

**BAB III**  
**TINJAUAN RUMAH SAKIT**  
**CITRA MEDIKA LAMONGAN**

**3.1 Tinjauan Umum Rumah Sakit**

**1. Sejarah dan Perkembangan**

Pada awalnya, di tahun 2009, didirikan Klinik Citra Medika Lamongan yang memberikan pelayanan rawat jalan Spesialistik kepada masyarakat di tengah Kabupaten Lamongan. Kemudian, pada tahun 2012 berubah menjadi RS Bedah Citra Medika Lamongan, yang pada saat itu merupakan RS tipe C khusus Bedah. Seiring berjalannya waktu, melihat perkembangan dan kebutuhan masyarakat, pada akhir bulan Maret tahun 2020, berubah status menjadi RS Umum tipe D yang berada dibawah naungan PT. Citra Medika Fadma Lamongan. Saat ini, sering dikenal dengan RS Citra Medika Lamongan (RSCML).

**2. Visi dan Misi**

2.1 Visi : Menjadi Rumah Sakit pilihan keluarga yang ber**CITRA** Prima.

2.2 Misi :

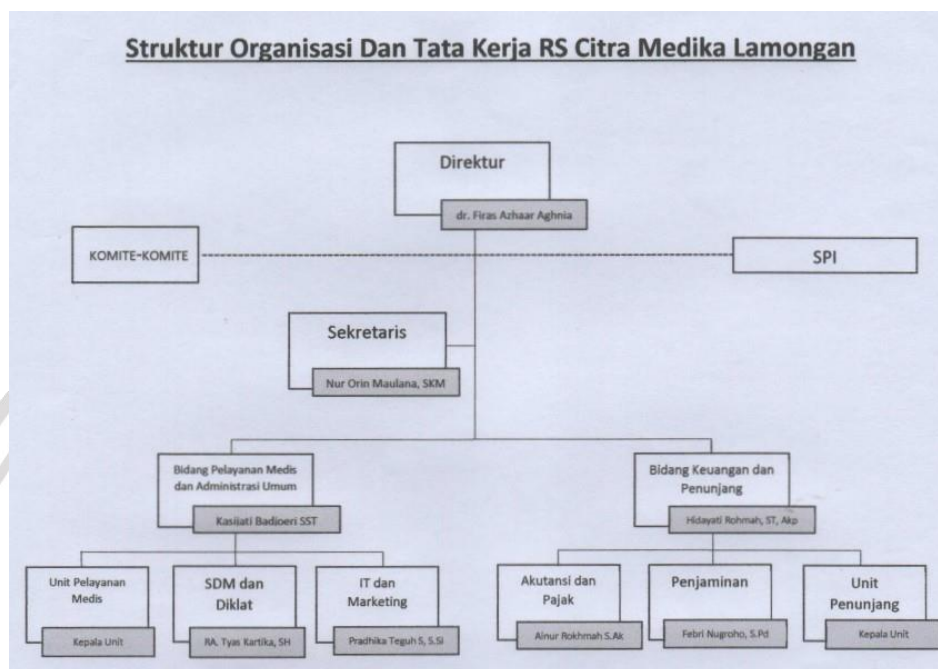
1. Memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dengan **CITRA** prima.
2. Mengupayakan pelayanan kesehatan masyarakat dengan harga terjangkau.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan secara terus menerus.

**3. Profil Rumah Sakit**

Rumah Sakit swasta yang berlokasi di Jantung Kabupaten Lamongan. Dekat dengan Alun-Alun dan Masjid Agung Lamongan. RS Citra Medika Lamongan adalah Rumah Sakit Umum Tipe D, yang #melayanidengan**CITRA** kepada masyarakat. Mempunyai empat poli

spesialis yaitu, Spesialis Obgyn, Spesialis Anak, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Penyakit Dalam.

#### 4. Struktur Organisasi



**Gambar 3.1** Struktur Organisasi RS Citra Medika Lamongan

#### 5. Akreditasi (Tipe RS dan Akreditasi yang Dilakukan)

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Adapun tujuan akreditasi rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu. Proses akreditasi didasarkan pada hasil evaluasi kepatuhan Rumah Sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi. Standar akreditasi diperbarui setiap tiga tahun. Terakhir pada April tahun 2022 melalui surat keputusan Nomor KARS-SERT/Per/1197/III/2022 RS Citra Medika Lamongan Lulus mendapatkan Akreditasi tingkat perdana.



Gambar 3.2 Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Citra Medika

## 6. Komite-Komite (PPRA, PPI, KFT)

### A. Komite PPRA

Tujuan PPRA

1. Mengendalikan resistensi antimikroba di Rumah Sakit
2. Meningkatkan pemahaman kepada staf, pasien dan keluarga tentang resistensi antimikroba
3. Menciptakan lingkungan kerja yang tidak resisten terhadap antimikroba
4. Menyelenggarakan pelayanan PPRA yang profesional dan berkualitas

### B. Komite PPI

1. Definisi

Suatu usaha yang dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko penularan infeksi mikroorganisme di lingkungan Rumah Sakit.

2. Tujuan

Sebagai acuan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi dan memberikan perlindungan pasien dan tenaga Kesehatan.

### 3. Kebersihan Tangan

- Kuku harus selalu terpotong pendek, tidak boleh memakai perhiasan dan tidak boleh memakai kuku palsu saat merawat pasien
- Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir harus dilakukan dengan 6 (enam) langkah pada saat :
  - Sebelum dan setelah melepas sarung tangan
  - Sebelum tindakan aseptis : pemasangan cateter intravena, kateter urin dan urin dan vaskuler perifer
  - Sebelum dan setelah kontak langsung dengan kulit pasien
  - Setelah menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi kulit yang tidak utuh, ganti verband
  - Setelah kontak dengan lingkungan dan benda mati (alat medic, tempat tidur, meja saklar lampu) di area pasien
  - Setelah makan, minum dan menggunakan toilet. Setelah menyentuh cairan tubuh pasien
  - Bila kontak dengan diduga spora, karena alkohol, klorheksidin, iodoform aktifitasnya lemah terhadap spora
  - Sebelum keluar ruangan pasien
- Cuci tangan bisa dilakukan dengan sabun dan air mengalir atau dengan alkohol handsrub (bila tangan tidak tampak kotor)

### 4. Alat pelindung diri (APD) :

- a. Sarung tangan
  - b. Masker
  - c. Kaca mata pelindung
  - d. Pelindung wajah
  - e. Gaun
  - f. Sepatu tertutup
- Gunakan APD sesuai ukuran dan jenis tindakan

- Gunakan APD yang sesuai, bila ada kemungkinan terkontaminasi darah, cairan tubuh, sekresi, ekresi dan bahan terkontaminasi, mucus membrane dan kulit yg tidak utuh, kulit utuh yg potensial terkontaminasi
- Pakai sarung tangan sekali pakai saat merawat pasien
- Pakai sarung tangan sekali pakai atau pakai ulang untuk membersihkan lingkungan
- Lepaskan sarung tangan segera setelah selesai, sebelum menyentuh benda dan permukaan yang tidak terkontaminasi, sebelum beralih ke pasien lain jangan memakai sarung tangan yang sama untuk pasien yang berbeda Gantilah sarung tangan bila tangan berpindah dari area tubuh terkontaminasi ke area bersih
- Pakailah kaca mata goggle untuk melindungi konjungtiva, mucus membrane mata, hidung, mulut selama melaksanakan prosedur dan aktifitas perawatan pasien yang beresiko terjadi cipratan atau semprotan dari darah, cairan tubuh sekresi dan ekresi
- Secara umum, dapat digunakan masker bedah untuk mencegah transmisi melalui partikel besar dari droplet saat kontak erat (< 3m) dari pasien saat batuk atau bersin pakailah selama tindakan yang menimbulkan aerosol walaupun pada pasien tidak diduga infeksi
- Kenakan gaun (bersih, tidak steril) untuk melindungi kulit, mencegah baju menjadi kotor, kulit terkontaminasi selama merawat pasien yang memungkinkan terjadinya percikan atau semprotan cairan tubuh pasien
- Bila gaun tembus cairan, perlu dilapisi apron tahan cairan mengantisipasi semprotan atau cipratan cairan infeksius
- Pakailah sepatu boot untuk melindungi kaki dari cipratan atau semprotan dari darah, cairan tubuh, sekresi dan ekresi



#### 5. Peralatan perawatan pasien

- Buat SPO untuk menampung, transportasi, pengelolaan peralatan yang mungkin terkontaminasi darah atau cairan tubuh
- Lepaskan bahan organik dari peralatan dengan bahan pembersih yang sesuai sebelum didesinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau disterilkan
- Tangani peralatan pasien yang terkena darah, cairan tubuh, sekresi, ekresi dengan benar sehingga kulit dan mucus membrane terlindungi, cegah baju terkontaminasi, cegah transfer mikroba ke pasien lain dan lingkungan
- Pastikan peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius telah dibersihkan dan tidak dipakai untuk pasien lain. Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan secara benar dan peralatan pakai ulang diproses dengan benar
- Peralatan yang terkontaminasi didesinfeksi setelah dipakai dan selanjutnya di DTT atau sterilisasi sesuai dengan kebutuhan
- Bersihkan dan didesinfeksi yang benar peralatan terapi pernafasan terutama setelah dipakai pasien infeksi saluran nafas, bila perlu memakai sungkup disposable
- Alat makan dicuci dengan detergen setiap setelah makan benda disposable dibuang ditempat sampah

#### 6. Pengendalian lingkungan

- Fasilitas kesehatan harus membuat dan melaksanakan prosedur rutin pembersihan, desinfeksi permukaan lingkungan tempat tidur, peralatan disamping tempat tidur dan pinggirannya, permukaan yang sering tersentuh dan pastikan kegiatan ini dimonitor (diawasi secara rutin dan berkala)
- Pemberian harus mengawasi desinfeksi. Benda dan permukaan tidak dapat didesinfeksi sebelum dibersihkan dari bahan organik (ekresi, sekresi pasien, kotoran).

