

IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DIAPOTEK KOTA JAMBI

IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL CARE STANDARD IN JAMBI CITY'S PHARMACIES

Mulyagustina, Chairun Wiedyaningsih, Susi Ari Kristina

Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRAK

Dalam kurun waktu lima tahun terakhir ini, desakan untuk melaksanakan *pharmaceutical care* berfokus pada pasien semakin menguat. Saat ini standar pelayanan kefarmasian di apotek ditetapkan dengan Permenkes nomor 73 tahun 2016, sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Penelitian ini dilakukan di Kota Jambi dengan tujuan untuk mengetahui implementasi standar pelayanan kefarmasian di apotek, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambatnya. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observatif, dilakukan dengan fase survei, dilanjutkan fase observasi dan wawancara mendalam. Total responden fase survei sebanyak 105 apoteker dari 143 apotek. Fase observasi menggunakan lembar *checklist* pada 20 apotek dan wawancara mendalam pada 17 apoteker. Survei menggunakan kuesioner dengan teknik *convenience sampling*, observasi dan wawancara mendalam dengan teknik *maximum variation sampling*. Instrumen dikembangkan berdasarkan Permenkes nomor 73 tahun 2016. Metode analisis data dilakukan secara deskriptif untuk melihat distribusi pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian. Data kualitatif disajikan secara deskriptif untuk mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat. Hasil penelitian diperoleh, berdasarkan survei pelaksanaan pengelolaan sediaan farmasi, alkes dan BMHP dilakukan oleh apoteker dibantu TTK, namun pelaksanaannya lebih banyak dilakukan oleh TTK dibawah tanggung jawab apoteker. Pelayanan farmasi klinis baru berjalan pada pelayanan resep, PIO dan sebagian konseling. *Home pharmacy care*, PTO dan MESO serta dokumentasi klinis belum dilakukan. Berdasarkan hasil wawancara, faktor pendukung adalah dukungan TTK, dukungan PSA, kehadiran apoteker dengan jadwal praktik yang teratur, penggunaan sistem informasi teknologi dan motivasi apoteker. Faktor penghambatnya yaitu faktor pasien dimana ada keragu-raguan kepada tenaga farmasi, keterbatasan kehadiran apoteker, kekurangan *skill*, tidak ada ruang layanan konseling, dan keterbatasan jumlah SDM farmasi.

Kata Kunci : Implementasi, Standar Pelayanan Kefarmasian, Permenkes Nomor 73 Tahun 2016, Apotek

ABSTRACT

In the period of last five years, the pressure to implement pharmaceutical care focuses on the patient getting stronger. The current standard of pharmacy care at a pharmacy established by regulation of health minister number 73/2016, as a guideline for pharmacists and pharmacy technicians in organizing pharmaceutical care. This research was conducted in the city of Jambi in order to determine implementation of pharmaceutical care standard at pharmacy, to identify the supporting factors and inhibiting factors in implementing pharmaceutical care in the Jambi city's pharmacy. This study is an observational descriptive study, conducted with a survey phase, followed by a phase of observation and in-depth interviews phase. Total respondents who conducted a survey of 105 pharmacist from 143 pharmacies. Then performed an observation using a checklist sheet at 20 pharmacies and in-depth interviews on 17 pharmacists. The questionnaire survey used convenience sampling technique and sampling techniques for observation and in-depth interviews with maximum variation sampling. Methods of data analysis was done descriptively to see the implementation of pharmaceutical care standard. Qualitative data were presented descriptively to identify supporting and barriers factors. Results of the research are based on a survey, in managing the pharmaceutical, medical supplies and consumable medical materials carried out by pharmacist assisted pharmacy technicians, but its implementation in the field is mostly done by the pharmacy technicians under the responsibility of the pharmacist. Clinical pharmacy services running on prescription services, drug information services and partly on the counseling. Home pharmacy care, monitoring drug therapy and monitoring of drug side effects and clinical documentation has not been done. Based on interviews unknown, factors supporting the implementation of the standard is support pharmacy technicians personnel, support of owner pharmacy, the presence of a pharmacist with a regular schedule of practices, the use of information systems technology and motivation of pharmacist. Whereas the barriers factor are factors in patients where there is doubt the patient to the pharmacist and staff, the limited presence of the pharmacist, the shortage of skills, and there is no space of counseling services and the limited number of pharmaceutical human resources.

Keywords: Implementation, Pharmaceutical Care Standard, Permenkes No. 73/2016, Pharmacy

PENDAHULUAN

Dalam kurun waktu lima tahun terakhir ini, desakan untuk melaksanakan *pharmaceutical care* dengan mengutamakan praktik kefarmasian oleh apoteker semakin menguat. Sejak ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 51 tentang Pekerjaan Kefarmasian tahun 2009, telah melegalkan pekerjaan kefarmasian oleh apoteker dalam pengadaan, produksi, distribusi atau penyaluran dan pelayanan sediaan farmasi. Praktik Kefarmasian dapat dilakukan di sarana distribusi, produksi dan pelayanan kefarmasian¹. Pelayanan kefarmasian telah mengalami perubahan yang semula hanya berfokus kepada pengelolaan obat (*drug oriented*) berkembang menjadi pelayanan komprehensif meliputi pelayanan obat dan pelayanan farmasi klinik yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Praktik kefarmasian dilakukan berdasarkan standar pelayanan kefarmasian di Apotek, yang ditetapkan sebagai acuan pelaksanaan pelayanan kefarmasian di apotek.

Realita di lapangan menunjukkan bahwa tidak semua apoteker melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar di apotek. Supardi dkk.,² menjelaskan bahwa pada umumnya apoteker pengelola apotek telah mengetahui dan mempunyai dokumen standar pelayanan kefarmasian di apotek (SPKA), tetapi pelaksanaannya belum baik. Hal ini karena keterbatasan kemampuan apoteker dalam farmasi klinis dan ilmu manajemen, sehingga dibutuhkan materi pelatihan untuk melaksanakan SPKA mencakup ilmu kefarmasian dan ilmu manajemen. Menurut Herman dan susyanty³ bahwa standar pelayanan farmasi di apotek dan *Good Pharmacy Practice* menuntut peran yang dominan dari apoteker di apotek komunitas dalam hal waktu dan kemampuan. Pelatihan dan pendidikan berkelanjutan juga dibutuhkan, antara lain melalui penataran, seminar, sosialisasi dan

supervisi praktik farmasi di apotek komunitas yang mungkin melibatkan kerja sama dengan organisasi profesi dan PT Farmasi³.

