajemen Bencana, Universitas Pertahanan

²RS Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran

³Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

⁴Markas Besar Tentara Nasional Indonesia

⁵Fakultas Kedokteran Universitas Ahmad Yani

⁶Lembaga Farmasi TNI Angkatan Laut Drs. Mochamad Kamal

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 yang terjadi saat ini menyebabkan *surge of capacity* termasuk dalam jumlah tenaga kefarmasian. Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran (RSDC WAK) mempunyai kapasitas menampung pasien dengan jumlah yang cukup besar sehingga membutuhkan perhatian khusus dalam ketersediaan tenaga farmasi. Akibat dari keterbatasan jumlah tenaga farmasi di RSDC WAK membuat *Task Shifting* dalam pelayanan kefarmasian menjadi penting untuk dapat dilakukan. Dalam hal ini pendistribusian obat kepada pasien COVID-19 yang seharusnya dilakukan oleh tenaga farmasi dilimpahkan kepada tenaga perawat. Apabila sistem ini tidak disertai dengan pembekalan, pengetahuan dan keterampilan khusus, tidak menutup kemungkinan akan terjadi kesalahan dalam pendistribusian obat yang akan berpotensi menurunkan mutu pelayanan kesehatan. Kajian ini memberikan gambaran tentang *Task Shifting* yang terjadi di RSDC WAK, kemudian melalui analisa literatur untuk menjelaskan bagaimana implementasi yang sebaiknya terjadi.

Kata Kunci: Pendistribusian Obat; Keterbatasan tenaga farmasi; Pelayanan Kefarmasian; *Task Shifting*.

ABSTRACT

The recent COVID-19 pandemics cause a surge of capacity in the number of pharmaceutical personnel. The Emergency Hospital Wisma Atlet Kemayoran can serve a large number of COVID-19 patients. Therefore, attention needs to be made to provide the number of personnel. Due to the limited number of pharmacy personnel in this hospital making *Task Shifting* in pharmaceutical services is an important factor to consider. In this regard, the distribution of drugs to COVID-19 patients that should be done by pharmacy personnel is delegated to nurses. However, if *Task Shifting* is not equipped with special knowledge and skills, it may have the possibility of errors in the distribution of drugs that may worsen the quality of health services. This study aimed as an overview of *Task Shifting* that occurred in this hospital and performed literature analysis to discuss how the implementation of *Task Shifting* should work.

Keywords: Drug Distribution; Limited pharmacy personnel; Pharmaceutical Services; *Task Shifting*.

PENDAHULUAN

Berawal dari kota Wuhan-Tiongkok pada bulan Desember 2019 sampai saat ini, pandemi *Corona Viruses Disease* 2019 (COVID-19) secara global belum juga menunjukkan penurunan prevalensi. Dari data Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional berdasarkan laman dari *World Health Organization* (WHO) pada tanggal 4 Januari 2020 menyebutkan sebaran COVID-19 secara global sudah melintasi 222 negara dengan jumlah pasien terkonfirmasi sebanyak 83.715.617 jiwa dan meninggal sebanyak 1.835.901 jiwa. Sedangkan di Indonesia sebanyak 772.103 jiwa pasien positif dengan angka kematian sebanyak 22.911 jiwa dimana Jakarta sebagai Ibu Kota negara masih menempati urutan nomor 1 sebaran COVID-19 tertinggi di Indonesia (1). Tingginya tingkat kematian di Indonesia dipengaruhi oleh keberadaan penyakit penyerta yang dimiliki oleh

pasien positif virus corona, usia rentan, dan fasilitas kesehatan yang kurang memadai (2).

Dalam menangani para pasien yang positif terinfeksi COVID-19, pemerintah juga dihadapkan dengan para tenaga medis yang ikut terpapar bahkan harus gugur saat bertugas menangani pandemi. Tanggal 04 Januari 2021, tim mitigasi Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia mencatat sepanjang tahun 2020 sebanyak 504 tenaga medis di Indonesia meninggal akibat terpapar COVID-19. Dari jumlah tersebut sebanyak 237 adalah dokter, 15 dokter gigi, 171 perawat, 64 bidan, 7 apoteker, dan 10 tenaga lab medik. Kematian tenaga medis di Indonesia tercatat yang paling tinggi di Asia dan masuk 5 besar di dunia (3). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mashabi S (2020) dengan judul "Riset FKUI : 83 Persen Tenaga Kesehatan Alami *Burnout*" menyebutkan bahwa tenaga laboratorium, perawat, apoteker, bidan, dokter gigi dan dokter spesialis paling banyak mengalami *Burnout* tingkat sedang (4).

