

BAB 3

TINJAUAN RUMAH SAKIT

3.1 Tinjauan Umum Rumah Sakit

3.1.1 Sejarah dan Perkembangan

RSU dr. Suyudi merupakan salah satu dari sekian rumah sakit milik perusahaan lamongan yang bermodel RSU. Yang diurus oleh PT. Permata Hati Lamongan perusahaan dan termasuk ke dalam rumah sakit tipe C dan menjadi rumah sakit rujukan di wilayah pesisir lamongan. RSU dr. Suyudi berlokasi di Jalan Raya Deandles Paciran, Desa Penanjan, Kec.Paciran Lamongan.

Pada tanggal 6 maret 2012 Dinas Kesehatan Pemerintah Kcamatan Lamongan memberikan rekomendasi izin untuk mendirikan RSU dr. Suyudi di wilayah paciran, kemudian pada tanggal 21 maret 2012 keputusan bupati lamongan NO:225/991/Kep/413.215/2012 bahwa berdasarkan Permenkes RI No.147/MENKES/PER/2010 tentang perizinan rumah sakit bahwa persyaratan yang diajukan telah di terima dan memenuhi ketentuan.

Pada tanggal 23 November 2012 bupati menetapkan keputusan izin Oprasional kepada RSU dr. Suyudi Paciran untuk menjalankan operasionalnya dan rumah sakit wajib mematuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku dan melaksanakan semua ketentuan dokumen lingkungan.

Rumah Sakit Umum Dr. Suyudi merupakan Rumah Sakit Rujukan tipe C, rumah sakit melakukan kerjasama dengan PT.Reliance Asuransi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada tenaga kerja perusahaan yang tercatat sebagai peserta Reliance, dalam hal ini Rumah sakit Dr.Suyudibekerjasama dengan PT.LIS (Lamongan Sorebase).

Melihat letak Rumah Sakit yang sangat strategis yang berdekatan dengan sebuah pabrik diantaranya PT.QL Hasil Laut, PT.Lintech maka pada tanggal 26 Juni 2013 Rumah Sakit Umum

Dr.Suyudi bekerja sama denganPT.JAMSOSTEK untuk memberikan pelayanan kesehatan maupunmemberikan pertolongan akibat kecelakaan kerja dengan pelayananJAMSOSTEK.

Pada tanggal 1 januari 2014 Rumah Sakit Umum Dr. Suyudi telahditunjuk sebagai Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kepadapeserta BPJS sesuai dengan ketentuan yang berlaku, hal ini bisa terwujudkarena Rumah Sakit Umum Dr. Suyudi telah memenuhi standar danmempunyai beberapa pelayanan seperti Rawat Jalan meliputi beberapa poliSpesialis, Rawat Inap, Pelayanan Operasi, Laboratorium, Radiologi danpelayanan penunjang Medis yang lainnya.

3.1.2 Visi, Misi, Motto dan Filosofi Nilai

Visi : Menjadikan RSUD dr. Suyudi sebagai pusat rujukan kesehatan yang aman dan bermutu di wilayah pantura Kab. Lamongan.

Misi :

1. Menyelenggarakan fungsi pelayanan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien
2. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia
3. Meningkatkan sarana dan prasarana serta perluasan pelayanan kesehatan.

Motto : Ikhlas melayani sepenuh hati

Filosofi Nilai : SANTUN (Sabar, Antusias, Nurani, Tuntas, Utama dan Niat baik)

3.1.3 Profil Rumah Sakit

1. Data Wilayah

Luas lahan RSUD dr. Suyudi kurang lebih 2018 m², dikembangkan menjadi 9380 m². Dari aspek geografis kultur, posisi RSUD dr. Suyudi berada di tengah-tengah lingkungan perusahaan yang sedang berkembang. Dengan banyaknya

perusahaan nasional yang berada di sekitar RSUD dr. Suyudi, maka potensi pengembangan sangat terbuka luas, apalagi RSUD dr. Suyudi sudah bekerja sama dengan BPJS Ketenagakerjaan, TESPEN dan Asuransi swasta lainnya.

2. Data Situasi Umum

- 1) No Kode Rumah Sakit : 3524045
- 2) Nama Rumah Sakit : RSUD dr. Suyudi
- 3) Alamat : JL. Raya Deandles Paciran, Desa Penanjan, Kec. Paciran, Kab. Lamongan, Pov.Jawa Timur, Kode Pos 62264
- 4) Fax/Telepon : (0322)661412/666293/081330758300
- 5) Email : rsu.suyudi@gmail.com

3.1.4 Akreditasi

pada 2020 rumah sakit dr suyudi paciran mendapatkan akreditasi tipe c pada saat ini rumah sakit dapat melayani.