Di Indonesia, telah dilakukan studi terhadap apoteker komunitas pada tahun 2009 menunjukkan bahwa "menurut Dinas Kesehatan dan Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) apoteker belum cukup siap dan apoteker di apotek non - jaringan lebih tidak siap dibandingkan dengan di apotek jaringan/*franchise*. Apoteker di apotek jaringan di kota metropolitan sedang mempersiapkan diri menghadapi paradigma orientasi pada pasien dan pemenuhan standar pelayanan farmasi, sedangkan apoteker di apotek non jaringan yang berdiri sendiri masih menekankan pada pelayanan yang cepat dan harga obat yang lebih rendah"⁴.

Sustainability praktik kefarmasian perlu dijaga keberadaannya, hal ini bertujuan untuk menjaga mutu pelayanan dan kualitas hidup pasien. *Issue* sustainability praktik kefarmasian telah dilakukan diberbagai negara, seperti yang dinyatakan oleh Yusuf dan Safdar⁵ bahwa di Inggris untuk menjaga sustainability profesi farmasi, apoteker berada pada aturan yang terintegrasi untuk mendukung pasien dalam pemilihan obat dan memberikan informasi dan *advise* yang tepat. Penelitian yang dilakukan oleh McConnel dkk.⁶ tentang konsep *Continuing professional development* (CPD) dalam praktik kefarmasian yaitu melakukan intervensi pada apoteker dengan jumlah yang dibatasi, dengan melakukan pelatihan konsep CPD memberikan tingkat pemanfaatan CPD yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan pelatihan. Pada kelompok yang diintervensi, sustainability perbaikan praktik kefarmasian yang disurvei selama tiga periode dapat bertahan.⁶

Data yang dikumpulkan oleh tim evaluasi Konas menunjukkan bahwa pada tahun 2013 terdapat 40.181 tenaga farmasi terdaftar, dan dari jumlah tenaga farmasi yang terdaftar jumlah apoteker yang berpraktik adalah sebesar 30.000. Dengan demikian, tersedia lebih kurang 1,18 apoteker per 10.000 penduduk. Jumlah apoteker yang sampai saat ini telah tersedia belum dapat memenuhi, baik secara kuantitas,

Korespondensi :

Mulyagustina

Magister Manajemen Farmasi, UGM.

Email : mulyagustina@gmail.com

kualitas, maupun pemerataan. Dengan demikian pemenuhan kebutuhan tenaga farmasi perlu terus menerus dilakukan melalui berbagai strategi, misalnya inovasi kurikulum pendidikan tinggi dan menengah farmasi, penentuan standar kompetensi profesi, dan pelatihan-pelatihan dalam lingkungan kerja.⁷

Dalam melaksanakan pelayanan kefarmasian juga terdapat hambatan-hambatan yang membuat pelayanan kefarmasian tersebut tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya. Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Mehralian dkk. menginvestigasi dan memprioritaskan hambatan pelaksanaan *pharmaceutical care* di apotek komunitas Iran Teheran. Apoteker yang bekerja di farmasi komunitas Teheran percaya bahwa masalah yang berkaitan dengan *skill*, lingkungan dan masalah regulasi adalah hambatan yang paling penting dalam pelaksanaan *pharmaceutical care*. Oleh karena itu, untuk menstimulan pelaksanaan *pharmaceutical care* di Iran, pendidikan apoteker dan regulasi harus ditangani terlebih dahulu⁸. Penelitian oleh Hussain dan Ibrahim mengeksplorasi persepsi dari dispenser mengenai praktik dispensing dan faktor yang mempengaruhi praktek dispensing di tiga kota besar di Pakistan. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ada kekurangan terhadap peran apoteker dimana peran apoteker dapat diambil alih oleh tenaga non-profesional berkualitas yang bekerja di apotek komunitas. Ada sebuah kebutuhan untuk pelaksanaan regulasi yang ketat yang membutuhkan kehadiran profesional yang *qualified* di apotek komunitas, serta pelatihan personil melalui upaya kolaboratif dari semua pemangku kepentingan⁹.

Kota Jambi adalah salah satu dari 11 kab/kota yang ada di Provinsi Jambi. Kota Jambi memiliki sebelas kecamatan, dan apotek terdistribusi hanya pada sembilan kecamatan saja. Dari 146 apotek pada tahun 2015, 8 apotek merupakan milik apoteker sendiri, 3 apotek *franchise*, 5 apotek BUMN, 130 apotek swasta (milik pihak lain). Setiap apotek hanya memiliki satu apoteker penanggung jawab dan belum memiliki apoteker pendamping. Distribusi ketenagaan apoteker terdiri dari 48 % Pegawai

Negeri Sipil di Dinas Kesehatan, BPOM, Rumah Sakit, Puskesmas dan Akademi Farmasi dan 52 % Non Pegawai Negeri Sipil (Dinkes Kota Jambi, 2016). Keberadaan apoteker menjadi hal yang sulit ditemukan pada saat jam pelayanan apotek, hanya sebagian kecil apoteker yang berpraktik pada saat jam buka apotek. Hal ini karena hampir separuh apoteker PJ adalah PNS yang tidak bisa berpraktik pada pagi hari, dan tidak ada apoteker pendamping untuk membantu penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di apotek. Sehingga fungsi dan peran apoteker banyak dilaksanakan oleh pemilik sarana apotek dan tenaga teknis kefarmasian, tentunya *mindset* mereka berbeda terhadap pelaksanaan pelayanan kefarmasian.

Saat ini standar pelayanan kefarmasian di apotek ditetapkan dengan Permenkes Nomor 73 Tahun 2016, yang merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian¹⁰. Namun penetapan peraturan menteri ini tampaknya masih sebatas keputusan tertulis yang pada pelaksanaannya di lapangan masih belum tampak dan masih perlu dievaluasi secara kontinue. Pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian di apotek semestinya dalam hal apoteker yang bekerja sama dengan pemilik modal, harus tetap dilakukan sepenuhnya oleh Apoteker yang bersangkutan¹. Untuk itu penting diketahui bagaimana implementasi standar pelayanan kefarmasian di apotek dan apa saja faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar.

Standar pelayanan kefarmasian di apotek digunakan sebagai pedoman pelayanan kefarmasian di apotek, dimana pelayanan kefarmasian ini harus sepenuhnya dilakukan oleh apoteker. Untuk melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar ini terdapat faktor-faktor pendukung dan penghambat. Penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan lebih mendalam mengenai realita implementasi standar pelayanan kefarmasian di apotek Kota Jambi, menggali lebih dalam faktor-faktor yang mendukung, dan menghambat implementasi standar pelayanan kefarmasian di apotek.