Pengoperasian Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran (RSDC WAK) yang diresmikan pada tanggal 23 Maret 2020 oleh Presiden Joko Widodo merupakan salah satu upaya Pemerintah dalam menangani dan menekan sebaran pandemi COVID-19. Rumah sakit ini pada awalnya diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada 3000 pasien COVID-19 dengan gejala ringan sampai dengan sedang (5). Tetapi pada saat ini, RSDC WAK diharuskan untuk mampu merawat pasien berat akibat sukarnya mekaskanakan proses rujukan. Pada tanggal 04 Januari 2021 jumlah pasien yang dirawat di RSDC Wisma Atlet sebanyak 3889 pasien dari 4424 tempat tidur (87,90%) (6). Diambil dari laporan RSDC Wisma Atlet Kemayoran, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia tanggal 04 Januari 2021 sebanyak 2073 orang yang merupakan gabungan dari Lembaga, TNI/Polri, dan relawan lain.

Dari 2073 tenaga kesehatan yang tersedia, 114 diantaranya adalah tenaga farmasi dengan 38 apoteker dan 76 tenaga teknis kefarmasian (TTK). Tenaga kesehatan terbesar adalah tenaga perawat dengan jumlah 1424 perawat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian, ratio jumlah apoteker terhadap pasien rawat inap adalah 1 apoteker untuk 30 pasien rawat inap (7). Keterbatasan jumlah tenaga farmasi di Wisma Atlet pada akhirnya mendorong penerapan metode *Task Shifting* dari tenaga farmasi kepada profesi keperawatan terutama dalam melakukan pendistribusian logistik medis (logmed) kepada pasien. Kedaruratan penggunaan *Task Shifting* tanpa koordinasi, pembekalan pelatihan dan keterampilan akan berpotensi besar menimbulkan *medication error*. Berdasarkan latar belakang di atas, maka dalam penulisan ini penulis akan mendeskripsikan implementasi *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dan potensi *Medication Error* yang dapat terjadi bila dilaksanakan tanpa strategi yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan di RSDC WAK.

METODE KAJIAN

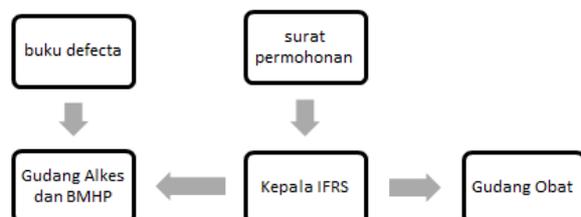
Kajian ini bersifat deskriptif dengan metode kualitatif observasional. Untuk menggambarkan proses *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dan tenaga perawat di RSDC WAK. Data hasil observasi kemudian dikaji berdasarkan studi literatur yang diharapkan dapat memberikan gambaran tentang sistem distribusi logistik farmasi di Rumah Sakit dan *Task Shifting* antar tenaga kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terkait pandemi COVID-19 beserta *medication error* yang ditimbulkan akibat implementasi yang tidak diikuti dengan strategi lain yang baik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Distribusi Logmed RSDC WAK

Sistem distribusi obat untuk penderita rawat inap yang diterapkan pada suatu rumah sakit berbeda-beda antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain, hal tersebut biasanya tergantung pada kebijakan rumah sakit, kondisi dan keberadaan fasilitas fisik, personel dan tata ruang suatu rumah sakit (8). Kegiatan pendistribusian logmed untuk pasien rawat inap yang dilakukan di bagian Instalasi Farmasi RSDC WAK, berdasarkan pengamatan menggunakan sistem distribusi kombinasi antara sistem distribusi *floor stock* di gudang logmed dan sistem distribusi resep perorangan (*individual prescribing*) di rawat inap. Sistem distribusi *floor stock* dilaksanakan melalui mekanisme satu pintu secara sentralisasi untuk permintaan yang berasal dari dalam dan dari luar lingkungan RSDC WAK. Sistem distribusi *floor stock* dari dalam lingkungan RSDC WAK dilaksanakan melalui sistem amprahan dan surat permohonan permintaan yang ditujukan kepada kepala IFRS/apoteker yang kompeten sedangkan permintaan dari luar lingkungan RSDC WAK dilaksanakan melalui surat permohonan permintaan yang ditujukan kepada koordinator RSDC WAK.