Desinfeksi yang bisa dipakai : Na hipoklorit (paratih), alcohol, komponen phenol, komponen ammonium, quarternary komponen peroxigen. Ikuti aturan pabrik cairan desinfektan, waktu kontak dan cara pengencerannya.

Pembersihan area sekitar pasien :

- Pembersihan permukaan horizontal sekitar pasien harus dilakukan secara rutin setiap hari dan lebih teliti setiap pasien pulang
- Untuk mencegah aerosolisasi pathogen infeksi saluran nafas, hindari sapu, tp gunakan cara basah (kain basah)
- Ganti cairan pembersih, lap kain, kepala mop setelah dipakai (terkontaminasi)
- Peralatan pembersih harus dibersihkan dikeringkan tiap kali setelah pakai. Mop dicuci, dikeringkan tiap harisebelum disimpan dan dipakai kembali
- Untuk mempermudah pembersihan bebaskan area pasien dari bendabenda atau peralatan yang tidak perlu
- Jangan lakukan fogging dengan disinfektan ,tidak terbukti mengendalikan infeksi dan bisa berbahaya

#### 7. Penatalaksanaan Linen

Letakkan linen kedalam kantong linen, hindari menyortir linen diruang rawat pasien.

Cuci linen dengan air panas 70°C, minimal 25 menit, bila dipakai suhu < 70°C pilih zat kimia yang sesuai. Petugas yang menangani linen harus mengenakan APD yang sesuai.

#### 8. Kesehatan Karyawan

- Setiap petugas harus waspada dalam bekerja, untuk mencegah luka atau cedera saat melakukan tindakan menggunakan jarum scalpel dan alat tajam lain, saat membersihkan dan sat membuang jarum
- Jangan tutup / recap jarum yang talab dipakai, memanipulasi jarum dengan tangan, moneluk jarum, mematahkan,

melepaskan jarum dari spuit. Buang jarum, spuit, pisau scalpel dan perlatan tajam habis pakai kedalam wadah tahan tusukan/safety box sebelum dibuang kedalam incinerator

- Pakai mouthpiece, resusitasi bag atau peralatan ventilasi lain pengganti metode resusitasi mulut ke mulut
- Jangan mengarahkan bagian tajam jarum kebagian tubuh selain akan menyuntik

#### 9. Penempatan Pasien

- Tempatkan pasien yang potensial mengkontaminasi lingkungan atau yang tidak dapat diharapkan menjaga kebersihan kedalam ruang rawat yang terpisah
- Bila ruang isolasi tidak memungkinkan, upayakan agar prinsip pemisahan tetap terjadi
- Cara penempatan sesuai jenis kewaspadaan terhadap transmisi infeksi

#### 10. Hygiene respirasi / Etika batuk

Pasien, petugas, pengunjung dengan gejala infeksi saluran nafas harus :

- Menutup mulut dan hidung dengan lengan atas saat batuk atau bersin
- Pakai tisu, sapu tangan, masker kain/medis bila tersedia , buang ke tempat sampah (yang terlebih dahulu dilapisi kantong plastic )tertutup
- Lakukan cuci tangan sesuai standar

Manajemen fasilitas kesehatan harus promosi hygiene respirasi atau etika batuk :

- Promosi kepada semua petugas, pasien, keluarga dengan infeksi saluran nafas dengan demam
- Edukasi petugas, pasien, keluarga, pengunjung akan pentingnya kandungan aerosol dan sekresi dari saluran nafas dalam mencegah transmisi penyakit saluran nafas



- Menyediakan sarana untuk kebersihan tangan ( alcohol handrub , wastafel - antiseptic, tissue towel, terutama area tunggu harus diprioritaskan

#### 11. Praktek menyuntik yang aman

Pakai jarum yang steril, sekali pakai tiap kali penyuntikan untuk mencegah kontaminasi pada peralatan injeksi dan terapi. Bila memungkinkan gunakan juga vial sekali pakai walaupun multidose. Jarum atau spuit yang dipakai ulang untuk mengambil obat dalam vial multidose dapat menimbulkan kontaminasi mikroba yang dapat menyebar saat obat dipakai untuk pasien lain.

#### C. Komite KFT

Berdasarkan PMK no 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir dan menggunakan proses yang efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya. Dalam ketentuan Pasal 15 ayat (3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan medis habis pakai di rumah sakit harus dilakukan oleh instalasi farmasi sistem satu pintu. Alat kesehatan yang dikelola oleh instalasi farmasi sistem satu pintu berupa alat medis habis pakai/peralatan non elektromedik, antara lain alat kontrasepsi (IUD), alat pacu jantung, implan, dan *stent*. Instalasi Farmasi Rumah Sakit harus dikepalai oleh seorang Apoteker yang merupakan Apoteker Penanggung Jawab seluruh Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Komite Farmasi dan Terapi (KFT)

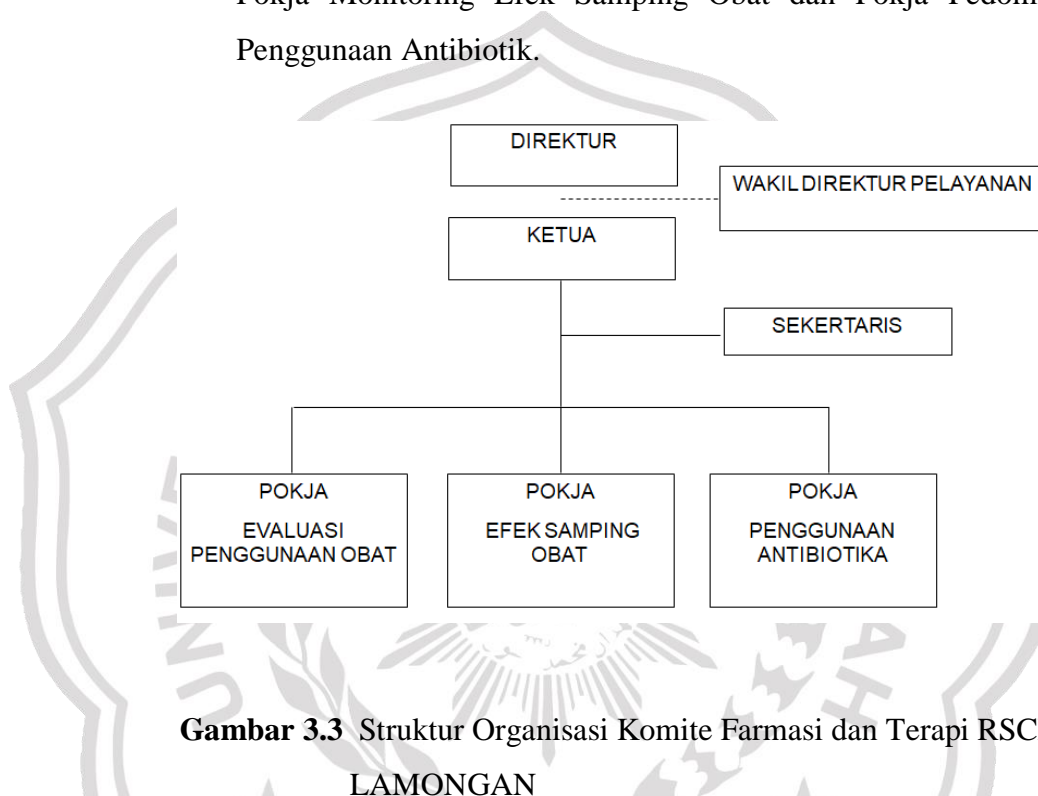
merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai kebijakan penggunaan obat di rumah sakit yang anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada di rumah sakit, apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan. KFT harus dapat membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam rumah sakit yang berhubungan/berkaitan dengan penggunaan obat.

Komite Farmasi dan Terapi melakukan rapat rutin tiap bulannya terkait dengan penggunaan obat di rumah sakit maupun pembahasan tentang monitoring efek terapi. Rapat untuk evaluasi formularium rumah sakit dilakukan tiap 6 bulan sekali dan rapat untuk revisi atau pembuatan formularium yang baru dilakukan setiap satu tahun sekali. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, formularium rumah sakit merupakan daftar obat yang disepakati staf medis, disusun oleh KFT yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Formularium di RSCM LAMONGAN terdiri dari formularium nasional (fornas) dan Formularium Rumah Sakit.