Dengan dilakukan penelitian ini, diharapkan dapat memperoleh gambaran sejauh mana apoteker di apotek telah melakukan implementasi standar pelayanan kefarmasian berdasarkan regulasi yang ada khususnya pada Permenkes nomor 73 tahun 2016.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observatif, yang dilakukan dengan fase survei, dilanjutkan dengan fase observasi dan fase wawancara mendalam. Alat yang digunakan adalah kuesioner, lembar checklist dan pedoman wawancara. Penelitian ini dilaksanakan pada apotek yang ada di Kota Jambi, yang dilakukan pada pertengahan bulan Oktober 2016 s/d Januari 2017.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh apotek dalam wilayah Kota Jambi. Jumlah total apotek berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jambi per-Oktober 2016 adalah 149 apotek, namun melalui observasi lapangan diperoleh jumlah apotek tersebut 143 buah dikarenakan 5 apotek tidak beroperasi lagi dan 1 apotek apoteker penanggung jawabnya meninggal dunia. Sampel pada penelitian ini adalah apotek di Kota Jambi yang diwakili oleh apoteker penanggung jawab apotek. Pada penelitian ini menggunakan tipe *convenience sampling* yang memenuhi kriteria atau *qualified volunteer sample (QVS)*. *Qualified volunteer sample* merupakan sampel yang dipilih berdasarkan suatu panduan tertentu. Kriteria dari sampel yang akan dipilih dari populasi adalah sebagai berikut : Apotek yang telah beroperasi minimal 1(satu) tahun; Bersedia mengisi kuesioner penelitian.

Ukuran sampel yang digunakan untuk survei menggunakan rumus *Slovin* yaitu ¹¹, dengan tingkat kepercayaan 95% sehingga didapat jumlah responden yang dilakukan survei sebanyak 105 apoteker penanggung jawab dari 143 apotek. Kuesioner akan memberikan data awal tentang implementasi SPKA, data sosiodemografi apoteker.

Selanjutnya hasil data kuantitatif ini dapat menginformasikan jenis partisipan untuk dipilih pada fase kualitatif ¹². Hasil kuesioner digunakan untuk memilih variasi apotek yang

akan dipilih dalam fase observasi. Teknik sampling untuk observasi dan wawancara mendalam dengan pendekatan *maximum variation sampling*. Tujuan utama dari teknik *maximum variation* sampling adalah untuk memilih sampel yang lebih representatif dibandingkan dengan menggunakan sampel acak. Metode ini biasanya digunakan untuk memilih tidak lebih dari 30 unit dari populasi¹³. Jumlah sampel yang digunakan untuk studi deskriptif berdasarkan aturan pengambilan sampel menurut Gay adalah minimal 10 % populasi ¹¹. Sehingga *range* jumlah sampel yang digunakan pada studi observasi dan wawancara adalah 15 s/d 30 apotek. Hasil analisa data sosiodemografi pada fase survei digunakan sebagai dasar pertimbangan memilih sampel untuk tahap observasi dan wawancara. Untuk fase observasi digunakan sampel sebanyak 20 apotek dari 105 apotek pada fase survei, dan untuk wawancara mendalam menggunakan 17 apoteker penanggung jawab dari fase observasi dan 1 responden dari Dinas Kesehatan untuk triangulasi data wawancara mendalam. Wawancara mendalam, dilakukan untuk menggali faktor pendukung dan penghambat implementasi standar pelayanan kefarmasian. Metode analisis data dilakukan secara deskriptif untuk melihat distribusi pelaksanaan standar pengelolaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP serta pelayanan farmasi klinik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Demografi karakteristik responden

Sampel yang digunakan pada fase survei sebanyak 105 responden, karakteristik responden yang mengikuti survei dapat dilihat pada Tabel I.

Mayoritas responden adalah perempuan, proporsi responden perempuan yang lebih tinggi dibanding laki-laki juga telah dilaporkan pada penelitian lainnya ¹⁴. Usia terendah responden < 30 tahun dan tertua > 60 tahun.

Implementasi Pengelolaan sediaan farmasi, alkes dan BMHP

Penelitian ini dilakukan diawali dengan fase survei dan dilanjutkan dengan fase observasi dan fase wawancara.

Tabel I. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik Responden (n =105)	Frekuensi (N)	Persentase (%)	
Jenis Kelamin?	a. Laki-laki	18	17,1
	b. Perempuan	87	82,9
Lama Bekerja di Apotek?	a. < 5 th	61	58,1
	b. 5 - 10 th	28	26,7
	c. 11-20 th	9	8,6
	d. > 20 th	7	6,7
Status apoteker?	a. Non-PNS	56	53,3
	b. PNS	42	40,0
	c. Instansi lainnya	7	6,7
Jam Praktik di apotek?	a. Selama jam buka apotek	4	3,8
	b. Setiap hari jam tertentu	39	37,1
	c. 2-3 kali perminggu	34	32,4
	d. Satu kali perminggu	25	23,8
	e. Satu kali perbulan	3	2,9
jumlah apoteker pendamping?	a. Tidak ada	105	100,0
Tipe apotek?	a. Milik PSA	88	83,8
	b. Milik Sendiri	8	7,6
	c. Jejaring/franchise	3	2,9
	d. BUMN	6	5,7
Rerata lembar resep perhari?	a. < 5 lbr	50	47,6
	b. 5 -20 lbr	42	40,0
	c. 21-50 lbr	8	7,6
	d. > 50 lbr	5	4,8
Layanan swamedikasi perhari?	a. 10-30 org	81	77,1
	b. 31-50 org	18	17,1
	c. 51-100 org	6	5,7
Layanan PIO?	a. Tidak dilakukan	25	23,8
	b. > 5 -20 org	65	61,9
	c. >20 -60 org	13	12,4
	d. > 60 org	1	1,0
Layanan Konseling?	a. Tidak dilakukan	52	49,5
	b. 5 - 10 org	41	39,0
	c. >10 - 20 org	7	6,7
	d. > 20 org	5	4,8

Hasil analisa data kuesioner digunakan untuk melihat kegiatan yang paling sering dilaksanakan oleh apoteker yakni dapat dilihat pada nilai modus atau nilai yang paling sering muncul. Dalam pelaksanaan standar pengelolaan sediaan farmasi, apoteker lebih sering melaksanakan pelaporan narkotika dan psikotropika, pengadaan, pemusnahan, perencanaan sediaan farmasi alkes dan BMHP serta pelaporan pelayanan kefarmasian.