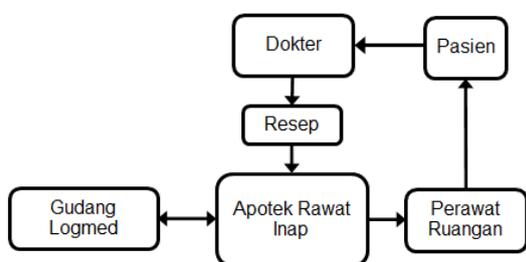
Sistem amprahan ditujukan untuk memenuhi permintaan kebutuhan yang berasal dari unit/bagian di dalam tower perawatan yang dilaksanakan secara terkoordinir berdasarkan satuan waktu dan dikelola oleh TTK dibawah supervisi apoteker yang berada di gudang logistik obat dan alkes. Jenis logmed yang dilayani melalui sistem amprahan adalah logmed selain obat, yaitu berupa alkes dan BMHP. Sistem amprahan diajukan dalam buku *defecta* yang akan dilayani setelah mendapatkan persetujuan dari Apoteker Penanggung Jawab (APJ) gudang alkes. Alur distribusi di dalam lingkungan RSDC WAK dapat dilihat dalam gambar 1. Permohonan permintaan logmed yang berasal dari luar lingkungan RSDC WAK diajukan dalam bentuk surat permohonan khusus yang ditujukan kepada Kepala Koordinator RSDC Wisma Atlet dengan kepala IFRS sebagai tembusan.



Gambar 1. Alur distribusi floor stock RSDC WAK

Selain itu, terdapat penempatan *trolley emergency* (TE) di sejumlah lantai masing-masing tower perawatan dan *emergency kit* (EK) yang berada di apotek rawat inap pusat. *Trolley emergency* adalah sarana untuk menyimpan dan mengangkut peralatan vital dan obat-obatan yang mungkin diperlukan dalam kode biru (*emergency cardiac*) ke lokasi darurat (9). Daftar isi logmed yang ada di TE dan EK berdasarkan koordinasi antara dokter, perawat dan apoteker. Pemenuhan logmed yang umumnya berupa *live saving* baik diajukan melalui surat permintaan permohonan dan ditujukan kepada kepala IFRS. TE dan EK disiapkan dan dikendalikan oleh bagian gudang logistik medis yang ditempatkan di beberapa lantai tiap tower. TE dan EK merupakan perpanjangan bentuk sistem distribusi *floor stock* di ruang rawat inap diluar amprahan. Akan tetapi pengelolaan TE dan EK secara ideal masih menjadi salah satu kendala yang dihadapi oleh IFRS dikarenakan keterbatasan sarana yaitu berupa ketersediaan jumlah *trolley* dan ketersediaan obat, alkes dan BMHP untuk ditempatkan di masing-masing *trolley*.

Sistem pendistribusian kepada pasien di Apotek Rawat Inap dilakukan melalui sistem resep perorangan (*individual prescribing*) yang diresepkan untuk kebutuhan selama 3 (tiga) hari ke depan secara sentralisasi. Alur distribusi Apotek Rawat Inap RSDC WAK dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Alur distribusi Apotek Rawat Inap RSDC WAK

Melalui observasi di lapangan dapat diketahui bahwa apotek rawat inap RSDC WAK dapat melayani resep rata-rata sebanyak 1600-1700 resep dalam sehari. Jumlah tenaga farmasi yang berada di apotek rawat inap sebanyak 100 personel terdiri dari 30 apoteker dan 70 TTK. Dalam sehari bekerja dalam tim yang terbagi dalam 3 (tiga) shift pelayanan. Pemilihan sistem distribusi kombinasi antara *floor stock* dengan *individul prescribing* sesuai dengan PMK Nomor 72 tahun 2016 (7). Penerapan sistem *floor stock* di gudang logmed ditujukan untuk mempermudah lalu lintas logmed dan sekaligus mempermudah pengawasan, pengendalian dan administrasi atas ketersediaan

karena dikelola langsung oleh apoteker yang dibanrtu oleh tenaga teknis kefarmasian. Sistem distribusi obat di rawat inap awalnya menggunakan sistem distribusi *unit dispensing dose* untuk mencegah resiko kehilangan obat dan kesalahan dalam pemberian obat ke pasien. Akan tetapi dengan pertimbangan kecepatan dan efisiensi dalam memberikan pelayanan kesehatan akhirnya disepakati menggunakan sistem *individual prescribing* untuk 3(tiga) hari ke depan dengan menggunakan bantuan tenaga perawat (*Task Shifting*) dalam pendistribusian langsung kepada pasien. Pengawasan ketat dalam pengambilan obat oleh perawat, pencatatan dan pelaporan riwayat pengobatan pasien oleh IFRS masih tetap rutin berjalan. Dan saat ini sudah terbantu dengan adanya sistem komputerisasi di apotek rawat inap untuk mempermudah proses pelaksanaannya. *Task Shifting* pendistribusian obat kepada tenaga perawat ini juga didasarkan atas adanya kebijakan RSDC WAK yang berlaku yang memberikan keterbatasan gerak kepada pasien COVID-19 untuk tidak melakukan aktivitas lain diluar kamar perawatan kecuali ada instruksi lebih lanjut sehingga pasien dilarang untuk mengambil obat sendiri di apotek rawat inap.