Susunan kepanitiaan KFT serta kegiatan yang dilakukan di RSCM LAMONGAN adalah sebagai berikut :

1. KFT terdiri dari dokter utusan semua Kelompok Staf Medis (KSM) yang ada, apoteker instalasi farmasi, bidang terkait, perawat dan pejabat struktural terkait.
2. Ketua KFT dipilih dari dokter praktisi senior yang ada di dalam kepanitiaan yang dipandang berpengaruh dan menguasai manajemen terapi serta disetujui pimpinan rumah sakit. Sekretaris KFT adalah Kepala Instalasi Farmasi (apoteker).
3. KFT harus mengadakan rapat secara teratur, sedikitnya 1 bulan sekali. Rapat KFT dapat mengundang pakar-pakar dari dalam maupun dari luar rumah sakit yang dapat memberikan masukan bagi pengelolaan KFT.

4. Segala sesuatu yang berhubungan dengan rapat KFT diatur oleh sekretaris, termasuk persiapan dan hasil-hasil rapat.
5. Membina hubungan kerja dengan panitia di dalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan penggunaan obat.
6. Dalam kepanitiaan juga terdapat anggota inti yang dibantu oleh sub panitia (Pokja) yaitu Pokja Pedoman Diagnosis dan Terapi, Pokja Monitoring Efek Samping Obat dan Pokja Pedoman Penggunaan Antibiotik.



**Gambar 3.3** Struktur Organisasi Komite Farmasi dan Terapi RSCM LAMONGAN

Tujuan dibentuknya KFT adalah :

1. Menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya.
2. Melengkapi staf profesional di bidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai kebutuhan.
3. Memberi rekomendasi penggunaan obat di luar formularium nasional di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dengan persetujuan direktur yang biayanya sudah termasuk dalam tarif INACBGs dan tidak boleh dibebankan kepada pasien.

Tugas KFT adalah :

1. Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di Rumah Sakit;
2. Melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
3. Mengembangkan standar terapi
4. Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
5. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional
6. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
7. Mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*;
8. Menyebarkan informasi terkait kebijakan Penggunaan Obat di Rumah Sakit.

#### **7. Patient Safety RS**

Patient Safety Rumah Sakit Citra Medika mengacu pada Sasaran Keselamatan Pasien. 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

1. Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.
2. 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, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

#### Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

1. Standar SKP.2 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar-PPA.
2. Standar SKP.2.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.
3. Standar SKP.2.2 Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (hand over).
4. 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 telpon. 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 mencolok 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) Pemesanaan 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) antar berbagai 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)**

1. Standar SKP.3 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.
2. Standar SKP.3.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.
3. 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 (error) 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 kepustakaan 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 peresepan, 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

1. Standar SKP.4 Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

2. Standar SKP.4.1 Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses Time-out di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.
3. 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 antar anggota 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 antar anggota 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. 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 (imajing), 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

1. Standar SKP.5 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan evidence- based hand hygiene guidelines untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
2. 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 (towel), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman.

#### Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

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

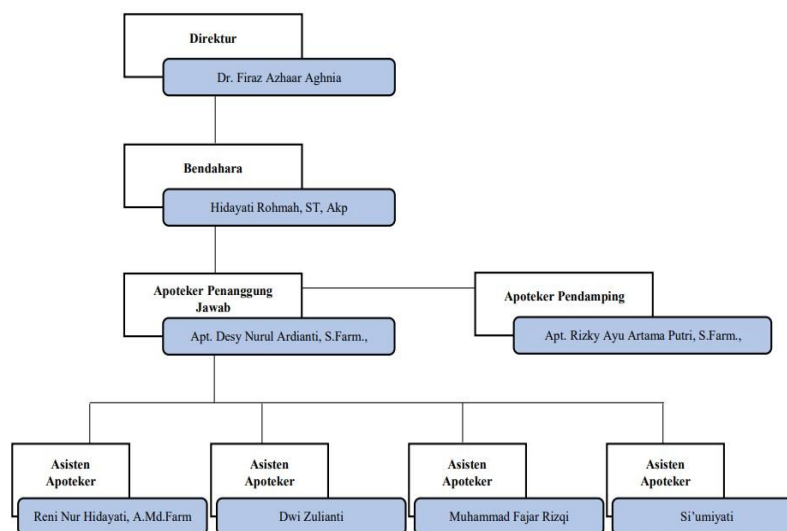
Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

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 berisiko tinggi jatuh.

## 3.2 Tinjauan Instalasi Farmasi Rumah Sakit

### 1. Struktur Organisasi



**Gambar 3.4** Struktur Organisasi IFRS Rumah Sakit Citra Medika Lamongan

## 2. Standar Pelayanan Kefarmasian di tempat PKL

### 2.1 Pengelolaan Perbekalan Farmasi

#### a) Perencanaan

Dalam proses pelayanan, dengan tujuan efektivitas dan efisiensi, Unit Farmasi tidak menyediakan semua jenis obat atau alkes yang beredar di Indonesia, tetapi menentukan obat dan alkes tertentu yang dapat digunakan dalam Rumah Sakit, dalam periode tertentu. Dalam pelayanan obat, proses tersebut merupakan proses pemilihan obat dalam penyusunan Formularium Rumah Sakit.

Kriteria pemilihan kebutuhan obat dalam formularium meliputi:

- Memiliki rasio manfaat – resiko ( benefit risk ratio ) yang paling menguntungkan pasien
- Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas
- Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan

- Praktis dalam penggunaan dan penyerahan
  - Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien
  - Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (evidence based medicines) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan, dengan harga yang terjangkau
- Sedangkan pemilihan alat kesehatan di rumah sakit berdasarkan dari data pemakaian oleh user, standar ISO, daftar harga alat kesehatan, serta spesifikasi mutu yang ditetapkan oleh rumah sakit. Selain kriteria untuk memilih obat untuk masuk formularium, ditentukan pula kriteria untuk penghapusan obat dari formularium, antara lain sebagai berikut :
- Obat – obat yang jarang digunakan (slow moving) akan dievaluasi
  - Obat – obat yang tidak digunakan (death stock) dalam waktu 3 bulan maka akan diingatkan pada dokter-dokter terkait yang akan menggunakan obat tersebut. Apabila pada bulan berikutnya tetap tidak digunakan, maka obat tersebut dikeluarkan dari formularium.
  - Obat-obat yang dalam proses penarikan oleh Pemerintah / BPOM atau dari pabrikan.

#### **b) Pengadaan**

1. Petugas farmasi melakukan kontrol stok perbekalan farmasi yang menipis dan menyampaikan kepada Apoteker.
2. Apoteker melakukan kroscek data *purchase order*/ surat pesanan
3. Surat pesanan/ Purchase Order dibuat rangkap dua, dan ditandatangani oleh Apoteker, dibubuhi stempel, SIPA.
4. Apoteker melakukan order perbekalan farmasi dengan menyerahkan lembar cetak asli ke pihak distributor farmasi, copi ke-1 untuk arsip logistik farmasi.

5. Pengadaan bisa juga dilakukan melalui telepon jika kebutuhan obat menipis dan pihak distributor belum bisa datang mengambil surat pesanan.

**c) Penerimaan barang**

4. Penerimaan adalah kegiatan untuk menerima perbekalan farmasi yang telah diadakan sesuai dengan aturan kefarmasian, melalui pembelian langsung atau obat bantuan
5. Penerimaan perbekalan farmasi di RSCM, menggunakan sistem satu pintu di logistik farmasi
6. Penerimaan perbekalan farmasi harus sesuai dengan surat pesanan (SP), dengan memperhatikan kualitas dan kuantitas perbekalan farmasi yang diterima
7. Obat yang diterima harus memenuhi kriteria sebagai berikut :
  - a. Obat yang diterima harus sesuai dengan faktur yang dikeluarkan pemasok/ distributor dan sesuai dengan surat pesanan yang dibuat oleh pengadaan dengan tanda tangan apoteker
  - b. Kemasan obat masih utuh, bersegel dan dalam keadaan baik
  - c. Untuk bahan berbahaya dan beracun harus memiliki Material Safety Data Sheet (MSDS)
  - d. Expired date minimal 2 tahun kecuali dengan kesepakatan khusus
  - e. Obat-obat yang termolabil harus dipastikan memenuhi persyaratan rantai dingin (suhu pengiriman memenuhi syarat) dan diproses terlebih dahulu
6. Penerimaan perbekalan farmasi di RSCM dilakukan dengan mencocokkan kesesuaian nama obat, kekuatan obat, jumlah obat, bentuk sediaan obat dengan yang dipesan. Selain itu pula dilakukan pengecekan kondisi obat dari segi fisik dan kadaluarsa obat



## d) Penyimpanan

### 1. Penyimpanan Perbekalan Farmasi

1. Petugas farmasi menyimpan obat sesuai kondisi yang sesuai bagi stabilitas produk (kondisi penyimpanan mengacu pada leaflet produk). Monitoring suhu penyimpanan dilakukan setiap hari meliputi monitoring suhu dan kelembapan.
2. Petugas farmasi menyimpan obat pada kotak obat, dan ditata secara alfabetis dan memperhatikan system FIFO (*First In First Out/ FEFO =First Expired First Out*).
3. Sistem penataan obat harus disertai informasi yang memudahkan petugas dalam pengambilan obat (cepat dan tepat dalam pencarian).
4. Larutan konsentrasi pekat tidak boleh disimpan di unit Rawat Inap.
5. Perbekalan farmasi yang ada di gudang disusun di atas pallet secara rapi dan teratur
6. Untuk obat HAM:
  - a) Membatasi akses terhadap *high alert medications* (HAM). HAM disimpan dalam lokasi terpisah dengan obat yang lain.
  - b) Elektrolit pekat, obat yang termasuk inotropik, trombolitik dan penghambat neuromuskular tidak disimpan di unit perawatan NON-ICU. Jika obat HAM harus disimpan di area perawatan pasien maka obat HAM yang disimpan harus dalam jumlah terbatas dan akses terbatas, tempat penyimpanan dikunci dan diberikan label stiker berwarna merah bertuliskan “*high alert*” pada bagian luar tempat penyimpanan.
  - c) Khusus narkotika dan psikotropika disimpan dalam lemari dengan kunci ganda, dimana anak kunci dikuasai dan disimpan oleh penanggung jawab tiap shift/petugas

yang ditetapkan. Apoteker mendelegasikan kunci rak narkotika/psikotropika kepada asisten apoteker yang telah ditetapkan diluar jam kerja apoteker.