Kegiatan yang paling sering dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian adalah pencatatan pada setiap proses pengelolaan sediaan farmasi, penyimpanan, penerimaan dan pengendalian sediaan farmasi. Hasil survei terhadap pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian di apotek kota Jambi berupa distribusi frekuensi dan modus, distribusi frekuensi hasil kuesioner dapat dilihat pada Tabel II.

Tabel II. Distribusi Frekuensi Dan Modus Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alkes Dan BMHP Pada Fase Survei

Uraian Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alkes dan BMHP	Frekuensi Jawaban (%) n = 105				Modus
	Apoteker	TTK	Non Farmasi	Tidak dilaksanakan	
Perencanaan pengadaan Sediaan Farmasi, Alkes, dan BMHP dengan memperhatikan pola penyakit dan pola konsumsi.	61	31,4	2,85	4,75	2
Pengadaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP melalui jalur resmi dengan menggunakan surat pesanan.	74,3	25,7	0	0	2
Penerimaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP untuk menjamin kesesuaian jenis, jumlah, mutu, dan harga yang tertera dalam surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima.	32,4	65,7	1,9	0	1
Penyimpanan sediaan farmasi dalam wadah asli, disimpan pada kondisi yang sesuai untuk menjamin mutu, keamanan dan kualitas sediaan farmasi.	29,5	69,5	1	0	1
Pemusnahan sediaan farmasi sesuai dengan jenis dan bentuk sediaan, dan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan per-UU.	74,3	3,8	0,95	20,95	2
Pengendalian menggunakan kartu stok baik dengan cara manual atau elektronik.	30,5	61,9	2,9	4,8	1
Pencatatan pada setiap proses pengelolaan sediaan farmasi berupa: surat pesanan, faktur, kartu stock, nota atau struk penjualan, dan pencatatan lainnya.	25,7	71,4	1,9	1	1
Pelaporan Narkotika dan Psikotropika.	94,3	2,85	0	2,85	2
Pelaporan pelayanan kefarmasian.	61,9	3,8	0	34,3	2

Ket: : nilai modus 2 = apoteker , 1 = tenaga teknis kefarmasian

Dalam melaksanakan pelayanan kefarmasian apoteker dapat dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian¹, hal ini merupakan salah satu celah bahwa pekerjaan kefarmasian dapat juga dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian. Pada Tabel I. dapat dilihat frekuensi jam praktik apoteker selama jam buka apotek hanya berjumlah 3,8 %, hal ini akan berakibat pelayanan kefarmasian akan lebih sering dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian. Kegiatan pencatatan, penerimaan, penyimpanan dan pengendalian sediaan farmasi merupakan

kegiatan yang tidak bisa ditunda-tunda. Sehingga kegiatan tersebut lebih sering dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian, yang memang keberadaannya selalu ada selama jam buka apotek.

Observasi di apotek dan wawancara mendalam dalam menggali implementasi pelayanan kefarmasian di apotek dilakukan untuk menyajikan fenomena sosial menjadi semakin jelas dan semakin hidup, dan nuansa-nuansa fenomena sosial dapat ditampilkan. Dalam upaya memperkaya data dan lebih

Tabel III. Distribusi Frekuensi Dan Modus Implementasi Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alkes dan BMHP Pada Fase Observasi

Uraian Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alkes dan BMHP	Frekuensi hasil observasi (%) n = 20				Bukti Dokumen Pendukung (%)	Modus
	Apt	TTK	Non Farmasi	Tidak dilaksanakan		
Perencanaan pengadaan Sediaan Farmasi, Alkes, dan BMHP	40	55	5	0	100	1
Pengadaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP	30	55	15	0	100	1
Penerimaan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP	10	90	0	0	100	1
Penyimpanan sediaan farmasi	10	90	0	0	100	1
Pemusnahan sediaan farmasi sesuai dengan jenis dan bentuk sediaan, dan dilakukan sesuai dngan ketentuan peraturan per-UU.	5	0	0	95*	5	0
Pengendalian menggunakan kartu stok baik dengan cara manual atau elektronik.	35	60	5	0	100	1
Pencatatan pada setiap proses pengelolaan sediaan farmasi	15	75	10	0	100	1
Pelaporan Narkotika dan Psikotropika.	95	5	0	0	100	2
Pelaporan pelayanan kefarmasian.	0	0	0	100	0	0

Keterangan: nilai modus 2 = apoteker, 1 = tenaga teknis kefarmasian, 0 = tidak dilaksanakan

*kegiatan belum dilaksanakan dikarenakan belum ada pemusnahan sediaan farmasi, alkes dan BMHP

memahami fenomena sosial yang diteliti, terdapat usaha untuk menambahkan informasi kualitatif pada data kuantitatif¹⁵. Observasi terhadap standar pelayanan kefarmasian yang tidak dapat dilihat pada waktu di apotek, ditelusuri dengan wawancara mendalam kepada apoteker penanggung jawab dan melihat bukti dokumen yang ada di apotek. Distribusi frekuensi dan modus implementasi standar pelayanan kefarmasian di apotek kota jambi fase observasi dapat dilihat pada Tabel III.

Bukti dokumen pendukung dilihat dan diteliti kesesuaiannya dengan standar yang ada. Pada umumnya setiap apotek telah melaksanakan dokumentasi pada setiap kegiatan pengelolaan sediaan farmasi, namun dokumen pemusnahan sediaan farmasi hanya pada 1(satu) apotek yang mengarsipkan dan dokumen laporan pelayanan kefarmasian tidak dapat dilihat pada semua apotek pada fase observasi. Dokumen pemusnahan sediaan

farmasi berupa berita acara pemusnahan sediaan farmasi yang dikirimkan kepada Dinas kesehatan Kab/Kota, BPOM Dinkes Provinsi. Apotek lainnya, belum pernah melakukan pemusnahan sehingga tidak ada bukti dokumen di apotek. Untuk dokumentasi pengelolaan sediaan seperti dokumen perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pengendalian dan pelaporan Napza telah diarsipkan secara teratur oleh apoteker ataupun tenaga tenaga teknis kefarmasian di apotek sesuai dengan pedoman CDOB.