Task Shifting Distribusi Obat RSDC WAK

Suatu hal yang berubah pada saat ini adalah pelayanan kefarmasian yang awalnya berorientasi pada obat telah bergeser menjadi orientasi pada pasien, yang mengacu kepada *pharmaceutical care*, kegiatan pelayanan kefarmasian yang awalnya terfokus pada pengelolaan obat berubah menjadi pelayanan yang komprehensif atau menyeluruh dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien. Sebagai akibat dari pergeseran orientasi tersebut, apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku untuk dapat melakukan interaksi langsung dengan pasien (10).

Jumlah tenaga farmasi yang aktif di RSDC WAK berjumlah 114 personel yang terdiri dari 38 apoteker dan 76 TTK. Dari 114 personel farmasi tersebut, 100 personel diantaranya merupakan tenaga farmasi yang melakukan pekerjaan kefarmasian di apotek rawat inap dengan 30 apoteker dan 70 TTK. Bila melihat PMK Nomor 72 tahun 2016 tentang ratio kebutuhan apoteker di rawat inap dimana 1 apoteker untuk 30 pasien rawat inap (7) tentunya angka tersebut sangat jauh dari ideal. Dengan jumlah pasien RSDC WAK sebesar 3889 pasien maka seharusnya membutuhkan apoteker sebesar 130 personel untuk di rawat inap saja. Hal ini berarti 1 apoteker di apotek rawat inap RSDC WAK bekerja 4-5x lipat dari idealnya.

Meningkatnya kebutuhan akan nakes dalam jumlah pasien yang terus meningkat akan menurunkan mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Sehingga harus diupayakan jalan alternatif terbaik untuk mengatasi masalah ini yaitu melalui *Task Shifting* (11). Menurut WHO, metode alih kerja (*Task Shifting*) dapat diartikan sebagai metode kerja sama tim antar tenaga kesehatan (nakes) dalam memberikan pelayanan kesehatan dimana terdapat pendelegasian tugas dari profesi nakes yang satu kepada nakes lain yang berbeda profesi (12). Dalam situasi krisis SDM yang terjadi, untuk tetap mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan maka *Task Shifting* bisa menjadi strategi alternatif yang dapat disebut sebagai strategi kelangsungan hidup (11). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fulton dkk (2011) memberikan kesimpulan bahwa *Task Shifting* adalah alternatif kebijakan yang menjanjikan untuk meningkatkan efisiensi dan produktifitas pelayanan kesehatan, meningkatkan jumlah layanan yang diberikan dengan kualitas dan biaya tertentu. Dan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keterampilan perlu dievaluasi dengan menggunakan desain penelitian yang ketat untuk dapat memperkirakan dampak pada hasil kesehatan pasien, kualitas pelayanan, dan biaya (13). Terlepas dari standar kebutuhan nakes untuk memberikan pelayanan kesehatan, kebutuhan untuk melakukan alih kerja (*Task Shifting*) dari nakes kepada tenaga biasa tidak dapat dipungkiri. *Task Shifting* kepada kader kesehatan, sukarelawan dan konselor terbukti mengurangi beban kerja staf klinik dan memberikan kontribusi pelayanan kesehatan yang lebih merata khususnya untuk daerah terpencil (14).

Semenjak awal beroperasinya RSDC WAK, pendistribusian obat ke pasien sudah dilakukan oleh tenaga perawat. Koordinasi antara bagian farmasi dengan bagian perawat mulai terbentuk dua bulan setelahnya. Dimana saat itu kepala bagian keperawatan menyetujui untuk membantu melakukan distribusi obat kepada pasien. Dalam upaya untuk tetap selalu konsisten dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan yang terbaik, cepat dan efisien kepada pasien ditengah keterbatasan SDM dan lonjakan jumlah pasien tentunya harus dipikirkan strategi alternatif terbaik. Sehingga akhirnya salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian dalam pengelolaan logmed yaitu pendistribusian obat kepada pasien di rawat inap didelegasikan kepada profesi kesehatan yang lain yaitu tenaga perawat. Proses *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dalam pendistribusian obat ke pasien di rawat inap RSDC WAK dapat dilihat pada gambar 5. Kegiatan *Task Shifting* antara tenaga

farmasi dengan tenaga perawat terlihat saat alur dimana perawat ruangan memberikan obat secara langsung kepada pasien.