- **Pelayanan medik**

Pelayanan gawat darurat dilakukan 24 jam sehari secara terus menerus
Pelayanan medik umum meliputi pelayanan medik dasar
Pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi

- **Pelayanan kefarmasian**

Meliputi penggolongan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai pelayanan farmasi klinik

- **Pelayanan rawat inap**

Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah
jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta

jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta

3.1.5 Komite-Komite

Instalasi farmasi rumah sakit berkoordinasi dengan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk menetapkan obat yang digunakan di RS dan menyusunnya dalam suatu formularium rumah sakit. Masing-masing kelompok staf medis mengusulkan obat untuk masuk dalam formularium melalui formulir yang telah diedarkan oleh KFT melalui sekretaris KFT. Sekretaris KFT merekapitulasi dan mengelompokkan/mentabulasi semua obat yang diusulkan. Ketua KFT mengadakan rapat untuk pembahasan usulan obat dan ketentuan-ketentuan berkaitan formularium.

Proses penyusunan formularium dilakukan dengan tahapan sebagaiberikut:

1. Membuat rekapitulasi usulan obat dari masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medic
2. Mengelompokkan usulan obat berdasarkan kelas terapi
3. Membahas usulan tersebut dalam rapat Komite/Tim Farmasi (KFT) dan terapi jika diperlukan dapat meminta masukan dari tim pakar
4. Mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite/Tim Farmasi dan Terapi, dikembalikan ke masing-masing SMF untuk mendapatkan umpan balik
5. Membahas hasil umpan balik dari masing-masing SMF
6. Menetapkan daftar Obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit
7. Menyusun kebijakan dan pedoman untuk implementasi
8. Melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada staf dan melakukan monitoring

Pemilihan Obat dalam penyusunan Formularium Rumah Sakit dilakukan dengan pertimbangan sebagai berikut :

1. Mengutamakan penggunaan Obat generik;
2. Memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita;
3. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas;
4. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
5. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan;
6. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
7. Memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung; dan
8. Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

Formularium berisi tiga bagian utama, yaitu:

1. Informasi kebijakan dan prosedur rumah sakit tentang obat
 - a. Kebijakan yang mencakup tentang masa berlaku formularium dan tatalaksana obat
 - b. Prosedur pengusulan obat untuk ditambahkan atau dihapus dari formularium
 - c. Surat Keputusan tentang KFT
 - d. Kebijakan dan prosedur mengenai substitusi generik dan terapeutik, penghentian permintaan secara otomatis, standar waktu penggunaan obat, monitoring efek samping obat

2. Daftar obat

Bagian ini adalah inti dari formularium yang berisi informasi dari setiap obat disertai satu atau lebih indeks untuk memudahkan penggunaan formularium.

Nama obat disusun dengan cara:

- a. Pembagian kelas terapi
 - b. Nama obat per kelas terapi ditulis dalam nama generik berdasarkan abjad
3. Informasi khusus
- Lampiran informasi-informasi khusus yang dibutuhkan.

3.1.6 Patient safety

Maksud dan tujuan Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

- Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.
- Maksud dan Tujuan SKP.1 Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan.

Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau barcode). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya. Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan

radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katektisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

- Standar SKP.2 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telepon antar-PPA.
- Standar SKP.2.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.
- Standar SKP.2.2 Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (hand over).
- Maksud dan Tujuan SKP.2 sampai SKP.2.2 Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telepon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti phenobarbital dan phentobarbital, serta lainnya. Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada

1. Pemeriksaan Laboratorium;
2. Pemeriksaan Radiologi;
3. Pemeriksaan Kedokteran Nuklir;

4. Prosedur Ultrasonografi;
5. Magnetic Resonance Imaging;
6. Diagnostik Jantung;
7. Pemeriksaan Diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, *portable radiographs, bedside ultrasound, atau transesophageal echocardiograms.*

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara dominan akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan formal yang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya. Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
- 2) dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;
- 3) prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang. Serah terima asuhan pasien

(*hand over*) di dalam rumah sakit terjadi a) antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift; b) antarberbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan c) dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Sasaran 3 : Meningkatkan Keamanan Obat-Obat Yang Harus Diwaspadai (*HIGH ALERT MEDICATIONS*)

- Standar SKP.3 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.
- Standar SKP.3.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.
- Maksud dan Tujuan SKP.3 dan SKP.3.1 Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai.

Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien. Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan dapat (1) menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (2) kemoterapeutik; (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau hydralazine dan hydroxyzine atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip elektrolit konsentrat seperti potasium klorida dengan konsentrasi sama atau (3) (NORUM); lebih dari 2 mEq/ml, potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi medication error di seluruh dunia. Penyebab hal ini adalah 1) pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai; 2) ada produk baru; 3) kemasan dan label sama; 4) indikasi klinik sama; 5) bentuk, dosis, dan aturan pakai sama; 6) terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah. Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti *the World Health Organization (WHO)* dan *Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP)*, di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel. Isu tentang penggunaan obat adalah pemberian yang salah atau ketidaksengajaan menggunakan elektrolit konsentrat. Contohnya, potasium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9%, dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih. Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi.

Rumah sakit membuat daftar semua obat high alert dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari perpustakaan seperti dari *Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP)*, Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kecuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya,

contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat high alert. Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek persepsian, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

Sasaran 4 : Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

- Standar SKP.4 Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.
- Standar SKP.4.1 Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses Time-out di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.
- Maksud dan Tujuan SKP.4 dan SKP.4.1 Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat 1) komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim; 2) tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi; 3) asesmen pasien tidak lengkap; 4) catatan rekam medik tidak lengkap; 5) budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim; 6) masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap; 7) penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau

memasukkan alat laparaskopi/ endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik. 52 Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan. Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut: 1. beri tanda di tempat operasi; 2. dilakukan verifikasi praoperasi; 3. melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di empat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (*laterality*), daerah struktur multipel (*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang. Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah 1) memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien; 2) memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (*imaging*), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji; 3) memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Sasaran 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

- Standar SKP.5 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan evidence- based hand hygiene guidelines untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

- Maksud dan Tujuan SKP.5 Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan.

Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai, tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman.

Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

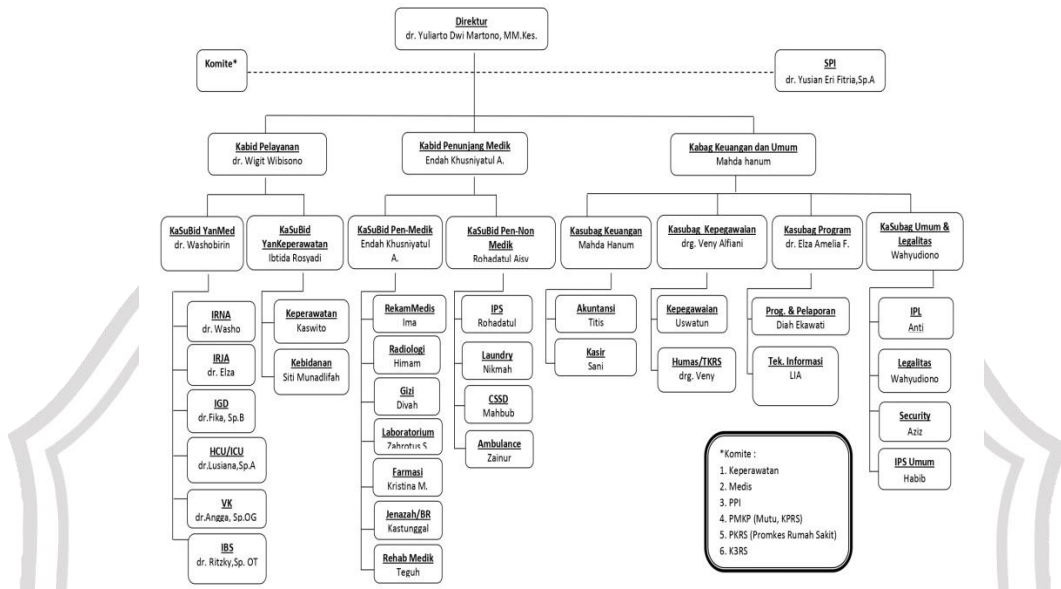
- Standar SKP.6 Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.
- Maksud dan Tujuan SKP.6 55 Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh.

Berbagai faktor yang meningkatkan resiko pasien jatuh antara lain: 1. kondisi pasien; 2. gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif); 3. lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit; 4. riwayat jatuh pasien; 5. konsumsi obat tertentu; 6. konsumsi alkohol. Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh. Contoh

situasional risiko adalah jika pasien yang dianggap beresiko tinggi jatuh.

