

BAB 3

TINJAUAN RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

3.1. Tinjauan Umum Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

1. Sejarah dan Perkembangan

Diawali sebuah Pos Kesehatan Bencan Banjir di Lamongan berkembang menjadi Balai Kesehatan Islam (BAKIS) / PKU Muhammadiyah Daerah Lamongan yang didirikan pada tanggal 3 Agustus 1968 dengan menyewa bangunan di Jalan K.H. Ahmad Dahlan No. 7 Lamongan sampai dengan tahun 1978. Selanjutnya dengan usaha nyata dan sungguh-sungguh tanpa pamrih dari para pendiri dan pengurusnya (Pimpinan Daerah Muhammadiyah Lamongan), mendapat hibah dari Bapak H. Usman Dimiyati (pemilik lahan dan bangunan yang disewa), maka fungsi sekedar pelayanan pengobatan ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Bersalin dengan kapasitas 6 (enam) tempat tidur.

Sejalan dengan perkembangannya, saat ini Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (RSML) menempati gedung baru di lahan seluas 22.096 m² di Jalan Jaksa Agung Suprpto No 76 Lamongan 62215. Peletakan batu pertama pembangunannya dilaksanakan oleh Gubernur Jawa Timur Bapak Basofi Sodirman pada tanggal 17 Oktober 1994 dan peresmiannya dilaksanakan oleh Bapak Menko Kesra Azwar Anas pada tanggal 5 Juli 1997. Dengan pelayanan medis yang lebih modern dalam lingkungan yang asri dan bernuansa Islami, dengan terus berupaya mewujudkan visi, misi, slogan dan nilai dasar Rumah Sakit.

Saat ini RSML telah berkembang menjadi Rumah Sakit Tipe B dan telah memenuhi Standar Akreditasi dengan predikat PARIPURNA. Pencapaian Rumah Sakit menjadi Tipe B diperoleh pada tahun 23 Oktober 2013, dan penghargaan Akreditasi RS diperoleh pada tahun 2014 dan pada tahun 2017 dengan predikat Lulus Paripurna. Penghargaan Akreditasi RS ini merupakan wujud dari upaya Rumah Sakit dalam menjaga mutu dan keselamatan pasien. Pada awal tahun 2018, RSML mendapat penetapan

sebagai RS Syari'ah dari Dewan Syariah Nasional (DSN) MUI. Dengan penetapan ini semakin menguatkan ghirah RSML untuk melaksanakan syariah Islam sesuai dengan Qur'an dan hadist.

Sebagai rumah sakit yang tergabung dalam bagian Muhammadiyah *Covid-19 Command Center* (MCCC), RS Muhammadiyah Lamongan terus memberikan layanan prima dan komprehensif dalam menangani kasus Covid-19. Salah satunya adalah gerakan pergerakan percepatan Vaksin di Lamongan, membuka layanan Call Center konsultasi deteksi dini wabah Covid-19, serta merenovasi fasilitas yang ada sehingga menjadi Rumah Sakita Darurat Covid-19

Perkembangan di era pandemi Covid-19 yang cukup menantang mengharuskan upaya-upaya yang lebih inofatif, efesien, cepat dan komprehensif agar bisa bertahan dan mampu menjawab tantangan tersebut. Jumlah tempat tidur yang disediakan RSML saat ini sebanyak 256 TT yang juga dilengkapi untuk pasien isolasi Covid-19 , dan akan terus dikembangkan agar dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dari masyarakat. Dengan spirit Surah Al Maun, RS Muhammadiyah Lamongan akan menkawab tantangan tersebut, membulatkan tekad bagi manajemen untuk menjadikan RSML sebagai rumah sakit yang maju, mandiri dan berdaya saing tinggi, sehingga mewujudkan *Center of Excellent*.

2. Visi dan Misi

a. Visi

“ Menjadi Rumah Sakit yang unggul, mandiri dan berdaya saing tinggi, berbasis Penolong Kesengsaraan Umum, sebagai perwujudan dari iman dan ibadah kepada Allah SWT.”

b. Misi

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang islami, profesional dan bermutu disertai dakwah Amar Ma'ruf Nahi Munkar.
2. Mengembangkan Sumber Daya Insani yang berkarakter Islami, berwawasan Muhammadiyah, dan profesional melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkelanjutan.

3. Mengembangkan Rumah Sakit pusat kegawatdaruratan berstandar internasional.
4. Membangun manajemen informasi dan komunikasi terkini dengan jejaring layanan kesehatan dan institusi lain

3. Profil Rumah Sakit

a. Lokasi

Jl. Jaksa Agung Suprpto No.76, Sarirejo, Sukorejo, Kec. Lamongan, Kabupaten Lamongan, Jawa Timur 62215 dengan luas 22.096 m²

b. Fasilitas dan Layanan

1. Fasilitas unggulan pelayanan rawat jalan di Instalasi Farmasi RSML bekerja sama dengan Cak Ed Lamongan menyediakan layanan antar obat ke rumah anda (LeNTERA). Dengan LeNTERA ini, pasien mempunyai pilihan untuk tidak perlu menunggu obat di rumah sakit. Fasilitas Poliklinik di Rawat Jalan RS Muhammadiyah Lamongan adalah

Klinik Spesialis Anak

Klinik Spesialis Anestesi

Klinik Spesialis Bedah

Klinik Spesialis Bedah Kepala Leher

Klinik Spesialis Bedah Onkologi

Klinik Spesialis Bedah Syaraf

Klinik Spesialis Fisisoterapi

Klinik Spesialis Gigi

Klinik Spesialis Gigi-Bedah Mulut

Klinik Spesialis Gigi Konservatif

Klinik Spesialis Gizi Klinik

Klinik Spesialis Internist

Klinik Spesialis Jantung

Klinik Spesialis Kandungan

Klinik Spesialis Kulit dan Kelamin

Klinik Spesialis Mata

Klinik Spesialis Paru

Klinik Spesialis Psikiatri
 Klinik Spesialis Rehab Medis
 Klinik Spesialis Syaraf
 Klinik Spesialis THT
 Klinik Spesialis Urologi

2. IGD 24 Jam

Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu instalasi di RS Muhammadiyah Lamongan yang menyediakan pelayanan emergensi bagi pasien yang menderita sakit ataupun cedera (trauma), baik yang bersifat *limb threatening* maupun *life threate..* IGD memiliki 18 bed perawatan pasien yang terdiri dari 4 bed untuk Triage Merah, 7 bed untuk Triage kuning, 1 bed untuk Skrinning Triage, 1 bed diruang Tindakan bedah, ruang Isolasi Covid-19, 1 bed diruang PONEK, dan 3 bed diruang intermediete.

3. Pelayanan Rawat Inap

- a. Paviliun Multazam
- b. Paviliun Marwah
- c. Paviliun Shofa
- d. Paviliun Arofah
- e. Paviliun Sakinah
- f. Paviliun Roudhoh
- g. Paviliun Zam-zam
- h. NICU
- i. IPI
- j. IGD
- k. Instalasi Bedah Sentral