Task Shifting dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga kesehatan saat ini namun *Task Shifting* bukan jawaban untuk dapat menyelesaikan krisis tenaga kerja kesehatan (12) s. Lebih lanjut, *Task Shifting* sebenarnya dapat meningkatkan permintaan kebutuhan akan nakes. Hal ini terjadi karena nakes bersangkutan memiliki tanggung jawab lebih yaitu menjadi pelatih dan supervisor sebagai tugas tambahan disamping tugas pokoknya dalam memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien (15). Kekurangan SDM farmasi dan mungkin juga kekurangan SDM yang lain bukan merupakan hal yang baru, ditambah juga dengan gugurnya nakes dalam upaya menangani pasien COVID-19. Tentunya hal ini harus menjadi agenda tersendiri bagi Pemerintah untuk mengatasi krisis ini. Mengingat pandemi COVID-19 masih berlangsung maka sebaiknya implementasi *Task Shifting* harus dilakukan sambil menunggu terpenuhinya SDM yang baru yang mana juga membutuhkan proses dan waktu yang panjang. Untuk itu penerapan *Task Shifting* dalam jangka waktu yang panjang harus membutuhkan strategi yang berkelanjutan.

Administration Error di RSDC WAK

Pada hakekatnya pelayanan Kefarmasian harus dilakukan oleh Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian dan Tenaga Teknis Kefarmasian yang melakukan Pelayanan Kefarmasian harus di bawah supervisi Apoteker (7). Keterampilan seorang apoteker dalam pengelolaan sediaan farmasi akan menentukan keberhasilan suatu apotek dalam menyediakan sediaan farmasi yang cukup dan terjangkau bagi masyarakat. Kesalahan pengobatan (*medication error*) dapat terjadi pada 4 fase, yaitu kesalahan peresepan (*prescribing error*), kesalahan penerjemahan resep (*transcribing error*), kesalahan menyiapkan dan meracik obat (*dispensing error*), dan kesalahan penyerahan obat kepada pasien (*administration error*) (16). *The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* mendefinisikan *medication error* sebagai setiap peristiwa yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau menyebabkan penggunaan obat yang berbahaya kepada pasien saat obat berada dalam kendali profesional perawatan kesehatan, pasien, atau konsumen (17) with substantial and increasing medication use comes a growing risk of harm (1).

Epidemiologi *distribusi administration error* menunjukkan bahwa sebagian besar kesalahan ini disebabkan oleh kelalaian dosis (42%) atau

kesalahan pada administrasi waktu (50%) (18). *National Patient Safety Agency* di Inggris mengungkapkan bahwa kesalahan administrasi pengobatan terjadi pada 50% dari semua administrasi obat-obatan di rumah sakit (19). Di Amerika Serikat, *administering errors* terjadi pada 5 sampai 20% dari semua administrasi obat, dengan biaya sistem kesehatan tambahan \$ 380 juta dan diperkirakan membahayakan setidaknya 400.000 efek samping yang dapat dicegah (20). *Administration errors* di Afrika Timur umum terjadi dan tingkat kesalahannya berkisar antara 9,4 sampai 80% dari semua administrasi pengobatan (21) Medline, Pubmed, the British Nursing Index and the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature. The search strategy included all ages and languages. Inclusion criteria were that the studies assessed or discussed the incidence of medication errors and contributory factors to medication errors during the medication treatment process in adults or in children. Results: Forty-five studies from 10 of the 15 Middle Eastern countries met the inclusion criteria. Nine (20 %). Prevalensi *administration errors* di Jimma, Ethiopia di dalam unit perawatan intensif (ICU) dan bangsal anak-anak masing-masing menunjukkan 51,8 dan 90,8% (22).

Dalam perjalanan waktu memang dijumpai beberapa kejadian yang tidak diharapkan terhadap pelaksanaan *Task Shifting* tersebut. Sejauh ini, diantara kejadian tersebut tidak ada yang berpotensi menurunkan mutu pelayanan karena hanya cukup diatasi dengan penerbitan SOP dan kontrol pengawasan. Adanya masukan, saran dan informasi dari semua bagian sangat memberikan masukan tentang upaya untuk mengatasi kejadian serupa agar tidak terulang. Dibantu dengan sosialisasi dan pembekalan ilmu praktis oleh bagian pendidikan dan latihan (diklat) sangat membantu untuk meningkatkan *safety* dari kegiatan *Task Shifting* ini. Intuisi, inisiatif, pengalaman dan loyalitas dari para nakes juga memberikan kontribusi yang sangat berarti terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSDC WAK sehingga probabilitas potensi kejadian atau peristiwa yang dapat membahayakan pasien dan nakes sangatlah minim. Menurut Ramli (2010), berdasarkan Tingkatan Resiko menurut AS/NZS 4360:2004 maka kejadian yang tidak diharapkan tersebut termasuk dalam kategori *Low Risk* (23). Penilaian ini didasarkan atas frekuensi kejadian yang hanya 1 (satu) kali dan dengan segera diatasi dengan penerbitan SOP setempat dilanjutkan dengan sosialisasi dan koordinasi kepada kepala bagian terkait lalu monitoring serta evaluasi terhadap pelaksanaannya.