Fase observasi mengungkapkan realita pelaksanaan pengelolaan sediaan farmasi, alkes dan BMHP di lapangan. Pola yang didapatkan yaitu untuk apotek jejaring, milik BUMN dan apoteker plus pemilik melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi sepenuhnya oleh apoteker penanggung jawab di apotek tersebut. Seperti petikan wawancara responden R1, R3 dan R6 :

Tabel V. Distribusi Frekuensi Dan Modus Pelayanan Farmasi Klinis Fase Observasi

Uraian Pelayanan Farmasi Klinis	Frekuensi hasil observasi (%) n = 20				Modus	
	Apt	TTK	Non Farmasi	Tidak dilaksanakan		
Pengkajian administratif resep	50	35	0	15	15	2
Pengkajian kesesuaian farmasetik pada resep	55	30	0	15	15	2
Pengkajian pertimbangan klinis pada resep	40	5	0	55	0	0
Penyiapan obat sesuai dengan permintaan resep.	10	75	0	15	15	1
Peracikan obat bila diperlukan.	5	70	0	25	15	1
Penyerahan obat dengan memastikan kesesuaian identitas dan alamat pasien.	45	35	0	20	15	2
Pemberian informasi cara penggunaan obat dan hal-hal yang terkait dengan obat.	45	35	0	20	0	2
Pelayanan Informasi Obat (PIO)	70	25	0	5	0	2
Dokumentasi pelayanan informasi obat.	0	0	0	100	0	0
Konseling untuk pasien dengan penyakit kronis (Misal: DM, TB, Hipertensi, epilepsi).	25	0	0	75	0	0
Dokumentasi konseling.	0	0	0	100	0	0
Pelayanan Kefarmasian di rumah (<i>home pharmacy care</i>) bersifat kunjungan rumah	0	0	0	100	0	0
Dokumentasi pelayanan kefarmasian di rumah.	0	0	0	100	0	0
Pemantauan Terapi Obat (PTO)	5	0	0	95	5	0
Dokumentasi pemantauan terapi obat	5	0	0	95	5	0
Monitoring Efek Samping Obat (MESO)	0	0	0	100	0	0

Ket : Modus ; 2 = apoteker, 1 = tenaga teknis kefarmasian, 0 = tidak dilaksanakan

Pelayanan Kefarmasian di rumah (<i>home pharmacy care</i>) bersifat kunjungan rumah	11,4	0	0	88,6	0
Dokumentasi pelayanan kefarmasian di rumah.	2,9	0	0	97,1	0
Pemantauan Terapi Obat (PTO)	21,9	1	0	77,1	0
Dokumentasi pemantauan terapi obat	3,8	0	0	96,2	0
Monitoring Efek Samping Obat (MESO)	26,7	0	0	73,3	0

Ket : Modus ; 2 = apoteker, 1 = tenaga teknis kefarmasian, 0 = tidak dilaksanakan

"Manajemen pengelolaan sediaan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, pengendalian semuanya apoteker biasanya juga dibantu TTK".(Apoteker R1)

"Apoteker sekaligus store manajer, otomatis apoteker yang mengendalikan apotek. Disini apoteker sekaligus sebagai store manajer..Perencanaan kita yang minta ke gudang pusat..karena sudah sering, kita sudah tahu kebutuhan kita..di pusat diseleksi lagi permintaan kita."(Apoteker R3)

"Tidak ada perbedaan dalam mengelola yanfar, kita kan sama-sama apoteker perbedaannya tugas yang dari kantor pusat, misalkan kayak manajerial untuk K* jambi bukan peroutlet..untuk kemajuan BM Jambi, misalkan untuk pengembangan lebih ke apoteker pusat."(Apoteker R6).

Untuk apotek milik pihak lain, pengelolaan sediaan farmasi lebih banyak dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian. Hal ini disebabkan jam praktik apoteker tidak setiap

hari di apotek dan apoteker dengan jadwal praktik yang teraturpun lebih banyak mengerjakan pelayanan farmasi klinis disebabkan terbatasnya jumlah SDM farmasi untuk pelayanan resep. Sehingga kegiatan manajemen apotek lebih banyak diserahkan kepada tenaga teknis kefarmasian dibawah tanggung jawab.

Implementasi pelayanan farmasi klinis

Pelayanan farmasi klinik di apotek merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan sediaan farmasi, alkes, dan bahan medis habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien¹⁰. Distribusi frekuensi dan modus hasil kuesioner dapat dilihat pada Tabel IV.

Kegiatan pelayanan farmasi klinis yang paling sering dilakukan oleh apoteker adalah pengkajian administrasi resep, pengkajian kesesuaian farmasetik pada resep, pengkajian pertimbangan klinis pada resep, penyerahan obat, pemberian informasi cara penggunaan obat, pelayanan informasi obat dan konseling. Frekuensi tertinggi adalah pada pelayanan informasi obat sebesar 75,24 % dan frekuensi terendah adalah dokumentasi pelayanan kefarmasian dirumah sebesar 2,9 %.

Kegiatan pelayanan farmasi klinis yang paling sering dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian adalah penyiapan obat sesuai dengan permintaan resep dan peracikan obat bila diperlukan. Frekuensi terbesar adalah pada peracikan obat sebesar 84,7 % dan frekuensi terkecil adalah pada penyiapan obat sesuai dengan permintaan resep sebesar 79,05 %.

Pada saat observasi, ada beberapa kegiatan klinis yang tidak bisa dilihat secara langsung karena jarang dilakukan oleh apoteker, kemudian ditelusuri dengan pengamatan bukti dokumen dan wawancara. Hasil observasi dapat dilihat pada Tabel V.

Bukti dokumen pelayanan farmasi klinis belum didokumentasikan di apotek. Dokumentasi pengkajian resep dan dispensing ditemui hanya pada 15 % apotek yang diobservasi, yakni berupa paraf tenaga farmasi

yang melakukan pada setiap fase pelayanan resep. Dokumentasi pemantauan terapi hanya dapat dilihat pada 5 % apotek yang diobservasi, itupun tidak sesuai dengan format dokumentasi PTO pada Permenkes No. 73 tahun 2016. Semestinya, setiap apotek memiliki dokumentai pelayanan farmasi klinis, seperti catatan pengobatan pasien, dokumentasi PIO, dokumentasi konseling, dokumentasi *home pharmacy care*, dan dokumentasi pemantauan terapi obat yang formatnya telah ditentukan sesuai dengan Permenkes nomor 73 tahun 2016.