- d) Tempat obat HAM diberikan label stiker berwarna merah bertuliskan “*high alert*”.
  - e) Obat HAM disimpan menurut stabilitasnya, bentuk sediaan,urut alfabetis, FIFO dan FEFO.
  - f) Obat Emergensi disimpan di Kotak Emergensi dan Troli Emergensi. Kotak tertutup rapat dengan segel kabel ties dan ter-registrasi, di luar kotak ditempel nama dan jumlah obat-obatan yang tersedia didalam kotak. Troli Emergensi ditutup rapat dan dikunci rangkap dua (kunci diakses oleh petugas jaga dan petugas farmasi), tersegel, ter-registrasi dan di luar troli ditempel nama dan jumlah obat-obatan yang tersedia didalam troli.
  - g) Infus intravena *high alert medicine* harus diberikan label yang jelas dengan menggunakan huruf/tulisan yang berbeda dengan sekitarnya.
  - h) Penyimpanan obat *Look-alike Sound-alike* (LASA) tidak boleh diletakkan berdekatan, walaupun terletak pada kelompok abjad yang sama harus diselingi dengan minimal 2 (dua) obat dengan kategori LASA diantara atau ditengahnya.
  - i) Penyimpanan obat HAM yang bersifat *Daily Dose* di unit rawat inap, disimpan ditempat/kotak penyimpanan khusus *Daily Dose* yang sudah ditandai identitas pasien.
7. Untuk bahan berbahaya dan beracun (B3):
- a) Wadah B3 harus diberi label keamanan sesuai dengan aturan yang berlaku

- b) Penyimpanan B3 dalam tempat terpisah harus terlindung dari cahaya dan sumber panas
  - c) Setiap hendak menggunakan B3, petugas memakai APD (masker dan sarung tangan)
  - d) Sebelum menggunakan B3, petugas memeriksa label keamanan pada kemasan (harus diperhatikan), wadah, dan tutup B3, kebenaran produk, tanggal ED dan kelengkapan MSDS
  - e) Petugas melakukan pengenceran formalin dengan APD (kacamata, masker, sarung tangan)
  - f) Petugas farmasi menyiapkan permintaan B3 dari setiap ruangan setiap bulan
8. Untuk Alat kesehatan
- a) Alat kesehatan disimpan sesuai abjad dan berdasarkan FIFO dan FEFO
  - b) Alat kesehatan disimpan berdasarkan alat kesehatan umum dan BPJS
  - c) Penyimpanan alat kesehatan di gudang di letakan di atas palet serta tidak menyentuh dinding tembok
  - d) Suhu dan kelembaban selalu di cek secara teratur setiap hari
9. Ada proses inspeksi penyimpanan obat dan alkes yang dilakukan setiap sebulan sekali oleh petugas farmasi.
- Inspeksi yang dilakukan adalah:
- Kadaluarsa obat
  - Jumlah stok obat
  - Kondisi penyimpanan

## **2. Penyimpanan Obat Emergensi di Unit Pelayanan**

1. Tempat penyimpanan sesuai dengan jenis obat emergency.
2. Cara penyimpanan
  - a. Obat emergency disimpan dan dikelompokkan sesuai bentuk sediaan.

- b. Obat emergency ditempatkan pada tempat khusus, terlihat jelas dan mudah dijangkau.
- c. Suhu penyimpanan disesuaikan dengan obat jenis obat yang disimpan
- d. Obat emergency jika dikeluarkan harus diganti dengan jumlah yang sama.

### 3. Dokumentasi

- a. Kartu stok obat
- b. Daftar obat emergency ruangan

### 3. Penyimpanan Alkes

- a) Alat kesehatan disimpan sesuai abjad dan berdasarkan FIFO dan FEFO
- b) Alat kesehatan disimpan berdasarkan alat kesehatan umum dan BPJS
- c) Penyimpanan alat kesehatan di gudang di letakan di atas palet serta tidak menyentuh dinding tembok
- d) Suhu dan kelembahan selalu di cek secara teratur setiap hari

### 4. Penyimpanan Obat High Alert Medication

- a) Obat HAM disimpan pada satu tempat yang khusus untuk semua obat-obat yang termasuk kategori HAM.
- b) Diluar lemari diberi stiker HAM.
- c) Obat-obat yang termasuk kategori HAM harus diberi stiker HAM satu persatu.
- d) Jika ada obat LASA masuk dalam kategori HAM maka penyimpanan obat LASA juga diterapkan yaitu diberi jeda 1 tempat dan diberi stiker LASA dan stiker HAM pada obat tersebut.

### 5. Penyimpanan Obat LASA

- 1. Obat LASA disimpan pada tempat yang jelas perbedaannya, terpisah / diantarai dengan 1 (satu) item / obat lain.

2. Beri label dengan tulisan obat yang jelas pada setiap kotak penyimpanan obat.
3. Obat LASA diberi stiker warna kuning dengan tulisan LASA warna merah dan ditempelkan pada kotak obat
4. Jika obat LASA (nama sama) hanya ada 2 kekuatan yang berbeda maka :
  - Obat LASA dengan kekuatan besar diberi stiker biru
  - Obat LASA dengan kekuatan kecil diberi stiker hijau

#### **6. Penyimpanan Obat Narkotika dan Psikotropika**

1. Kenali dengan seksama jenis obat yang akan disimpan.
2. Baca petunjuk/lihat golongan obat melalui kemasan atau petunjuk lain mengenai penyimpanan obat.
3. Letakkan bahan sesuai ketentuan dalam lemari yang mempunyai pintu rangkap dua dengan kunci yang berbeda dan terpisah dengan obat-obatan yang lain golongan.
4. Perhatikan suhu ruang penyimpanan dan pastikan bahwa suhu ruangan sudah sesuai dengan yang ditentukan dalam petunjuk.
5. Perhatikan batas waktu pemakaian obat yang akan disimpan dilemari.
6. Jangan dekatkan dengan golongan obat lain.
7. Perhatikan sistem pencahayaan dan tata udara dalam gudang penyimpanan.

#### **7. Penyimpanan Cairan Elektrolit Konsentrat Tinggi**

1. Penyimpanan cairan dengan konsentrasi tinggi di gudang farmasi harus disusun di tempat yang terpisah, diletakkan dalam kardus/tempat yang terpisah dan ditandai dengan tulisan “Obat High Alert” berwarna merah
2. Sewaktu didistribusikan baik dari gudang farmasi ke depo farmasi atau dari depo farmasi ke ruang rawatan,



harus di letakan dalam tempat yang terpisah

3. Penyimpanan di depo farmasi harus disimpan ditempat terpisah dari cairan biasa, dan ditandai dengan tulisan “cairan elektrolit konsentrat”
4. Sedangkan penyimpanan di ruang rawatan, di letakan di rak rawatan yang bertuliskan “Obat High Alert”

**e) Pendistribusian**

1. Distribusi perbekalan farmasi RSCM pada pasien rawat jalan menggunakan individual prescribing yaitu persepan perseorangan yang ditulis dokter kepada pasien
2. Distribusi perbekalan farmasi RSCM pada pasien rawat inap menggunakan sistem individual prescribing yaitu persepan perseorangan yang ditulis dokter kepada pasien. Yang selanjutnya obat yang diambil diserahkan kepada perawat ruangan untuk dijalankan menggunakan sistem ODDD (*One Daily Dose Dispensing*) yaitu pemberian obat untuk pemakaian sehari
3. Logistik farmasi melakukan distribusi perbekalan farmasi keseluruhan unit kerja di RSCM. Unit mengirim form kebutuhan obat ruangan. Selanjutnya farmasi menyiapkan dan mendistribusikan keruangan unit masing-masing
4. Obat disiapkan dalam area yang bersih dan aman dengan peralatan yang memadai.

**f) Pemusnahan**

✓ **Pemusnahan Non Narkotika dan Psikotropika**

1. Inventarisasi terhadap obat dan perbekalan kesehatan yang akan dimusnahkan
2. Persiapan administrasi meliputi laporan dan berita acara pemusnahan
3. Penentuan jadwal, metode dan koordinasi dengan pihak terkait (jika perlu)
4. Persiapan tempat pemusnahan

5. Pelaksanaan pemusnahan, menyesuaikan jenis dan bentuk sediaan
6. Pembuatan laporan pemusnahan obat dan perbekalan kesehatan, yang memuat :
  - a) Waktu dan tempat pelaksanaan pemusnahan obat dan alat kesehatan
  - b) Nama dan jumlah obat dan alat kesehatan
  - c) Nama apoteker pelaksana pemusnahan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan
  - d) Nama saksi dalam pelaksanaan pemusnahan obat dan perbekalan kesehatan
7. Laporan pemusnahan obat dan perbekalan kesehatan, ditandatangani oleh apoteker dan saksi dalam pelaksanaan pemusnahan (berita acara terlampir)

Dalam proses pemusnahan obat dan perbekalan kesehatan, prosedur yang dipilih adalah dengan cara dimasukkan kedalam safety box dan dibawa ke IPAL. Selanjutnya mengikuti prosedur dari IPAL.