Sistem distribusi obat memiliki peranan penting terhadap capaian terapi pengobatan pasien rawat inap di suatu rumah sakit. Bentuk kegiatannya sederhana, akan tetapi berakibat fatal bila terjadi kelengahan dan ketidakpedulian atas kegiatan tersebut. *Administration error* memiliki dampak signifikan pada pasien dalam hal morbiditas, mortalitas, kejadian obat terlarang, dan lama tinggal di rumah sakit. Selain itu, ini meningkatkan biaya untuk dokter dan sistem kesehatan (24) untuk itu kontrol dan pengawasan ketat atas kegiatan pendistribusian obat harus dimonitor dan di evaluasi secara rutin dan berkelanjutan. Meskipun beberapa kejadian *administration error* yang terjadi di rawat inap RSDC WAK seperti obat hilang, salah pasien, salah pemberian dan komunikasi buruk sudah dapat diatasi dengan sistem komputerisasi diharapkan untuk tetap melakukan monitoring dan evaluasi baik terhadap sistem komputerisasi dan potensi kejadian lain. Keterbatasan sarana dan prasarana, dimana letak apotek rawat inap yang cukup jauh dari jangkauan tenaga perawat yang berbeda tower juga harus dipertimbangkan dan dicari solusi yang tepat. Seperti yang sudah disampaikan sebelumnya bahwa faktor penyebab terjadinya *administration error* yaitu beban kerja yang tidak seimbang, gangguan dalam bekerja, edukasi yaitu tidak tepat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian harus setidaknya bisa menjadi bahan pertimbangan pihak RSDC WAK untuk melakukan antisipasi dan pencegahan.

Manajemen Resiko *Task Shifting* Distribusi Obat di RSDC WAK

WHO menegaskan bahwa pelaksanaan *Task Shifting* harus dilaksanakan bersamaan dengan strategi lain yang dirancang untuk meningkatkan jumlah total tenaga kesehatan di semua bagian, dalam hal ini adalah sistem *Check and Balances* (25). Sistem *check and balances* adalah sistem kontrol dan keseimbangan tanggung jawab sehingga tidak terjadi pemusatan tanggung jawab dari salah satu unsur. Sistem kontrol dilaksanakan dalam bentuk monitoring dan evaluasi dan sistem keseimbangan dilaksanakan dalam bentuk pelatihan untuk meningkatkan keterampilan. Meskipun *Task Shifting* dapat berguna dalam situasi tertentu dan terkadang dapat meningkatkan tingkat perawatan pasien, *Task Shifting* juga membawa risiko yang signifikan. Pertama dan yang terpenting adalah terjadinya kemungkinan terdapat resiko penurunan kualitas perawatan terhadap pasien, terutama jika terdapat *Task Shifting* dalam memberikan penilaian secara medis dan mengambil keputusan diagnosa. Secara

nyata pasien dirawat oleh petugas kesehatan yang kurang terlatih, sehingga terdapat kemungkinan permasalahan terkait mutu profesionalisme yang terlibat, termasuk berkurangnya kontak dengan pasien, layanan kesehatan yang terbagi dan tidak efisien, kurangnya respon dan tindak lanjut yang tepat, kesalahan diagnosis dan kesalahan pengobatan serta ketidakmampuan untuk menangani komplikasi dan keadaan darurat (15).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mafigri et al (2012) yang berjudul "*Task Shifting for tuberculosis control: a qualitative study of community-based directly observed therapy in urban Uganda*" menyimpulkan bahwa strategi pelaksanaan *Task Shifting* kepada tenaga non kesehatan yang sudah dibekali dengan pelatihan bila dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang profesional, memberikan hasil tingkat kesembuhan pasien yang tidak jauh berbeda (26). Hal serupa disampaikan oleh Okyere, E (2017) dalam penelitiannya yang berjudul "*Is task-shifting a solution to the health workers' shortage in Northern Ghana?*" menyimpulkan bahwa selain pelatihan, adanya pengawasan yang memadai bagi tenaga kesehatan sangatlah penting dalam rangka meningkatkan keahliannya sebelum tugas tambahan tersebut ditugaskan kepada mereka agar mutu dan kualitas pelayanan kesehatan tidak terganggu (27). Ghana. Methods Data was collected through field interviews. A total of sixty eight (68). Sebelum *Task Shifting* dilaksanakan, sebaiknya dilakukan tinjauan ulang terlebih dahulu tentang kemampuan RSDC WAK dan target sasaran pelayanan yang akan dicapai. Setelah itu lakukan analisa terhadap ketersediaan, keterampilan dan pengalaman dari SDM yang tersedia, lakukan juga seleksi siapa saja yang dapat melaksanakan *Task Shifting*. Selanjutnya lakukan studi atas resiko pelaksanaan dan upaya menurunkan resiko *Task Shifting* terhadap kasus yang ada. Apabila memang diperlukan *Task Shifting*, agar pihak RSDC WAK mengeluarkan kebijakan dan aturan terkait pelaksanaan *Task Shifting* di lingkungan RSDC WAK. Setelah itu rencanakan pelatihan yang tepat dalam waktu singkat dan sosialisasikan kegiatan *Task Shifting* kepada pasien jika memang diperlukan. Kemudian lakukan studi untuk mengetahui keuntungan, manfaat, kendala dan kerugian dalam pelaksanaan *Task Shifting* sehingga dapat diambil suatu kesimpulan apakah pelaksanaannya dapat dipertahankan atau harus dihentikan.