4. Fasilitas Penunjang Medis

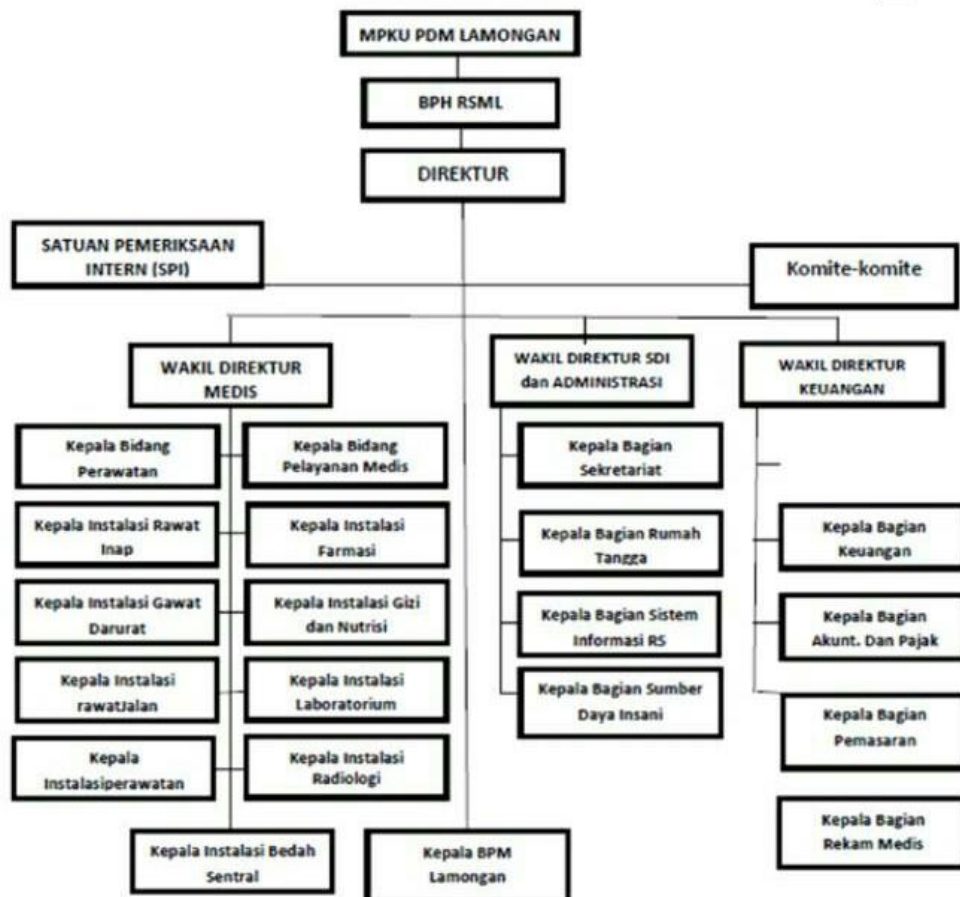
- a. Instalasi Farmasi
- b. Elektro Encephalo Graphy (EEG)
- c. Endoskopi
- d. Laboratorium Klinis dan Laboratorium Patologi Anatomi
- e. Radiologi

f. Kateterisasi Jantung

4. Struktur Organisasi

Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan adalah Rumah Sakit tipe B yang dipimpin oleh seorang Direktur, dibantu oleh Wakil Direktur Medis, Wakil Direktur Keuangan serta Wakil Direktur Administrasi dan SDI. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 971/Menkes/PER/IX/2009, tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan (Kesehatan RI, 2009).

BAGAN ORGANISASI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN



Gambar 3.1 Struktur Organisasi RSML

5. Akreditasi

Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan telah berkembang menjadi Rumah Sakit Tipe B dan telah memenuhi Standar Akreditasi oleh KARS dengan predikat “LULUS PARIPURNA” Versi 2012 untuk periode tahun 2014 – 2016. Akreditasi versi 2012 yang pertama disurvei pada tahun 2014, kemudian dilakukan verifikasi I pada tahun 2015 dan verifikasi II pada tahun 2016. Survei Akreditasi versi 2012 oleh KARS yang kedua dilakukan pada bulan Mei 2017, kemudian dilakukan verifikasi I pada bulan Mei 2018 dan verifikasi II pada bulan Mei 2019.

Selanjutnya RSML akan mengikuti akreditasi secara Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Penghargaan Akreditasi RS ini merupakan wujud dari rumah sakit dalam menjaga mutu dan keselamatan pasien. Instalasi Gizi RSML juga memperoleh sertifikat Halal dari Majelis Ulama Indonesia (MUI). Pemenuhan halal terhadap produk makanan instalasi gizi merupakan wujud komitmen RS sebagai RS syariah.

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

a. PPRA

Tim/ Komite PRA terdiri dari tenaga kesehatan yang kompeten dari unsur:

- a. Staf Medis,
- b. Staf Keperawatan,
- c. Staf Instalasi Farmasi,
- d. Staf Laboratorium yang melaksanakan pelayanan mikrobiologi klinis,
- e. Komite Farmasi Terapi
- f. Komite PPI

Tugas Pokok Komite PPRA adalah

- a. Menerapkan kebijakan-kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba (integrasi dengan 4 pilar)
- b. Menetapkan kebijakan pengendalian penggunaan antibiotik
- c. Menetapkan program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA)
- d. Memonitor dan mengevaluasi PPRA

- e. Menyelenggarakan forum diskusi/kajian pengelolaan penderita penyakit infeksi
- f. Menyebarluaskan dan meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip-prinsip pengendalian resistensi antimikroba yang terkait dengan penggunaan antibiotik secara bijak
- g. Mengembangkan penelitian yang terkait dengan PPRA

b. Komite PPI

PPI bertujuan untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit, yaitu dengan diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) difasilitasi pelayanan kesehatan merupakan suatu standar mutu pelayanan dan penting bagi pasien, petugas kesehatan maupun pengunjung. Pengendalian infeksi harus dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan pengunjung dari kejadian infeksi dengan memperhatikan cost effectiveness. Pelaksanaan PPI difasilitasi pelayanan kesehatan harus dikelola dan diintegrasikan antara structural dan fungsional semua departemen / instalasi / divisi / unit difasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan falsafah dan tujuan PPI.

Tugas Komite PPI

- a. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI.
- b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas RS. Muhammadiyah

Lamongan

- c. Membuat SPO PPI
- d. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut.
- e. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healthcare Associated Infections*).
- f. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi.

- g. Memberikan konsultasi pada petugas RS. Muhammadiyah Lamongan dalam PPI
- h. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan.
- i. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI
- j. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan
- k. Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit
- l. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI.
- m. Menentukan sikap penutupan ruanga ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
- n. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses.
- o. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di Rumah Sakit.

c. KFT

Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang Apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah Apoteker, namun apabila diketuai oleh Apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter. KFT harus mengadakan rapat secara teratur, sedikitnya 2 (dua) bulan sekali dan untuk Rumah Sakit besar rapat diadakan sekali dalam satu bulan.

Tujuan Komite Farmasi Terapi :

1. Menerbitkan kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat evaluasinya serta

2. Melengkapi staf professional dibidang kesehatan dengan pengetahuan terbaru yang berhubungan dengan obat dan penggunaan obat sesuai dengan kebutuhan

Tugas dan Fungsi Komite Farmasi Terapi :

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;
4. Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional:
5. Mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
6. Mengkoordinir penatalaksanaan medication error; 8. Menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.

Proses penyusunan Formularium

1. Formularium Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan (RSML) harus tersedia untuk semua penulis resep, pemberi obat, dan penyedia obat di RSML. Evaluasi terhadap Formularium RSML secara rutin dilakukan evaluasi dan revisi sesuai kebijakan dan kebutuhan Rumah Sakit.
2. Penyusunan dan revisi Formularium dikembangkan berdasarkan perkembangan terapetik dan ekonomi dan penggunaan obat agar dihasilkan Formularium RSML yang mutakhir dan dapat memenuhi kebutuhan pengobatan yang bijak dan rasional.
3. Tahapan proses penyusunan Formularium di RSML:
 - a. Membuat rekapitulasi urutan obat dan masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medik;

- b. Mengelompokkan usulan obat berdasarkan kelas terapi;
- c. Membahas usulan tersebut dalam rapat Komite Farmasi dan Terapi maksimal 10 hari setelah proses (a) dan (b) di atas, jika diperlukan dapat meminta masukan dari pakar;
- d. Mengembalikan rancangan hasil pembahasan Komite Farmasi dan Terapi ke masing masing SMF untuk mendapatkan umpan balik. Umpan balik dan SMF diharapkan maksimal 15 hari setelah informasi hasil KFT diberikan; Membahas hasil umpan balik dari masing-masing SMF dalam waktu maksimal 6 hari;
- e. Menetapkan daftar obat yang masuk ke dalam Formularium Rumah Sakit, disertai kebijakan dan pedoman untuk implementasi, dan mengusulkan kepada Direktur untuk disahkan;
- f. Melakukan edukasi mengenai Formularium RSML kepada staf dan SMF, melakukan monitoring berkala, serta melaporkan hasil kegiatan KFT kepada Direktur.