✓ **Pemusnahan Narkotika dan Psikotropika**

1. Penanggung jawab fasilitas produksi/fasilitas distribusi/fasilitas pelayanan kefarmasian/pimpinan lembaga/dokter praktik perorangan menyampaikan surat pemberitahuan dan permohonan saksi kepada:  
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Balai Besar/Balai Pengawas Obat dan Makanan.
2. Balai Besar/Balai Pengawas Obat dan Makanan setempat, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menetapkan petugas di lingkungannya menjadi saksi pemusnahan sesuai dengan surat permohonan sebagai saksi.
3. Pemusnahan disaksikan oleh Balai Besar/Balai Pengawas Obat dan Makanan setempat, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

4. Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi dalam bentuk bahan baku, produk antara, dan produk ruahan harus dilakukan sampling untuk kepentingan pengujian oleh petugas yang berwenang sebelum dilakukan pemusnahan.
5. Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi dalam bentuk obat jadi harus dilakukan pemastian kebenaran secara organoleptis oleh saksi sebelum dilakukan pemusnahan.
6. Apoteker penanggung jawab membuat Berita Acara Pemusnahan yang dibuat dalam rangkap tiga dan tembusannya disampaikan kepada Direktur Jenderal dan Kepala Badan/Kepala Balai POM.

#### **g) Pencatatan dan Pelaporan**

##### **1. Pencatatan**

Pencatatan merupakan suatu kekuatan yang bertujuan untuk memonitor transaksi perbekalan farmasi yang keluar dan masuk di lingkungan unit farmasi. Adanya pencatatan akan memudahkan petugas untuk melakukan penelusuran bila terjadi adanya mutu obat yang sub standar dan harus ditarik dari peredaran. Pencatatan dilakukan dengan menggunakan bentuk digital secara komputerisasi.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pencatatan :

- Pencatatan / entri data dilakukan secara rutin dari waktu ke waktu secara *real time* saat pelayanan obat
- Penerimaan dan pengeluaran dijumlahkan pada setiap akhir bulan.

Informasi yang bisa diperoleh dari kartu stok antara lain :

- Jumlah perbekalan farmasi yang tersedia (sisa stok)
- Jumlah perbekalan farmasi yang diterima
- Jumlah perbekalan farmasi yang keluar

- Tanggal pengisian kartu stok
- Paraf petugas
- No. Batch
- Tanggal Kadaluarsa

Manfaat informasi yang didapat:

- Untuk mengetahui dengan cepat jumlah persediaan perbekalan farmasi
- Penyusunan laporan
- Perencanaan pengadaan dan distribusi
- Pengendalian persediaan
- Untuk pertanggungjawaban bagi petugas penyimpanan dan pendistribusian
- Sebagai alat bantu kontrol bagi Kepala unit farmasi

## **2. Pelaporan**

Pelaporan adalah kumpulan catatan dan pendataan kegiatan administrasi perbekalan farmasi, tenaga dan perlengkapan kesehatan yang disajikan kepada pihak yang berkepentingan.

Tujuan pelaporan adalah :

- Tersedianya data yang akurat sebagai bahan evaluasi
- Tersedianya informasi yang akurat
- Tersedianya arsip yang memudahkan penelusuran surat dan laporan
- Mendapat data yang lengkap untuk membuat perencanaan

## **2.2 Pelayanan resep dan informasinya**

### **a) Rawat inap**

#### **❖ Pelayanan Resep**

1. Perawat melengkapi identitas pasien dalam resep, nama dokter, tanggal penulisan resep kemudian Dokter menuliskan obat pada resep secara lengkap sesuai

persyaratan resep : Nama Obat, Jumlah Obat, Aturan pakai, Rute dan Paraf Dokter.

2. Perawat mengisi Catatan Pengobatan Pasien yang ada di rekam medik sesuai dengan jadwal jam pemberian obat ke pasien.
3. Perawat mengantarkan resep ke unit farmasi dan mengisi Form Pemberian Obat Rawat Inap – Sistem *ODDD* untuk pemberian per hari.
4. Petugas Farmasi menerima, melakukan telaah resep, memeriksa kembali dan memberi paraf. Perawat juga memberikan paraf.
5. Petugas Farmasi melakukan pengambilan obat, pemasangan label identitas pasien, memberi tulisan aturan pakai, pengemasan obat secara *ODDD*.
6. Petugas farmasi melakukan cheking akhir tiga hal yaitu : resep, obat yang telah diambil dan label identitas pasien/etiket obat.
7. Obat yang telah siap diantarkan petugas farmasi ke bangsal dengan form pemberian obat rawat inap – sistem *ODDD*.
8. Perawat menerima dan mengecek obat dan form pemberian obat rawat inap – sistem *ODDD*.
9. Form pemberian obat rawat inap – sistem *ODDD* akan disimpan sebagai Arsip Dokumen Farmasi.
10. Jika ada retur obat, perawat mengisi form retur obat dan memberikan paraf kemudian menyerahkan ke petugas farmasi.

**Yang perlu diperhatikan :**

- a. Pesanan Obat yang dilayani adalah permintaan yang sudah ditulis dalam form pemberian obat rawat inap – sistem *ODDD*.



- b. Resep obat (terutama Narkotika dan Psikotropik) tetap ditulis dalam lembar resep oleh dokter untuk dilampirkan bersamaan form pemberian obat rawat inap – sistem ODDD.
- c. Retur obat karena stop akan ditulis oleh perawat pada form pemberian obat rawat inap – sistem ODDD, yang akan dientry oleh petugas farmasi.
- d. Setiap malam jam 08.00 petugas farmasi datang ke rawat inap untuk:
  - Mencatat daftar obat-obatan pasien untuk keesokan harinya dengan menggunakan form pemberian obat rawat inap – sistem ODDD. Kemudian petugas farmasi kembali ke unit farmasi dan menyiapkan lalu mengantarkan obatnya kembali ke rawat inap.
  - Merekap obat-obatan yang telah digunakan pada hari itu (yang telah diberikan pada malam sebelumnya). Jika ada retur, maka harus mengisi form retur.
- e. Semua pemberian obat harus terdokumentasi dengan baik dan jelas pada catatan pengobatan pasien di rekam medik. Petugas farmasi harus selalu memantau dan memberikan paraf.

#### ❖ **Pelayanan Non Formularium**

1. Petugas farmasi menerima resep kemudian setelah dicek ternyata terdapat obat yang tidak masuk dalam formularium RS. Bedah Citra Medika atau obat yang kebetulan stoknya kosong.
2. Petugas farmasi mengkomunikasikan obat pengganti yang telah ada di formularium kepada dokter yang bersangkutan.
3. Apabila dokter menyetujui, maka petugas dapat mengganti obat non formularium tersebut dengan obat yang telah tersedia.

4. Apabila dokter tidak menyetujui, dan dengan pertimbangan khusus karena obat baru (zat aktif belum ada/ kasus khusus) maka petugas farmasi melakukan order ke apotek 24 Lamongan. Jika tidak tersedia di Apotek K24 Lamongan, maka petugas farmasi melakukan order ke apotek / RS lain (order langsung sejumlah yang diminta dokter).
5. Petugas farmasi mengkomunikasikan ke perawat bangsal tentang persetujuan penggantian obat dari dokter/ usulan obat baru/obat khusus dari dokter.

#### **b) Rawat jalan**

##### **❖ Pelayanan Resep Formularium**

##### **a. Skrining Resep**

1. Melakukan telaah administrative resep yaitu nama pasien, nama dokter, tanggal penulisan resep, tanda tangan atau paraf dokter serta nama, tanggal lahir dan berat badan pasien
2. Melakukan pemeriksaan kesesuaian farmasetik yaitu obat, bentuk sediaan, dosis, frekuensi, kekuatan, cara dan lama pemberian obat
3. Mengkaji aspek klinis adanya alergi, efek samping, interaksi, kesesuaian (dosis, durasi, jumlah obat dan kondisi khusus lainnya)
4. Menetapkan ada tidaknya masalah resep dan membuat solusi/keputusan profesi (komunikasi dengan dokter, bertanya ke pasien)
5. Mengkomunikasikan ke dokter tentang masalah resep apabila diperlukan dan mendokumentasikan hasil verifikasi.

##### **b. Penyiapan Sediaan Farmasi**

1. Menyiapkan sediaan farmasi sesuai dengan permintaan resep

2. Mengambil obat
3. Menutup kembali wadah obat (obat dalam botol)
4. Mencatat pengeluaran obat pada kartu stok
5. Menyiapkan etiket/ label obat yang berisi identitas pasien, tanggal resep, cara pakai sesuai permintaan pada resep serta petunjuk dan informasi lain
6. Petugas farmasi melakukan input jumlah obat dan harga serta menyiapkan nota biaya total obat.
7. Petugas farmasi memberikan nota biaya total obat kepada perawat dan pasien melakukan pembayaran.