Kegiatan pelayanan resep ada yang melaksanakan sebagian dan ada yang tidak mengerjakan, perbedaan ini dikarenakan perbedaan kunjungan resep ke apotek. Kunjungan resep di apotek bervariasi di setiap apotek, seperti yang terjadi pada apotek yang diobservasi, 15 % apotek tidak melaksanakan pelayanan resep dikarenakan memang tidak ada kunjungan resep di apotek, walaupun ada frekuensinya sangat jarang sekali. Seperti yang dinyatakan oleh apoteker R2, R3 dan R12 berikut ini :

"Kalau resep memang kami tidak ada dokter praktik..resep itupun tidak banyak..palingan resep-resep yang...nasiblah datang..palingan resep dokter gigi..asam mefenamat.. obat untuk ngilangkan sakit gigi..resep khusus jarang..rata-rata dokter di sini dispensing."(apoteker R2)

"Resep mulai dari 3 bulan yang lalu tidak ada resep..setahun cuma ada beberapa, dak sampai sepuluh." (apoteker R3)

"Resep sehari dak menentu, kadang-kadang sehari dak ada..kadang satu dalam seminggu ya syukur."(apoteker R12).

Pola ini dapat dikaitkan dengan hasil survei bahwa rata-rata kunjungan resep < 5 lembar sebanyak 50 % dari responden (n = 105), yang dapat dijelaskan pada observasi bahwa resep yang dilayani diapotek kadang-kadang ada atau bahkan tidak sama sekali. Dari data pada Tabel I. dapat dilihat, pelayanan resep sangat sedikit sekali yang dapat dilakukan di apotek. Hal ini diprediksikan karena sebagian besar obat keras masih bisa didapatkan di apotek tanpa resep dokter. Seperti yang dikemukakan oleh kurniawati (2013), pelayanan

obat keras tanpa resep dokter masih terjadi di apotek dan sebagian besar pelayanan obat keras tanpa resep yang ditemui tidak disertai pemberian konseling oleh apoteker di apotek sehingga maraknya kejadian ini berisiko menyebabkan penggunaan obat yang salah (*drug misuse*) oleh masyarakat¹⁶.

Pelayanan resep di apotek pada saat observasi untuk kegiatan pemeriksaan administratif, kesesuaian farmasetik, pengkajian klinis, penyerahan obat dan pemberian informasi obat pada saat diserahkan dilakukan oleh apoteker. Kegiatan penyiapan dan peracikan lebih banyak dilakukan oleh tenaga teknis kefarmasian.

Pelayanan informasi obat merupakan kegiatan farmasi klinis yang dilakukan di apotek, hasil observasi menunjukkan 70 % dari apotek yang di observasi melaksanakan pelayanan informasi obat. Pelayanan informasi obat lebih banyak dilakukan oleh apoteker pada saat observasi. Pelayanan informasi obat diberikan tidak hanya untuk obat pada resep, tetapi juga pada saat swamedikasi. Seperti hasil wawancara dengan responden apoteker R4 dan R6 :

"PIO sebatas itu yang apa, guna obat, cara makan, fungsinya..nah terutama nyimpan dan buang yang kadang belum banyak diinformasikan..klo nyimpan kadang pasien sendiri yang nanya, misalnya obat suppos..klo buang yang belum." (apoteker R4)

"Pasien nyarinya banyak yang bawa contoh, maunya kayak gitu persis..kita punyanya isinya sama merk beda..pasien sudah sugesti dengan obat itu, mereka memang mencari produk yang mereka butuhkan persis merknya dan kemasannya.. pasien sudah dijelaskan isinya sama, tapi pasien tidak mau..sudah saya bandingkan dengan yang mereka bawa, cuma mereka beranggapan takut mencoba obat yang baru, takut gak cocok.. mungkin karena pasien disini, banyak pilihan, jarak apotek dekat-dekat." (apoteker R6)

Pola ini terjadi di apotek yang diobservasi, kebiasaan pasien dalam menggunakan obat sulit untuk dipengaruhi oleh tenaga farmasi. Masyarakat awam hanya mengenal merk obat saja, tetapi bagi mereka

yang tingkat pendidikannya cukup baik bisa menerima informasi obat yang disampaikan oleh tenaga farmasi. Menurut Kristina dkk.¹⁷, semakin baik pengetahuan, sikap tentang pengobatan sendiri maka semakin rasional pula perilaku pengobatan sendirinya, demikian juga sebaliknya.

Secara keseluruhan kegiatan pelayanan farmasi klinis baru berjalan pada pengkajian resep, dispensing, pelayanan informasi obat dan konseling. Sedangkan *home pharmacy care*, pemantauan terapi obat, monitoring efek samping obat dan dokumentasi klinis tidak dilakukan. Hasil fase survei dan fase observasi menunjukkan keseluruhan kegiatan pelayanan farmasi klinis baru berjalan pada pengkajian resep, dispensing, pelayanan informasi obat dan konseling. Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh atmini (2011) bahwa kewajiban apoteker untuk memberikan pelayanan kefarmasian yang meliputi antara lain pemberian informasi obat, konsultasi obat, edukasi swamedikasi, monitoring penggunaan obat dan lain-lain belum sepenuhnya dilakukan di apotek kota Yogyakarta. Standar ini belum dilaksanakan sepenuhnya oleh apotek serta belum dikenal atau tersosialisasi kepada konsumen apotek¹⁸. Selain itu apotek milik swasta masih tetap memprioritaskan pelayanan yang cepat dan harga obat yang murah⁴, sehingga belum memaksimalkan pelaksanaan pelayanan farmasi klinis. Idealnya, pelayanan kefarmasian harus berfokus pada pasien *care* seperti yang dilakukan oleh apoteker di alberta Canada. Schindel dkk, melakukan penelitian yang menyatakan bahwa peran apoteker di Alberta Canada telah bergeser ke arah pasien *care* dari fokus pada distribusi obat. Pergeseran ini dikaitkan dengan kolaborasi dan asumsi tanggung jawab yang lebih besar untuk pasien¹⁹.

Pelayanan kefarmasian di rumah, monitoring efek samping obat dan dokumentasi pelayanan farmasi klinis belum bisa dilaksanakan oleh sebagian besar apotek pada survei ini, hal ini disebabkan kurangnya waktu apoteker untuk berpraktik di apotek. Sebagian besar apoteker tidak berpraktik setiap hari di apotek seperti data pada Tabel I. sehingga pada

saat berada di apotek, apoteker lebih banyak mengerjakan kegiatan manajemen apotek terutama kontrol distribusi dan administrasi sediaan farmasi, alkes dan BMHP.