Kriteria pemilihan Obat untuk masuk Formularium RSML:

- a. Mengutamakan penggunaan obat generik;
- b. Memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan penderita;
- c. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitas;
- d. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
- e. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan; menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh pasien;
- f. Memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-risk ratio*) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung;
- g. Obat lain yang terbukti paling efektif secara ilmiah dan aman (*evidence based medicines*) yang paling dibutuhkan untuk pelayanan dengan harga yang terjangkau.

SUSUNAN KEANGGOTAAN KOMITE FARMASI TERAPI

Ketua	:	dr. Orizanov Mahesa, Sp.An
Sekretaris	:	Rully Yuliandhari, S. Farm., Apt., M.Farm.Klin
Anggota	:	dr. Kartini Hidayati, Sp.M dr. Bambang Eko W, Sp.PD dr. Taufiqur Rahman, Sp.A dr. A Yusuf Habibi, Sp.OT dr. Fajar Admayana, Sp.PD dr. Suhariyanto, Sp.BS dr. Ganis Tjahjono, Sp.P dr. Chrisna Budi Satriya, Sp.B dr. Romy Hari Pujianto, Sp.B dr. Eni Fatmawati, Sp.OG dr. Ainun Zakiyah, Sp.An dr. Anas Makhfudz, Sp.An dr. Laksmi Pramushinta, Sp.JP dr. M Asro Abdih, Sp.U dr. Randa Halfian, Sp.U drg. Agustina Setyaning Imanda Dyah R, S.Farm., Apt Kepala Satuan Pemeriksaan Intern Kepala Bidang Keperawatan Kepala Bagian Keuangan Kapala Bagian Rekam Medis Kepala Unit Logistik Farmasi Ketua Komite Syariah

Gambar 3.2. Susunan Keanggotaan Komite Farmasi Terapi RS Muhammadiyah Lamongan

7. *Patient safety* RS

Patient safety atau Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien yaitu:

- a. Menggunakan obat dan peralatan yang aman
- b. Melakukan praktik klinik yang aman dan dalam lingkungan yang aman

- c. Melaksanakan manajemen resiko, seperti pengendalian infeksi nosokomial
- d. Membuat dan meningkatkan sistem yang dapat menurunkan resiko yang berorientasi pada pasien
- e. Meningkatkan keselamatan pasien dengan:
 - Mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*)
 - Membuat sistem identifikasi dan pelaporan *adverse event*
 - Mengurangi efek akibat *adverse event*
 -

Beberapa istilah yang digunakan dalam membangun *patient safety* harus dipahami dan disepakati bersama, seperti:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) /*Adverse event*
- b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC) /*Near Miss*
- c. Kejadian Sentinel
- d. *Adverse Drug Event*
- e. *Adverse Drug Reaction*
- f. *Medication Error*
- g. Efek samping obat

Menurut *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (2009) dapat disimpulkan definisi beberapa istilah yang berhubungan dengan cedera akibat obat yaitu

- a. Kejadian yang tidak diharapkan (*Adverse Event*)
Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi/ penatalaksanaan medis. Penatalaksanaan medis mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosa, terapi, kegagalan diagnosa/terapi, sistem, peralatan untuk pelayanan. *Adverse event* dapat dicegah atau tidak dapat dicegah. Contohnya iritasi pada kulit karena penggunaan perban, jatuh dari tempat tidur
- b. Reaksi Obat yang tidak diharapkan (*Adverse Drug Reaction*)

Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat. Contohnya Steven Johnson Syndrome: Sulfa, obat epilepsi dll

- c. Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan (*Adverse Drug Event*)
Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis normal. Reaksi Obat Yang Tidak Diharapkan (ROTD) ada yang berkaitan dengan efek farmakologi/mekanisme kerja (efek samping), ada yang tidak berkaitan dengan efek farmakologi (reaksi hipersensitivitas). Contohnya Syok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan Penisilin, mengantuk pada penggunaan CTM
- d. *Medication Error*
Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat yang mengakibatkan cedera. Contohnya peresepan obat yang tidak rasional, kesalahan perhitungan dosis pada peracikan, ketidakpatuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih
- e. Efek Samping
Efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat. Efek samping dapat dikehendaki, tidak dikehendaki atau tidak ada kaitannya

Tabel 3.1 Indeks *Medication Error* untuk Kategorisasi *Error* (Berdasarkan Dampak)

Tipe Error	Kategori	Keterangan	Insiden Keselamatan Pasien
<i>No Error</i>	A	Keadaan atau Kejadian Potensial <i>cause error</i>	KPC
<i>Error No Harm</i>	B	<i>Error</i> terjadi tetapi obat belum mencapai pasien	KNC
	C	Error terjadi sudah mencapai pasien tetapi tidak menimbulkan resiko baik belum diminum maupun sudah diminum	KTC
	D	<i>Error</i> terjadi dan konsekuensinya diperlukan monitoring terhadap pasien, namun tidak berbahaya	KTD
<i>Error Harm</i>	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara	KTD
	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara	KTD
	G	<i>Error</i> terjadi dan menyebabkan resiko (<i>harm permanen</i>)	Sentinel
	H	<i>Error</i> terjadi dan nyaris menimbulkan kematian seperti syok anafilaksis	Sentinel
<i>Error Death</i>	I	<i>Error</i> terjadi dan menyebabkan kematian pasien	Sentinel

Tabel 3.2 Jenis-jenis *Medication Error* (berdasarkan alur proses pengobatan)

Tipe Medication Errors	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, strength atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong dose form</i>	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda
<i>Prescribing error</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalnya obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau di luar jadwal yang ditetapkan

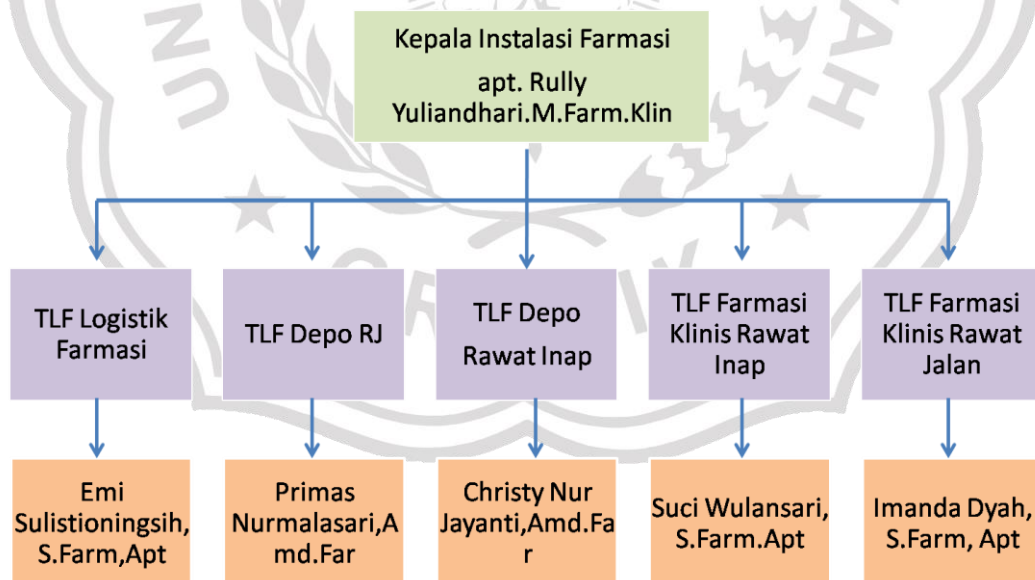
Alur pelaporan IKP yaitu:

1. Jika ditemukan IKP, maka petugas yang menemukan kejadian menghubungi petugas yang melakukan kesalahan.
2. Jika sudah di tangan pasien, segera konsultasi ke Apoteker, kemudian menghubungi pasien untuk melakukan tindak lanjut.
3. Petugas yang menemukan kejadian membuat laporan IKP maksimal 2x24 jam.
4. Laporan IKP diserahkan kepada atasan langsung (Ka. Unit), dicek kebenaran, selanjutnya diserahkan kepada Ka. Instalasi Farmasi.
5. Ka. IF menyerahkan laporan IKP kepada Tim KPRS

Unit yang bersangkutan melakukan kesalahan segera melakukan *briefing* guna mencegah kejadian kesalahan yang berulang

3.2. Tinjauan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

1 Struktur Organisasi



Gambar 3.3 Struktur Organisasi Instalasi Farmasi RS Muhammadiyah Lamongan

1. Falsafah

Memberikan pelayanan kefarmasian secara profesional dan Islami berdasarkan prosedur kefarmasaian dan kode etik Profesi.