3.2 Tinjauan Instalasi Farmasi Rumah Sakit

3.2.1 Struktur Organisasi



Gambar 3.1 Struktur Organisasi RSU dr. Suyudi Paciran

3.2.2 Pengelolaan perbekalan Farmasi

a. Perencanaan

Perencanaan perbekalan farmasi di RSU dr. Suyudi Paciran di atur oleh apoteker penanggung jawab. Perencanaan ini dilakukan oleh unit logistic farmasi atas permintaan dari daru unit Rawat Inap, IGD, Rawat Jalan, Dimana untuk semua instalasi dan unit kerja menyerahkan permintaan obat,alkes atau bahan habis pakainya ke apoteker penanggung jawab.

Metode perencanaan yang digunakan yaitu menggunakan metode konsumsi yang dilakukan berupa melihat sisa stok dan jumlah pemakaian di rumah sakit, sekaligus memastikan stok computer

dengan jumlah fisik barang sesuai. Sehingga perlu melakukan pengelompokan barang *fast moving*, *slow moving* dan *death moving*.

b. Pengadaan

Sistem pengadaan kebutuhan obat di RSUD dr. Suyudi Paciran menggunakan sistem ABC (Always Better Control), yang menekankan terhadap nilai penggunaan obat yang dilaksanakan sekali dalam seminggu dengan melihat pemakaian dan pengeluaran sediaan farmasi sebelumnya.

c. Penerimaan

Alur penerimaan perbekalan farmasi, alkes dan bahan habis pakai di RSUD dr. Suyudi adalah sebagai berikut :

- a. Petugas unit logistic Farmasi melakukan cek bersama dengan memeriksa kondisi fisik barang (tanggal ED, kondisi kemasan ,jumlah dan nama obat/alkes yg diminta) dan menyesuaikan dengan lembar mutasi barang/faktur.
- b. Jika ada yang tidak sesuai, maka dikoordinasikan dengan apoteker penanggung jawab.
- c. Jika sudah sesuai, petugas unit logistic farmasi tanda tangan di masing-masing kolom yang sudah disediakan di lembar bukti mutasi obat/alkes.
- d. Petugas unit logistic farmasi melakukan proses approval secara system computer.
- e. Secara otomatis obat, alkes dan bahan habis pakai akan masuk di system persediaan logistic farmasi RSUD dr. Suyudi Paciran.

d. Penyimpanan

Pengelompokkan perbekalan farmasi berdasarkan jenis jaminan, jenis barang, bentuk sediaan, sifat barang, suhu penyimpanan. Penyusunan letak perbekalan farmasi urut alfabatis dan mengatur penyimpanan untuk memudahkan

pengambilan dengan sistem *First In First Out* (FIFO) dan/atau *First Expired First Out* (FEFO).

Jika obat yang terlihat mirip atau memiliki nama yg mirip (LASA – *Look a like, Sound a like*) letaknya dipisah dengan obat yang mirip minimal 1 kotak dan diberi logo lasa. Untuk obat *High Alert* penyimpanan terlokalisir, terpisah dengan obat/alkes lainnya dan tidak mudah dijangkau kemudian diberi logo penanda *high alert* baik pada kemasan sekunder maupun kemasan primernya.

Penyimpanan perbekalan farmasi yang bersifat khusus sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku untuk masing-masing, diantaranya narkotika dan psikotropika, serta B3. Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika disimpan didalam Almari kayu yang tidak mudah untuk diangkut/dibawa dengan dua pintu (*double door*).

Dokumen yang digunakan dalam penyimpanan yaitu kartu stok karena untuk memonitoring keluar masuknya obat.

Pemantauan kondisi suhu dan kelembaban penyimpanan dilakukan secara periodik, Setiap produk obat memiliki spesifikasi suhu penyimpanan untuk mempertahankan kestabilan senyawa obat terhadap suhu tersebut. Suhu penyimpanan obat dibedakan menjadi :

- ✓ Suhu Beku ($\leq 2^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Suhu Dingin ($2^{\circ} - 8^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Suhu Sejuk ($8^{\circ} - 15^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Suhu Kamar ($15^{\circ} - 30^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Suhu Hangat ($30^{\circ} - 40^{\circ}\text{C}$)

e. Pendistribusian

Pendistribusian perbekalan farmasi dilakukan melalui 1 pintu dari gudang farmasi ke farmasi rawat jalan, farmasi rawat inap dan unit-unit lain di rumah sakit (Rawat Inap, Rawat