Pelayanan farmasi klinis hanya berjalan pada pelayanan resep dan pelayanan informasi obat. Realita ini dapat dijelaskan juga dengan studi yang dilakukan oleh Bishop dkk.²⁰, studi ini menunjukkan bahwa apoteker menghabiskan waktu intervensi pada resep untuk memastikan pasien menerima terapi yang aman dan efektif. Apoteker komunitas mempengaruhi pada pelayanan pasien dengan mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah dalam resep. Mengoreksi masalah administratif atau teknis, berpotensi membatasi waktu apoteker untuk kegiatan yang berfokus pada pasien²⁰.

Identifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.

Identifikasi faktor pendukung dan penghambat implementasi standar pelayanan kefarmasian dilakukan dengan wawancara mendalam kepada apoteker penanggung jawab apotek. Dari hasil wawancara dapat diidentifikasi faktor pendukung yaitu dukungan tenaga teknis kefarmasian, dukungan PSA memberikan kewenangan penuh untuk pelaksanaan pelayanan kefarmasian, kehadiran apoteker dengan jadwal praktik yang teratur, penggunaan sistem informasi teknologi dan motivasi apoteker.

Tenaga teknis kefarmasian memiliki keahlian dan terlatih untuk bekerja dalam koordinasi dengan apoteker di kedua pelaksanaan dan manajemen farmasi komunitas berbasis program kepatuhan dengan berinteraksi langsung dengan pasien, menjawab pertanyaan dokter, dan mengambil tanggung jawab administrasi program²¹. Keberadaan tenaga teknis kefarmasian memang sangat dibutuhkan oleh apoteker penanggung jawab, untuk membantu pelaksanaan pelayanan kefarmasian di apotek. Tenaga teknis kefarmasian merupakan tenaga farmasi yang selalu ada pada jam buka apotek. Seperti pelaksanaan standar pelayanan kefarmasia di

Jakarta, informasi obat untuk pelayanan swamedikasi hampir 90 % dilakukan asisten apoteker. Begitupun untuk pelayanan resep, dari seluruh apotek yang melakukan tinjauan kerasionalan resep, 75 % pekerjaan tersebut dilakukan oleh asisten apoteker²².

Keberadaan apoteker ditunjukkan dengan kehadirannya secara teratur di apotek. Apotek tidak hanya menjual produk tetapi juga menjual informasi obat kepada pasien. Hal ini merupakan salah satu bentuk pelayanan untuk mempertahankan konsumen yang datang ke apotek. Salah satu niat konsumen datang ke apotek dipengaruhi oleh kontrol keprilakuan yaitu pada bentuk pelayanan petugas farmasi yang memuaskan sebagai pendorong konsumen dalam pemanfaatan pelayanan apotek²³.

Setiap standar pelayanan kefarmasian memiliki tolak ukur yang harus diikuti oleh apoteker penanggung jawab dalam mengelola apotek. Namun untuk mewujudkan pelayanan kefarmasian sesuai standar bukanlah hal yang mudah, banyak hambatan dalam melaksanakannya. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dapat dideskripsikan faktor penghambat implementasi standar pelayanan kefarmasian yaitu : faktor pasien dimana ada keragu-raguan pasien kepada tenaga farmasi, keterbatasan kehadiran apoteker dikarenakan ada pekerjaan pokok diluar apotek, kekurangan *skill* berupa manajemen, dan komunikasi, serta tidak ada ruang layanan konseling dan keterbatasan jumlah SDM farmasi. Hambatan berupa kekurangan *skill* bagi apoteker ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mehralian dkk., yakni apoteker yang bekerja di farmasi komunitas Teheran percaya bahwa masalah yang berkaitan dengan *skill*, lingkungan dan masalah regulasi adalah hambatan yang paling penting dalam pelaksanaan *pharmaceutical care*. Oleh karena itu, untuk menstimulasi pelaksanaan *pharmaceutical care* di Iran, pendidikan apoteker dan regulasi harus ditangani terlebih dahulu⁸.

Faktor pasien menghambat pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian, seperti pasien lebih percaya kepada dokter dibandingkan apoteker, pasien menginginkan obatnya sendiri, dan pemahaman tentang obat masih rendah,

sehingga sulit untuk dilakukan penjelasan klinis kepada pasien. Ada keragu-raguan pasien untuk mengungkapkan keluhannya kepada tenaga farmasi. Hasil identifikasi ini sejalan dengan penelitian Mehralian dkk. yang menyatakan hambatan dari lingkungan dalam pelaksanaan pelayanan kefarmasian adalah keragu-raguan pelanggan untuk berbicara tentang isu pribadi⁸.

Di Kota Jambi, semua apotek tidak mempunyai apoteker pendamping sehingga pada saat jam layanan apotek masih banyak dijumpai pelayanan farmasi tanpa apoteker. Keterbatasan kehadiran apoteker ini disebabkan apoteker mempunyai pekerjaan pokok diluar apotek, seperti PNS, tenaga honorer, dosen di perguruan tinggi swasta, dan alasan *personality* yang menghambat hadirnya apoteker di apotek. Apoteker yang kehadirannya di Apotek terbatas, dapat digantikan perannya oleh TTK atau tenaga non farmasi. Hal ini seperti penelitian oleh Hussain dan Ibrahim (2011) menyimpulkan bahwa ada kekurangan terhadap peran apoteker dimana peran apoteker dapat diambil alih oleh tenaga non-profesional berkualitas yang bekerja di apotek komunitas. Ada sebuah kebutuhan untuk pelaksanaan regulasi yang ketat yang membutuhkan kehadiran profesional yang *qualified* di apotek komunitas, serta pelatihan personil melalui upaya kolaboratif dari semua pemangku kepentingan⁹.

Dalam pengelolaan sediaan dan pelayanan klinis, maka apoteker harus bisa mengkombinasikan keahliannya dalam manajemen, klinis dan komunikasi dengan pasien. Apoteker harus meningkatkan kemampuannya dalam ketiga bidang ini, dimana keahlian ini akan terbentuk jika tenaga farmasi sering melakukan pelayanan langsung kepada pasien. Untuk menambah keahlian apoteker, maka diperlukan pembelajaran berkelanjutan atau CPD (*continuing professional development*). Seperti yang dikemukakan McConnel dkk.⁶ bahwa dengan mengikuti pelatihan dengan konsep CPD, keberlanjutan praktik kefarmasian dapat bertahan. Keilmuan klinis dan manajemen bisa didapatkan dengan mengikuti seminar atau diskusi kelompok kecil.