2. Visi

Mewujudkan pelayanan farmasi profesional dan Islami dari aspek manajemen maupun klinik dengan orientasi kepada kepentingan pasien sebagai individu, berwawasan lingkungan dan keselamatan kerja berdasarkan kode etik.

3. Misi

- a) Mewujudkan pengelolaan farmasi Rumah Sakit yang islami, berdaya guna dan berhasil guna.
- b) Melaksanakan pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada tercapainya hasil pengobatan yang optimal bagi pasien.
- c) Berperan serta dalam program-program pelayanan kesehatan di Rumah Sakit untuk meningkatkan kesehatan seluruh lapisan masyarakat baik pasien maupun karyawan Rumah Sakit.

2 Standar Pelayanan Kefarmasian di RS Muhammadiyah Lamongan

2.1 Pegelolaan Perbekalan Farmasi

Pengelolaan perbekalan farmasi merupakan suatu siklus kegiatan dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, penghapusan, administrasi dan pelaporan serta evaluasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan berdasar kebijakan dan protap yang sudah disahkan.

Tujuan

- a. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien
- b. Menerapkan farmako ekonomi dalam pelayanan
- c. Meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga farmasi
- d. Mewujudkan Sistem Informasi Manajemen berdaya guna dan tepat guna
- e. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan

Pemilihan merupakan proses kegiatan sejak dari meninjau masalah kesehatan yang terjadi di rumah sakit, identifikasi pemilihan terapi, bentuk dan dosis, menentukan kriteria pemilihan dengan memprioritaskan obat esensial, standarisasi sampai menjaga dan memperbaharui standar obat.

Pemilihan obat yang dipergunakan di lingkungan RS Muhammadiyah Lamongan dilakukan oleh Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) RS Muhammadiyah Lamongan berdasarkan kriteria :

- a. Ada masukan / usulan dari semua SMF
- b. Sejalan dengan Program RS Muhammadiyah Lamongan
- c. Tidak pernah masuk kriteria Obat Macet (1 persepan) atau ED (Kecuali Obat Vital) tahun tidak pernah ada
- d. Tidak masuk daftar obat yang dilarang peredarannya oleh BPOM
- e. Trend obat sesuai dengan diagnosa penyakit yang ada di RS Muhammadiyah Lamongan dan sering (Pembelian 1 Box bisa habis \leq 1 tahun)

Obat terpilih dibukukan dalam bentuk Formularium yang berisi Kelas Terapi, Nama Generik, Bentuk Sediaan, Kekuatan Sediaan, Kemasan, Nama Paten, Dosis Penggunaan & Catatan (Indikasi, Kontraindikasi, Perhatian dll)

a. Perencanaan

Merupakan proses kegiatan dalam pemilihan jenis, jumlah dan harga perbekalan farmasi yang sesuai dengan kebutuhan dan anggaran, untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi beberapa penyesuaian. Pedoman perencanaan :

1. Formularium Rumah Sakit
2. Siklus penyakit

3. Data catatan medik
4. Anggaran
5. Data pemakaian periode yang lalu
6. Rencana Pengembangan
7. Penetapan Prioritas Sisa Persediaan
8. Kesepakatan Panitia Farmasi & Terapi yang telah disetujui Direktur

Perhitungan kebutuhan menggunakan metode konsumsi di RSML dilakukan dengan melihat sisa stok dan jumlah pemakaian di RS, sekaligus memastikan kesesuaian stok komputer dan riil barang. Metode perencanaan yang digunakan tetap melihat kesesuaian dengan metode VEN dan PARETO/ABC. Metode epidemiologi di RSML dilakukan dengan pemantauan stok terbatas dan peningkatan kasus tertentu, misalnya seperti peningkatan kasus demam berdarah dll. Dengan sistem komputerisasi yang terdapat di bagian administrasi Logistik Farmasi dapat memudahkan perencanaan yang akan dilakukan.

1. Pelaksanaan perencanaan dilakukan sekali dalam seminggu dengan melihat pemakaian range sebelumnya:
2. Kebutuhan Depo Farmasi Rawat Inap direncanakan dengan melihat pengeluaran sediaan farmasi selama 3 minggu sebelumnya.
3. Kebutuhan Depo Farmasi Rawat Jalan direncanakan dengan melihat pengeluaran sediaan farmasi selama 2 minggu sebelumnya.
4. Kebutuhan Bahan Medis Habis Pakai direncanakan dengan melihat pengeluaran selama 1 bulan sebelumnya.
5. Kebutuhan Laboratorium direncanakan berdasarkan pengeluaran selama 1 bulan dengan melihat sisa stok di

Logistik Farmasi dan sisa stok di Laboratorium (membutuhkan perhatian khusus karena terkait masa kadaluarsa reagent yang sangat pendek). Perencanaan di laboratorium harus dengan persetujuan Ka Unit Laboratorium.

6. Kebutuhan Radiologi direncanakan berdasarkan pengeluaran selama 1 bulan.
7. Kebutuhan Instalasi Bedah Sentral direncanakan berdasarkan pengeluaran obat selama 1 bulan dengan melihat panduan stok minimal dan persetujuan Ka Unit Kamar Operasi.
8. Perencanaan perbekalan farmasi yang dilakukan antara lain adalah obat (sesuai dengan peresepan), alat kesehatan, sediaan B3, gas medik (O₂, NO₂, CO₂), cairan serta kebutuhan obat dan bahan habis pakai.

b. Pengadaan

Pengadaan adalah realisasi dari perencanaan yang telah direncanakan melalui pembelian secara langsung dari Pabrik/ distributor/ PBF/ rekanan atau sumbangan / *dropping*/ hibah. Pengadaan RS Muhammadiyah Lamongan melalui Distributor resmi yang memiliki ijin (faktur tidak putihan). Pengadaan di RS Muhammadiyah Lamongan dilakukan dengan cara

1. Order langsung saat Medical representative datang
2. Order via Telpon / WA

Pengadaan dilakukan dengan membuat SP (Surat Pesanan) 3 rangkap dengan ketentuan yang di Tanda Tangan oleh Apoteker dengan kriteria Surat Pesanan :

1. Putih (u/ distributor) : SP Asli
2. Merah (u/ Ka. IF): Salinan
3. Kuning/biru : Salinan (u/ arsip Log F diarsip jadi 1 dg faktur)

Setelah diterbitkan Surat Pesanan, Apoteker melakukan *monitoring* pengadaan dengan mencocokkan surat pesanan, barang datang, dan stock obat di komputer, untuk menjaga ketersediaan obat agar stok tidak menipis atau berlebihan sehingga pelayanan farmasi bisa terkendali.

Dalam pengadaan suatu perbekalan farmasi, ada beberapa faktor yang harus dipertimbangkan dalam menyusun perencanaan pengadaan perbekalan farmasi, salah satunya adalah pemilihan pemasok (*supplier*) untuk mendukung proses pengadaan agar efektif dan efisien serta menghindari produk yang tidak terjamin legalitasnya. Pedagang Besar Farmasi (*supplier*) terdiri atas 3 kategori yaitu:

1. Distributor Tunggal adalah Pedagang Besar Farmasi yang bekerja sama dengan suatu *principle* (produsen) langsung untuk membeli dan mendistribusikan produknya dan produsen hanya menjual produknya pada distributor tersebut.
2. Distributor Umum adalah Pedagang Besar Farmasi yang bekerja sama dengan suatu *principle* (produsen) langsung untuk membeli dan mendistribusikan produknya namun produsen tidak hanya menjual produknya pada satu distributor saja.
3. Sub Distributor adalah Pedagang Besar Farmasi yang tidak bekerja sama dengan suatu *principle* (produsen) langsung, tetapi membeli produk pada beberapa distributor untuk didistribusikan kembali.