Jalan, IGD, ICU, radiologi, laboratorium, dan lain-lain yang terkait dengan pelayanan farmasi), menggunakan Form Permintaan dari unit dan Form Terima Barang dari gudang farmasi yang telah difasilitasi oleh sistem informasi rumah sakit. Perbekalan farmasi dari Instalasi farmasi dan Instalasi-instalasi lain di rumah sakit didistribusikan untuk pelayanan /kebutuhan pasien.

f. Pemusnahan

Obat yang sudah expired dan rusak akan dipisahkan dari lemari penyimpanan oleh TTK instalasi farmasi untuk dimusnahkan. Pemusnahan obat kemudian didokumentasikan dengan berita acara. Pemusnahan obat golongan narkotika dan psikotropika dilakukan dengan memanggil satu orang petugas Dinas Kesehatan sebagai saksi pemusnahan obat yang dilakukan di apotek sesuai dengan ketentuan pada undang-undang.

Ada beberapa cara pemusnahan :

- a) Pemendaman dalam tanah atau di kubur (Untuk jenis obat padat seperti tablet, kaplet, serbuk, kapsul)
- b) Pembuangan ke saluran air (Untuk sediaan cair seperti sirup, suspensi, emulsi, larutan intravena)
- c) Enkapulasi (Untuk sediaan berbentuk padat dan setengah padat)
- d) Insenerasi (Untuk sediaan yang mengandung halogen)
- e) Di bakar pada wadah terbuka.

g. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan pemasukan dan pengeluaran barang di kartu stok dan buku barang masuk. Pelaporan narkotika dan psikotropika di lakukan setiap bulan secara online ke kemenkes dengan proses sebagai berikut :

- 1) Masuk ke web Sipnap.kemkes.co.id masukkan Username dan Password lalu klik login.
- 2) Pilih menu “laporan” kemudian pilih “upload/ input pelaporan”
- 3) Pilih menu golongan obat yang akan diinput
- 4) Pilih jenis *entry* “web form” untuk mengisi langsung di website atau “*upload*” untuk memasukkan data yang sudah direkap
- 5) Bila sudah selesai, klik simpan
- 6) Selanjutnya cetak bukti pelaporan setiap bulan dan diarsipkan.

3.2.3 Pelayanan Resep dan Informasinya

1. Pelayanan farmasi disesuaikan dengan kebutuhan kondisi pasien berdasarkan permintaan dokter yang ditulis dalam lembar resep untuk pasien rawat jalan, IGD dan rawat inap
2. Pelayanan untuk pasien dibedakan berdasarkan jenis penjamin :
 - Pasien umum/bayar berpedoman pada Formularium RS
 - Pasien dengan BPJS berpedoman pada Formularium Nasional (FORNAS)
 - Pasien asuransi inhealth berpedoman pada Formularium Obat Inhealth (FOI)

a. Rawat inap

Pelayanan rawat inap dilakukan selama 24 jam nonstop selama 7 hari dalam seminggu.

b. Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan dilakukan selama hari senin-sabtu berdasarkan jadwal poli sebagai berikut

JADWAL RAWAT JALAN			
No.	Poli	Revisi	Jam
1	Klinik	dr. Yuslan Er Fidi, Sp.A	Senin-Rabu-Jumat 16.00 - selesai
2	Bedah	dr. Edwin Sutedjo, Sp.A dr. Sony Saputra, Sp.B	Selasa - selesai 16.00 - selesai 08.00 - 12.00
3	Penyakit Dalam	dr. Fika Amanda M, Sp.B dr. Denny Viento, Sp.PD	Senin-Sabtu-Jumat 08.00 - 12.00 16.00 - selesai
4	Jantung	dr. Adinta, Sp.PD	Selasa & Sabtu 17.00 - selesai
5	Kulit dan Kelamin	dr. Andrianus Oktovianto, Sp.JP	Kamis - Jumat Sabtu 09.00 - selesai
6	Mata	dr. Enik Sriheratik, Sp.KK dr. Arif Wicaksono, Sp.M	Selasa & Jumat 13.00 - selesai 13.00 - selesai
7	Ginek / Kandungan	dr. Pardu Hanindito, Sp.OG	Selasa & Kamis 16.00 - selesai
8	Orthopedy/Tulang	dr. Robby Hermawan, Sp.OC dr. Trianggono Bagus, Sp.CB dr. Ritzky Pratomo Affan Sp.OT	Senin-Rabu-Jumat 16.00 - selesai 08.00 - 12.00 13.00 - selesai
9	Paru	dr. Wiwin Is Efendi, Sp.F	Rabu Jumat 15.00 - selesai
10	Jiwa/Psikiater	dr. NurAida, Sp.KJ	Sabtu 16.00 - selesai
11	Rehabilitasi Medik	dr. A.J. Alhayan, Sp.KFR	Senin & Kamis 11.00 - selesai
12	Radiologi	dr. Djamradji, Sp.Rad	Sabtu 16.00 - selesai
13	Saraf	dr. Faratul Ulya, Sp.N dr. Anggraeni Yudistin, Sp.S	Senin Rabu & Sabtu 10.00 - selesai
14	THT	dr. Faiz, Sp.THT	Selasa & Kamis 09.00 - selesai
15	Urologi	dr. Ido Ramadhan, Sp.U	Selasa & Jumat 08.00 - selesai
16	Gigi & Mulut	dr. Veny Alfany	Senin s/d Sabtu 08.00 - 14.00
17	Fisioterapi	Teguh Guritno Susanto Amd.Fis	Senin s/d Kamis 13.00 - 21.00 Jumat s/d Sabtu 08.00 - 14.00