### **c. Penyerahan Sediaan Farmasi**

- 1) Melakukan pemeriksaan akhir sebelum dilakukan penyerahan (kesesuaian antara obat dan penulisan etiket dengan resep)
- 2) Memanggil nama pasien
- 3) Memeriksa identitas dan alamat pasien
- 4) Menyerahkan obat yang disertai pemberian informasi obat
- 5) Meminta pasien untuk mengulang informasi yang telah disampaikan/ bertanya tentang paham tidaknya penjelasan obat yang telah disampaikan
- 6) Menyimpan resep pada tempatnya dan mendokumentasikan

### **❖ Pelayanan Non Formularium**

1. Petugas farmasi menerima resep kemudian setelah dicek ternyata terdapat obat yang tidak masuk dalam formularium RS. Bedah Citra Medika atau obat yang kebetulan stoknya kosong.
2. Petugas farmasi mengkomunikasikan obat pengganti kepada dokter yang bersangkutan.
3. Apabila dokter menyetujui, maka petugas dapat mengganti obat non formularium tersebut dengan obat pengganti.

4. Apabila dokter tidak menyetujui, maka petugas farmasi melakukan order ke apotek 24 Lamongan. Jika tidak tersedia di Apotek K24 Lamongan, maka petugas farmasi melakukan order ke apotek / RS lain (order langsung sejumlah yang diminta dokter).
5. Petugas farmasi menginformasikan ke pasien bahwa obat sedang kosong sehingga memerlukan waktu yang cukup untuk dicarikan ke tempat lain (tergantung informasi dari rekanan waktu pengantaran).
6. Jika pasien menyetujui obat dicarikan, maka petugas farmasi melakukan pembelian ke apotek rekanan.
7. Jika obat telah tersedia maka pasien dipanggil untuk melakukan pembayaran.
8. Obat disiapkan, dicek dan diserahkan disertai pemberian informasi obat.

**c) IGD/BEDAH**

1. Perawat mengisi obat-obatan dan alat kesehatan (alkes) yang telah dipakai di ruangan kedalam lembaran obat.
2. Dokter menulis resep obat-obatan yang memerlukan resep yang telah dipakai di ruangan.
3. Perawat memasukkan lembaran dan resep ke Unit Farmasi
4. Petugas farmasi menyiapkan obat-obatan dan alkes tersebut dan menyerahkan ke ruangan.
5. Melakukan entry resep kedalam computer untuk billing.
6. Petugas farmasi melakukan kroscek akhir.
7. Petugas UGD melakukan cek penerimaan barang, dan menyimpan di dalam lemari floor stok.

**d) Produksi/re-packing**

Rumah Sakit Citra adalah Rumah Sakit Tipe D. Jadi untuk sementara unit atau kegiatan produksi/re-packing belum tersedia. Semua obat yang digunakan dalam perbekalan farmasi di Rumah Sakit menggunakan sediaan jadi yang

dipesan melalui vendor terpilih.

### 3. *Product Knowledge*



#### **Komposisi :**

Tiap tablet salut selaput mengandung Dexketoprofen Trometamol 36,9 mg setara dengan Dexketoprofen 25 mg.

#### **Farmakologi :**

Dexketoprofen Trometamol merupakan garam tromethamine dari S-(+)-2-(3-benzoylphenyl) propionic acid, adalah obat analgesik, antiinflamasi dan antipiretik yang termasuk golongan antiinflamasi nonsteroid (NSAID).

Mekanisme kerja obat-obat antiinflamasi nonsteroid berhubungan dengan pengurangan sintesis prostaglandin dengan penghambatan jalur siklooksigenase. Secara spesifik terjadi penghambatan transformasi asam arakidonat menjadi endoperoksida siklik, PGG<sub>2</sub>, dan PGH<sub>2</sub> yang menghasilkan prostaglandin; PGE<sub>1</sub>, PGE<sub>2</sub>, PGF<sub>2a</sub>, dan PGD<sub>2</sub> dan juga prostasiklin PGI<sub>2</sub>, dan tromboksan (TxA<sub>2</sub> dan TxB<sub>2</sub>). Selanjutnya, penghambatan sintesis prostaglandin dapat mempengaruhi mediator inflamasi lain seperti kinin, menyebabkan aksi tak langsung yang akan memperkuat aksi langsung.

Dexketoprofen telah memperlihatkan penghambatan terhadap aktivitas COX-1 dan COX-2 dalam percobaan pada manusia dan hewan.

#### **Indikasi :**



Pengobatan gejala dengan intensitas nyeri yang ringan hingga sedang, seperti nyeri akut muskuloskeletal, dismenoria, sakit gigi dan nyeri setelah operasi.

**Kontraindikasi :**

- Pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap Dexketoprofen Trometamol, NSAID lainnya, atau bahan tambahan yang terdapat di dalam sediaan
- Pasien yang pernah mengalami serangan asma, bronkospasme, rinitis akut, atau polip nasal, urtikaria atau edema angioneurotik yang dicetuskan oleh obat lain dengan cara kerja yang serupa (misalnya aspirin, atau NSAID lainnya)
- Pasien dengan riwayat atau menderita tukak lambung (aktif maupun baru kecurigaan saja), atau dispepsia kronik, perdarahan lambung atau perdarahan yang lain yang aktif, penyakit Crohn's atau kolitis ulserasi, riwayat asma bronkial, gagal jantung berat, disfungsi ginjal sedang sampai berat, kerusakan fungsi hati yang berat
- Pasien dengan haemorrhagic diathesis dan kelainan koagulasi lainnya, atau pasien yang diterapi dengan antikoagulan
- Wanita hamil dan menyusui

**Dosis dan Cara Pemberian :**

Kecepatan absorpsi dari obat diperlambat dengan adanya makanan, dianjurkan agar obat diberikan 30 menit sebelum makan, terutama pada kasus nyeri akut.

**Dosis umum :**

Tergantung dari kondisi dan berat ringannya nyeri.

Secara umum dosis yang dianjurkan : 12,5 mg tiap 4-6 jam atau 25 mg setiap 8 jam.

Nyeri setelah operasi, dosis yang dianjurkan : 25 mg tiap 8 jam.

Total dosis sehari tidak boleh lebih-dari 75 mg.

Dexketoprofenometamol tablet salut selaput tidak digunakan dalam waktu lama dan terapi harus dibatasi untuk periode simtomatis.

**Usia lanjut :**

Dosis awal yang dianjurkan : dosis terendah dari kisaran dosis (total dosis sehari 50 mg).

Dosis dapat ditingkatkan sesuai dosis yang direkomendasikan untuk dosis umum, hanya setelah dipastikan bahwa obat tersebut dapat ditoleransi dengan baik oleh pasien.

**Disfungsi hati :**

Pasien dengan disfungsi hati ringan sampai sedang, terapinya harus dimulai dengan dosis kecil (total dosis sehari 50mg) dan dipantau secara ketat. Dexketoprofen metamol tablet salut selaput tidak boleh digunakan pada pasien dengan disfungsi hati berat.

**Disfungsi ginjal :**

Dosis awal harus dikurangi sampai dosis total harian 50 mg pada pasien disfungsi ginjal ringan. Dexketoprofen metamol tablet salut selaput tidak boleh digunakan pada pasien dengan disfungsi ginjal sedang sampai berat.

**Anak-anak :**

Dexketoprofeno metamol tidak boleh digunakan pada anak-anak karena belum ada data mengenai efikasi dan keamanannya pada anak-anak.

**Peringatan dan Perhatian :****- Efek kardiovaskuler :**

- Kejadian trombotik Kardiovaskuler:

Uji klinis dengan berbagai COX-2 selektif dan AINS non-selektif sampai dengan tiga tahun menunjukkan peningkatan risiko trombotik kardiovaskuler (KV) serius, infark miokard, dan stroke, yang dapat berakibat fatal. Semua AINS, baik COX-2 selektif maupun nonselektif, dapat menyebabkan risiko yang sama. Risiko meningkat pada pasien dengan penyakit KV atau memiliki faktor risiko penyakit KV. Untuk mengurangi risiko efek samping tersebut, AINS harus diberikan dengan dosis efektif terendah dan lama pengobatan sesingkat mungkin. Dokter dan pasien harus waspada terhadap terjadinya efek samping tersebut, walaupun

tidak ada gejala KV sebelumnya. Pasien harus diberi informasi mengenai tanda dan atau gejala KV serius dan langkah yang harus dilakukan jika tanda dan atau gejala tersebut muncul. Tidak ada bukti bahwa penggunaan bersama asetosal dapat mengurangi peningkatan risiko efek samping trombotik KV serius oleh AINS. Penggunaan AINS bersama dengan asetosal justru meningkatkan risiko efek samping serius pada saluran cerna. (lihat PERINGATAN saluran Cerna). Dua uji klinis yang besar dan berpembandingan dengan AINS yang COX-2 selektif untuk pengobatan nyeri 10-14 hari setelah *Coronary Bypass Surgery* menunjukkan peningkatan kejadian infark miokard dan stroke

- Hipertensi:

AINS, termasuk Dexketoprofen Trometamol yang dapat menyebabkan munculnya hipertensi baru atau memperberat hipertensi yang sudah ada yang dapat berakibat pada peningkatan efek samping KV. AINS dapat menurunkan efek hipertensi tiazid atau diuretik kuat. AINS, termasuk Dexketoprofen Trometamol yang harus digunakan dengan hati-hati pada pasien hipertensi. Tekanan darah harus dimonitor sejak awal dan selama terapi dengan AINS

- Gagal Jantung Kongestif dan Edema:

Retensi cairan dan edema telah terlihat pada beberapa pasien yang menggunakan AINS. Dexketoprofen Trometamol harus digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan retensi cairan atau gagal jantung

- Saluran Cerna- Risiko Ulserasi, Perdarahan, dan Perforasi:

AINS, termasuk Dexketoprofen Trometamol dapat menyebabkan efek samping saluran cerna serius termasuk inflamasi, perdarahan, ulserasi, dan perforasi lambung dan usus yang dapat berakibat fatal. Efek samping serius ini dapat terjadi kapanpun, dengan atau tanpa gejala peringatan. Hanya satu dari 5 pasien yang mengalami efek samping serius pada saluran cerna atas

menunjukkan gejala. Ulkus pada saluran cerna atas, perdarahan atau perforasi yang disebabkan AINS terjadi pada sekitar 1 % pasien yang diobati selama 36 bulan, dan pada kira-kira 2-4% pasien yang diobati selama satu tahun. Penggunaan yang lebih lama cenderung meningkatkan kemungkinan terjadinya efek samping saluran cerna serius. Namun terapi jangka pendek bukan berarti tanpa risiko.

AINS harus diresepkan dengan sangat hati-hati pada pasien yang memiliki riwayat penyakit tukak atau perdarahan saluran cerna. Pasien dengan riwayat tukak peptik dan atau perdarahan saluran cerna yang menggunakan AINS memiliki risiko terjadinya perdarahan saluran cerna 10 kali lipat dibandingkan dengan pasien tanpa risiko tersebut. Faktor lain yang meningkatkan risiko perdarahan saluran cerna adalah penggunaan bersama kortikosteroid atau antikoagulan oral, penggunaan AINS yang lama, merokok, penggunaan alkohol, usia lanjut, dan status kesehatan yang buruk. Sebagian besar laporan spontan efek samping saluran cerna fatal terjadi pada pasien usia lanjut atau pasien yang sangat lemah. Oleh karena itu, perhatian khusus harus diberikan dalam mengobati populasi ini.

Untuk mengurangi risiko efek samping saluran cerna pada pasien yang diobati dengan AINS, dosis efektif terendah harus diberikan dengan lama pengobatan sesingkat mungkin. Dokter dan pasien harus waspada terhadap tanda dan gejala ulserasi dan perdarahan saluran cerna selama terapi dengan AINS. Jika dicurigai adanya efek samping saluran cerna yang serius, segera dilakukan evaluasi serta pengobatan tambahan. Untuk pasien berisiko tinggi, terapi alternatif yang tidak melibatkan AINS dapat dipertimbangkan. Seperti NSAID lainnya, riwayat esofagitis dan atau ulkus peptik harus diperhatikan sebelum pengobatan dengan Dexketoprofen Trometamol dimulai

- Belum dipastikan keamanan penggunaan pada anak-anak

- Hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi obat, asma bronkial, esofagitis, gastritis dan tukak peptik
- Pasien dengan gejala penyakit pada saluran cerna harus dipantau akan gangguan saluran cerna, khususnya perdarahan saluran cerna. Jika terjadi pendarahan atau tukak gastrointestinal, terapi harus dihentikan dengan segera
- Seperti NSAID lainnya, dapat menghambat agregasi platelet dan memperpanjang waktu perdarahan melalui penghambatan sintesa prostaglandin. Penggunaan bersamaan Dexketoprofen Trometarnol dengan dosis pencegahan heparin bobot molekul rendah pada periode pasca operasi telah diuji secara klinis dan tidak ada efek pada parameter koagulasi yang telah ditetapkan. Bagaimanapun, pasien yang menerima terapi lain yang mempengaruhi haemostasis harus dipantau dengan hati-hati
- Seperti NSAID lainnya, dapat terjadi peningkatan nitrogen urea dan kreatinin plasma. Seperti inhibitor sintesis prostaglandin, dapat terjadi efek samping pada sistem renal glomerulonefritis, nefritis interstisial, nekrosis papilar ginjal, sindroma nefrotik dan gagal ginjal akut
- Seperti NSAID lainnya, obat ini dapat meningkatkan enzim hati (sementara), jika terjadi peningkatan SGPT dan SGOT yang significant, hentikan terapi dengan segera
- Hati-hati pada pasien dengan gangguan hematopoetik, lupus eritematosus sistemik, atau penyakit jaringan ikat tipe campuran. Seperti NSAID lain, Dexketoprofen Trometamol dapat menutupi gejala penyakit infeksi
- Hati-hati pada pasien dengan gangguan fungsi hati, ginjal atau jantung dan kondisi lain yang akan menyebabkan retensi cairan. Pada pasien-pasien ini penggunaan NSAID dapat menimbulkan kemunduran fungsi ginjal dan retensi cairan. Kehati-hatian juga pada pasien yang mendapat terapi diuretik atau yang dapat mengalami hipovolemia karena dapat meningkatkan risiko nefrotoksitas



- Hati-hati pada pasien usia lanjut, lebih rentan terhadap efek samping: perdarahan atau perforasi gastrointestinal terjadinya tergantung pada dosis. Pada saat terapi, kadang dapat menjadi lebih serius dan dapat terjadi tanpa gejala-gejala peringatan atau sejarah sebelumnya. Pada lansia lebih besar kemungkinannya terkena kerusakan fungsi kardiovaskular ginjal atau hati, maka fungsi ginjal dan hati harus dimonitor

### **Efek Samping :**

Efek samping yang pernah dilaporkan:

- Biasa terjadi: mual, muntah, nyeri pada tempat injeksi, nyeri perut, diare, dispepsia
- Tidak biasa terjadi: anemia, sakit kepala, pusing, insomnia, mengantuk, pandangan kabur, hipotensi, *hot flushes*, nyeri perut, dispepsia, diare, konstipasi, muntah darah, mulut kering, dermatitis, prunitus, ruam kulit, keringat berlebihan, reaksi pada tempat injeksi, inflamasi memar atau perdarahan, demam, lemas, sakit, terasa dingin
- Jarang terjadi: hiperglikemia, hipoglikemia, hipertrigliseridemia, *paresthesia*, tinnitus, extrasystole, takikardia, hipertensi, edema perifer, thrombophlebitis, superficial, bradipnea, tukak peptik, perdarahan atau perforasi saluran cerna, anoreksia, peningkatan enzim hati, gangguan hati, sakit kuning, urtikaria, jerawat, kaku sendi, kram otot, poliuria, sakit ginjal, gangguan menstruasi, gangguan prostatik, nyeri perut, nyeri punggung, sinkop, menggigil, ketonuria, proteinuria
- Sangat jarang terjadi: neutropenia, trombositopenia, bronkospasme, penglihatan kabur, tinnitus, hipotensi, dispnoea, kerusakan pankreas, kerusakan hati, reaksi kulit mukokutaneus yang berat (*sindroma Steven-Johnson*, *sindroma Lyell*), angioedema, reaksi dermatologi, reaksi fotosensitivitas, pruritus, kerusakan ginjal (nefritis atau sindroma nefrotik), anafilaksis, edema pada wajah

Efek samping berikut ini dapat terjadi karena efek samping tersebut tampak dalam penggunaan NSAID lain dan mungkin berhubungan dengan inhibitor sintesis prostaglandin:

- Meningitis aseptik: yang terutama akan muncul pada pasien dengan SLE (*Systemic Lupus Erythematosus*) atau penyakit jaringan ikat tipe campuran
- Reaksi hematologik : purpura, anemia aplastika dan hemolitik, serta yang jarang terjadi adalah agranulositosis dan hipoplasia *medullar*

**Interaksi Obat :**

- Tukak dan perdarahan saluran cerna dapat terjadi pada penggunaan bersama NSAID lain, karena adanya efek sinergis
- Dapat terjadi peningkatan risiko perdarahan dan kerusakan pada mukosa saluran cerna pada penggunaan bersama obat antikoagulan, heparin di atas dosis profilaksis secara parenteral, begitu juga dengan ticlopidine
- NSAID dapat meningkatkan kadar litium dalam darah yang dapat mencapai kadar toksik, sehingga perlu dilakukan monitoring
- Pada penggunaan *methotrexate* di atas 15 mg/minggu atau lebih, NSAID dapat meningkatkan toksisitas *methotrexate* terhadap darah, karena klirens bersihan melalui ginjal menurun
- Dapat terjadi peningkatan toksisitas hidantoin dan sulfonamida, jika digunakan secara bersamaan dengan NSAID  
Terjadi penurunan efek antihipertensif dari obat-obat diuretik dan golongan  $\beta$ -blockers (pastikan tidak ada dehidrasi)
- Terjadi peningkatan risiko perdarahan pada penggunaan bersama dengan pentoksifilin dan obat-obat trombolitik
- Terjadi peningkatan keracunan sel darah merah (mempengaruhi retikulosit) pada penggunaan bersama dengan zidovudine
- Terjadi peningkatan efek hipoglikemik obat-obat golongan sulfonilurea
- Terjadi peningkatan nefrotoksitas pada penggunaan siklosporin dan takrolimus oleh NSAID. Selama pengobatan kombinasi, fungsi

ginjal harus dimonitor

- Terjadi peningkatan kadar Dexketoprofen Trometamol dalam darah pada penggunaan bersama probenesid
- Cardiac glycoside: NSAID dapat meningkatkan kadar glikosida dalam darah
- *Mifepristone*: NSAID tidak boleh digunakan dalam 8-12 hari setelah penggunaan *mifepristone*. Karena secara teoritis zat inhibitor sintesis prostaglandin dapat mengubah efikasi *mifepristone*
- Antibiotik quinolone data pada hewan menunjukkan quinolone dosis tinggi dengan NSAID dapat meningkatkan risiko konvulsi

**Penyimpanan :**

Simpan pada suhu dibawah 30°C, terlindung dari cahaya.