Sedangkan untuk *skill* komunikasi, apoteker perlu banyak belajar karena tidak didapatkan pada jenjang perguruan tinggi. *Skill* komunikasi akan terasah jika kita banyak menghadapi pasien, sehingga kita bisa memulai obrolan atau memberikan saran yang tepat kepada pasien.

KESIMPULAN

Pengelolaan sediaan farmasi, alkes dan BMHP dilakukan apoteker dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian. Perencanaan, pengadaan, pemusnahan dan pelaporan lebih banyak dilaksanakan oleh apoteker, sedangkan penerimaan, penyimpanan, pengendalian dan pencatatan lebih banyak dilaksanakan oleh tenaga teknis kefarmasian. Namun hasil observasi dilapangan, pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian lebih banyak dilakukan tenaga teknis kefarmasian dibawah tanggung jawab apoteker. Pelayanan farmasi klinis baru berjalan pada pelayanan resep, pelayanan informasi obat dan sebagian pada konseling. *Home pharmacy care*, pemantauan terapi obat dan monitoring efek samping obat serta dokumentasi klinis belum dilakukan sama sekali. Faktor pendukung implementasi standar pelayanan kefarmasian klinis yaitu dukungan tenaga teknis kefarmasian, dukungan PSA memberikan kewenangan penuh untuk pelaksanaan pelayanan kefarmasian, kehadiran apoteker dengan jadwal praktik yang teratur, penggunaan sistem informasi teknologi dan motivasi apoteker. Faktor penghambat implementasi standar pelayanan kefarmasian yaitu faktor pasien dimana ada keragu-raguan pasien kepada tenaga farmasi, keterbatasan kehadiran apoteker dikarenakan ada pekerjaan pokok diluar apotek, kekurangan *skill* berupa manajemen, dan komunikasi, serta tidak ada ruang layanan konseling dan keterbatasan jumlah SDM farmasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian, Jakarta, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2009.

2. Supardi S, Handayani Rs, Raharni R, Herman Mj, Susyanti Al. Pelaksanaan Standar Pelayanan Kefarmasian Di Apotek Dan Kebutuhan Pelatihan Bagi Apotekernya. *Bul Penelit Kesehat.* 2012;39(3 Sep):138–144.
3. Herman Mj, Susyanty Al. An Analysis Of Pharmacy Services By Pharmacist In Community Pharmacy. *Bul Penelit Sist Kesehat.* 2012;15(3 Jul):271-281.
4. Herman Mj, Handayani Rs. The Preparedness Of Pharmacist In Community Setting To Cope With Globalization Impact. *J Kefarmasian Indones.* 2015;5(1):57–66.
5. Yusuf R, Safdar A. The Sustainability Of The Pharmacy Profession. *Int Pharm J.* 2011;27:9-12.
6. Mcconnell Kj, Delate T, Newlon Cl. The Sustainability Of Improvements From Continuing Professional Development In Pharmacy Practice And Learning Behaviors. *Am J Pharm Educ.* 2015;79(3):1-8. Doi:10.5688/Ajpe79336.
7. Suryawati S, Munawaroh S, Nurita P. *Laporan Evaluasi Implementasi Kebijakan Obat Nasional Indonesia Tahun 2014.* Yogyakarta; 2015.
8. Mehralian G, Rangchian M, Javadi A, Peiravian F. Investigation On Barriers To Pharmaceutical Care In Community Pharmacies: A Structural Equation Model. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(5): 1087-1094. Doi:10.1007/S11096-014-9998-6.
9. Hussain A, Ibrahim Mi. Perceptions Of Dispensers Regarding Dispensing Practices In Pakistan: A Qualitative Study. *Trop J Pharm Res.* 2011;10(2):117-123.
10. Kementrian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarasian Di Apotek. 2016.
11. Umar H. *Metode Penelitian Untuk Skripsi Dan Tesis Bisnis.* 2nd Ed. Jakarta: Pt Rajagrafindo Persada; 2013.
12. Creswell Jw. *Research Design.* Keempat. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2014.
13. Sector Ilo Dan E. *Ilo School-To-Work Transition Survey: A Methodological Guide.* Geneva: Ilo; 2010.
14. Sarriff A, Gillani Ws, Babiker Garm. Pharmacist Perception To Importance And Self-Competence In Pharmacy Practice. *Int J Pharm Stud Res.* 2010;1(2):1–21.
15. Singarimbun M, Effendi S. *Metode Penelitian Survai.* Kedua. Jakarta: Pt Pustaka Lp3es Indonesia; 1995.
16. Kurniawati M. Pengawasan Terhadap Pelayanan Obat Keras Tanpa Resep Dokter Di Apotek Oleh Dinas Kesehatan Dan Balai Besar Pengawas Obat Dan Makanan Di Yogyakarta. 2013.
17. Kristina Sa, Prabandari Ys, Sudjaswadi R. Perilaku Pengobatan Sendiri Yang Rasional Pada Masyarakat Kecamatan Depok Dan Cangkringan Kabupaten Sleman. *Maj Farm Indones.* 2008;19(1):32–40.
18. Atmini Kd, Gandjar Ig, Purnomo A. Analyze The Standard Of Pharmacy Practice Application In Pharmacy Community At Yogyakarta City. *J Manag Pharm Pract.* 2011;1(1):49–55.
19. Schindel Tj, Yuksel N, Breault R, Daniels J, Varnhagen S, Hughes Ca. Perceptions Of Pharmacists' Roles In The Era Of Expanding Scopes Of Practice. *Res Soc Adm Pharm.* 2017;13(1):148-161. Doi:10.1016/J.Sapharm.2016.02.007.
20. Bishop L. Interventions Performed By Community Pharmacists In One Canadian Province: A Cross-Sectional Study. *Ther Clin Risk Manag.* December 2012:415. Doi:10.2147/Tcrm.S37581.
21. Kadia Nk, Schroeder Mn. Community Pharmacy-Based Adherence Programs And The Role Of Pharmacy Technicians: A Review. *J Pharm Technol.* 2015;31(2):51–57.

22. Purwanti A, Supardi S. Gambaran Pelaksanaan Standar Pelayanan Farmasi Di Apotek Dki Jakarta Tahun 2003. 2004;I(2):102-115.
23. Zaini M. Analysis Of Consumer Intention In Utilization Of Pharmacy Service. 2009:17-24.