Dalam memilih distributor juga harus memperhatikan pelayanan dari distributor tersebut (ketepatan waktu datang/*lead time* dan barang yang diminta), kualitas barang, ketersediaan barang, kondisi diskon yang diberikan, layanan retur barang dan waktu jatuh tempo pembayaran. Distributor resmi yang digunakan di RSML

dalam melayani kebutuhan perbekalan farmasi antara lain PT. Antar Mitra Sembada, PT. Anugerah Argon Medica, PT. Anugerah Pharmindo Lestari, PT. Bina San Prima, PT. ENSEVAL, PT. Mensa Buana Sukses, PT. Merapi Pharma Utama, PT. Millenium Pharmachon Indonesia, PT. Parit Padang Global dan sebagainya.

Pengadaan untuk unit pelayanan farmasi dilakukan pada hari yang telah ditentukan, yaitu:

1. Perencanaan kebutuhan RJ dilakukan pada hari Sabtu, dengan pemesanan ke distributor pada hari Senin, dan barang akan datang pada hari Selasa (paling banyak) atau hari lain sesuai jadwal pengiriman dari distributor
2. Perencanaan kebutuhan RI dilakukan pada hari Selasa, dengan pemesanan ke distributor pada hari Rabu, dan barang akan datang pada hari Kamis
3. Untuk kebutuhan Bahan medis habis pakai/LabRadiologi/IBS pemesanan dilakukan pada hari Rabu

c. Penerimaan barang

Penerimaan adalah kegiatan untuk menerima perbekalan farmasi yang telah diadakan Logistik Farmasi dengan surat pesanan dengan pembelian sesuai dengan aturan kefarmasian, melalui pembelian langsung, sumbangan atau tender. Penerimaan dilakukan oleh petugas Logistik dengan memperhatikan

1. Barang datang, cek kesesuaian barang & faktur (instansi, nama obat, jumlah obat, bentuk sediaan, kekuatan sediaan, tgl ED, no Batch)
2. Cek kondisi barang (segel, kelayakan penyok / tidak, rusak / tidak, pecah / tidak). HATI2 penerimaan barang suhu dingin
3. Tanda tangan di faktur
4. Konfirmasi jika ada yang perlu dipertanyakan (obat baru dll)

5. Bahan baku obat harus memiliki sertifikat analisa dan bahan berbahaya harus menyertakan MSDS

Petugas Administrasi logistik

1. Cek instansi dan alamat
2. Cek kesesuaian faktur & SP (nama obat, jumlah, bentuk sediaan, kekuatan sediaan, tgl ED)
3. Minta arsip/salinan faktur 2 lembar, faktur asli kembali ke distributor
4. Setelah selesai diperiksa, faktur ditandatangani dan diberi tanggal serta distempel. Faktur yang asli diserahkan kepada sales sedang salinan faktur disimpan oleh apotek sebagai arsip

d. Penyimpanan

Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan dari sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi dan penggolongan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai. Prosedur penyimpanan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan dengan memperhatikan hal hal berikut :

1. Dibedakan menurut bentuk sediaan dan jenisnya
2. Dibedakan menurut suhunya, kestabilannya
3. Mudah tidaknya meledak/terbakar (Logistik Farmasi)
4. Sesuai dengan farmakologinya dan urut Alfabetis
5. Penyimpanan Perbekalan Farmasi disusun dengan sistem FIFO (*First In First Out*) & FEFO (*First Expired Date First Out*) yaitu barang yang datang terlebih dahulu dan atau kadaluarsa terdekat dikeluarkan dahulu
6. Penyimpanan Perbekalan Farmasi dibedakan menjadi 3:

- a. Suhu Ruangan yaitu pada suhu 8°C - 25°C (Lemari, rak & ruangan yang tersedia). Contoh persediaan yang disimpan pada suhu ruangan adalah tablet, sirup, obat luar
 - b. Suhu lemari pendingin yaitu 2°C-8°C (Lemari Es dengan pengontrol suhu). Contoh persediaan yang disimpan pada lemari pendingin adalah Suppositoria, sediaan *Lactobacillus*, Insulin injeksi, Clonidexin Injeksi, Metvella injeksi, Pitogin injeksi dll
 - c. Bahan berbahaya mudah terbakar (lemari khusus yang dilengkapi dengan alat pemadam kebakaran)
 - d. Untuk monitoring suhu dilakukan pencatatan 3x dalam sehari dan dilakukan supervisi oleh Ka.Unit Logistik Farmasi 1x dalam seminggu
7. Terdapat CCTV pada ruang penyimpanan
 8. Penyimpanan sediaan farmasi yang tergolong sediaan Narkotika & Psikotropika disimpan dalam lemari khusus yang terkunci double.
 9. Barang yang akan diretur / rusak selama proses pengiriman disimpan di ruang Karantina
 10. Gudang Cairan infus dilengkapi dengan *Pallet*
 11. Disertai dengan sistem informasi yang selalu menjamin ketersediaan persediaan farmasi sesuai kebutuhan
 12. Penyimpanan obat LASA / NORUM diletakkan di lemari terpisah/ tidak berdekatan dan diberi label berwarna kuning dengan tulisan NORUM.
 13. Penulisan label kotak obat menggunakan sistem TallmanLetter (penulisan bagian dari nama obat dalam huruf besar untuk membantu membedakan seperti suara, obat mirip satu sama lain untuk menghindari kesalahan pengobatan.)
 14. Penyimpanan obat *High Alert* pada lemari terpisah dengan obat lain dengan diberi stiker / label *High Alert*

15. Penyimpanan Perbekalan Farmasi di Ruang Perawatan dan Penunjang seperti *emergency kit*, *code blue kit* dan stok tetap diadakan supervisi secara berkala oleh apoteker yang bertugas sebagai penanggung jawab stok ruangan.

e. Pendistribusian

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan atau menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan atau pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah dan ketepatan waktu pemberian. Rumah sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di unit pelayanan.

Sistem distribusi dari logistik farmasi ke Depo Farmasi sesuai dengan jadwal jadwal anfra yaitu:

- Depo Farmasi 1 untuk rawat inap dilakukan pada hari Rabu dan Sabtu dengan range pemakaian obat selama 7 hari.
- Depo Farmasi 2 untuk rawat inap dilakukan pada hari Senin, Rabu dan Sabtu dengan range pemakaian obat selama 5 hari.
- Depo Farmasi IGD dilakukan pada hari Selasa dan Jumat dengan range pemakaian 5 hari.
- Depo Farmasi Rawat Jalan, barang datang di Logistik Farmasi langsung ditransfer/dikirim ke Depo Farmasi RJ.

Distribusi bahan habis pakai dari logistik farmasi ke ruang perawatan dengan cara penyerahan lembar anfra/permintaan pada hari Senin-Kamis dengan persetujuan apoteker penanggung jawab stok ruangan atau Ka. Instalasi Farmasi, pengambilan anfra pada hari Sabtu dan Ahad. Jika ada kebutuhan mendesak karena

kehabisan ruang perawatan bisa menghubungi petugas logistik admin untuk menanyakan stok dengan prosedur yang sama dengan persetujuan apoteker penanggung jawab stok ruangan atau Ka. IF.

Sistem pendistribusian di unit pelayanan farmasi dilakukan dengan cara

1. *Ward Floor Stock*

Ward Floor Stock adalah tatanan kegiatan distribusi sediaan obat oleh Instalasi Farmasi RS Muhammadiyah di ruangan untuk memberikan pelayanan kefarmasian secara cepat dengan menyediakan obat dan alat kesehatan dengan jenis spesifik dan jumlah tertentu sesuai kebutuhan pasien untuk tiap ruangan. Pasien yang memerlukan obat-obatan secara cepat dapat diambilkan dari persediaan obat WFS. Perawat kemudian meresepkan obat / alkes yang dipinjam tersebut untuk mengganti stok WFS.

2. Sistem *Unit Dose Dispensing* (UDD)

Sistem *Unit Dose Dispensing* (UDD) yaitu sistem distribusi obat dengan cara pemberian sediaan farmasi kepada pasien terutama di rawat inap dalam bentuk dosis tunggal, diserahkan untuk sekali pemakaian selama pengobatan. Sistem UDD dilakukan pada pasien rawat inap. Kelebihan sistem UDD :

- a. Mengurangi terjadinya *medication error* (ME).
- b. Pasien mendapat pelayanan farmasi yang baik.
- c. Menurunkan total biaya pengobatan karena hanya membayar pengobatan yang digunakan saja.