Instalasi Gawat Darurat 24 Jam
Instalasi HEMODIALISA (shift 1 : Jam 07.00 - 12.00 shift 2 : Jam 12.00 - 18.00)
Radiologi 24 Jam
Laboratorium 24 Jam

Gambar 3.2 Jadwal Rawat Jalan RSU dr. Suyudi Paciran

Alur pelayanan rawat jalan yaitu:

1. Pasien menyerahkan resep dari dokter ke IFRS setelah itu Petugas IFRS melakukan telaah resep terlebih dahulu
2. Petugas IFRS Melakukan entri data obat pada sistem komputer
 - ✓ Untuk pasien umum harus melakukan pembayaran terlebih dahulu ke kasir.
 - ✓ Untuk pasien BPJS petugas IFRS langsung menyiapkan obat
3. Petugas IFRS melakukan telaah penyampaian obat dan etiket obat
4. Untuk pasien umum,, Petugas IFRS memeriksa bukti pembayaran sebelum menyerahkan obat.
5. Obat diberikan kepada pasien disertai dengan KIE

c. IGD

Pelayanan IGD dilakukan selama 24 jam nonstop selama 7 hari dalam seminggu. Oleh karena tu tidak ada hari libur, maka sistem jaga diatur sedemikian rupa sehingga masing – masing karyawan memiliki waktu libur.

Alur pelayanan rawat jalan yaitu:

- 1) Pasien menerima resep dari dokter jaga IGD dan menyerahkan kepada Instalasi Farmasi
- 2) Petugas IFRS melakukan skrining resep meliputi administratif (informasi pasien (nama, umur, jenis kelamin, berat badan, alamat); informasi dokter (nama, SIP, alamat, nomor telepon, paraf); tanggal penulisan resep; dan Signa) dan farmasetis (nama obat, bentuk sediaan,

kekuatan sediaan, jumlah yang diminta, stabilitas, dan kompatibilitas (ketercampuran obat))

- 3) Petugas IFRS penanggung jawab melakukan telaah resep
 - Jika resep tidak lengkap atau tidak sesuai, TTK melakukan konfirmasi terlebih dahulu ke dokter penulis resep
 - Jika resep sudah lengkap dan sesuai, TTK menyiapkan atau meracik obat
- 4) Petugas IFRS menghitung biaya obat melalui SIM RSI
 - Jika pasien umum, TTK memanggil pasien untuk melakukan pembayaran terlebih dahulu
 - Jika pasien BPJS dan terdapat obat yang tidak di tanggung oleh BPJS, TTK melakukan konfirmasi kepada pasien untuk menanyakan apakah mau menebus obat tersebut atau tidak (jika pasien tidak mau, maka TTK melakukan konfirmasi kepada dokter yang bersangkutan apakah obat tersebut dapat diganti dengan obat yang di tanggung BPJS atau memberikan *copy resep* kepada pasien)
- 5) Pasien melakukan pembayaran ke bagian administrasi dan mendapatkan nota pembayaran untuk mengambil obat di Instalasi Farmasi
- 6) Petugas IFRS menyiapkan atau meracik obat
- 7) Petugas IFRS melakukan double check dan memeriksa kesesuaian nota pembayaran obat dengan resep dan obat yang telah disiapkan
- 8) Obat diberikan pada pasien serah terima KIE informasi penggunaan obat