**4. Pengetahuan tambahan lainnya (contoh CSSD, sistem informasi, Pusat Informasi Obat, Promosi Kesehatan)**

a. CSSD

1. Pengelolaan peralatan diruang sterilisasi Rumah Sakit meliputi :

- ✓ Perendaman : dilakukan selama 15 menit dengan cairan enzimetik konsentrasi 0,5-1% (5cc atau 10cc) cairan enzemik diencerkan 1 liter air suhu kamar
- ✓ Pembersihan : semua peralatan medis yang habis pakai harus dibersihkan secara baik setelah dilakukan perendaman
- ✓ Pembilasan : pembilasan alat-alat yang telah dilakukan pencucian
- ✓ Pengeringan
- ✓ Untuk linen proses 1-4 dilakukan oleh petugas laundry
- ✓ Packing : semua alat dan linen sebelum dilakukan sterilisasi dipacking minimal 2 Lapis dan diberi indikator baik dalam maupun luar
- ✓ Member label : semua alat dan linen yang dianggap steril harus ada
- ✓ Sterilisasi : dilakukan oleh petugas sterilisasi

- ✓ Penyimpanan : harus diatur secara baik dengan memperhatikan kondisi penyimpanan yang baik

## 2. Administrasi dan Pengelolaan

1. Rumah Sakit menetapkan ruang sterilisasi sesuai dengan struktur organisasi instalasi Kamar Operasi (OK)
  2. Tindakan pengelolaan alat steril dilaksanakan kerjasama antara ruang sterilisasi dan unit terkait yang membutuhkan alat steril
  3. Pelayanan penyeterilan alat dilakukan oleh petugas sterilisasi sesuai dengan tugasnya
  4. Pelayanan sterilisasi berada dibawah pengawasan instalasi Kamar Operasi (OK)
    2. Ruang sterilisasi merupakan bagian dari instalasi Kamar Operasi (OK)
    3. Pelayanan laundry berada dibawah pengawasan unit kesehatan lingkungan
- ### 3. Staf Ruang Sterilisasi
1. Untuk semua staf ruang sterilisasi harus disiplin tinggi terhadap ketaatan peraturan yang ada diruang sterilisasi
  2. Menjaga kesehatan dan kebersihan diri
    - b. Petugas sterilisasi harus bebas dari kuman-kuman yang mudah ditularkan (karena sangat sulit ditentukan)
    - c. Perlenkapan petugas sterilisasi (baju kerja dan APD lengkap)
- ### 4. Alur Masuk dan Keluar Sterilisasi
1. Alur masuk petugas sterilisasi
    - a. Petugas sterilisasi masuk lewat pintu bersih
    - b. Petugas mengganti baju luar dengan dengan baju khusus ruang sterilisasi
  2. Alur keluar petugas sterilisasi
    - a. Untuk alur keluar petugas sterilisasi sesuai dengan alur masuk

- b. Sandal disimpan dirak sepatu yang telah disediakan diruang ganti dan tidak boleh dipakai keluar
3. Alur masuk untuk pengantar alat kotor :
  - a. Masuk leat pintu penerimaan alat kotor
  - b. Dilakukan pengecekan dan dicatat
  - c. Perendaman
  - d. Pencucian dan dekontaminasi
  - e. Pengeringan
  - f. Pengemasan
  - g. Labeling
  - h. Proses sterilisasi
  - i. Penyimpanana alat steril di ruang penyimpanan steril
  - j. Distribusi
4. Alur masuk pengambilan alat bersih adalah lewat pintu ruang prngambilan alat bersih steril
5. Pengemasan Alat Steril
  1. Kemasan harus dapat diserap dengan baik, menjangkau seluruh permukaan dan isi kemasan
  2. Harus dapat menjaga sterilisasi isinya hingga kemasan dibuka
  3. Harus mudah dibuka dan isinya mudah diambil tanpa menyebabkan kontaminassi
  4. Bahan pengemas harus sesuai dengan metode sterilisasi yang diperlukan
  5. Kemasan harus tahap terhadap kondisi fisik seperti suhu tinggi, kelembaban dan tekanan pada saat proses sterilisasi
  6. Udara yang terdapat dalam kemasan dan isinya harus bisa keluar secara total tanpa mengganggu bentuk kemasan dan segelnya
6. Masa Kadaluarsa Kemasan Steril
  1. Alat-alat medis ditaruh dibox alat kemudian dibungkus kain linen mempunyai masa kadaluaras 3 hari setelah pensterilan
  2. Kemasan pouches masa kadaluarsa 7 hari setelah pensterilan



3. Jika ada kemasan yang kadaluarsa di setiap unit segera bawa keruang steril untuk dilakukan proses sterilisasi ulang
  4. Cek masa kadaluarsa setiap kemasan sebelum menggunakan produk
7. Pembersihan Ruang Sterilisasi Rumah Sakit
1. Pembersihan rutin atau harian. Pembersihan rutin yaitu pembersihan sebelum dan sesudah penggunaan mesin atau alat agar siap pakai
  2. Pembersihan sewaktu : Pembersihan apabila ada kotoran, tumpahan dari alat infeksius
  3. Pembersihan mesin setelah proses sterilisasi
  4. Pembersihan setelah pemakaian ruang pengemasan selesai
8. Pengelolaan Alat
1. Pensterilan menggunakan mesin Autoclave steam
  2. Pensterilan menggunakan metode desinfeksi tingkat tinggi
9. Pemakaian Mesin
- Mesin ada dua yaitu : mesin sterilisator jenis Autoclave Steam dan mesin sterilisasi kering
10. Perawatan Alat dan Mesin
- Perawatan dan perbaikan dilakukan oleh UPS bila tidak memungkinkan dilakukan perbaikan sendiri maka memanggil teknisi dari luar.
- b. Sistem Informasi
1. Untuk meningkatkan penggunaan obat yang rasional, Instalasi farmasi RSCM memberikan pelayanan konseling bagi pasien.
  2. Pelayanan konseling bagi pasien disesuaikan dengan sumber daya yang ada di Instalasi Farmasi.
  3. Pelayanan konseling dilakukan secara pasif (apabila dibutuhkan/ diminta pasien/ keluarga pasien.)

c. PIO (Pusat Informasi Obat)

1. Instalasi farmasi menyediakan dan memberikan informasi mengenai obat bagi dokter, perawat, atau tenaga paramedis yang lainnya
2. Instalasi farmasi menyediakan dan memberikan informasi mengenai obat pasien (secara pasif/diminta oleh pasien/keluarga)
3. Seorang farmasis (apoteker dan asisten apoteker) harus mampu memberikan informasi yang efektif dan telah dievaluasi sebelumnya kepada pasien dan keluarganya, tenaga kesehatan dan masyarakat umum

d. Promosi Kesehatan

Kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit Citra Medika mengacu pada salah satu instrumen survei standar yang dinilai dalam akreditasi yakni Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE). Standar dalam MKE antara lain :

1. Rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit dan informasi tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Strategi komunikasi dengan masyarakat, pasien dan keluarga didasarkan pada pengenalan populasi yang dilayani rumah sakit.
2. Rumah sakit memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang jenis asuhan dan pelayanan, serta akses untuk mendapatkan pelayanan.
3. Komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan dalam format dan bahasa yang mudah dimengerti. Ada komunikasi efektif untuk menyampaikan informasi yang akurat dan tepat waktu di seluruh rumah sakit termasuk yang “*urgent*”.
4. Informasi tentang asuhan pasien dan hasil asuhan dikomunikasikan antar staf klinis selama bekerja dalam shift atau antar shift.
5. Rumah sakit menyediakan edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan.

6. PPA yang memberikan edukasi harus mampu memberikan edukasi secara efektif.
7. Agar edukasi pasien dan keluarga bisa efektif, staf harus melakukan asesmen kemampuan, kemauan belajar dan kebutuhan edukasi serta dicatat di dalam rekam medis.
8. Pemberian edukasi merupakan bagian penting dalam proses asuhan kepada pasien.
9. Edukasi pasien dan keluarga terkait dengan pelayanan pasien : penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, potensi interaksi antara obat dengan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri dan teknik rehabilitasi.
10. Metode edukasi mempertimbangkan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga, dan memperkenankan interaksi yang memadai antar pasien-keluarga dan staf klinis agar edukasi efektif dilaksanakan.
11. Dalam menunjang keberhasilan asuhan yang berkesinambungan, upaya promosi kesehatan harus dilakukan berkelanjutan.