Mengefisiensikan tenaga perawat dalam asuhan

keperawatan, karena perawat lebih banyak merawat pasien

UDD Oral pasien Rawat Inap

- a. UDD Oral Pasien Rawat Inap dilakukan tiap Shift

- b. Merekap pasien rawat inap dengan terapi oral
- c. Menuliskan identitas pasien dan tanggal pemberian obat oral
- d. Menyipakan obat oral yang akan diberikan kepada pasien sesuai dengan aturan pakainya (sebelum / sesudah makan)
- e. Waktu pemberian obat oral disesuaikan dengan waktu makan Unit Gizi

3. Resep Perorangan (*Individual Prescription*)

Pelayanan resep perorangan pada pasien rawat jalan di Depo Rawat Jalan dibedakan untuk pasien umum dan pasien BPJS. Alur pelayanan resep rawat jalan meliputi beberapa tahap.

- a. Pasien diberi nomor antrian serta identifikasi identitas pasien.
- b. Nomor antrian dibedakan menjadi tiga yaitu A (untuk resep racikan), B (untuk resep non racikan) dan non AB (untuk resep yang hanya 1 item). *Respon time* A dan B otomatis tersimpan dalam server *respon time*.
- c. Resep ditelaah oleh Apoteker. Pelayanan pasien BPJS mengacu kepada Formulatum Nasional (FORNAS). Untuk sakit non kronis menggunakan paket INA CBGs (*Indonesia Case Base Group*), sedangkan untuk obat-obat kronis maka pelayanan obat dimasukkan jatah kronis selama 23 hari, sisanya dimasukkan ke paket INA CBGs.
- d. Obat-obat kemudian disiapkan sesuai dengan resep, dilakukan pengecekan ulang, kemudian diserahkan oleh apoteker atau TTK senior terlatih.
- e. Dokumentasi penerima dan penyerah resep.

4. *Emergency Kit*

Pada setiap ruang perawatan disediakan box obat *emergency* yang disegel dengan nomor yang berbeda. *Emergency kit* ini

digunakan apabila ada keadaan darurat yang mengharuskan pemakaian obat *emergency*.

- a. Setelah obat dalam kotak *emergency* dipakai petugas segera melapor ke farmasi untuk penggantian obat beserta membawa segel *emergency* yang telah dipotong untuk diganti yang baru.
- b. Penggantian segel *emergency* dengan mengisi lembar form *emergency* di farmasi.
- c. Untuk pengecekan obat² *Emergency* dan pengecekan *Exp.Date* dilakukan oleh Apoteker satu bulan sekali

f. Pemusnahan

Pemusnahan obat adalah suatu tindakan perusakan dan penyalinan terhadap obat, kemasan, dan/atau label yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat, mutu, dan label sehingga tidak dapat digunakan lagi. Pemusnahan obat kadaluwarsa atau rusak yang mengandung narkotika atau psikotropika dilakukan oleh Apoteker dan disaksikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pemusnahan obat selain narkotika dan psikotropika dilakukan oleh Apoteker dan disaksikan oleh Tenaga Kefarmasian lain yang memiliki surat izin praktik atau surat izin kerja

Prosedur pemusnahan

- a. Pemusnahan dilakukan 1 tahun sekali (Februari - Maret)
- b. Dibuat inventarisasi sediaan farmasi dan alkes yang akan dimusnahkan
- c. Disiapkan administrasi (berita acara dan laporan pemusnahan)
- d. Instalasi farmasi mengajukan laporan pemusnahan ke Direktur RS, kemudian mengajukan laporan pemusnahan ke Dinas Kesehatan Kota/ Kabupaten

- e. Dikoordinasikan dengan pihak terkait (KESLING) tentang jadwal, metode, dan cara pemusnahan.
- f. Pemusnahan dilakukan menggunakan Incenarator pada suhu tertentu
- g. Pemusnahan dilakukan dengan menghadirkan 2 orang saksi (Narkotika Psikotropika salah satunya dari Dinas Kesehatan)
- g. Diabuat laporan dan berita acara pemusnahan

h. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan Pelaporan obat-obat yang mengandung Narkotika Psikotropika meliputi nama, bentuk sediaan dan kekuatan, jumlah persediaan awal dan akhir bulan, tanggal dan sumber penerimaan, jumlah yang diterima, tanggal dan tujuan penyaluran, jumlah yang disalurkan dan kadaluarsa setiap penerimaan atau penyaluran dan persediaan awal dan akhir.

- a. Pelaporan Narkotika, Psikotropika dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kota/Provinsi dengan tembusan Balai POM
- b. Pelaporan dilakukan paling lambat tgl 10 bulan berikutnya.
- c. Untuk pelaporan narkotik dan psikotropik dapat melalui sistem yang disebut SIPNAP melalui <http://sipnap.kemkes.go.id/>
- d. Saat memasuki sistem sipnap masuk menggunakan username dan password yang dimiliki setiap apotek / RS
- e. Pilih menu laporan, pilih menu *Upload*, kemudian *Download Template*
- f. Kerjakan pelaporan narkotika psikotropika secara *offline*
- g. Masukkan data sesuai dengan template tersebut (nama, bentuk sediaan dan kekuatan, jumlah persediaan awal dan akhir bulan, tanggal dan sumber penerimaan, jumlah yang diterima, tanggal dan tujuan penyaluran / pengeluaran)

3.3. Pelayanan Resep dan Informasinya

a. Rawat inap

Pelayanan resep pada pasien rawat inap RS Muhammadiyah Lamongan dilakukan di Depo Farmasi Rawat Inap selama 24 jam yang terbagi menjadi 3 shif pelayanan (P, S dan M). Pelayanan resep di Depo Farmasi Rawat Inap dari ruang perawatan Pav. Arofah, Pav. Shofa, Pav. Marwah, Pav. Multazam, Pav. Roudhoh, IBS, IPI, NICU dan UPPA. Petugas pelayanan di Depo Farmasi Rawat Inap terbagi menjadi banyak bagian antara lain petugas telaah resep, penyiapan obat dan etiket, petugas verifikasi, pemberian harga dan petugas khusus distribusi (PK) yang untuk mengantarkan obat ke ruang perawatan pasien, dan mengambil resep dari ruang perawatan. Kurangnya tenaga Apoteker Di Depo Farmasi Rawat Inap sehingga penyerahan obat dilakukan oleh TTK senior yang terlatih.

Resep yang dilayani di Depo Farmasi Rawat Inap ada dua macam yaitu resep ekspedisi yang telah ditelaah oleh petugas Farmasi Klinis (pelayanan resep oleh petugas dan diantar oleh petugas khusus, kemudian di tata di loker obat pasien) dan resep non ekspedisi (pembelian resep langsung oleh keluarga pasien). Alur pelayanan resep di Depo Farmasi Rawat Inap yaitu:

1. Resep dari Ruang Perawatan

Resep diambil oleh petugas khusus di ruang perawatan, dan resep diambil di ruang farmasi klinis untuk ruang perawatan yang terdapat pelayanan farmasi klinis setelah dilakukan perencanaan dan telaah resep oleh farmasi klinis.

2. Pemberian Harga

Data resep yang meliputi identitas pasien (No ID & ruang perawatan, serta kelengkapan program untuk identitas) diinput di program sales plan. Kemudian dipilih nama obat, jenis, kekuatan sediaan, jumlah hingga didapatkan total harga, diprint rangkap 2 (1 untuk arsip Depo Farmasi dan 1 untuk arsip pasien)

3. Penyiapan Perbekalan Farmasi

Penyiapan perbekalan farmasi oleh TTK, diletakkan di wadah (baki) masing-masing pasien. Untuk obat racikan diserahkan ke bagian peracikan untuk dilakukan pencampuran obat menggunakan blender.

4. Pembuatan Etiket

Pembuatan etiket dilakukan oleh petugas input komputer yaitu dengan etiket elektronik (untuk obat dengan etiket putih), etiket dibuat oleh petugas pengambilan obat saat mengambil obat (untuk etiket “serahkan dokter”).