Dari hasil pengamatan menunjukkan bahwa pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat sudah berjalan dengan baik melalui pembekalan, pendidikan, pelatihan dan pengawasan. Berdasarkan rekomendasi dari WMA, *Task*

Shifting harus dikembangkan dan dikendalikan dibawah koordinasi dan pengawasan profesi yang bersangkutan (15). Keterlibatan bagian farmasi dalam bagian diklat RSDC WAK juga masih belum maksimal diberdayakan sepenuhnya. Oleh karena itu, pihak RSDC WAK untuk mempunyai sasaran dan program khusus dengan melakukan kolaborasi antara bagian farmasi, bagian diklat, bagian penelitian dan bagian keperawatan dengan untuk bekerja sama melakukan pembekalan pengetahuan dan pelatihan, pengawasan dan evaluasi berkelanjutan sehingga mutu pelayanan secara rutin dan konsisten dapat terus dipertahankan. Pelaksanaan *Task Shifting* dalam jangka panjang membutuhkan kebijakan yang berkelanjutan, untuk itu harus diperhatikan dengan benar dan tepat melalui kajian hasil analisa, pelaporan hasil monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan *Task Shifting* dalam jangka panjang.

KESIMPULAN

Task Shifting antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dalam pendistribusian obat di rawat inap RSDC WAK sudah berjalan dengan baik akan tetapi masih harus ditingkatkan upaya lebih lanjut untuk menindaklanjuti *Task Shifting* tersebut melalui monitoring dan evaluasi.

Task Shifting juga bukan solusi atas keterbatasan jumlah nakes dan tidak dijadikan sebagai alasan untuk penghematan biaya. Ada atau tidak ada *Task Shifting*, pihak RSDC WAK tetap harus memenuhi kekurangan SDM yang ada. Meskipun kebutuhan SDM *Task Shifting* tidak sebesar dengan tidak melakukan *Task Shifting*.

Dalam situasi kedaruratan pelayanan dengan krisis tenaga SDM, pelaksanaan *Task Shifting* merupakan pilihan terbaik sebagai jawaban atas permasalahan tersebut. Akan tetapi *Task Shifting* juga memberikan resiko tersendiri yang pada akhirnya bisa menurunkan mutu pelayanan kesehatan apabila tidak ditangani dengan baik.

Task Shifting bisa memicu kejadian *administration error* yang berdampak signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas. Analisa studi resiko terhadap pelaksanaan *Task Shifting* harus menjadi pokok pikiran utama. Untuk itu diperlukan keterlibatan semua bagian pelayanan kesehatan agar bisa memberikan masukan dan saran serta kerja sama untuk penyelenggaraan di lapangan di RSDC WAK

SARAN

Saran yang dapat disampaikan dari penulisan ini kepada pihak pengelola RSDC WAK dalam pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat adalah :