5. Verifikasi dan *Packing*

Setelah selesai proses pengambilan obat dan pemberian obat, selanjutnya dilakukan verifikasi **Dobel Chek** oleh petugas yang berbeda. Obat-obat yang disiapkan dicek secara segitiga emas, kemudian dimasukkan tas pasien. Obat-obat yang termasuk kategori LASA dan HAM harus diberikan label LASA dan HAM.

6. Distribusi Obat ke Ruang Perawatan

Obat-obat yang sudah siap selanjutnya didistribusikan oleh petugas khusus ke ruang perawatan dengan meminta tanda tangan penerima obat. Untuk ruang perawatan yang terdapat layanan Farmasi Klinis, obat dilakukan pengecekan lagi oleh petugas Farmasi Klinis

b. Rawat jalan

Pelayanan resep pasien rawat jalan dari klinik spesialis dilakukan di Depo Rawat Jalan yang dibedakan untuk pasien umum dan pasien BPJS. Alur pelayanan resep di Depo Farmasi Rawat Jalan meliputi beberapa tahap. Pertama pasien melakukan pemeriksaan di klinik rawat jalan serta mendapatkan resep dari dokter, kemudian resep dibawa menuju ke Depo Farmasi Umum, pasien diberikan nomor antrian serta identifikasi identitas pasien. Nomor antrian dibedakan menjadi tiga yaitu A (untuk resep racikan), B (untuk resep non racikan) dan non AB (untuk resep yang hanya 1 item). *Respon time* A dan B otomatis tersimpan dalam server *respon time*.

Untuk resep pasien rawat jalan yang dari IGD diberikan nomor antrian secara manual sehingga pelayanan lebih cepat. Kemudian dilakukan pengkajian resep meliputi:

- a) Persyaratan administrasi meliputi: nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien; nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter; tanggal Resep; dan ruangan / unit asal Resep.
- b) Persyaratan farmasetik meliputi: nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan, dosis dan jumlah obat; stabilitas, dan aturan dan cara penggunaan.
- c) Persyaratan klinis meliputi: ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat; duplikasi pengobatan; alergi dan reaksi obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD); kontraindikasi; dan interaksi Obat

Apabila saat pengkajian resep terdapat masalah persyaratan administrasi dilakukan konfirmasi ke pasien langsung atau melihat rekam medis, bila masalah terdapat di persyaratan farmasetik dan klinis dapat dikonfirmasi ke dokter penulis resep. Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan dan penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi

Pelayanan pasien BPJS, alur pertama yang dilakukan yaitu resep yang diterima pasien setelah dilakukan pemeriksaan di klinik rawat jalan diserahkan ke Depo Farmasi Rawat Jalan BPJS dan diberikan nomor antrian yang dibedakan antara A (untuk resep racikan) dan B (untuk resep non racikan). Obat-obatan untuk pasien BPJS mengacu kepada Formulatum Nasional (FORNAS). Untuk sakit non kronis menggunakan paket INA CBGs (Indonesia Case Base Group), sedangkan untuk obat-obat kronis maka pelayanan obat dimasukkan jatah kronis selama 23 hari, sisanya dimasukkan ke paket INA CBGs. Obat-obatan disiapkan di Depo

Farmasi 1, dilakukan pengecekan ulang, sediaan jadi diantarkan oleh petugas ke Depo Farmasi BPJS dan penyerahan dilakukan di Depo Farmasi BPJS oleh apoteker atau TTK senior terlatih.

Pemisahan ruang penyerahan antara pasien umum dengan pasien BPJS ini dikarenakan waktu yang dibutuhkan untuk pemberian harga pasien BPJS relatif lebih lama dibandingkan dengan pasien umum, juga berkaitan dengan ruang tunggu yang kurang memadai apabila dijadikan satu antara pasien umum dan pasien BPJS..

Untuk mengurangi waktu tunggu pasien dalam pelayanan obat, RSML bekerjasama dengan Cak Ed Lamongan yang menyediakan layanan antar obat ke rumah anda (LeNTERA). Dengan LeNTERA ini, pasien tidak perlu menunggu obat di rumah sakit karena obat akan diantar ke rumah pasien untuk menghemat waktu.

c. IGD dan BEDAH

Pelayanan pasien IGD dilakukan di Depo IGD selama 24 jam dalam 3 Shif (P, S, M). Petugas IGD meminta kebutuhan obat menggunakan form obat dan alkes yang sudah tersedia. Pertolongan pertama akan diberikan menggunakan obat-obat yang dipakai oleh pasien BPJS karena pada saat pasien masuk masih belum diketahui status pasiennya. Di IGD akan dilakukan layanan dengan cepat walaupun belum diketahui identitas pasiennya. Jika sudah selang waktu sekitar 1 jam form permintaan obat akan diinput oleh petugas Depo Farmasi IGD. Kemudian pasien akan diberikan resep untuk kebutuhan selama 1 hari di ruang perawatan. Alur pelayanan resep di IGD adalah

- Perawat IGD melakukan permintaan obat dengan mengisi Lembar Pemakaian Obat / Alkes Pasien di IGD. Perawat harus mengisi nama pasien, tanggal, jam ambil, obat / alkes yang diminta ,dan nama perawat.

- Petugas farmasi melayani permintaan sesuai pesanan yang tertulis. Petugas farmasi memberikan obat ke perawat dengan cek kembali nama obat / alkes serta jumlah yang diminta dengan memberikan tanda centang di lembar permintaan tersebut.
- Petugas farmasi memberi inisial atau paraf di kolom petugas penyerahan.
- Petugas farmasi print form telaah resep dan verifikasi 5B di belakang Lembar Pemakaian Obat / Alkes Pasien di IGD, serta memberi tanda centang di kolom form tersebut.

Pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral (IBS) dapat dilayani kebutuhan obat dan alkes di Depo Farmasi Rawat Inap yang bersebelahan dan terhubung dengan ruang Bedah. Resep dari IBS diberikan melalui E-Resep, kemudian di input ke dalam *sales plan*. Dilakukan telaah resep, kemudian Cetak lembar Struk. Disiapkan obat dan alkes IBS sesuai dengan struk tersebut. Obat dan alkes dipacking ke dalam keranjang, dan siap diserahkan ke IBS. Obat yang tidak terpakai akan dikembalikan setelah pasien keluar dari kamar operasi dan dilakukan retur pembelian

d. Re-packing

Dispensing sediaan steril merupakan rangkaian perubahan bentuk obat dari kondisi semula menjadi produk baru dengan proses pelarutan atau penambahan bahan lain yang dilakukan secara aseptis oleh apoteker di sarana pelayanan kesehatan. Penyiapan Sediaan. Farmasi Steril untuk memenuhi kebutuhan individu pasien dengan cara melakukan pelarutan, pengenceran, dan rekonstitusi. Contoh sediaan setril yang di Repacking di RS Muhammadiyah Lamongan adalah

- a) Rekonstitusi Ceftriaxon Injeksi

- b) Premix KCl dengan Assering infus
- c) Repacking Bactesin injeksi dengan kekuatan 100mg, 125mg, 150mg, 175mg, 200mg,
- d) Repacking Meropenem injeksi dengan kekuatan 100mg, 200mg, 250mg, 300mg
- e) Handling sediaan sitostatika

Dispensing sediaan steril dilakukan dengan Teknik Aseptik untuk menjaga sterilitas sediaan sampai diberikan pasien. Fasilitas untuk dispensing sediaan steril memerlukan ruangan khusus dan terkontrol. Ruangan ini terdiri dari

1. Ruang persiapan
digunakan untuk administrasi dan penyiapan alat kesehatan dan bahan obat (etiket, pelabelan, penghitungan dosis dan volume cairan)
2. Ruang cuci tangan dan ruang ganti pakaian
Sebelum masuk ke ruang antara, petugas harus mencuci tangan, ganti pakaian kerja dan memakai alat pelindung diri (APD).
3. Ruang antara (*Ante room*)
Petugas yang akan masuk ke ruang steril melalui suatu ruang antara
4. Ruang steril (*Clean room*)

Ruangan steril harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Jumlah partikel berukuran 0,5 mikron tidak lebih dari 350.000 partikel
- b. Jumlah jasad renik tidak lebih dari 100 per meter kubik udara.
- c. Suhu 18 – 22°C
- d. Kelembaban 35 – 50%
- e. Di lengkapi *High Efficiency Particulate Air (HEPA) Filter*
- f. Tekanan udara di dalam ruang lebih positif dari pada tekanan udara di luar ruangan.

5. Pass box adalah tempat masuk dan keluarnya alat kesehatan dan bahan obat sebelum dan sesudah dilakukan pencampuran. Pass box ini terletak di antara ruang persiapan dan ruang steril
6. Ruangan lantai dilapisi dengan EPOKSi, sudut dibuat dengan melengkung / tidak bersudut.

Teknik repacking adalah tehnik mengemas kembali obat agar sesuai dengan dosis penyakit pasien dengan tujuan :

- a. Melindungi Operator
- b. Meningkatkan efektifitas dan produktivitas kerja
- c. Menciptakan lingkungan kerja yg aman
- d. Melindungi terhadap potensi bahaya/kecelakaan kerja
- e. Mengurangi resiko kecelakaan

Pelaksanaan dispensing sediaan steril dengan cara

1. Meyiapkan semua alat dan bahan yang akan digunakan
2. Memberi label pada wadah dan kemasan yang akan digunakan (tgl pembuatan, tgl ED setelah rekonstitusi, No Batch)
3. Memindahkan semua peralatan, bahan dan kemasan yg akan di gunakan ke dalam passing box
4. Mencuci tangan dan berganti pakaian dengan pakaian APD steril
5. Masuk ke ruang antara, memakai Handscoen steril.
6. Menyalakan mesin LAF
7. Untuk menjaga permukaan interior BSC/LAF sebersih mungkin, harus dibersihkan dan didesinfeksi pada :
 - a. Awal hari kerja (semua permukaan interior)
 - b. Setelah menyelesaikan setiap pencampuran obat (hanya permukaan kerja)
 - c. Setelah akhir sesi pencampuran obat/shift petugas (semua permukaan interior)
8. Melakukan desinkefsi alat dan bahan dari passing box

9. Persiapan rekonstitusi ceftriaxon
10. Melakukan rekonstitusi ceftriaxon
11. Tutup ulang vial ceftriaxon dengan *seal parafilm*
12. Melakukan desinfeksi sediaan yang telah di rekonstitusi
13. Mematikan LAF

3. Product Knowledge



Gambar 3.4 Tremenza Tablet

Deskripsi

TREMENZA merupakan obat dengan kandungan Pseudoephedrine HCl 60 mg dan Triprolidine HCL 2,5 mg. Tremenza termasuk dalam golongan obat Prekursor dengan penandaan huruf K didalam lingkaran merah. Obat ini digunakan untuk meringankan gejala-gejala flu. Pseudoefedrin dalam obat ini bekerja pada resptor alfa-adrenergik dalam mukosa saluran pernafasan sehingga menghasilkan vasokonstriksi Triprolidin merupakan suatu antihistamin yang bekerja sebagai antagonis reseptor histamin H₁ dalam pengobatan alergi. Dalam penggunaan obat ini harus sesuai dengan petunjuk dokter

Dosis

Penggunaan obat ini harus sesuai dengan petunjuk dokter.

Dewasa dan anak >12 tahun: 1 tablet, 3-4 kali sehari.

Anak 6 - 12 tahun : 1/2 tablet, 3-4 kali sehari.

Obat ini dapat diminum sesudah makan

Kontra Indikasi

Penyakit saluran pernapasan bawah, termasuk asma, hipertensi, glaukoma, diabetes, CAD, terapi MAOI.

Perhatian

Harus dengan resep dokter. Hati-hati penggunaan pada ibu hamil & menyusui, anak <2 tahun. Dapat mempengaruhi kemampuan mengemudikan kendaraan atau mengoperasikan mesin. Kategori kehamilan : Kategori C: Mungkin berisiko. Obat digunakan dengan hati-hati apabila besarnya manfaat yang diperoleh melebihi besarnya risiko terhadap janin. Penelitian pada hewan uji menunjukkan risiko terhadap janin dan belum terdapat penelitian langsung terhadap wanita hamil.

Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Mulut, hidung, dan tenggorokan kering. Mengantuk, pusing, gangguan koordinasi, tremor, insomnia, halusinasi, tinitus

4. **CSSD (*Central Sterile Supply Departement*)**

CSSD (*Central Sterile Supply Departement*) adalah instalasi penunjang non medik rumah sakit yang bertanggung jawab menyediakan dan melakukan pelayanan sterilisasi seluruh alat medis yang digunakan pada tindakan operasi, tindakan perawatan gawat darurat, tindakan perawatan intensif, dan tindakan medis lainnya. Unit ini juga dikenal dengan Unit Sterilisasi yaitu unit yang memberikan pelayanan sterilisasi linen, instrumen dan sarung tangan pada semua unit di Rumah Sakit yang

membutuhkan barang kondisi steril. Sebelum dilakukan sterilisasi linen/instrumen maka akan dilakukan Dekontaminasi terlebih dahulu di ruang perawatan.

Dekontaminasi adalah proses atau rangkaian proses untuk menghilangkan kotoran, baik kotoran fisik maupun kimia dengan cara mekanik maupun teknik farmasetis dengan desinfektan dan air yang mengalir. Sedangkan Sterilisasi adalah proses atau rangkaian proses yang mutlak diperlukan, agar didapat hasil akhir yang bebas dari mikroorganisme hidup baik yang patogen maupun yang non patogen. Kualitas sterilisasi adalah hasil akhir dari suatu proses sterilisasi yang memenuhi syarat farmasetis yang dapat dibuktikan dengan uji mikrobiologi dan uji lain yang relevan.

Peran farmasi dalam CSSD adalah menjamin pengelolaan pelayanan sterilisasi sebagai upaya pengendalian terhadap terjadinya infeksi nosokomial di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Adapun alur sterilisasi linen/instrumen di CSSD adalah sebagai berikut

- a. Petugas menerima alat yang akan disterilkan melalui ruang penerimaan alat kotor
- b. Petugas mengecek kesesuaian antara barang (jumlah dan nama) yang akan disterilkan dengan formulir permintaan sterilisasi instrumen dari ruangan.
- c. Petugas memberi copy lembar permintaan sterilisasi
- d. Melakukan pencucian instrumen yang akan disterilkan dengan menggunakan APD lengkap
- e. Merendam alat instrumen dengan deterjen enzimatis selama 5 menit, kemudian dicuci, dibilas dan dikeringkan.
- f. Melakukan packing instrumen dengan kantong steril
- g. Memberi identitas label pada setiap kantong steril
- h. Instrumen yang akan disterilisasi diberi indikator steril
- i. Lakukan sterilisasi menggunakan *Autoclave Gravity* atau *Autoclave Vacuum*

- j. Instrumen yang telah di sterilisasi di simpan pada ruang penyimpanan instrumen sesuai dengan ruangan masing masing
- k. Masa kadaluarsa instrumen steril untuk yang dikemas dengan linen adalah 7 hari, dengan kantong paper 1 tahun

5. PIO (Pelayanan Informasi Obat)

Pelayanan Informasi Obat Merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Apoteker / TTK untuk memberikan informasi secara akurat, tidak bias dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien. Tujuan

- a) Menunjang ketersediaan dan penggunaan obat yang tepat bagi pasien, tenaga kesehatan dan pihak lain.
- b) Menyediakan dan memberikan informasi obat kepada pasien, tenaga kesehatan, dan pihak lain.
- c) Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan terkait obat bagi PFT.

Menjadi Kewajiban Instalasi Farmasi Rumah Sakit untuk memberikan PIO yakni sesuai dengan PERMENKES 085/MENKES/PER/I/1989. Apoteker harus memberikan informasi obat yang benar, jelas dan mudah dimengerti, akurat, tidak bias, etis, bijaksana, dan terkini.

Pelayanan PIO bersifat aktif apabila apoteker pelayanan informasi obat memberika informasi obat dengan tidak menunggu pertanyaan melainkan secara aktif memberikan informasi obat, melakukan konseling yaitu merupakan suatu proses yang sistematis untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan pengambilan dan penggunaan obat pasien rawat jalan dan pasien rawat inap. Pelayanan PIO bersifat pasief dengan membuat buletin, leaflet, label obat