1) Pihak RSDC WAK memberikan legalitas dalam bentuk keputusan atas pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat bila memang *Task Shifting* menjadi solusi alternatif; 2) Lebih memberdayakan bagian diklat RSDC WAK untuk memberikan edukasi dan pelatihan singkat terhadap pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat; 3) Keterlibatan Instalasi Farmasi RSDC WAK sebagai supervisi dan pendamping bagian diklat dalam memberikan edukasi dan pelatihan terkait *Task Shifting* distribusi obat; 4) Meningkatkan peran apoteker dalam kegiatan farmasi klinis sebagai kontrol dan monitoring terhadap pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat dan kajian resikonya; 5) Untuk penentuan kegiatan dalam *Task Shifting* yang lain yang beresiko tinggi seharusnya tidak didelegasikan kepada profesi tenaga kesehatan lain dan harus melalui koordinasi dari profesi terkait.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Data Sebaran Covid-19. Data Sebaran. 2020.
2. Ilpaj SM, Nurwati N. Analisis Pengaruh Tingkat Kematian Akibat Covid-19. *J Pekerj Sos.* 2020;
3. Rini RAP. Kematian Tenaga Medis di Indonesia Peringkat 5 Besar di Dunia, 504 Nakes Meninggal Akibat Covid-19. *TribunNews.com* [Internet]. 2021 Jan 3 [cited 2021 Jan 15];1–3. Available from: <https://www.tribunnews.com/nasional/2021/01/03/kematian-tenaga-medis-di-indonesia-peringkat-5-besar-di-dunia-504-nakes-meninggal-akibat-COVID-19>
4. Mashabi S. Riset FKUI: 83 Persen Tenaga Kesehatan Alami “Burnout.” *Kompas.com.* 2020;
5. Makdori Y. HEADLINE: Wisma Atlet Kemayoran Jadi RS Darurat Penanganan Corona Covid-19, Bagaimana dengan Daerah? *Liputan6.com* [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2021 Jan 15];1–4. Available from: <https://www.liputan6.com/news/read/4209977/headline-wisma-atlet-kemayoran-jadi-rs-darurat-penanganan-corona-covid-19-bagaimana-dengan-daerah>
6. Ihsanuddin. Rumah Sakit Penuh, RSD Wisma Wisma Atlet Pun Harus Antre untuk Rujuk Pasien Covid-19 Gejala Berat. *Kompas.com* [Internet]. 2021 Jan 4 [cited 2021 Jan 15];1–1. Available from: <https://megapolitan.kompas.com/read/2021/01/04/15562311/rumah-sakit-penuh-rsd-wisma-atlet-pun-harus-antre-untuk-rujuk-pasien>
7. RI M. PMK Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 2016.
8. Admin. Sistem Distribusi Obat di Rumah Sakit. *Kumpulanartikelfarmasi.com* [Internet]. 2018 Jun 26 [cited 2021 Jan 16];1–1. Available from: <http://kumpulanartikelfarmasi.com/2018/06/sistem-distribusi-obat-di-rumah-sakit/>
9. Rendra Y. Trolley Emergency. *slideshare.net* [Internet]. 2017 Oct 28 [cited 2021 Jan 16];1–26. Available from: <https://www.slideshare.net/yusrendra/trolley-emergency>
10. RI M. PMK Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. *Standar Pelayanan Kefarmasian DI Apot.* 2016;
11. Aithal A, Aithal PS. Task Shifting - An alternative survival strategy for health care organizations. *J Sci Res Mod Educ.* 2017;2(2):34–48.
12. WHO. Task Shifting. *Global Recommendations and Guidelines.* World Heal Organ. 2008;
13. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: A review of recent evidence. *Human Resources for Health.* 2011.
14. Bemelmans M, Van Den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Trop Med Int Heal.* 2010 Dec;15(12).
15. World Medical Association. WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession. *J Interprof Care* [Internet]. 2009 Apr [cited 2021 Jan 16];25(October):26–32. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-task-shifting-from-the-medical-profession/>
16. Adrini TM, Harijanto T, Woro UE. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *J Kedokt Brawijaya.* 2015;
17. WHO. Medication errors [Internet]. *Medication Error : Technical Series on Safer Primary Care.* 2016. 1–24 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;sequence=1>
18. Fontan JE, Maneglier V, Nguyen VX, Loirat C, Brion F. Medication errors in hospitals: Computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharm World Sci.* 2003;
19. Cousins D, Dewsbury C, Matthew L, Nesbitt I. NPSA safety in doses: medication safety incidents in the NHS: the fourth report of the patient safety observatory. ... , 2007, Rep No PSO [Internet]. 2007 Aug [cited 2021 Jan 19];4:1–72. Available from: <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-1788/DEP2008-1788.pdf>

20. Aspden Philip, Wolcott Julie A., Bootman J. Lyle CLR. Preventing medication errors: Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. *Metas de Enfermería*. 2007.
21. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature. Vol. 69, *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2013. p. 995–1008.
22. Agalu A, Ayele Y, Bedada W, Woldie M. Medication administration errors in an intensive care unit in Ethiopia. *Int Arch Med*. 2012;
23. Ramli S. *Pedoman Praktis Manajemen Resiko*. dian rakyat. 2010. 156 p.
24. Popescu A, Currey J, Botti M. Multifactorial Influences on and Deviations from Medication Administration Safety and Quality in the Acute Medical/Surgical Context. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2011 Mar;8(1):15–24.
25. WHO. Task shifting to tackle health worker shortages. Geneva WHO. 2007;
26. Mafigiri DK, McGrath JW, Whalen CC. Task shifting for tuberculosis control: A qualitative study of community-based directly observed therapy in urban Uganda. *Glob Public Health*. 2012;
27. Okyere E, Mwanri L, Ward P. Is task-shifting a solution to the health workers' shortage in Northern Ghana? *PLoS One*. 2017;